



မိသစုနှင့် ကလေးများအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ငှာခွဲ

# အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထဲခြင်

**သင်သည် ဖြည့်စွက်ပြီးသား လျှောက်လွှာကို သင်၏ဒေသန္တရ ကောင်တီရုံးသို့ လူကိုယ်တိုင်ဖြစ်စေ ဖက်စ်ဖြင့်ဖြစ်စေ စာတိုက်မှဖြစ်စေ ပို့ပေးရပါမည်။**

ဤစာရွက်စာတမ်းကို ဖတ်ရှုရန် သို့မဟုတ် ဖြည့်စွက်ရန် အကူအညီလိုအပ်ပါက သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့နှင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရာတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့အား မေးမြန်းပါ သို့မဟုတ် **(877) 423-4746** ကို ခေါ်ဆိုပါ။ စကားပြန်များအပါအဝင် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝန်ဆောင်မှုများသည် အခမဲ့ ဖြစ်ပါသည်။ အကယ်၍ သင်သည် နားမကြား၊ နားကြားရန် ခက်ခဲ၊ နားမကြား မျက်မမြင် သို့မဟုတ် စကားပြောရာတွင် အခက်အခဲရှိပါက သင့်အနေဖြင့် **711** (ဂျော်ဂျီယာ တဆင့်ခံ) ကို နှိပ်ခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့အား အထက်ရှိ ဖုန်းနံပါတ်တွင် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

## မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက် ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ (Division of Family and Children) (DFCS) တွင် မည်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ကျွန်ုပ်တို့ ကမ်းလှမ်းပေးနေပါသလဲ။

**DFCS** က အောက်ပါဝန်ဆောင်မှုများကို ကမ်းလှမ်းပေးနေပါသည် -



**အစားအစာ အကူအညီ**  
SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို EBT/Quest ဆိုင်းဘုတ် ပါရှိသော မည်သည့် စတိုးဆိုင် တွင် မဆို အစားအသောက်ဝယ်ယူရန် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ သင်၏ SNAP အကောင့် မှ သင့် အစားအစာဝယ်ယူသည့် ဈေးနှုန်း ကို ကျွန်ုပ်တို့ နုတ်ယူပါမည်။



**ငွေသားအကူအညီ/ အလုပ်အကိုင် ပံ့ပိုးမှုဝန်ဆောင်မှုများ**  
ယာယီ အကူအညီ လိုအပ်နေသော မိသားစုများ (TANF) သည် မှီခိုနေသော ကလေးငယ်များနှင့် ကိုယ်ဝန်ဆောင်တစ်ဦးချင်းစီအား အကန့်အသတ်ဖြင့် အချိန်အတိုင်းအတာတစ်ခုအထိ ငွေသားအကူအညီပေးပါသည်။ ထောက်ပံ့ကြေးရရှိသူများထဲတွင်ပါဝင်ကြသော မိဘများ သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်သူများ၊ သို့မဟုတ် ကိုယ်ဝန်ဆောင်သည်များသည် အလုပ်အကိုင်အစီအစဉ်တစ်ခုအတွင်း ပါဝင်လုပ်ဆောင်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ ငွေသား အကူအညီအစီအစဉ်က TANF အစီအစဉ်အတွက် သတ်မှတ်ချက် မပြည့်မီသည့် ဒုက္ခသည် အိမ်ထောင်စုများအား ငွေကြေးဆိုင်ရာ အကူအညီလည်း ပေးအပ်ပါသည်။

မေလေမေထရီသေမေခွန်မျှ အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် အချိန်မည်မျှ ကြာပါသလဲ။

SNAP -	ရက်ပေ 30 အထိ
TANF -	45 ရက် အထိ
Medicaid -	10 ရက်မှ ရက် 90အထိ

သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက SNAP ကို 7 ရက်အတွင်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ စပျက်နှုန်း 6 ကို ကြည့်ပါ။

ကျွန်ုပ် မည်မျှရရှိပါမည်။  
သင်၏ဝင်ငွေ၊ ရင်းမြစ်များနှင့် မိသားစုအရွယ်အစား အကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏများကို ဆိုက်ဖြတ်ပါသည်။ သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ကျွန်ုပ်တို့ ဆိုက်ဖြတ်ပြုသည်နှင့်သင့်အတိုက်အခတ်အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ပေးနိုင်ပါမည်။

ကျွန်ုပ်၏ အကျိုးခံစားခွင့်ကို ကျွန်ုပ် မည်သို့ရရှိပါမည်။  
SNAP အတွက် သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်ကိုရယူရန် Electronic Benefit Transfer (EBT) ကတ်ကိုသင် ရရှိမည်ဖြစ်သည်။ TANFအတွက် သင်သည်သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်ကိုရယူရန် a Way2Go Debit MasterCard to ကို ရရှိမည်ဖြစ်သည်။ Medicaid အတွက်၊ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးစီအတွက် Medicaid ကတ်တစ်ခုစီ သင်ရရှိပါမည်။



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ဌာနခွဲ

# အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

- ဘိုးဘွားများက မြေးများကို မြေထောင်မြှောက်ပေးခြင်း  
(Grandparents Raising Grandchildren) (GRG) က မဖြစ်  
မနေ အကူအညီများကို ပေးပါမည် သို့မှသာ ကလေးများအား  
၎င်းတို့၏ ဘိုးဘွားများ၏အိမ်များတွင် စောင့်ရှောက်ပေးနိုင်  
ပါသည်။



## ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ (Medical Assistance)

သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီသူများအတွက် Medicaid က ဆေးဘက်  
ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများ၊ ဆရာဝန်ထံ သွားရောက်မှုများနှင့်  
Medicare ပရီမီယမ်ကြေးများကို ပေးချေနိုင်ပါသည်။

- ၎င်းတွင် လမ်းကြောင်းများ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ  
အထောက်အကူ (Pathways Medical Assistance)  
ပါဝင်သည်။ Pathways Medical Assistance သည်  
Medicaid အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်း မရှိသော၊  
အိမ်ထောင်စု၏ ဝင်ငွေသည် ဖက်ဒရယ်ဆင်းရဲမှုအဆင့်  
(FPL) ၏ 100% အထိရှိသော၊ အသက် 19 မှ 64 နှစ်ကြား  
ဖြစ်ပြီး အရည်အချင်းပြည့်မီရန် လိုအပ်ချက်များနှင့် ကိုက်  
ညီသူ လူတစ်ဦးချင်းစီအား အခမဲ့ သို့မဟုတ်  
ကုန်ကျစရိတ် လျော့နည်းသည့် Medicaid လွှမ်းခြုံမှုကို  
ပံ့ပိုးပေးသော ပရိုဂရမ်တစ်ခုဖြစ်သည်။ သင့်ကို  
Pathways အတွက် ထည့်သွင်းစဉ်းစားစေလိုပါက  
နောက်ဆက်တွဲ D ကိုလည်း ဖြည့်ပါ။

## အသိုင်းအဝိုင်းတွင်း ရောက်ရှိရေး ဝန်ဆောင်မှုများ

အခြား DHS ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပတ်သက်၍ အချက်အလက် ပိုမို  
ရရှိရန် ကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝက်ဘ်ဆိုက်  
<http://dfcs.georgia.gov> ကို ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ သို့မဟုတ် ဖုန်း  
နံပါတ် (877) 423-4746 ကို ခေါ်ဆိုပေးပါ။



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် ကျွန်ုပ် မည်သို့လျှောက်ထားပါမ  
လဲ။

အောက်ဖော်ပြပါအချက်အလက်များပေးအပ်ရန်သင့်အတော်  
ဆိုနိုင်ပါသည် -

- SNAP နှင့်/သို့မဟုတ် TANF ကိုလျှောက်ထု ပက လျှောက်ထု  
သူအတွက် အထောက်အထံ ။ သက်သေအထောက်အထံကတ်  
(ID) သို့မဟုတ် ယဉ်မောင်လိုင်စင် (DL) တစ်ခုသည် လက်ခံနိုင်  
သည့် အတည်ပြုချက်ပုံစံတစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ ဆေးဘက်ဆိုင်ရ  
အကူအညီ (Medical Assistance) လျှောက်ထုသူမျှအတွက်  
သက်သေခံအထောက်အထံမလိုအပ်ပါ။
- အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် သူတိုင်အတွက် အမေရိကန်နိုင်ငံ  
သ/အရည်အချင်းပြည့်မီသည့်ရွှေ့ပြောင်း  
နေထိုင်သူ အဆင့်အတန်း အထောက်အထံ။ အကယ်၍ သင်  
သည် အရေပေဆေးဘက်ဆိုင်ရဝန်ဆောင်မှု  
မျှ (EMA) အတွက် သ လျှောက်ထုနေပက သင့်အနေဖြင့်  
သင်၏ SSN သို့မဟုတ် သင်၏ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု  
အခြေအနေနှင့် ပတ်သက်သည့်အချက်အလက်ကိုပေးအပ်ရန်  
မလိုပါ။
- အထောက်အကူကောင်ဆိုင်နေသူတိုင်၏  
လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်မျှ။
- ဥပမအဖြစ် ဝင်ငွေအထောက်အထံအတွက်၊ ငွေပေ  
ဖြတ်ပိုင်ကလေးထောက်ပံ့စရိတ်ပေးချေမှု  
မျှနှင့်ဝင်ငွေချို့ကြွမှု။ ဆေးဘက်  
ဆိုင်ရ ထောက်အကူ (Medical Assistance) လျှောက်ထုသူမျှ  
အနေဖြင့် ကလေး ထောက်ပံ့စရိတ်ပေးချေမှု  
အတွက် အထောက်အထံမလိုအပ်ပါ။
- ကလေးစောင့်ရှောက်ရေးအတွက် ငွေ  
လက်ခံဖြတ်ပိုင်မျှ၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရငွေ  
တင်ခံလွှာမျှ၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရသယ်ယူ  
ပို့ဆောင်ရေးကုန်ကျစရိတ်များနှင့် / အပင်ချေငွေအတွက်  
ကုန်ကျစရိတ်များနှင့် ကလေးထောက်ပံ့ရေးပေးချေ  
မှုမျှကဲ့သို့သော အသံ စရိတ်မျှအတွက် အထောက်အထံ။ ဆေး  
ဘက်ဆိုင်ရ အထောက်အကူ (Medical Assistance)  
လျှောက်ထုသူမျှအတွက် ဤအချက်အလက်မလိုအပ်  
ပါ။

နိုင်ငံသ/ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူအဆင့်အတန်းနှင့်ဝင်ငွေ  
အချက်အလက်မျှကို အလက်ထရော့နစ်ဒေတာရင်မြစ်  
မျှတစွာဆိုင်အတည်ပြုရန်ကျွန်ုပ်တို့စွဲ  
ကြိုစပမည်။ လျှောက်လွှာစစ်ဆေးခြင်း  
ရန် စရိတ်ဖြင့်အတည်ပြုချက်စရိတ်စတင်မှုမ  
လိုအပ်သော်လည်း စရိတ်စတင်မှုမျှ  
လျှောက်လွှာနှင့်အတူသင်ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ အလက်ထ  
ရော့နစ်ဒေတာရင်မြစ်မျှတစွာဆိုင်ကျွန်ုပ်  
တို့ အတည်ပြုနိုင်စွမ်းမရှိပကနှင့်/သို့ အချက်အလက်ကို ရရှိရန် သင်  
အကူအညီလိုအပ်ပကကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့အ ပြောပြပါ။



မိသစုနှင့် ကလေးများအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ

## အကျုံးဝင်မှုများရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

### အဆင့် 1။ လျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ပါ။

မေးခွန်းများကို ဂရုတစိုက် ဖတ်ရှုပြီး တိကျသော အချက်အလက်များ ပေးအပ်ပါ။ လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးပြီး ရက်စွဲတပ်ပါ။

### အဆင့် 2။ လျှောက်လွှာကို သင်၏ ဒေသန္တရရုံးသို့ ပေးအပ်ပါ။

သင့်အနေဖြင့် စာမျက်နှာ 1-2၊ 17-20 ကို ဖြုတ်တင်ပြီး သင့်ဖာသာ ၎င်းတို့ကို သိမ်းထားရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။



# အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း



ဤလျှောက်လွှာ၏ စာမျက်နှာ **3-16** ကို သင်၏ဒေသရှိ မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက် ဝန်ဆောင်မှုဌာနခွဲ (**DFCS**) ရုံးသို့ စာဖြင့်ပို့ပါ။ ဖက်စ်ဖြင့်ပို့ပါ။ သို့မဟုတ် ယူဆောင်လာပါ။ သင်သည် သင်၏ ဒေသန္တရရုံးကို <http://dfcs.georgia.gov/locations> တွင် ရှာတွေ့နိုင်ပါသည်။

သင် သို့မဟုတ် သင်လျှောက်ထားပေးနေသောသူသည် အကျိုးခံစားခွင့် များရရှိရန် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို သင့်အမည်၊ လိပ်စာနှင့် လက်မှတ်ပါရှိသည့် လျှောက်လွှာကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံရရှိသည့် ရက်စွဲမှ စတင်၍ ပေးအပ်ပါမည်။ TANF အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်လွှာအား အတည်ပြုလိုက်သည့် ရက်စွဲမှစ၍ ပေးအပ်ပါမည်။

အကယ်၍ သင်သည် SNAP၊ TANF နှင့်/သို့မဟုတ် Medicaid ကို လျှောက်ထားပါက အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် လျှောက်လွှာတစ်စောင် ကို သင့်အမည်၊ လိပ်စာနှင့် လက်မှတ်တို့ဖြင့်သာ တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ သို့သော်၊ သင်သည် ပုံစံတစ်ခုလုံးကိုဖြည့်သွင်းပါက သင့်လျှောက်လွှာကို ပိုမိုမြန်ဆန်စွာ လုပ်ဆောင်ရန်ကျွန်ုပ်တို့ကိုကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ အစီအစဉ်တစ်ခုထက်ပိုသော ပူးတွဲလျှောက်လွှာတင်သွင်းရန် သို့မဟုတ် SNAP အစီအစဉ် တစ်ခုတည်းအတွက်သာ လျှောက်ရန် ဤပုံစံကို သင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ အခြားအစီအစဉ်အတွက် သင်၏လျှောက်လွှာကို ငြင်းဆန်ခဲ့သည့်အကြောင်းတစ်ခုတည်းပေါ်အခြေပြု၍ သင်၏ SNAP လျှောက်လွှာကို ငြင်းဆန်မည် မဟုတ်ပါ။ သင်၏ SNAP လျှောက်လွှာ အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ သီးခြား ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ ပြုလုပ်ပါမည်။ အကယ်၍ သင်သည် လူမှုအဖွဲ့အစည်းတစ်ခု အတွင်း ရှိပြီး SNAP နှင့် SSI ကို တစ်ချိန်တည်းတွင် လျှောက်ထားပါက၊ သင်၏လျှောက်လွှာတင်သည့်ရက်စွဲ သည် သင်အဖွဲ့အစည်းမှ ထွက်ခွာခွင့် ရသည့်နေ့ဖြစ်သည်။

အဆင့် **3**။ ကျွန်ုပ်တို့နှင့် စကားပြောဆိုပါ။

လျှောက်ထုသူ၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တရားအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ မည်သို့ အသုံးပြုပါသလဲ။

သင့်အနေဖြင့် အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိရန် လျှောက်ထုလိုသူမျှ အတွက်သ လူမှုဖူလုံရေးပတ်မူ (SSN) နှင့် နိုင်ငံသ သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းကို ပေးအပ်ရန်လိုပသသည်။ ဝင်ငွေနှင့် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု အတည်ပြုချက်စနစ် (income and eligibility verification system) (IEVS) ကို စစ်ဆေးရန်အတွက် အဆိုပ အချက်အလက်ကို အသုံးပြုပါမည်။ သင်၏ ဝင်ငွေနှင့် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို အတည်ပြုရန် လုပ်ခ ဆိုင်ရ အချက်အလက်နှင့် အလုပ်အကိုင် လုပ်ရမှုမျှ အတွက် ပုံစံလုပ်ဆောင်မှုကို ခြေရခံရန် သင်၏အချက်အလက်ကို ပြည့်ထောင်စ၊ ပြည့်နယ်နှင့် ဒေသန္တရ အေဂျင်စီများနှင့်ကိုက်၍ ကျွန်ုပ်တို့ တိုက်ဆိုင်ကြည့်ပါမည်။ အကယ်၍ အမဲထောင်စုဝင် တစ်ဦးက ဝင်တို့၏ SSN၊ နိုင်ငံသ သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းဆိုင်ရ အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့အ မပေး လိုပက အခြေအမဲထောင်စုဝင်မျှအနေဖြင့် အကျိုးခံစားခွင့်မျှ ရရှိနိုင်ပသေသည်။ အကယ်၍ သင်သည် အရေးပေးဆောက်က ဆိုင်ရ ဝန်ဆောင်မှုမျှအတွက်သ လျှောက်ထုနေပကသင်၏ SSN သို့မဟုတ် သင်၏ ရွှေ့ပြောင်းဝင်ရွက်မှု အခြေအနေနှင့် ပတ်သက်သည့်အချက်အလက်ကို ပေးအပ်ရန်မလိုပါ။

တစ်စုံတစ်ဦးက ကျွန်ုပ်အတွက် လျှောက်ထုပေးနိုင်ပါသလဲ။ SNAP နှင့် Medicaid အတွက် သင့်အတွက်လျှောက်ထုရန် တစ်စုံတစ်ဦးကိုသင် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ TANF အတွက်၊ မည်သူမဆို လျှောက်ထုနိုင်သေသည် မိသားစုသို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်သူသို့မဟုတ် ကိုယ်ဝန်ဆောင်သည်ကို တွေ့ဆုံမေမြန်ရပမည်။



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထားခြင်း

ဝန်ထမ်းတစ်ဦးနှင့် အင်တာဗျူးတစ်ခု ဖြေဆိုရန် သင် လိုအပ်နိုင်  
ပါသည်။ သို့ဖြစ်ပါက သင့်အား ချိန်းဆိုမှုတစ်ခု ကျွန်ုပ်တို့ ပေးပါ  
မည်။ အဆိုပါ အင်တာဗျူးကို ဖုန်းဖြင့် ဖြေဆိုနိုင်ပါသည်။



# အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

(ဤလျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ပြီး ၎င်းကို သင်၏ ဒေသန္တရ ကောင်တီ **DFCS** ရုံးသို့ ပြန်ပို့ပေးပါ။)

ကျွန်ုပ် ဘာကိုလျှောက်ထားနေပါသလဲ။ (အကျိုးဝင်သက်ဆိုင်သမျှကို အမှတ်ခြစ်ပါ)

**ဖြည့်စွက် အာဟာရအကူအညီ အစီအစဉ် (Supplemental Nutrition Assistance Program) (SNAP)**

ယခင်က အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (Food Stamps) အဖြစ် သိရှိခဲ့သည့် ဖြည့်စွက် အာဟာရအကူအညီ အစီအစဉ် (SNAP) သည် ဝင်ငွေနိမ့် အိမ်ထောင်စုများအတွက် အစားအစာ အတွက်ကုန်ကျစရိတ်ကို ကူညီပေးချေရန် လစဉ် အကျိုးခံစားခွင့်များ ပေးအပ်သည့် ပြည်ထောင်စုမှ ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့သော အစီအစဉ်တစ်ခုဖြစ်ပါသည်။ အစီအစဉ်က မိသားစုများအနေဖြင့် ၎င်းတို့၏ အစားအစာနှင့် အာဟာရ လိုအပ်ချက်များ ပြည့်မီစေရန် အာဟာရဆိုင်ရာ ပညာပေးများကို မိသားစုများအား ပေးအပ်ပြီး မိသားစုများအနေဖြင့် SNAP အပေါ် မှီခိုအားထားမှု နည်းသွားစေ နိုင်သည့် အလုပ်အကိုင်များရရှိအောင် ကူညီပေးရန် အလုပ်အကိုင်နှင့် လေ့ကျင့်သင်ကြားရေး အခွင့်အလမ်းများ ပေးအပ်ပါသည်။

**လိုအပ်ချက်ရှိသော မိသားစုများအတွက် ယာယီ အကူအညီ (Temporary Assistance for Needy Families) (TANF)**

Temporary Assistance for Needy Families (TANF) သည် ကလေးများ သို့မဟုတ် ကိုယ်ဝန်ဆောင်သည်များရှိသော သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီသည့် မိသားစုများကိုအားဖြည့်ပေးရန် ယာယီ လစဉ် ငွေပေးခြင်းများ၊ တစ်ကြိမ်တစ်ခါ ငွေပေးခြင်းများ သို့မဟုတ် အခြား ထောက် ကူရေး ဝန်ဆောင်မှုများပေးအပ်ပါသည်။ သင်သည် ထောက်ပံ့ခံရသည့်အတွင်း ပါဝင်လိုသည့် ကလေးတစ်ဦး၏ မိဘ၊ ပြုစုစောင့်ရှောက် သူ သို့မဟုတ် ကိုယ်ဝန်ဆောင်သည်တစ်ဦး ဖြစ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့် အလုပ်အကိုင် အစီအစဉ်တစ်ခုအတွင်း သင်အား ပါဝင်စေရန် လိုအပ်ပါသည်။

**ဘိုးဘွားများက မြေးများကို မြေတောင်မြှောက်ပေးခြင်း (Grandparents Raising Grandchildren) (GRG)**

ဘိုးဘွားများက မြေးများကို မြေတောင်မြှောက်ပေးခြင်း (GRG) က အပိုဆောင်း ငွေသားပေးချေပါမည် သို့မှသာ ကလေးများအား ၎င်းတို့၏ ဘိုးဘွားများအိမ်များတွင် စောင့်ရှောက်ပေးနိုင်ပါသည်။ **GRG အတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီရန် လျှောက်ထားသူများ သည် TANF လျှောက်ထားရပါမည်။**

**ဒုက္ခသည် ငွေသား အကူအညီ**

ဒုက္ခသည် ငွေသားအကူအညီ အစီအစဉ်က TANF အစီအစဉ်အတွက် သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီခြင်းမရှိသည့် ဒုက္ခသည် အိမ်ထောင်စုများ အား ငွေကြေးဆိုင်ရာ အကူအညီ ပေးအပ်ပါသည်။ ဒုက္ခသည်ဟူသော အခေါ်အဝေါ်တွင် ဒုက္ခသည်များ၊ ကျူးဘား/ဟေတီ နိုင်ငံသား ဝင် ရောက်သူများ၊ လူမှောင်ခိုကူးခြင်းမှ သားကောင်များ၊ အမေရိကန်အရှင်များ၊ ခိုလှုံခွင့်တောင်းခံသူများ၊ အထူး ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု မိဇာ (SIV) သို့မဟုတ် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသည့် အာဖဂန် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ရထားသော အာဖဂန် သို့မဟုတ် အီရတ်နိုင်ငံသားများ ပါဝင်ပါသည်။

**Medicaid**

Medicaid က အသက်အရွယ်ကြီးသူများ၊ မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသည့် အရွယ်ရောက်သူများ၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင် အမျိုးသမီး များ၊ ကလေးများနှင့် မိသားစုများအား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကာအကွယ် ကမ်းလှမ်းပေးပါသည်။ သင်လျှောက်ထားချိန်တွင် Medicaid အစီအစဉ်များအားလုံးကိုကျွန်ုပ်တို့ ကြည့်ရှုလိမ့်မည်ဖြစ်ပြီး မည်သည့်တစ်ခုကို လက်ခံရရှိရန် သင် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီကြောင်း



မိသစုနှင့် ကလေးများအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ



# အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထားခြင်း

ဆုံးဖြတ်ပါမည်။



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ငှက်ခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထဲခြင်

လျှောက်ထားသူနှင့် ပတ်သက်ပြီး အောက်ပါဇယားကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

ရှေ့ဆုံး အမည်	အလယ်အမည် အတိုကောက်	နောက်ဆုံး အမည်	နောက်ဆက်တွဲအမည်
သင်နေထိုင်ရာ လမ်းလိပ်စာ		အိမ်ခန်း	
မြို့တော်	ပြည်နယ်	စာပို့သင်္ကေတ (ဇစ်ကုတ်)	
သင်သည် အိမ်ယာမဲ့ ဖြစ်ပါသလား။ ဟုတ် _____ မဟုတ် _____			
စာပို့လိပ်စာ (ကွဲပြားပါက)			
ပင်မ တယ်လီဖုန်းနံပါတ်		အခြား ဆက်သွယ်ရန် ဖုန်းနံပါတ်	
အီလက်ထရောနစ်နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး - အီးမေးလ် - ဟုတ် ___ မဟုတ် ___ (ဆန္ဒရှိပါက) စာတိုပို့ခြင်း - ဟုတ် ___ မဟုတ် ___ (ဆန္ဒရှိပါက)		အီးမေးလ် လိပ်စာ (ဆန္ဒရှိပါက) -	
သင်၏ ဦးစားပေး ဘာသာစကားက ဘာပါလဲ။		အင်တာဗျူးတစ်ခု လိုအပ်ပါက သင့်အနေဖြင့် စကားပြန်တစ်ဦး လိုအပ်ပါသလား။ လို ___ မလို ___	

မသန်စွမ်းမှုများရှိသော အမေရိကန်လူမျိုးများ အက်ဥပဒေ - ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အကူအညီ တောင်းဆိုခြင်း(သက်ဆိုင်ပါက) -

ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အကူအညီတစ်ခု လိုအပ်မည့် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခု သင့်ထံတွင် ရှိပါ သလား။ ဟုတ် \_\_\_\_\_ မဟုတ် \_\_\_\_\_

(အကယ်၍ ဟုတ်ပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ သင် တောင်းဆိုနေသည့် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အကူအညီကို ဖော်ပြပေးပါ) -

လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကား စကားပြန်\_\_\_\_၊ TTY\_\_\_\_၊ စာလုံးကြီးကြီး \_\_\_\_\_၊ အီလက်ထရောနစ် နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှု (အီးမေး လ်)\_\_\_\_၊ မျက်မမြင်စာ (Braille)\_\_\_\_၊ ဗီဒီယို တစ်ဆင့်ခံ \_\_\_\_\_၊ အချက်ပြ စကားပြောဆိုသည့် စကားပြန်\_\_\_\_၊ နှုတ်ဖြင့်စကားပြန် \_\_\_\_\_၊ အထိအတွေ့ဖြင့် စကားပြန်\_\_\_\_၊ အစီအစဉ် နောက်ဆုံးရက်များကို တယ်လီဖုန်းဖြင့် ခေါ်ဆို သတိပေးချက် \_\_\_\_\_၊ တယ်လီဖုန်းဖြင့် လက်မှတ်ထိုး ခြင်း (သက်ဆိုင်ပါက)\_\_\_\_၊ မျက်နှာချင်းဆိုင် အင်တာဗျူးခြင်း (အိမ်တိုင်ရာရောက် လာရောက်မှု)\_\_\_\_၊ အခြား - \_\_\_\_\_

သင်သည် ဤကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အကူအညီကို တစ်ကြိမ်တစ်ခါ \_\_\_\_\_ သို့မဟုတ် ဆက်တိုက် \_\_\_ လိုအပ်ပါသလား။

ဖြစ်နိုင်ပါက ဤမွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် အကူအညီကို မည်သည့်အချိန်၌ မည်မျှကြာကြာ သင်လိုအပ်ကြောင်း အကျဉ်းချုပ် ရှင်းပြပေးပါ။





မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ

# အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထားခြင်း



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ငှာခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

### SNAP၊ TANF နှင့် Medicaid လျှောက်ထားသူအားလုံးအတွက် -

အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားသူ(များ)သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား(များ) သို့မဟုတ် အမေရိကန်နိုင်ငံတွင် တရားဝင်ရောက်ရှိနေသည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ(များ) ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံးသိသလောက်နှင့် ယုံကြည်ချက်ဖြင့် မုသားသက်သေခံမှု၏ပြစ်ဒဏ်အောက်တွင် ကြေညာအပ်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာအတွင်းပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်အားလုံးသည် ကျွန်ုပ်အတတ်နိုင်ဆုံး သိရှိသည့်အတိုင်း မှန်ကန်ပြီး အမှားအယွင်းမရှိကြောင်း ထပ်ဆောင်း အတည်ပြုပါသည်။ DHS-DFCS၊ DCH နှင့် အာဏာရ ပြည်ထောင်စု အေဂျင်စီများက ဤလျှောက်လွှာပေါ်တွင် ကျွန်ုပ်ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်ကို အတည်ပြုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပြီး သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။ အချက်အလက်များကို ယခင် သို့မဟုတ် လက်ရှိ အလုပ်ရှင်များထံမှ ရယူနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို လုပ်ခဆိုရာ အချက်အလက်နှင့် အလုပ်အကိုင် လှုပ်ရှားမှုများအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ ပါဝင်လုပ်ဆောင်မှုကို ခြေရာခံရန် အသုံးပြုမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

SNAP နှင့်/သို့မဟုတ် TANF ပရိုဂရမ်လိုအပ်ချက်များအရ ကျွန်ုပ်၏ အခြေအနေတွင် ပြောင်းလဲမှု တစ်စုံတစ်ရာရှိပါကအစီရင်ခံပါမည်။ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုရှိ မည်သူမဆို ထိပေါက်မှု သို့မဟုတ် လောင်းကစားအနိုင်ရရှိမှုများ ရရှိပါက စုစုပေါင်းငွေပမာဏ \$4500 သို့မဟုတ် ထို့ထက်ပိုသောငွေပမာဏ (အခွန်များ သို့မဟုတ် အခြားပမာဏများ မပေးမီ) ကိုလည်း အစီရင်ခံပါမည်။ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုသည် အနိုင်ရရှိသောဆုကြေးများကို လက်ကုန်ပြီး 10 ရက်ထက် နောက်မကျစေဘဲ အစီရင်ခံပါမည်။ အချက်အလက်တစ်ခုခုသည် မမှန်ကန်ပါက ကျွန်ုပ်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှော့ချနိုင် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်နိုင်ကြောင်းနှင့် မမှန်ကန်သည့် အချက်အလက်ကို သိလျက်နှင့်ပေးအပ်ခြင်းအတွက် ရာဇဝတ်မှုဖြင့် တရားစွဲခြင်း ခံရနိုင် သို့မဟုတ် DHS-DFCS အစီအစဉ်များတွင်း အရည်အချင်းမပြည့်မီ ဖြစ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ အချက်အလက် အမှားများ ပေးအပ်ပါက သို့မဟုတ် အချက်အလက်ကို ကွယ်ဝှက်ထားပါက ကျွန်ုပ်အား တရားစွဲဆိုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ကျွန်ုပ် လျှောက်ထားမှု သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုး လုပ်ငန်းစဉ် အတောအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ကုန်ကျစရိတ်အချို့ အကြောင်း DHS-DFCS ကို ပြောဆိုရန် ပျက်ကွက်ပါက နှင့်/သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ကို အတည်ပြုရန် ပျက်ကွက်ပါက DHS-DFCS က အဆိုပါကုန်ကျစရိတ်ကို ကျွန်ုပ်၏ SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များ တွက်ချက်ရာတွင် ဘတ်ဂျက်ထည့်သွင်းမည် မဟုတ်ကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် သင်၏ လျှောက်ထားမှုအတောအတွင်း ဂျော်ဂျီယာ လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန (Georgia Department of Human Services) (“DHS”) သည် အမည်များ၊ လိပ်စာများ၊ တယ်လီဖုန်းနံပါတ်များ၊ အီးမေးလ် လိပ်စာများနှင့် မွေးနေ့ရက်စွဲများ စသည်တို့ကဲ့သို့သော မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း ခွဲခြားဖော်ပြနိုင်သည့် အချက်အလက် (Personally Identifiable Information) (PII) ကို ကောက်ယူပါသည်။ မည်သည့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်မဆိုကို ကျွန်ုပ်တို့ထံ တင်သွင်းခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် အဆိုပါ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်ကို DHS မူဝါဒများ၊ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအရနှင့် ဥပဒေ နှင့်/သို့မဟုတ် စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများမှ ခွင့်ပြုသလောက် သို့မဟုတ် လိုအပ်သလောက် စုဆောင်း၊ အသုံးပြုပြီး ဖွင့်ဟဖော်ထုတ်နိုင်ကြောင်း သင် သဘောတူပါသည်။

လက်မှတ်	ရက်စွဲ
‘X’ ဟု လက်မှတ်ထိုးပါက သက်သေ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ

### လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ် -

လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုအား သင်၏ လျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ရန် သင်၏ အင်တာဗျူးကို ဖြေဆိုရန် နှင့်/သို့မဟုတ် စတိုးဆိုင်သို့ သင်မသွားနိုင်ချိန်တွင် အစားအသောက်ဝယ်ရန်အတွက် သင်၏ EBT ကတ်ကို အသုံးပြုစေရန် သင်ဆန္ဒရှိမှသာ ဤအပိုင်းကို ဖြည့်ပါ။ အစီအစဉ်တစ်ခုစီအတွက် လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးအဖြစ် မည်သူ့ကို သင်တာဝန်ပေးအပ်လိုကြောင်းကို ကျေးဇူးပြု၍ မှတ်သားပေးပါ။ သင့်အနေဖြင့် အဆိုပါ လူပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းအား မည်သည့်တာဝန်များ ယူစေလိုကြောင်း ကျေးဇူးပြု၍ မှတ်သားပေးပါ။ သင်သည် Medicaid အတွက် လျှောက်ထားနေပါက သင့်ကိုယ်စား လုပ်ဆောင်ပေးရန် လူပုဂ္ဂိုလ်



မိသစုနှင့် ကလေးများအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာန

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

တစ်ဦး သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုထက် ပို၍ သင်ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။

လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ် 1 ၏ အစီအစဉ် အမျိုးအစားများ - SNAP  TANF  ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကူအညီ (Medical Assistance)

လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ် 1 ၏ တာဝန်များ - လျှောက်ထားသူ၏ကိုယ်စား လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ရေးထိုးရန်

ဖြည့်စွက်ပြီး သက်တမ်းတိုးပုံစံကို တင်သွင်းရန်

အကြောင်းကြားစာမိတ္တူများနှင့် အခြားဆက်သွယ်မှုများကို လက်ခံရန်

အခြားကိစ္စရပ်အားလုံးတွင် လျှောက်ထားသူကိုယ်စား ဆောင်ရွက်ရန်

TANF အကျိုးခံစားခွင့်ကတ် (Way2Go Debit Mastercard) ကို ရယူရန်။

လူပုဂ္ဂိုလ် အမည် 1 - \_\_\_\_\_

အဖွဲ့အစည်း အမည် 1 (သက်ဆိုင်ပါက) - \_\_\_\_\_ ဖုန်းနံပါတ် - \_\_\_\_\_

လိပ်စာ - \_\_\_\_\_ အခန်း - \_\_\_\_\_

မြို့ - \_\_\_\_\_ ပြည်နယ် - \_\_\_\_\_ ဇစ်ကုတ် - \_\_\_\_\_

အီလက်ထရောနစ်နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး - အီးမေးလ် - ဟုတ် \_\_\_ မဟုတ် \_\_\_ (ဆန္ဒရှိပါက)

စာတိုပို့ခြင်း - ဟုတ် \_\_\_ မဟုတ် \_\_\_ (ဆန္ဒရှိပါက)

အီးမေးလ် လိပ်စာ (ဆန္ဒရှိပါက) \_\_\_\_\_

ဦးစားပေး ဘာသာစကား - \_\_\_\_\_ စကားပြန်တစ်ဦး လိုအပ်ပါသလား။ လို \_\_\_ မလို \_\_\_

လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ် 2 ၏ အစီအစဉ် အမျိုးအစားများ - SNAP  TANF  ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကူအညီ

လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ် 2 ၏ တာဝန်များ - လျှောက်ထားသူ၏ကိုယ်စား လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးရန်

သက်တမ်းတိုး ဖောင်ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပြီး တင်သွင်းရန်  အသိပေးစာများနှင့် အခြား ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုများအတွက် မိတ္တူ လက်ခံရရှိရန်

အခြား အကြောင်းချင်းရာအားလုံးအတွက် လျှောက်ထားသူကိုယ်စား လုပ်ဆောင်ရန်

TANF အကျိုးခံစားခွင့်ကတ် (Way2Go Debit Mastercard) တစ်ခု

လက်ခံရယူရန်

လူပုဂ္ဂိုလ် အမည် 2 - \_\_\_\_\_

အဖွဲ့အစည်း အမည် 2 (သက်ဆိုင်ပါက) - \_\_\_\_\_ ဖုန်းနံပါတ် - \_\_\_\_\_

လိပ်စာ - \_\_\_\_\_ အခန်း - \_\_\_\_\_

မြို့ - \_\_\_\_\_ ပြည်နယ် - \_\_\_\_\_ ဇစ်ကုတ် - \_\_\_\_\_

အီလက်ထရောနစ်နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး - အီးမေးလ် - ဟုတ် \_\_\_ မဟုတ် \_\_\_ (ဆန္ဒရှိပါက)

စာတိုပို့ခြင်း - ဟုတ် \_\_\_ မဟုတ် \_\_\_ (ဆန္ဒရှိပါက)

အီးမေးလ် လိပ်စာ (ဆန္ဒရှိပါက) \_\_\_\_\_

ဦးစားပေး ဘာသာစကား - \_\_\_\_\_ စကားပြန်တစ်ဦး လိုအပ်ပါသလား။ လို \_\_\_ မလို \_\_\_

**မသန်စွမ်းမှုများရှိသော အမေရိကန်လူမျိုးများ အက်ဥပဒေ - လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ်များအတွက် ကျိုးကြောင်း  
လျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အကူအညီ တောင်းဆိုခြင်း (သက်ဆိုင်ပါက) -**

လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးထံတွင် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အကူအညီ  
တစ်ခု လိုအပ်မည့် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခု ရှိပါသလား။ ရှိ \_\_\_\_\_ မရှိ \_\_\_\_\_ (အကယ်၍ ရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ သင်တောင်းဆိုနေသည့် ကျိုးကြောင်း  
လျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အကူအညီကို ဖော်ပြပေးပါ) -



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ဌာနခွဲ

## အကျဉ်းစွဲများရရှိရန်လျှောက်ထဲခြင်

လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကား စကားပြန်\_\_\_\_၊ TTY\_\_\_\_၊ စာလုံးကြီးကြီး \_\_\_\_၊ အီလက်ထရောနစ် နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှု (အီးမေးလ်)\_\_\_\_၊ မျက်မမြင်သုံး ဘာရေးလား (Braille)\_\_\_\_၊ ဗီဒီယို တစ်ဆင့်ခံ \_\_\_\_၊ အချက်ပြ စကားပြောဆိုသည့် စကားပြန်\_\_\_\_၊ နှုတ်ဖြင့် စကားပြန် \_\_\_\_၊ အထိအတွေ့ဖြင့် စကားပြန်\_\_\_\_၊ အစီအစဉ် နောက်ဆုံးရက်များကို တယ်လီဖုန်းဖြင့် ခေါ်ဆို သတိပေးချက် \_\_\_\_၊ တယ်လီဖုန်းဖြင့် လက်မှတ်ထိုးခြင်း (သက်ဆိုင်ပါက)\_\_\_\_၊ မျက်နှာချင်းဆိုင် အင်တာဗျူးခြင်း (အိမ်တိုင်ရာရောက် လာရောက်မှု)\_\_\_\_၊ အခြား  
- \_\_\_\_\_

လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ်က ဤကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အကူအညီကို တစ်ကြိမ် တစ်ခါ \_\_\_\_ သို့မဟုတ် ဆက်တိုက် \_\_\_\_ လိုအပ်ပါသလား။ ဖြစ်နိုင်ပါက ဤမွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် အထောက်အကူကို မည်သည့်အချိန်၌ မည်မျှ ကြာကြာ သင်လိုအပ်ကြောင်း အကျဉ်းချုပ် ရှင်းပြပေးပါ။ \_\_\_\_\_

ရုံးသုံးအတွက်သာ - လက်ခံရရှိခဲ့သည့် ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

### အမြန်လမ်းကြောင်း (Express Lane) ရရှိရန် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု -

Express Lane ရရှိရန် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု (ELE) ဆိုသည်မှာ ဖြည့်စွက်အာဟာရအကူအညီအစီအစဉ် (SNAP)၊ ချို့တဲ့သော မိသားစုများအတွက် ယာယီအကူအညီ (TANF)၊ ဒုက္ခသည် ငွေသားအကူအညီ (RCA)၊ ကလေးပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးနှင့် မိဘဝန်ဆောင်မှုများ (CAPS) သို့မဟုတ် အမျိုးသမီးများ၊ မွေးကင်းစကလေးများနှင့် ကလေးသူငယ်များ (WIC) တို့ကို လက်ခံရယူနေသော အသက် 19 နှစ်အောက်ရှိ အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကလေးများကို ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူပရိုဂရမ်တွင် စာရင်းသွင်းပေးသည့် သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုးပေးသည့် အလိုအလျောက်လုပ်ငန်းစဉ်တစ်ခု ဖြစ်သည်။

မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက် ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ (Division of Family and Children Services) (DFCS) က SNAP၊ TANF၊ RCA၊ CAPS သို့မဟုတ် WIC မှ အိမ်ထောင်စု အရွယ်အစား၊ နေရပ်နှင့် ဝင်ငွေအချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည်ဖြစ်သော်လည်း ကလေးများအား Medicaid သို့မဟုတ် PeachCare for Kids® အတွင်း အလိုအလျောက် စာရင်းသွင်းပေးရန် သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုးရန် ELE ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခု ပြုလုပ်ရန် အတွက် DFCS ကဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူပေးခြင်း စည်းမျဉ်းများကို အသုံးပြု၍ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းဝင်ရောက်မှု အဆင့်အတန်းကို အတည်ပြုပါမည်။ DFCS သည် ဆုံးဖြတ်ချက်ချပြီးသည်နှင့်တစ်ပြိုင်နက် ဆုံးဖြတ်ချက်သတိပေးချက်ကို ပေးပို့မည်ဖြစ်ပြီး အဖွဲ့ဝင်များအား အပြောင်းအလဲတစ်ခုခုပြုလုပ်ခွင့်ပေးကာ ELE လုပ်ငန်းစဉ်မှ ဖယ်ထုတ်ရန် သို့မဟုတ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအကူအညီကိစ္စအား အချိန်မရွေး ရပ်စဲခွင့်ပြုမည် ဖြစ်သည်။



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ငှက်ခွဲ

## အကျွန်ုပ်တို့အဖွဲ့များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

**SNAP ကိုပိုမိုမြန်ဆန်စွာ ရယူရန် ကျွန်ုပ် အရည်အချင်းပြည့်မီပါသလား။ (ဤအချက်အလက်ကို SNAP လျှောက်ထားသူများအတွက်သာ တောင်းဆိုသည်)**

SNAP ကို 7 ရက်အတွင်း သင် ရနိုင်မရနိုင်ကို သိရှိရန်အတွက် လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးနှင့် ပတ်သက်သည့် ဤမေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပေးပါ။

1. သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ သို့မဟုတ် ရာသီအလိုက် လယ်ယာ အလုပ်သမားတစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက မည်သူပါလဲ \_\_\_\_\_

2. ဤလအတွက် ရရှိမည့် အလုပ်မှ အကြမ်းဖျဉ်းဝင်ငွေ စုစုပေါင်း - \$ \_\_\_\_\_

အလုပ်ရှင် အမည် \_\_\_\_\_

အလုပ်စတင်သည့် ရက်စွဲ \_\_\_\_\_ အလုပ် ပြီးဆုံးသည့် ရက်စွဲ \_\_\_\_\_

ပေးချေမှု နှုန်းထား - \_\_\_\_\_ အပတ်စဉ် အလုပ်ချိန်နာရီ - \_\_\_\_\_

သင့်အား အကြိမ်မည်မျှ ပေးချေပါသလဲ - အပတ်စဉ်/တစ်ပတ် နှစ်ကြိမ်/လတစ်ဝက် တစ်ကြိမ်/လစဉ် (တစ်ခုကို ဝိုင်းပေးပါ)

3. ဤလအတွက် ရရှိမည့် အလုပ်မလုပ်ပဲရမည်ဖြစ်သည့် အကြမ်းဖျဉ်းဝင်ငွေ စုစုပေါင်း - \$ \_\_\_\_\_

အလုပ်မလုပ်ပဲရသည့် ဝင်ငွေအမျိုးအစား \_\_\_\_\_ ပမာဏ \_\_\_\_\_

အကြိမ်မည်မျှ ရရှိပါသလဲ - အပတ်စဉ်/တစ်ပတ် နှစ်ကြိမ်/လတစ်ဝက် တစ်ကြိမ်/လစဉ် (တစ်ခုကို ဝိုင်းပေးပါ)

အလုပ်မလုပ်ပဲရသည့် ဝင်ငွေအမျိုးအစား \_\_\_\_\_ ပမာဏ \_\_\_\_\_

အကြိမ်မည်မျှ ရရှိပါသလဲ - အပတ်စဉ်/တစ်ပတ် နှစ်ကြိမ်/လတစ်ဝက် တစ်ကြိမ်/လစဉ် (တစ်ခုကို ဝိုင်းပေးပါ)

4. ဤလအတွက် အလုပ်မှရရှိသည့်ဝင်ငွေနှင့် အလုပ်မလုပ်ပဲရရှိသည့် ဝင်ငွေစုစုပေါင်း - \$ \_\_\_\_\_

5. သင်နှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးထံတွင် ငွေသား သို့မဟုတ် ဘဏ်ထဲတွင် ငွေမည်မျှရှိပါသလဲ။ \$ \_\_\_\_\_

6. သင်၏ ငှားရမ်းခ၊ အပေါင်အတွက် ပေးချေမှု၊ အိမ်ခြံမြေ အခွန်များ နှင့်/သို့မဟုတ် အိမ်ပိုင်ရှင်၏အာမခံ တို့အတွက် လစဉ်ပမာဏက ဘယ်လောက်ပါလဲ။ \$ \_\_\_\_\_

7. ဤလအတွက် သင်၏ လျှပ်စစ်ဓာတ်အား၊ ရေ၊ ဂက်စ် နှင့်/သို့မဟုတ် အခြား ယူတလတီများ စုစုပေါင်းပမာဏက ဘယ်လောက်ပါလဲ။

\$ \_\_\_\_\_



မိသစုနှင့် ကလေးများအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထားခြင်း

(စုစုပေါင်းအတွင်း ယခင်က ပေးရရှိခဲ့သော နှင့် နောက်ကျကြေး ပမာဏများကို ဖယ်ရှားပါ)

- a. သင်၏ အိမ်ထောင်စု၏ပင်မ အပူပေး သို့မဟုတ် အအေးပေးသည့်ရင်းမြစ်က ဘာပါလဲ။ အကျိုးဝင်သက်ဆိုင်သမျှကို အမှတ်ခြစ်ပါ။  
 လျှပ်စစ် \_\_\_\_\_ ဓာတ်ငွေ \_\_\_\_\_ ဝင်းဒိုး သို့မဟုတ် ဗဟို လေအေးပေးစက် \_\_\_\_\_ ရေနံဆီ \_\_\_\_\_ ထင်း \_\_\_\_\_
- b. သင်သည်လွန်ခဲ့သော 12 လအတွင်း စွမ်းအင် အကူအညီ (LIHEAP) ရရှိခဲ့ပါသလား။  
 ဟုတ်  မဟုတ်    အကယ်၍ ဟုတ်ပါက လက်ခံရရှိခဲ့သော ပမာဏ \$ \_\_\_\_\_



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ဌာနခွဲ

# အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

## လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြပါ

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကူအညီ (Medical Assistance) လျှောက်ထားသူများအတွက် - ကျေးဇူးပြု၍ သင်ကိုယ်တိုင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက်၊ သင့်နှင့်အတူနေထိုင်သော 21 နှစ်အောက်ကလေးများ (လင်ပါ၊ မယားပါသား၊ သမီး အပါအဝင်)၊ ကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်မှုမရှိသော သင့်လက်ထပ်ရသေးသော လက်တွဲဖော်၊ သင့်နှင့်အတူ နေထိုင်ခြင်းမရှိသော်လည်း သင့်အခွန်ပြန်အမ်းငွေကြေးညာလွှာတွင် ပါဝင်သည့် မည်သူမဆိုနှင့် သင့်စောင့်ရှောက်ကာ သင့်နှင့်အတူနေထိုင်သော အသက် 21 နှစ် အောက် အခြားမည်သူမဆိုကို ထည့်သွင်းဖော်ပြပါ။ ကျန်းမာရေး အကျိုးဝင်မှုမရှိသော သင့်လက်ထပ်ထားသော လက်တွဲဖော်၊ သင့်၏ လက်ထပ်ထားသည့် လက်တွဲဖော်၏ ကလေးများ၊ သင့်နှင့်အတူနေသော်လည်း ၎င်းတို့ကိုယ်ပိုင် အခွန်ပြန်အမ်းငွေကြေးညာလွှာ တင်သွင်းသည့် သင်၏မိဘများ (သင်သည် အသက် 21 နှစ် အထက်ဖြစ်ပါက)၊ သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ကိုယ်ပိုင် အခွန်ပြန်အမ်းငွေကြေးညာလွှာ တင်သွင်းသည့် အခြား အရွယ်ရောက် ဆွေမျိုးများကို သင် ထည့်သွင်းဖွဲ့ မလိုပါ။ အကယ်၍ သင်သည် အရေးပေါ်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ (Emergency Medical Services) (EMA) အတွက်သာ လျှောက်ထားနေပါက သင့်၏ SSN သို့မဟုတ် သင့်၏ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အခြေအနေနှင့် ပတ်သက်သည့်အချက်အလက်ကို ပေးအပ်ရန်မလိုပါ။

လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးနှင့် ပတ်သက်ပြီး အောက်ပါဇယားကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖြည့်စွက်ပေးပါ။ အောက်ပါ ဖယ်ဒရယ် ဥပဒေများနှင့် စည်းမျဉ်း စည်းကမ်းများ -

အစားအစာနှင့် အာဟာရ အက်ဥပဒေ 2008, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, နှင့် 42

C.F.R. § 435.920 တို့က သင်နှင့် သင်၏ အိမ်ထောင်စုဝင်များ၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်(များ) တောင်းဆိုရန် DFCS အား အခွင့်အာဏာပေးပါသည်။

သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်း နေထိုင်ပြီး အကျိုးခံစားခွင့်များ မလျှောက်ထားသူ မည်သူမဆိုအား မလျှောက်ထားသူတစ်ဦးအဖြစ် မှတ်ယူနိုင်ပါသည်။ မလျှောက်ထားသူများအနေဖြင့် ၎င်းတို့၏ လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်၊ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးရန် မလိုသည့်အပြင် အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် အရည်အချင်းမပြည့်မီပါ။ အခြားအိမ်ထောင်စုဝင်များအနေဖြင့် ၎င်းတို့သည် အခြားတစ်နည်းနည်းဖြင့် အရည်အချင်း ပြည့်မီပါက အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်ခံရရှိနိုင်သေးသည်။ အခြား အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် အရည်အချင်း ပြည့်မီမီ သင်သည် ကျွန်ုပ်တို့အား ဆုံးဖြတ်စေလိုပါက သင့်အနေဖြင့် ၎င်းတို့၏ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းနှင့် ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြရန်နှင့် ၎င်းတို့၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) ကို ကျွန်ုပ်တို့အားပေးရန် လိုအပ်ပါသေးသည်။ အိမ်ထောင်စု၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်အဆင့်ကိုဆုံးဖြတ်ရန် ၎င်းတို့၏ ဝင်ငွေနှင့် ရင်းမြစ်များအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြရန်လိုအပ်ပါသည်။ ၎င်းတို့သည် ၎င်းတို့၏ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းကို ကျွန်ုပ်တို့အား မပေးပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် လျှောက်ထားသူမဟုတ်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်များ အား အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု နိုင်ငံသားနှင့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်ရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ (United States Citizenship and Immigration Services) (USCIS) ၏ အကျိုးဝင်မှုများရရှိရန် နိုင်ငံခြားသား စနစ်တကျ အတည်ပြုရေး (Systematic Alien Verification for Entitlements) (SAVE) စနစ်သို့ ကျွန်ုပ်တို့ အစီရင်ခံတိုင်ကြားမည် မဟုတ်ပါ။ သို့ပါသော်လည်း သင်၏လျှောက်လွှာပေါ်တွင် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်း အချက်အလက်ကို တင်သွင်းထားပြီးပါက အဆိုပါအချက်အလက်ကို ထို SAVE စနစ်မှတစ်ဆင့် အတည်ပြုစစ်ဆေးခံရနိုင်ပြီး မိသားစု၏ အရည်အချင်းပြည့်မီရေးနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်အဆင့်အပေါ် သက်ရောက်နိုင်ပါသည်။ သင်၏ ဝင်ငွေနှင့် သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီမှုကို အတည်ပြုရန်သင်၏အချက်အလက်ကို အခြား ပြည်ထောင်စု၊ ပြည်နယ်နှင့် ဒေသန္တရ အေဂျင်စီများနှင့် ကျွန်ုပ်တို့ တိုက်ဆိုင်ကြည့်ပါမည်။ ဥပဒေမှ ရှောင်ပြေးနေသူ များအား ဖမ်းဆီးရာတွင် အသုံးပြုရန် ဤအချက်အလက်ကို တရားဥပဒေ စိုးမိုးရေးအရာရှိများ ထံသို့လည်း ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ သင့် အိမ်ထောင်စုတွင် SNAP အရေးဆိုမှု တစ်ခုရှိနေပါက၊ SSNအပါအဝင် ဤ လျှောက်လွှာပေါ်ရှိအချက်အလက်များကို ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်အေဂျင်စီများ နှင့်တိုင်ကြားမှု စုဆောင်းရာတွင် အသုံးပြုရန် ၎င်းတို့အတွက် အသုံးပြုရန် ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်အစိုးရအေဂျင်စီများ သို့ ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ အခြားအိမ်ထောင်စုဝင်များက ၎င်းတို့၏ SSN၊ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းကို ပေးအပ်ရန် ပျက်ကွက်သည့်အတွက်ကြောင့် လျှောက်ထားသူ အိမ်ထောင်စုဝင်များအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ငြင်းဆန်မည်မဟုတ်ပါ။



မိသစုနှင့် ကလေးများအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထဲခြင်

အမည် <small>ရှေ့ဆုံး    အလယ်အမည်    အတိုကောက်    နောက်ဆုံး</small>	တော်စပ်ပုံ	ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် အကျိုးခံစားခွင့် များရရှိရန် လျှောက်ထား နေပါသလား။	ဤပုဂ္ဂိုလ် သည် ကျန်းမာရေး အကာ အကွယ် လိုအပ်ပါ သလား။	မွေးနေ့ ရက်စွဲ	လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်  (လျှောက်ထားသူ မဟုတ်သူများ အတွက် ဆန္ဒရှိက ရွေးချယ်နိုင်သည်)	လိင်	ဟစ္စပန်းနစ် သို့မဟုတ် လက်တီနို ဖြစ် ပါသလား။	လူမျိုး ကုဒ်  (ဆန္ဒရှိပါက)	သင်သည် အမေ ရိကန် နိုင်ငံသား၊ အမေရိကန်ဖွား နိုင်ငံသား၊ အရည်အချင်းမီ ရွှေ့ပြောင်း နေထိုင်သူ သို့မဟုတ် စိတ်ကျေနပ်ဖွယ် ရွှေ့ပြောင်း နေထိုင်မှု အဆင့်အတန်း ရှိ သူတစ်ဦး ဖြစ်ပါ သလား။ (လျှောက်ထား သူများသာ)  (ဟုတ်/မဟုတ်)
	ကိုယ်တိုင်	(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/ မဟုတ်)	ဖောမက်ပုံစံ (လလ/ ရက်ရက်/ နှစ်နှစ်)	(ကျား/မ)	(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ကုဒ်များကို အောက်တွင် ကြည့်ရှုပါ)		
<p>လူမျိုး ကုဒ်နံပါတ်များ (အကျိုးဝင်သည့် အရာအားလုံးကို ရွေးချယ်ပါ) -</p> <p><b>AI</b> – အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလာစကာ ဌာနေတိုင်းရင်းသား    <b>AS</b> – အာရှတိုက်သား    <b>BL</b> – လူမဲ့ သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်</p> <p><b>HP</b> – ဟာဝိုင်ယီ ဌာနေတိုင်းရင်းသား သို့မဟုတ် အခြား ပစိဖိတ် ကျွန်းသား    <b>WH</b> – လူဖြူ</p> <p>လူမျိုး/မျိုးနွယ်စုဆိုင်ရာ အချက်အလက်ကို ပေးအပ်ခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်များကိုခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုသည့် ပုံစံဖြင့် ပေးအပ်ရာတွင် သင် ကူညီပါလိမ့်မည်။ သင့်အိမ်ထောင်စုအနေဖြင့် ဤအချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးရန် မလိုအပ်သည့်အပြင် ၎င်းက သင်၏ အရည်အချင်း ပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်အဆင့်တို့ကို အကျိုးမပြုပါ။</p>									





မိသစုနှင့် ကလေးများအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာန

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် အခြား အိမ်ထောင်စုဝင် လျှောက်ထားသူများသည် အမေရိကန် နိုင်ငံသားများ သို့မဟုတ် အမေရိကန်ဖွား နိုင်ငံသားများ မဟုတ်ပါက အောက်ပါ ဇယားကို ဖြည့်စွက်ပါ - (ကျေးဇူးပြု၍ ထပ်ဆောင်းစာမျက်နှာများ လိုအပ်သလို ထည့်ပေးပါ)

အမည် ရှေ့ဆုံး အလယ်အမည် အတိုကောက် နောက်ဆုံး	ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား	နိုင်ငံခြားသား/အတည်ပြု လက်မှတ်/စာရွက်စာတမ်း အိုင်ဒီနီပါတ်	သင်သည် အမေရိကန် ပြည်ထောင်စုတွင် 1996 ခုနှစ် ကတည်းက နေထိုင် နေပါသလား။  (ဟုတ်/မဟုတ်)	နိုင်ငံသားဖြစ်ခွင့်ရသည့် ရက်စွဲ/အမေရိကန် ပြည်ထောင်စုတွင်း ဝင် ရောက်သည့် သို့မဟုတ် ဝင်ခွင့်ပြုသည့် ရက်စွဲ (သက်ဆိုင်ပါက)  ဖေမက်ပုံစံ (လလ/ရက်ရက်/နှစ်နှစ်)	သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် မိဘသည် အမေရိကန်တပ်မတော် မှ စစ်မှုထမ်းဟောင်း သို့မဟုတ် လက်ရှိ တာဝန် ထမ်းဆောင်နေ သည့် အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။  (ဟုတ်/မဟုတ်)

### လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပိုမို၍ ပြောပြပါ

အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် မည်သူသည် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီကြောင်း ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်များအားလုံးနှင့် ပတ်သက်သော အချက်အလက်များ ကျွန်ုပ်တို့ ပိုမိုလိုအပ်ပါသည်။ သင်ရရှိလိုသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့် ပတ်သက်သည့် မေးခွန်းများကိုသာ အောက်ရှိ စာမျက်နှာတွင် ကျေးဇူးပြု၍ ဖြေဆိုပေးပါ။

- တစ်စုံတစ်ဦးသည် အခြားနိုင်ငံ သို့မဟုတ် ပြည်နယ်အတွင်း အကျိုးခံစားခွင့် တစ်စုံတစ်ရာ လက်ခံရရှိပါသလား။ (SNAP နှင့် TANF အတွက် သာ)  
 ဟုတ်  မဟုတ်  
 အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -  
 မည်သူ - \_\_\_\_\_  
 နေရာ - \_\_\_\_\_  
 အချိန် - \_\_\_\_\_  
 -



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ငှက်ခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

2. တစ်စုံတစ်ယောက်သည် 8/22/1996 နောက်ပိုင်း၌ ဧရိယာ တစ်ခုထက်ပို၍တွင် SNAP အကျိုးခံစားခွင့် အမြောက်အများရရှိရန် ၎င်းတို့ နေထိုင်သည့် နေရာနှင့် ၎င်းတို့မည်သူဆိုသည်နှင့် ပတ်သက်ပြီး မှားယွင်းသောအချက်အလက်များ ပေးကြောင်း ပြစ်မှုထင်ရှားရှိခဲ့ပါသလား။ (SNAP အတွက် သာ)

ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - \_\_\_\_\_

နေရာ - \_\_\_\_\_

အချိန် - \_\_\_\_\_

3. သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် လျှောက်ထားသည့်ရက်စွဲမှ ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း ဆန္ဒအလျောက် အလုပ်ထွက်ခဲ့ပါသလား သို့မဟုတ် သူ/သူမ၏ အလုပ်ချိန်နာရီကို တစ်ပတ်လျှင် နာရီ 30 အောက်သို့ ဆန္ဒအလျောက် လျှော့ချခဲ့ပါသလား။ (SNAP နှင့် TANF အတွက် သာ)

ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက၊မည်သူ အလုပ်ထွက်ခဲ့ပါသလဲ။ \_\_\_\_\_

သူ/သူမက ဘာကြောင့် အလုပ်ထွက်ခဲ့ပါသလဲ။ \_\_\_\_\_

4. တစ်ဦးဦးသည် ကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ (ဤမေးခွန်းသည် SNAP လျှောက်ထားသူများနှင့် မသက်ဆိုင်ပါ)  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက၊

ကိုယ်ဝန်ဆောင်အမျိုးသမီး၏ အမည် - \_\_\_\_\_

ခန့်မှန်းမွေးဖွားရက်က ဘယ်တော့ပါလဲ။ \_\_\_\_\_ ၊ ထို့အပြင် ကလေးဘယ်နှစ်ယောက်မွေးရန် မျှော်မှန်းထားပါသလဲ။ \_\_\_\_\_

အကယ်၍ မဟုတ်ပါက၊ လွန်ခဲ့သော 12 လအတွင်း အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် ကလေးမီးဖွားခဲ့ပါသလား သို့မဟုတ် ကိုယ်ဝန် အဆုံးသတ်ခဲ့ပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက၊

ကိုယ်ဝန်ဆောင်အမျိုးသမီး၏ အမည် - \_\_\_\_\_

မီးဖွားခဲ့သည့်/ကိုယ်ဝန်ပျက်ခဲ့သည့် ရက်စွဲက ဘယ်နေ့ပါလဲ။ \_\_\_\_\_ ၊ ထို့အပြင် ကလေးဘယ်နှစ်ယောက် မွေးဖွားခဲ့ပါသလဲ/မွေးရန် မျှော်မှန်းခဲ့ပါသလဲ။ \_\_\_\_\_

\*TANF လျှောက်ထားသူများအတွက်သာ အောက်ပါတို့ကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖြည့်ပေးပါ။

မွေးဖွားလာမည့်ကလေး၏ ဖခင်အမည် - \_\_\_\_\_ ဖခင်၏ လိပ်စာ - \_\_\_\_\_

5. Medicaid လျှောက်ထားသူများအတွက် လွန်ခဲ့သော 3 လအတွင်း တစ်ဦးဦးထံတွင်ငွေမပေးချေရသေးသည့် ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာ



မိသစုနှင့် ကလေးများအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထားခြင်း

များရှိပါသလား။  ရှိ  မရှိ

အကယ်၍ ရှိပါက သင့်ထံတွင် Medicaid ကိစ္စရပ်တစ်ခု ရှိလျှင် မပေးချေရသေးသည့် ငွေတောင်းခံလွှာများကို ကျေးဇူးပြု၍ ပို့ပေးပါ။



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ဌာန

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထဲခြင်း

6. တစ်ဦးဦးသည် SNAP သို့မဟုတ် TANF အစီအစဉ်မှ အရည်အချင်းမပြည့်မီ ဖြစ်ခဲ့ပါသလား။ (SNAP နှင့် TANF အတွက်သာ)

ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - \_\_\_\_\_

နေရာ - \_\_\_\_\_

7. တစ်ဦးဦးသည် ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် အပြစ်ဒဏ်ပေးခြင်း သို့မဟုတ် အကျဉ်းကျခြင်းမှ ရှောင်ကြဉ်ရန် တိမ်းရှောင်နေပါသလား။ (SNAP နှင့် TANF အတွက်သာ)  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက မည်သူပါလဲ - \_\_\_\_\_

8. တစ်ဦးဦးသည် ခံဝန်ဖြင့်လွတ်ခြင်း သို့မဟုတ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ဆိုင်ရာ အခြေအနေများကို ချိုးဖောက်ထားပါသလား။ (SNAP နှင့် TANF အတွက်သာ)  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ဘယ်သူပါလဲ - \_\_\_\_\_

9. တစ်ဦးဦးသည် 8/22/1996 နောက်ပိုင်းတွင် ထိန်းချုပ်ဆေးဝါးပစ္စည်းတစ်ခု ကို ပိုင်ဆိုင်၊ အသုံးပြု သို့မဟုတ် ဖြန့်ဖြူးမှုနှင့် ဆက်စပ်သော အပြုအမူကြောင့် ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီးတစ်ခု (ဥပမာ - ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီး) တစ်ခုရှိပါသလား (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) နှင့် TANF အတွက်သာ) သို့မဟုတ် အကြမ်းဖက်သည့် ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီးတစ်ခု ရှိပါသလား (TANF အတွက်သာ)။  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - \_\_\_\_\_ အချိန် - \_\_\_\_\_

a. ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ရာဇဝတ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းကြောင့် ရလဒ်အဖြစ် ကျခံရသည့် ပြစ်ဒဏ်တစ်ခုနှင့် သက်ဆိုင်သော ခံဝန်ဖြင့်လွတ်ပေးထားမှုဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များကို သင် လိုက်နာပါသလား။ (SNAP အတွက်သာ)

ဟုတ်  မဟုတ်

b. ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ရာဇဝတ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းကြောင့် ရလဒ်အဖြစ် ကျခံရသည့် ပြစ်ဒဏ်တစ်ခုနှင့် သက်ဆိုင်သော လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များကို သင် လိုက်နာပါသလား။ (SNAP အတွက်သာ)

ဟုတ်  မဟုတ်

c. ဆေးဝါးနှင့်ဆက်စပ်၍ ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းတစ်ခုနှင့် ဆက်စပ်သော ခံဝန်ဖြင့်လွတ်ခြင်း သို့မဟုတ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များအားလုံးကို သင် အောင်အောင်မြင်မြင် ပြီးမြောက်ခဲ့ပါသလား။ (SNAP အတွက်သာ)  ဟုတ်  မဟုတ်

10. 8/22/1996 နောက်ပိုင်းတွင် သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့်များကို မူးယစ်ဆေးဝါးအတွက် လဲလှယ်ရောင်းချမှုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခဲ့ပါသလား။ (SNAP အတွက်သာ)  ဟုတ်  မဟုတ်



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ငှက်ခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - \_\_\_\_\_ အချိန် - \_\_\_\_\_

11. 8/22/1996 နောက်ပိုင်းတွင် သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို \$500 ထက်ကျော်သောပမာဏဖြင့် ဝယ်ယူခြင်း သို့မဟုတ် ရောင်းချခြင်းအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခဲ့ပါသလား။ (SNAP အတွက်သာ)  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - \_\_\_\_\_

အချိန် - \_\_\_\_\_

12. 8/22/1996 နောက်ပိုင်းတွင် သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် သေနတ်များ၊ ခဲယမ်းများ သို့မဟုတ် ဖောက်ခွဲရေးပစ္စည်းများ အတွက် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့်များကို လဲလှယ်ရောင်းချမှုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခဲ့ပါသလား။ (SNAP အတွက်သာ)

ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - \_\_\_\_\_

အချိန် - \_\_\_\_\_

13. သင် သို့မဟုတ် သင်၏ အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် 2/7/2014 နောက်ပိုင်းတွင် ပြင်းထန်ဆိုးရွားသည့် လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ ဖော်ပြချက်များ၊ လူသတ်မှု၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာအမြတ်ထုတ်မှု၊ ကလေးသူငယ်များအား အခြားသော ဖော်ပြချက်များ၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာဖော်ပြချက်များနှင့်ပတ်သက်သည့် ဖက်ဒရယ် သို့မဟုတ် ပြည်နယ်ဆိုင်ရာ ပြစ်မှု သို့မဟုတ် ထိုသို့သော ပြစ်မှုနှင့် သိသိသာသာ ဆင်တူသည်ဟု ရှေ့နေချုပ်မှ သတ်မှတ်ထားသော ပြည်နယ်ဥပဒေအရ ပြစ်မှုတစ်ခုအတွက် အရှယ်ရောက်ပြီးသူတစ်ဦးအဖြစ် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခံရဖူးပါသလား။ (SNAP အတွက်သာ)

ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက-

မည်သူ - \_\_\_\_\_ အချိန် - \_\_\_\_\_

a. သင်သည် ရာဇဝတ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းကြောင့် ရလဒ်အဖြစ် ကျခံရသည့် ပြစ်ဒဏ်တစ်ခုခုနှင့် သက်ဆိုင်သော ခံဝန်ချုပ်ဖြင့်လွတ်ခြင်းဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များကိုလိုက်နာပါသလား။ (SNAP အတွက်သာ)

ဟုတ်  မဟုတ်

b. ရာဇဝတ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းကြောင့် ရလဒ်အဖြစ် ကျခံရသည့် ပြစ်ဒဏ်တစ်ခုခုနှင့် သက်ဆိုင်သော လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များကို သင် လိုက်နာပါသလား။ (SNAP အတွက်သာ)

ဟုတ်  မဟုတ်



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ငှာခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထဲခြင်

- c. ရာဇဝတ်မှုကြီးတစ်ခုနှင့် ဆက်စပ်သော ပြစ်မှုထင်ရှားမှုတစ်ခုခုနှင့် ဆက်စပ်ပြီး ခံဝန်ဖြင့်လွတ်ပေးခြင်း သို့မဟုတ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့် ဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များ အားလုံးကို သင် အောင်အောင်မြင်မြင် ပြီးမြောက်ခဲ့ပါသလား။ (SNAP အတွက် သာ)
- ဟုတ်  မဟုတ်

14. သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် ထို သို့မဟုတ် လောင်းကစား အနိုင်ကြေးများ ရရှိခဲ့ပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်
- အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -  
မည်သူ - \_\_\_\_\_ အချိန် - \_\_\_\_\_ လက်ခံရရှိခဲ့သည့် ပမာဏ - \_\_\_\_\_

15. တစ်ဦးဦးသည် TANF ရန်ပုံငွေများ သို့မဟုတ် Way2Go ကတ်ကို အောက်ပါ ဖော်ပြထားသောနေရာများ၌ အသုံးပြုခဲ့ပါသလား - အရက် ပြင်း စတိုးဆိုင်များ၊ ကာစီနိုများ၊ ပိုကာ ကစားခန်းများ၊ အရွယ်ရောက်လူကြီး ဖျော်ဖြေရေးလုပ်ငန်းများ၊ အာမခံ ဘွန်းစာချုပ်များ၊ နိုက် ကလပ်များ၊ အရက်ရောင်းသည့် ဆလွန်းများ/တဗန်းများ၊ ဘင်ဂိုကစားခန်းမများ၊ မြင်းပြိုင်ပွဲ လောင်းကစားခြင်းများ၊ သေနတ်/ခဲယမ်းမီးကျောက် စတိုးဆိုင်များ၊ အပန်းဖြေ သင်္ဘောများ၊ ဗေဒင်ဆရာများ၊ ဆေးလိပ်ဆိုင်များ၊ တက်တူး/နား၊ နှာခေါင်း ဖောက် ဆိုင်များနှင့် အပြန်းဖြေစပါ/အနှိပ်ခန်းများ။ (TANF အတွက်သာ)  ဟုတ်  မဟုတ်
- အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -  
မည်သူ - \_\_\_\_\_ အချိန် - \_\_\_\_\_

16. အကျိုးခံစားခွင့်များ လျှောက်နေသူတစ်ဦးဦးသည် လတ်တလော၌ ထောက်ပံ့စရိတ် ရရှိနေပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်
- အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -  
မည်သူ - \_\_\_\_\_  
လစဉ် လက်ခံရရှိသည့် ပမာဏ - \_\_\_\_\_  
ထောက်ပံ့စရိတ် သဘောတူညီချက်ကို အပြီးသတ်ခဲ့သည့် သို့မဟုတ် နောက်ဆုံးမွမ်းမံပြင်ဆင်ခဲ့သည့် ရက်စွဲ - \_\_\_\_\_

### လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံး၏ ဝင်ငွေအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြပါ

သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်း နေထိုင်သူတစ်ဦးသည် အောက်ပါတို့ကဲ့သို့သော ဝင်ငွေအမျိုးအစားတစ်ခုခု ရရှိပါသလား - လုပ်ခများ၊ အပိုဆုကြေးများ၊ ဘွဲ့နပ်စ်များ၊ ကိုယ်ပိုင်အလုပ်၊ လူမှုဖူလုံရေး/ရထားလမ်းဌာန အငြိမ်းစား၊ အခြား မသန်စွမ်းမှု၊ ပင်စင်များ၊ အလုပ်လက်မဲ့ သို့မဟုတ် အခြား ဝင်ငွေတစ်ခုခု။ SNAP နှင့် TANF အတွက် ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါတို့ကဲ့သို့သော ဝင်ငွေများကိုလည်း စာရင်းပေးပါ - VA ဝင်ငွေ၊ ကလေး ထောက်ပံ့ကြေး၊ အခြားသူများထံမှ ပိုက်ဆံများ သို့မဟုတ် အလုပ်သမားများ၏ လျော်ကြေး အကျိုးခံစားခွင့်များ အကယ်၍ ရှိပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။

ဝင်ငွေရှိသည့် အိမ်ထောင်စုဝင်၏ အမည်	ဝင်ငွေ အမျိုးအစား	အလုပ်ရှင် အမည်/ဝင်ငွေ အရင်းအမြစ်	လစဉ် ပမာဏ (ဖြတ်နုတ်မှုများ မ တိုင်မီ)	ရရှိသည့် အကြိမ် ရေ (လစဉ်၊ တစ် ပတ်နှစ်ကြိမ်၊ အပတ်စဉ်)	နာရီလိုက် လုပ်ခ	အပတ်စဉ် အလုပ်လုပ် သည့် နာရီ ပေါင်း	ပေးချေသည့် ရက်စွဲ(များ)



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ငှက်ခွဲ

## အကျုံးဝင်စွမ်းရည်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း


လောလောဆယ် တစ်ဦးဦးသည် သပိတ်မှောက်နေပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်

ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ဖြစ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ သင်၏ လစဉ် လုပ်ငန်းကုန်ကျစရိတ် ပမာဏကို စာရင်းပေးပါ - \$ \_\_\_\_\_

လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်များအားလုံး၏ ရင်းမြစ်များအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြပါ - **TANF** နှင့် **SNAP** လျှောက်ထား

သူများအတွက်၊ အိမ်ထောင်စုဝင်များအားလုံးနှင့် အသက်ကြီးသော (65 နှစ် သို့မဟုတ် အထက်)၊ မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသော (သင် အလုပ်မလုပ်နိုင်အောင် အတားအဆီးဖြစ်စေသည့် အမြဲတမ်းချို့ယွင်းမှု) **Medicaid** လျှောက်ထားသူများအတွက် ရင်းမြစ်များအားလုံးကို စာရင်းပေးပါ

သင် သို့မဟုတ် သင်လျှောက်ထားပေးနေသည့် တစ်ဦးဦးသည် ရင်းမြစ်တစ်ခုခု ပိုင်ဆိုင်ပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါအချက်အလက်ကို ဖြည့်ပေးပါ (သင်၊ သင်၏ အိမ်ထောင်ဖက်၊ သင့်အား နှိမ့်သူများပိုင်ဆိုင်သည့် သို့မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦးနှင့် ပူးတွဲပိုင်ဆိုင်သည့် ရင်းမြစ်များ (ပိုင်ဆိုင်မှုများ) အားလုံးကို အမှတ်ခြစ်ပေးပါ။ လိုအပ်ပါက ထပ်ဆောင်းစာမျက်နှာများ တွဲထည့်ပေးပါ။)

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| ငွေသွင်း အကောင့်များ                    | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် | နာရေး အစီအစဉ်များ/ကြိုတင်ငွေပေးထားသည့်         |  |
| ငွေစုအကောင့်များ                        | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် | မြေမြှုပ်ရန် ကိစ္စ                             | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် |
| အစိုးရ ဘွဲ့စားစာချုပ်များ               | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် | မြေမြှုပ်ရန် မြေကွက်များ သို့မဟုတ် စာချုပ်များ | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် |
| ယုံကြည်မှုဖြင့်အပ်နှံသည့် ရန်ပုံငွေများ | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် | စတော့ရှယ်ယာများနှင့် ဘွဲ့စားစာချုပ်များ        | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် |
| မဟုတ်                                   |  | အခြား (IRA၊ CD၊ စသဖြင့်။)                      | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် |

အမှန်တကယ် ပိုင်ဆိုင်မှု/အိမ်နေရာ ပိုင်ဆိုင်မှု ဖြစ်ပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်

သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်ဖက်သည် ပိုင်ဆိုင်မှုတစ်ခုခုကို ၎င်း၏တန်ဖိုးထက် လျော့နည်းပြီး ပေးပစ်ခဲ့ပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ အဆိုပါမေးခွန်းများမှ တစ်ခုခုကို ဟုတ်သည်ဟု သင်ဖြေဆိုခဲ့ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အောက်တွင် ရှင်းလင်းဖော်ပြပါ။

ရင်းမြစ်ရှိသည့် အိမ်ထောင်စုဝင်၏ အမည်	ရင်းမြစ် အမျိုးအစား	အကောင့်/ပေါ်လစီနံပါတ်	တန်ဖိုး	ဘဏ်အမည်၊ အာမခံ ကုမ္ပဏီ၊ စသဖြင့်။

သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်ဖက်သည် ယာဉ်တစ်စီး ပိုင်ဆိုင်ပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အောက်တွင် ရှင်းလင်းဖော်ပြပေးပါ။



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ဌာနခွဲ

## အကျဉ်းစွဲများရရှိရန်လျှောက်ထဲခြင်

ယာဉ်ပိုင်ဆိုင်သည့် အိမ်ထောင်စု ဝင်	ယာဉ် ထုတ်လုပ်သူ	မိုဒယ်	ထုတ်သည့်နှစ်	အကြွေးတင်နေသည့် ပမာဏ

သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်ဖက်ထံတွင် အသက်အာမခံ ပေါ်လစီတစ်ခု ရှိပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်  
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါအချက်အလက်ကို ဖြည့်ပေးပါ။

ပေါ်လစီ ပိုင်ဆိုင်သူ	အာမခံ ကုမ္ပဏီ	ပေါ်လစီနံပါတ်	အမြင် တန်ဖိုး	ငွေသားတန်ဖိုး

### လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံး၏ အသုံးစရိတ်များအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြပါ (Medicaid လျှောက်ထားသူများအတွက် ဆန္ဒရှိ က)

သင်သည် မှီခိုသူ ကလေးတစ်ဦး သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသည့် အရွယ်ရောက် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးအတွက် စောင့်ရှောက်ရေးအတွက် ငွေပေးချေပါသလား။

ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။

စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်သူ	စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေ ပေးချေသူ	စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ် သည့် အကြောင်းရင်း	ပံ့ပိုးသူ၏ အမည်/နံပါတ်	ပံ့ပိုးသူထံ ပေး ချေခဲ့သည် ပမာဏ	ဘယ်နှစ်ကြိမ် ပေးပါ သလဲ

သင်သည်မှီခိုသူ ကလေးတစ်ဦး သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသည့် အရွယ်ရောက် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးအတွက် သယ်ယူပို့ဆောင်မှု အသုံးစရိတ်များကို ပေးချေပါသလား။

ဟုတ်  မဟုတ်

အဆိုပါ အသုံးစရိတ်များသည် မှီခိုသူ စောင့်ရှောက်မှု အသုံးစရိတ်များတွင်ပါဝင်ပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ မဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ ဤမေးခွန်းကို ဖြေဆိုပေးပါ - အပတ်စဉ် မောင်းနှင်သည့် မိုင်စုစုပေါင်း- \_\_\_\_\_

သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် အိမ်ပြင်ပတွင် နေထိုင်သော တစ်စုံတစ်ဦးအား ကလေး ထောက်ပံ့စရိတ် ပေးနေပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။

ပေးချေရန် ဝတ္တရားရှိသည့် အိမ်ထောင်စုဝင်	ထောက်ပံ့စရိတ် ပေးချေခဲ့ရသည့် ကလေး၏အမည်	ပေးချေရန် ဝတ္တရားရှိ သည့် ပမာဏ	အမှန်တကယ် ပေးချေခဲ့ သည့် ပမာဏ	ကလေးထောက်ပံ့စရိတ်ကို မည် သူအား ပေး ချေပါသလဲ။





မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ငှက်ခွဲ

## အကျုံးစွဲမှုရရှိရန်လျှောက်ထဲခြင်

--	--	--	--

အသက် 60 နှစ် သို့မဟုတ် အထက် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသူ တစ်ဦးဦးတွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အသုံးစရိတ်များ ရှိပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်  
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။

အသုံးစရိတ်ရှိသည့် အိမ်ထောင်စုဝင်	အသုံးစရိတ် အမျိုးအစား (ဆရာဝန်ထံ သွားရောက်မှုများ၊ ဆေးရုံသို့ သွားရောက်မှု၊ ဆေးညွှန်းများ၊ Medicare သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး အာမခံ ပရီမီယမ်များ၊ မျက်မှန်များ)	အကြွေးတင်နေသည့် ပမာဏ	အကြွေးတင်နေပါသေးသလား။ ဟုတ်/မဟုတ်	ပေးချေခဲ့သည့် ရက်စွဲ	အာမခံက ငွေပေးချေပါမည်လား။ ဟုတ်/မဟုတ်

အသက် 60 နှစ် သို့မဟုတ် အထက် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသူ တစ်ဦးဦးတွင် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးအတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အသုံးစရိတ်များ ရှိပါသလား။  
 ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။

ခရီးသွားရသည့် ရည်ရွယ်ချက် (ဆရာဝန်ထံ သို့မဟုတ် ဆေးရုံသို့ သွားရောက်ခြင်း၊ ဆေးဆိုင် ဆေးသွားယူခြင်း)	မောင်းနှင်သည့် မိုင်စုစုပေါင်း -	တက်စီ၊ ဘတ်စ်ကား၊ ကားပါကင်အတွက် ကုန်ကျစရိတ် သို့မဟုတ် နေရာထိုင်ခင်း -

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးထံတွင် အမိုးအကာနှင့် ယူတလတီ အသုံးစရိတ်များ ရှိပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်  
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။

အသုံးစရိတ်	ပမာဏ	ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။	မည်သူက ပေးချေခဲ့ပါသလဲ။
အငှားခ/အပေါင်ချေးငွေ			
အိမ်ခြံမြေ အခွန်များ			
အိမ်ခြံမြေ အာမခံ			
လျှပ်စစ်ဓာတ်အား			
ဂက်စ်			
လောင်စာဆီ/ထင်း/ရေနံဆီ			
ရေတွင်း/မိလ္လာကန်/ရေ/မိလ္လာ			



မိသစုနှင့် ကလေးများအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ

## အကျဉ်းစာအုပ်များရရှိရန်လျှောက်ထားခြင်း

အမှိုက်			
တယ်လီဖုန်း			
အခြား			



မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ငှက်ခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

လစဉ် အိမ်ထောင်စု အသုံးစရိတ်များကို အိမ်ရှိ လူတစ်ဦးနှင့် သင်မျှဝေပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ဘယ်သူပါလဲ။ \_\_\_\_\_

မှတ်ချက်များ/စာရွက်စာတမ်းများ \_\_\_\_\_

မည်သူ့ထံ ပေးချေပါသလဲ \_\_\_\_\_ ပေးချေခွဲသည့် ပမာဏ \$ \_\_\_\_\_ လျှင် \_\_\_\_\_

အိမ်ရှင်၏ အမည် \_\_\_\_\_

အိမ်ရှင်၏ လိပ်စာ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ဤအိမ်ထောင်စု ငွေတောင်းခံလွှာများမှ တစ်ခုခုကို အခြားတစ်စုံတစ်ဦးက သင့်အတွက် ပေးချေပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ -

ငွေတောင်းခံလွှာကို မည်သူက ပေးချေပါသလဲ။	မည်သည့် ငွေတောင်းခံလွှာများကို ပေးချေပါသလဲ။
မည်သည့်ပမာဏကို ပေးချေပါသလဲ။	အဆိုပါသူက ယင်းငွေတောင်းခံလွှာများကို မည်သူ့ထံ ပေးချေပါသလဲ။

အကယ်၍ Medicaid အတွက် လျှောက်ထားနေပါက ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါအချက်အလက်ကို ဖြည့်ပေးပါ။

အခွန်တင်သွင်းသူဆိုင်ရာ အချက်အလက်

1. အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် ရှေ့လာမည့်နှစ်တွင် ပြည်ထောင်စု ဝင်ငွေခွန်ပြန်အမ်းငွေကြေညာလွှာတစ်ခု တင်သွင်းရန် စီစဉ်ထားပါသလား။

ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက မည်သူပါလဲ။ (တင်သွင်းရန် စီစဉ်သူတစ်ဦးစီကို စာရင်းပေးပါ) \_\_\_\_\_

2. စာရင်းပေးထားသော အခွန်တင်သွင်းသူများအနက်တစ်ဦးဦးသည် အိမ်ထောင်ဖက်တစ်ဦးနှင့် ပူးတွဲတင်သွင်းပါမည်လား။  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အိမ်ထောင်ဖက်၏အမည်ကို စာရင်းပေးပါ -

\_\_\_\_\_

3. အခွန် တင်သွင်းသူများအနက်တစ်ဦးဦးသည် ၎င်းတို့၏ အခွန်ပြန်အမ်းငွေကြေညာလွှာပေါ်တွင် မှီခိုသူတစ်ဦးဦး ကြေညာပါမည်လား။

ဟုတ်  မဟုတ် ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ မှီခိုသူများ၏အမည်ကို စာရင်းပေးပါ။

\_\_\_\_\_

4. တစ်ဦးဦးသည် အခြားတစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်ပြန်အမ်းငွေကြေညာလွှာပေါ်တွင် မှီခိုသူတစ်ဦးအဖြစ် ကြေညာပါမည်လား။  ဟုတ်  မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အခွန်တင်သွင်းသူနှင့် မှီခိုသူ၏ အမည်ကို စာရင်းပေးပါ -

(တင်သွင်းသူ) \_\_\_\_\_

(မှီခိုသူ) \_\_\_\_\_

အခွန်မှီခိုသူသည် အခွန်တင်သွင်းသူနှင့် မည်သို့ တော်စပ်ပါသလဲ။ \_\_\_\_\_

ဖြတ်နုတ်မှုများ - သက်ဆိုင်သမျှကို အမှတ်ခြစ်ပြီး ပမာဏနှင့် သင် ပေးသည့် အကြိမ်အရေအတွက်ကို ပေးအပ်ပါ။

ထောက်ပံ့စရိတ် ပေးချေမှု \$ \_\_\_\_\_ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ \_\_\_\_\_  ကျောင်းသားချေးငွေ အတိုး \$ \_\_\_\_\_ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ \_\_\_\_\_



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမှ ငှာခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

- ကျန်းမာရေး အာမခံ ပရီမီယမ်ကြေးများ၊ 401K နှင့် အခြား အခွန်မဆောင်မီ ဖြတ်နုတ်မှုများ \$ \_\_\_\_\_ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ \_\_\_\_\_
- အခြား ဖြတ်နုတ်မှု အမျိုးအစား \$ \_\_\_\_\_ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ \_\_\_\_\_ အမျိုးအစား - \_\_\_\_\_

### အခြား ကျန်းမာရေး အကာအကွယ်

1. တစ်ဦးဦးထံတွင် သင်၏ အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးအား အကာအကွယ်ပေးသည့် အခြား ကျန်းမာရေး အာမခံရှိပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်  
အထက်ရှိ မေးခွန်း 4 ကို ဟုတ်သည်ဟု သင်ဖြေဆိုထားပါက ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါအချက်အလက်နှင့် နောက်ဆက်တွဲ A ကို ဖြည့်ပေးပါ -

ပေါ်လစီကိုင်ဆောင်သူ၏ အမည်	ကျန်းမာရေး အာမခံကုမ္ပဏီ၏ အမည်၊ လိပ်စာနှင့် တယ်လီဖုန်းနံပါတ်	အကာအကွယ် အမျိုးအစား (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ Medicare ဖြည့်စွက်၊ ဆေးဝါး၊ အဓိက ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ)	အကာအကွယ်ရရှိထားသူ၏ အမည်	သက်ရောက်သည့် ရက်စွဲ	ပေါ်လစီ နံပါတ်

2. ဤလျှောက်လွှာပေါ်တွင် စာရင်းပေးထားသူ တစ်ဦးဦးအား အလုပ်အကိုင်တစ်ခုခုမှ ကျန်းမာရေး အကာအကွယ် ကမ်းလှမ်းပေးထားပါသလား။ အကာအကွယ်သည် မိဘတစ်ဦး သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်ဖက်ကဲ့သို့သော တစ်စုံတစ်ဦး၏ အလုပ်မှ ဖြစ်သည့်တိုင် ဟုတ် ကို အမှတ်ခြစ်ပေးပါ။  
 ဟုတ်  မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက သင်သည် နောက်ဆက်တွဲ A ကိုဖြည့်ရန် လိုအပ်ပါသည်။  
ဤအရာသည် ပြည်နယ်ဝန်ထမ်း အကျိုးခံစားခွင့်ပလန်တစ်ခု ဖြစ်ပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်
3. သင် သို့မဟုတ် ဤလျှောက်လွှာပေါ်တွင် စာရင်းသွင်းထားသူ တစ်ဦးဦးသည် လွန်ခဲ့သော 2 လ အတွင်း ကျန်းမာရေးအကာအကွယ်တစ်ခုခုကို ဆုံးရှုံးသွားခဲ့ပါသလား။  
a.  ဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ၎င်းကို ဘာကြောင့်ဆုံးရှုံးခဲ့ပါသလဲ။ \_\_\_\_\_  
b.  မဟုတ်
4. မွေးစား စောင့်ရှောက်မှုတွင်း အသက် 18 နှစ်ရှိသူ တစ်ဦးဦးသည် Medicaid လျှောက်ထားနေပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်
5. သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် အမေရိကန် သို့မဟုတ် အလားတူ ဌာနေတိုင်းရင်းသား ဖြစ်ပါသလား။  ဟုတ်  မဟုတ်  
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက နောက်ဆက်တွဲ B ကို ဖြည့်ပါ။

တစ်ဦးဦးသည် အသက်အရွယ်ကြီးသူ (65 နှစ် သို့မဟုတ် အထက်)၊ မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသူ (သင့်အား အလုပ်မလုပ်နိုင်အောင် တားဆီးထားသည့် အမြဲတမ်းချွတ်ယွင်းချက်) ဖြစ်ပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ မေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပါ။ (ဆန္ဒရှိပါက)

1. ကျန်းမာရေး အကာအကွယ်ရရှိရန် လျှောက်ထားသူတစ်ဦးဦးသည် မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသူ ဖြစ်ပါသလား။  
 ဟုတ်  မဟုတ် ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အမည်များကိုဖော်ပြပါ - \_\_\_\_\_
2. သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်ဖက်အား လက်ရှိတွင် Medicare မှ ကာကွယ်ပေးထားပါသလား။  
 ဟုတ်  မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အမည်များကို ဖော်ပြပါ - \_\_\_\_\_
3. သင်သည် ဖြည့်စွက် လုံခြုံရေးဝင်ငွေ (Supplemental Security Income)(SSI) လျှောက်ထားမှုတစ်ခု မတိုင်မီ သုံးလမှ မပေးချေရသေးသော ဆေး



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ဌာနခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

ဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများကို အကျိုးဝင်ရန် Medicaid ကို လျှောက်ထားနေပါသလား။

ဟုတ်  မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက SSI အားလျှောက်ထားသည့် နေ့စွဲ - \_\_\_\_\_

4. သင်သည် ယခုအခါ သေဆုံးသွားပြီဖြစ်ပြီး လွန်ခဲ့သော သုံး (3) လအတွင်း မပေးချေရသေးသည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများ ရှိသူတစ်ဦးဦးအတွက် လျှောက်ထားနေပါသလား။

ဟုတ်  မဟုတ်

5. သင်သည် ဘိုးဘွားရိပ်သာတစ်ခုတွင်း ရှိနေသောသူတစ်ဦး၏ စောင့်ရှောက်မှု အတွက် ကူညီပေးချေရန် Medicaid ကို လျှောက်ထားနေပါသလား။

ဟုတ်  မဟုတ်

6. သင်သည် SSI ချက်လက်မှတ် ရပ်တန့်သွားသည့် အသက် 18 နှစ်အထက် ရှိသူတစ်ဦးအတွက် Medicaid လျှောက်ထားနေပါသလား။

ဟုတ်  မဟုတ်

7. သင်သည် အသိုင်းအဝိုင်း စောင့်ရှောက်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ၊ NOW/COMPI ဘဝအဆုံးသတ်သက်သာရေး စောင့်ရှောက်မှု၊ လွတ်လပ်သော စောင့်ရှောက်မှု ကင်းလွတ်ခွင့် သို့မဟုတ် ကင်းလွတ်သည်ဟု မှတ်ယူခြင်း (Katie Beckett) ကဲ့သို့သော အသိုင်းအဝိုင်းအခြေပြု ကင်းလွတ်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကူညီပေးချေရန် Medicaid ကို လျှောက်ထားနေပါသလား။

ဟုတ်  မဟုတ်



# အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

## SNAP ပြစ်ဒဏ်များ

သိလျက်နှင့် အချက်အလက် အမှားများ ပေးအပ်ပါက သင်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးနိုင် သို့မဟုတ် ရာဇဝတ်မှုဆိုင်ရာ တရားစွဲဆိုမှု ခံရနိုင်ပါသည်။

- သင်၏ အိမ်ထောင်စုအနေဖြင့် မရသင့်သော အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် အချက်အလက်အမှားများ ပေးအပ်ခြင်းမပြုပါနှင့် သို့မဟုတ် အချက်အလက် မကွယ်ဝှက်ပါနှင့်။
- သင့်ကိုယ်ပိုင်မဟုတ်သည့် SNAP သို့မဟုတ် EBT ကတ်များကို အသုံးမပြုပါနှင့်၊ ထို့အပြင် သင့်ကိုယ်ပိုင်ကတ်များကို အခြားသူတစ်ဦးဦးအား ပေးအသုံးပါနှင့်။
- အရက် သို့မဟုတ် စီးကရက်ကဲ့သို့သော အစားအစာမဟုတ်သည့် ပစ္စည်းများကို ဝယ်ယူရန် သို့မဟုတ် ခရက်ဒစ်ကတ်များအတွက် ငွေပေးရန် SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို အသုံးမပြုပါနှင့်။
- လက်နက်များ၊ ခဲယမ်းမီးကျောက်များ သို့မဟုတ် ထိန်းချုပ်ပစ္စည်းများ (တရားမဝင် ဆေးဝါးများ) ကဲ့သို့သော တရားမဝင် ပစ္စည်းများအတွက် SNAP သို့မဟုတ် EBT ကတ်များကို လဲလှယ်ခြင်း သို့မဟုတ် ရောင်းချခြင်း မပြုပါနှင့်။

**SNAP စည်းမျဉ်းများ** အနက်တစ်ခုခုကို ရည်ရွယ်ချက် ရှိရှိဖြင့် ချိုးဖောက်သည့် သင်၏ အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် **SNAP အစီအစဉ်မှ တစ်နှစ်မှ အပြီးအပိုင် အထိ တားမြစ်ခံရနိုင်ပါသည်။ \$250,000 အထိ ငွေဒဏ်အချခံရနိုင်ပါသည်။** ထောင်ဒဏ် အနှစ် **20** အထိကျခံရနိုင်ပါသည် သို့မဟုတ် နှစ်မျိုးလုံး ခံရနိုင်ပါသည်။ သူမ/သူသည် အခြား သက်ဆိုင်ရာ ပြည်ထောင်စုနှင့် ပြည်နယ် ဥပဒေများအရ တရားစွဲဆိုခြင်းလည်း ခံရနိုင်ပါသည်။ တရားရုံးက အမိန့်ပေးလျှင် သူမ/သူအား **SNAP** မှ နောက်ထပ် **18** လလည်း ပိတ်ပင်ခံရနိုင်ပါသည်။

စည်းမျဉ်းများကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ချိုးဖောက်သော မည်သည့်အိမ်ထောင်စုဝင်မဆို ပထမပြစ်မှုအတွက် တစ်နှစ်၊ ဒုတိယ ပြစ်မှုအတွက် နှစ်နှစ် နှင့် တတိယ ပြစ်မှုအတွက် **SNAP** အကျိုးခံစားခွင့်များကို အပြီးအပိုင် ရရှိနိုင်တော့မည်မဟုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် ထိန်းချုပ်ပစ္စည်းတစ်ခု ရောင်းချမှု ပါဝင်သည့် အရောင်းအဝယ်တစ်ခုအတွင်း **SNAP** အကျိုးခံစားခွင့်များကို အသုံးပြု သို့မဟုတ် လက်ခံခြင်းအတွက် အပြစ်ရှိကြောင်း တရားရုံးတစ်ခုမှ တွေ့ရှိပါက၊ သင် သို့မဟုတ် အဆိုပါအိမ်ထောင်စုဝင်သည် ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် နှစ်နှစ်နှင့် ဒုတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် ခံစားခွင့်များ အပြီးအပိုင် အရည်အချင်း ပြည့်မီတော့မည် မဟုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် သေနတ်များ၊ ခဲယမ်းမီးကျောက်များ သို့မဟုတ် ဖောက်ခွဲရေးပစ္စည်းများ ရောင်းချမှုပါဝင်သည့် အရောင်းအဝယ်တစ်ခု အတွင်း အကျိုးခံစားခွင့်များကို အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခြင်းအတွက် တရားရုံးတစ်ခုမှ အပြစ်ရှိကြောင်း တွေ့ရှိပါက သင် သို့မဟုတ် အဆိုပါအိမ်ထောင်စုဝင် သည် ဤချိုးဖောက်မှုမျိုး ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်သည်နှင့် **SNAP** တွင် ပါဝင်ရန် အပြီးအပိုင် အရည်အချင်းပြည့်မီတော့မည် မဟုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် မှောင်ခိုကူးခြင်းမှ စုပေါင်းအကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏ **\$500** သို့မဟုတ် အထက် ရရှိခြင်းအတွက် အပြစ်ရှိကြောင်း ဥပဒေ တရားရုံးတစ်ခုမှ တွေ့ရှိပါက သင် သို့မဟုတ် ထိုအိမ်ထောင်စုဝင်သည် ဤချိုးဖောက်မှုမျိုး ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်သည်နှင့် **SNAP** အစီအစဉ်တွင်း ပါဝင်ရန် အပြီးအပိုင် အရည်အချင်းပြည့်မီတော့မည် မဟုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် **SNAP** အကျိုးခံစားခွင့် အမြောက်အများ ရရှိရန် မည်သူမည်ဝါကြောင်း အထောက်အထား (၎င်းတို့ မည်သူ ဖြစ်ကြောင်း) သို့မဟုတ် နေအိမ် (၎င်းတို့နေထိုင်ရာ နေရာ) နှင့်စပ်လျဉ်း၍ မှားယွင်းသောဖော်ပြချက် သို့မဟုတ် ကိုယ်စားပြုချက်တစ်ခု ပေးအပ်ခဲ့ကြောင်း တွေ့ရှိပါက သင် သို့မဟုတ် အဆိုပါအိမ်ထောင်စုဝင်သည် **SNAP** အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ရန် **10** နှစ်တာ အရည်အချင်းပြည့်မီတော့မည် မဟုတ်ပါ။



# အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

## TANF အစီအစဉ် ပြစ်ဒဏ်များ

TANF အစီအစဉ်အတွင်း IPV (Intentional Program Violation) (အစီအစဉ်ကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ချိုးဖောက်ခြင်း) တစ်ခုခုသည်မှာ လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးက အကူအညီ ယူနစ် (AU) ၏ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုတစ်ခု ဖော်ဆောင်ရန် သို့မဟုတ် ထိန်းသိမ်းထားရန် သို့မဟုတ် မှားယွင်းသော သို့မဟုတ် အထင်အမြင်လွဲစေသည့် အချက် အလက်များ ပေးအပ်ခြင်း သို့မဟုတ် အချက်အလက်ကို ထိန်းချုပ်ခြင်းဖြင့် AU ၏အကျိုးခံစားခွင့်များ များလာစေရန် သို့မဟုတ် လျော့ကျခြင်းကို တားဆီးကာကွယ်ရန် တမင်လုပ်သည့် လုပ်ဆောင်ချက်တစ်ခုဖြစ်ပါသည်။

- အချက်အလက်များကို ကွယ်ဝှက်ပြီး အပြောင်းအလဲများကို အချိန်မီ အစီရင်ခံစာ သို့မဟုတ် အမှန်အတိုင်းမပြောသည့် မိသားစုဝင်တစ်ဦးသည် ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်ခြင်းအတွက် TANF အကျိုးခံစားခွင့်များကို ခြောက်လကြာ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ဒုတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် ဆယ်နှစ်လကြာနှင့် တတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် အပြီးအပိုင် ဆုံးရှုံးပါလိမ့်မည်။ ငွေသားထုတ်ယူရန် သို့မဟုတ် ကာစီနိုများ၊ အရက်ပြင်ဆိုင်များ၊ အရွယ်ရောက်ပြီးသူများအတွက် ဖျော်ဖြေရေး အဆောက်အအုံများ "အဖော်အချွတ် ကလပ်များ"၊ ပိုကာကစားခန်းများ၊ အာမခံ ဘွန်းစာချုပ်များ၊ နိုက်ကလပ်များ/အရက်ရောင်းသည့် ဆလွန်းများ/တမန်းများ၊ ဘင်ဂို ကစားခန်းမများ၊ မြင်းပြိုင်ပွဲလောင်းကစားများ၊ ဂိမ်းဆိုင်များ၊ သေနတ်/ခဲယမ်းမီးကျောက်ဆိုင်များ၊ အပျော်စီးသင်္ဘောများ၊ ဗေဒင်ဆရာများ၊ ဆေးလိပ်ဆိုင်များ၊ တက်တူး/နား၊ နှာခေါင်း ဖောက်ဆိုင်များ၊ နှင့် အပန်းဖြေစပါ/အနှိပ်ခန်းများ၌ ငွေသုံးစွဲရန် ငွေသားအကူအညီ ရန်ပုံငွေများ သို့မဟုတ် TANF debit ကတ်ကို လွှဲပြောင်း အသုံးပြုခြင်းကို တင်းကြပ်စွာ တားမြစ်ထားပြီး ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်ခြင်းအတွက် TANF အကျိုးခံစားခွင့်များကို ခြောက်လကြာ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ဒုတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် ဆယ်နှစ်လကြာနှင့် တတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် အပြီးအပိုင်ဆုံးရှုံးပါလိမ့်မည်။
- သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် အချက်အလက်များကို ကွယ်ဝှက်ထားသည် သို့မဟုတ် သင်သည်အပြောင်းအလဲများကို အချိန်မီ အစီရင်ခံစာ သို့မဟုတ် အမှန်တရားကို မပြောဟု ဥပဒေရေးရာ တရားရုံးတစ်ခုမှ တွေ့ရှိပြီး ပြစ်မှုထင်ရှားစီရင်ခံရပါက သင်သည် ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်ခြင်းအတွက် TANF အကျိုးခံစားခွင့်များကို 6 လကြာ၊ ဒုတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် 12 လကြာ ရရှိနိုင်မည်မဟုတ်ဘဲ တတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် အပြီးအပိုင်ရနိုင်တော့မည် မဟုတ်ပါ။
- သင်သည် ပြည်နယ် တစ်ခုထက်ပို၍ အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရရှိနိုင်ရန် သင်နေထိုင်သည့်နေရာနှင့် ပတ်သက်၍ အချက်အလက်မှားပေးခြင်းအတွက် သင် သို့မဟုတ် သင့် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် အပြစ်ရှိကြောင်း ဥပဒေရေးရာတရားရုံးတစ်ခုက တွေ့ရှိပါက သင့်အား 10 နှစ်ကြာ ပိတ်ပင်ပါမည်။
- အကယ်၍ တရားရုံးတစ်ခုက ဆေးဝါးနှင့် ဆက်စပ်သော စွဲဆီမှု၊ ထိန်းချုပ်ပစ္စည်း သို့မဟုတ် 1/1/1997 ရက်တွင် သို့မဟုတ် ယင်းနောက်ပိုင်းတွင် ပြင်းထန် ဆိုးရွားသည့် အကြမ်းဖက် ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီး တစ်ခုအတွက် သင့်အား စီရင်ခံပါက သင် သို့မဟုတ် အဆိုပါ အိမ်ထောင်စုဝင်သည် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမည် မဟုတ်ပါ ထို့အပြင်/သို့မဟုတ် အပြီးအပိုင် အရည်အချင်း ပြည့်မီတော့မည်မဟုတ်ပါ။



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ငှာခွဲ

# အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

## SNAP၊ TANF နှင့် Medicaid လျှောက်ထားသူအားလုံးအတွက် -

အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားသူ(များ)သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား(များ) သို့မဟုတ် အမေရိကန်နိုင်ငံတွင် တရားဝင်ရောက်ရှိနေသည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ(များ) ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံးသိသလောက်နှင့် ယုံကြည်ချက်ဖြင့် မုသားသက်သေခံမှု၏ဖြစ်ထွက်အောက်တွင် ကြေညာအပ်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာအတွင်း ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်အားလုံးသည် ကျွန်ုပ်အတတ်နိုင်ဆုံး သိရှိသည့်အတိုင်း မှန်ကန်ပြီး အမှားအယွင်းမရှိကြောင်း ထပ်ဆောင်း အတည်ပြုပါသည်။ DHS-DFCS၊ DCH နှင့် အာဏာရ ပြည်ထောင်စု အေဂျင်စီများက ဤလျှောက်လွှာပေါ်တွင် ကျွန်ုပ်ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်ကို အတည်ပြုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပြီး သဘောတူ ခွင့်ပြုပါသည်။ အချက်အလက်များကို ယခင် သို့မဟုတ် လက်ရှိ အလုပ်ရှင်များထံမှ ရယူနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို လုပ်ခဆိုရာ အချက်အလက်နှင့် အလုပ်အကိုင် လှုပ်ရှားမှုများအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ ပါဝင်လုပ်ဆောင်မှုကို ခြေရာခံရန် အသုံးပြုမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

SNAP နှင့်/သို့မဟုတ် TANF ပရိုဂရမ်လိုအပ်ချက်များအရ ကျွန်ုပ်၏ အခြေအနေတွင်း ပြောင်းလဲမှုတစ်စုံတစ်ရာကို အစီရင်ခံပါမည် ။ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုရှိ မည်သူမဆို ထိ သို့မဟုတ် လောင်းကစားအနိုင်ရရှိမှုများ ရရှိပါက စုစုပေါင်း ငွေပမာဏ \$4500 သို့မဟုတ် ထို့ထက်ပိုသောပမာဏ (အခွန်များ သို့မဟုတ် အခြားပမာဏများကို ဆိုင်းငံ့ထားခြင်း မပြုမီ) ကိုလည်း ကျွန်ုပ် အစီရင်ခံပါမည်။ ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုသည် အနိုင်ရရှိသောဆုကြေးများကို လက်ကုန် ပြီး 10 ရက် ထက် နောက်ကျစေဘဲ အစီရင်ခံပါမည်။ အချက်အလက်တစ်ခုခုသည် မမှန်ကန်ပါက ကျွန်ုပ်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှော့ချရန် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်နိုင်ကြောင်းနှင့် မမှန်ကန်သည့် အချက်အလက်ကို သိလျက်နှင့် ပေးအပ်ခြင်းအတွက် ရာဇဝတ်မှုဖြင့် တရားစွဲခြင်း ခံရနိုင် သို့မဟုတ် DHS-DFCS အစီအစဉ်များတွင်း အရည်အချင်းမပြည့်မီ ဖြစ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက် ပါသည်။ အချက်အလက် အမှားများ ပေးအပ်ပါက သို့မဟုတ် အချက်အလက်ကို ကွယ်ဝှက်ထားပါက ကျွန်ုပ်အား တရားစွဲဆိုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ကျွန်ုပ် လျှောက်ထားမှု သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုးလုပ်ငန်းစဉ် အတောအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ ကုန်ကျစရိတ်အချို့အကြောင်း DHS-DFCS ကို ပြောဆိုရန် ပျက်ကွက်ပါက နှင့်/သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ကို အတည်ပြုရန် ပျက်ကွက်ပါက၊ DHS-DFCS က အဆိုပါ ကုန်ကျစရိတ်ကို ကျွန်ုပ်၏ SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များ တွက်ချက်ရာတွင် ဘတ်ဂျက်ထည့်သွင်းမည် မဟုတ်ပါ။

အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် သင်၏ လျှောက်ထားမှုအတောအတွင်း ရော်ဂျီယာ လူသားရေးရာဝန်ဆောင်မှုများ ဌာန (Georgia Department of Human Services ) (“DHS”) သည် အမည်များ၊ လိပ်စာများ၊ တယ်လီဖုန်းနံပါတ်များ၊ အီးမေးလ် လိပ်စာများနှင့် မွေးနေ့ရက်စွဲများ စသည်တို့ကဲ့သို့သော မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း ခွဲခြားဖော်ပြနိုင်သည့် အချက်အလက် (Personally Identifiable Information) (PII) ကို ကောက်ယူပါသည်။ မည်သည့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်မဆိုကို ကျွန်ုပ်တို့ထံ တင်သွင်းခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် အဆိုပါ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်ကို DHS မူဝါဒများ၊ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအရနှင့် ဥပဒေ နှင့်/သို့မဟုတ် စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများမှ ခွင့်ပြုသလောက် သို့မဟုတ် လိုအပ်သလောက် စုဆောင်း၊ အသုံးပြုပြီး ဖွင့်ဟဖော်ထုတ်နိုင်ကြောင်း သင် သဘောတူပါသည်။

လျှောက်ထားသူ၏လက်မှတ်	ရက်စွဲ
လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ

### မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ခြင်းဆိုရာ အချက်အလက်

သင်နေထိုင်သည့်နေရာတွင် မဲပေးရန် ယခုမှတ်ပုံတင်ရသေးပါက မဲပေးရေးအတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် ဤနေရာတွင် ယနေ့ လျှောက်ထားလိုပါသလား။





မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ဌာနခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထဲခြင်

\_\_\_\_\_ ဟုတ်

\_\_\_\_\_ မဟုတ်

\_\_\_\_\_ မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ခြင်းဆိုင်ရာ မေးခွန်းကို ကျွန်ုပ် မဖြေဆိုလိုပါ။

မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ရန် ငြင်းဆန်ခြင်းတို့က ဤအေဂျင်စီမှ သင့်အား ပေးအပ်မည့် အကူအညီပမာဏကို ထိခိုက်စေမည်မဟုတ်ပါ။

မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာပုံစံကို ဖြည့်စွက်ရာတွင် သင့်အနေဖြင့် အကူအညီလိုအပ်ပါက သင့်အား ကျွန်ုပ်တို့ ကူညီပေးပါမည်။ အကူအညီ ရှာဖွေမှု သို့မဟုတ် လက်ခံမှု လုပ်မလုပ်မှာ သင်၏ ဆုံးဖြတ်ချက် ဖြစ်ပါသည်။ လျှောက်လွှာပုံစံကို လျှို့ဝှက်စွာ ဖြည့်သွင်းနိုင်ပါသည်။

မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို ငြင်းပယ်ရန် သင်၏အခွင့်အရေး၊ မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ရန် လျှောက်ထားခြင်းကို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် သင်၏ ကိုယ်ပိုင် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ လုပ်ပိုင်ခွင့်ကို သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်ပိုင် နိုင်ငံရေးပါတီ သို့မဟုတ် အခြား နိုင်ငံရေးဆိုင်ရာ ဦးစားပေးမှု တစ်ခု ရွေးချယ်ရန် သင်၏အခွင့်အရေးကို တစ်စုံတစ်ဦးက စွက်ဖက်သည်ဟု သင်ယုံကြည်ပါက နိုင်ငံခြားရေးဝန်ကြီးအား အောက်ပါလိပ်စာ တွင် သင် တိုင်ကြားနိုင်ပါသည်။ - 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 သို့မဟုတ် ဖုန်းနံပါတ်(404) 656-2871ကို ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

အကယ်၍ အကွက်တစ်ခုကိုမျှ သင်အမှတ်မခြစ်ပါက ယခုအချိန်၌ မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံမတင်ရန် သင်ဆုံးဖြတ်ခဲ့သည်ဟု ယူဆမည်ဖြစ်ပါသည်။

**ဂျော်ဂျီယာပြည်နယ် မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာ မိတ္တူတစ်စောင်ကို DFCS လျှောက်လွှာများ၊ သက်တမ်းတိုးများနှင့် လိပ်စာပြောင်းလဲရေး ဖောင်ပုံစံများနှင့် အတူ ထည့်သွင်းပေးထားပါမည်။ သင်သည် မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာတစ်စောင်ကို သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းထံမှလည်း တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာတစ်စောင်ကို သင်ဖြည့်စွက်ပါက မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာပေါ်တွင် ပေးအပ်ထားသော လမ်းညွှန်ချက်များအတိုင်း လိုက်နာ၍ ၎င်းအား ဂျော်ဂျီယာပြည်နယ် ပြည်နယ်အတွင်းရေးမှူးရုံး (Georgia Secretary of State's Office) သို့ တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။**



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ငှက်ခွဲ

# အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထဲခြင်

(ဤစာရွက်စာတမ်းများကို သင်၏အချက်အလက်များအတွက် သိမ်းထားပါ)

ဤလျှောက်လွှာအတွင်း အသုံးပြုထားသည့် စကားလုံးများက မည်သည့်အဓိပ္ပါယ် သက်ရောက်ပါသလဲ။

ဤဇယားက ဤလျှောက်လွှာအတွင်း ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုထားသည့် စကားလုံးများကို ရှင်းပြပေးပါသည်။

လျှောက်ထားသူ	အစိုးရအကူအညီ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရရှိရန် လျှောက်ထားသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး။
အကူအညီယူနစ် (AU)	အကူအညီယူနစ် တစ်ခုတွင် ကိုယ်ဝန်ဆောင်တစ်ဦးနှင့် မမွေးသေးသောကလေး အပါအဝင် အတူတကွနေထိုင်ပြီး အစိုးရ အကူအညီ/အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိကြသည့် အရည်အချင်းပြည့်မီ သူများ ပါဝင်သည်။
ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ	မမွေးသေးသောကလေး အပါအဝင် သူ သို့မဟုတ် သူမ၏ စောင့်ရှောက်မှုအောက်တွင် ကလေးများ ရှိသော TANF ကို လျှောက်ထားကာ လက်ခံရရှိသည့် မိဘ၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင်သည်။ ဆွေမျိုးသို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ။
အရည်အချင်း မပြည့်မီဖြစ်ခြင်း	လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးသည် အမှန်အတိုင်း မပြောခဲ့ဘဲ ၎င်း လက်ခံမရရှိသင့်သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်ခံရယူနေ သောကြောင့် ၎င်းအား SNAP သို့မဟုတ် TANF အမှုကိစ္စတစ်ခုမှ ဖယ်ရှားရန် လုပ်ဆောင်ချက်။
အကျိုးခံစားခွင့်ကို အီလက်ထရောနစ် နည်းဖြင့် လွှဲပြောင်းမှု (EBT)	SNAP အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်များအား အကျိုးခံစားခွင့်များ ပေးချေရန် Georgia ပြည်နယ်အတွင်း အသုံးပြုသောစနစ်။ အကူအညီလက်ခံရရှိသူများအား ၎င်းတို့၏ SNAP အကောင့်များကို ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုရန် အသုံးပြု သည့် EBT ကြိုတင်ငွေဖြည့်ကတ်ကို ထုတ်ပေးထားပါသည်။
အီလက်ထရောနစ်နည်းဖြင့် ဆက် သွယ်ပြောဆိုမှုများ	<p>သင်၏အချက်အလက်နှင့် ပတ်သက်သည့် အသိပေးချက်များကို သင်မည်သို့ လက်ခံရရှိလိုကြောင်း ရွေးချယ်ရန် သင့်ထံတွင် ရွေးချယ်စရာ ရှိပါသည်။ သင့်အနေဖြင့် အီးမေးလ် သို့မဟုတ် စာသား အသိပေးချက်များ လက်ခံရရှိရန် ရွေးချယ်ပါက GA Gateway ဖောက်သည်ပေါ်တယ် (GA Gateway Customer Portal) တွင် တည်ရှိသော ကျွန်ုပ်၏ အသိပေးချက်များ (My Notices) တွင် အသိပေးချက်တစ်ခုရှိကြောင်း အသိပေးသည့် မက်ဆေ့တစ်ခု သင်ရရှိပါလိမ့်မည်။</p> <p>အီးမေးလ်ဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့အား သင်၏ အီးမေးလ်လိပ်စာ ပေးရမည်ဖြစ်ပြီး အကောင့်တစ်ခု သင် ဖန်တီးပြီးနောက်တွင် GA Gateway Customer Portal တွင် တည်ရှိသော စာရွက်ဖြင့်မဟုတ်သည့် အသိပေးချက်များရရှိရန် စည်းမျဉ်းများနှင့် စည်းကမ်းများကို သင် လက်ခံရပါမည်။ သင်၏ အသိပေးချက်ဆက်တင်များကို ပြင်ဆင်ရန် ကျေးဇူးပြု၍ GA Gateway Customer Portal ဝက်ဘ်ဆိုက် <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a> ကို ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။</p> <p>စာသားပို့ ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုအတွက် သင်၏ဖုန်းနံပါတ်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးရပါမည်။ မက်ဆေ့နှင့် ဒေတာကြေး ပုံမှန် နှုန်းထားများ သက်ရောက်နိုင်ပါသည်။ ၎င်းက ဆက်သွယ်ရေးစနစ်ပံ့ပိုးသူများအလိုက် ကွဲပြားနိုင်ပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ သင်၏ပံ့ပိုးသူနှင့် စစ်ဆေးပါ။</p>
အာမခံပေးသည့် ဆွေမျိုး	မမွေးသေးသောကလေးအပါအဝင် ကလေးများ ၏ကိုယ်စား သူ သို့မဟုတ် သူမ၏ အမည်ဖြင့် TANF ကို လျှောက်ထားကာ လက်ခံရရှိသော မိဘ၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင်၊ ဆွေမျိုး သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ။
အကြမ်းဖျဉ်း ဝင်ငွေ	အခွန်များ မဖြတ်မီ သို့မဟုတ် အခြားဖြတ်နုတ်မှုများ ထည့်မတွက်မီ လူတစ်ဦး၏ စုစုပေါင်းဝင်ငွေ။



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ငှာခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထခြင်း

အိမ်ယာမဲ့ဖြစ်နေသူ	<p>ညဘက်နေထိုင်ရာနေရာ ပုံသေ နှင့် ပုံမှန် မရှိသူ သို့မဟုတ် အောက်ပါနေရာများတွင် ညအချိန်အဓိကနေထိုင်သူ -</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ယာယီနေရာထိုင်ခင်းအဖြစ်ပံ့ပိုးပေးရန် စီစဉ်ထားသော ကြီးကြပ်မှုတစ်ခုအောက်တွင်ရှိသော ဂေဟာ (ဥပမာ- သက်သာချောင်ချိရေး ဟိုတယ် သို့မဟုတ် အများနှင့်စုဝေးနေထိုင်သည့် ဂေဟာ)</li> <li>• လူနေမှုအဖွဲ့အစည်းတစ်ခုတွင် ထားရန် ရည်ရွယ်ထားသူများအတွက် ယာယီနေထိုင်ရာနေရာကို ပံ့ပိုးပေးထားသော လူအသိုင်းအဝိုင်းထဲ ပြန်မဝင်မီ တစ်ထောက်စခန်း သို့မဟုတ် အလားတူနေရာ၊</li> <li>• အခြာသူတစ်ဦး၏ နေအိမ်တွင် ရက် 90 ထက် မပိုသော ယာယီနေထိုင်ခင်းတစ်ခု၊ သို့မဟုတ်</li> <li>• လူသားများအတွက် ပုံမှန်အိပ်စက်ရန် နေရာထိုင်ခင်းတစ်ခုအဖြစ် စီစဉ်ပြင်ဆင်ထားခြင်း မဟုတ်သော သို့မဟုတ် သာမန်အားဖြင့် အသုံးမပြုကြသောနေရာ(စင်္ကြံ၊ ဘတ်စ်ကားဂိတ်၊ ဧည့်ခန်းနေရာ သို့မဟုတ် အလားတူနေရာများ)။</li> </ul>
အိမ်ထောင်စုဝင်များ	<p>သင်၏အိမ်တွင်း နေထိုင်သော လူပုဂ္ဂိုလ်များ SNAP အတွက်၊ အတူတကွ နေထိုင်ပြီး ၎င်းတို့၏ စားဖွယ်ရာများကို အတူတကွ ဝယ်ယူပြီး ပြင်ဆင်သည့် လူပုဂ္ဂိုလ်များ။</p>
ဝင်ငွေ	<p>လုပ်ခများ၊ လစာများ၊ ကော်မရှင်များ၊ ဘိုးနပ်စ်များ၊ အလုပ်သမား နစ်နာကြေးများ၊ မသန်စွမ်းမှု၊ ပင်စင်၊ အငြိမ်းစား အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ အတိုးများ၊ ကလေး ထောက်ပံ့စရိတ် သို့မဟုတ် အခြားပုံစံဖြင့် လက်ခံရရှိသော ပိုက်ဆံ ကဲ့သို့သော ငွေ ပေးချေမှုများ။</p>
အလယ်အလတ် လူတန်းစားအတွက် အခွန်သက်သာခွင့် အက်ဥပဒေ 2012	<p>ကာစီနိုများ၊ အရက်ပြင်းဆိုင်များ၊ အရွယ်ရောက်ပြီးသူအတွက် ဖျော်ဖြေရေး အဆောက်အအုံများ၊ ပိုကာ ကစားခန်းများ၊ အာမခံ ဘွဲ့စားစာချုပ်များ၊ နိုက်ကလက်များ/အရက်ရောင်းသည့် ဆလွန်းများ/တာဗန်းများ၊ ဘင်ဂို ကစားခန်းမများ၊ မြင်းပြိုင်ပွဲ လောင်းကစားခြင်းများ၊ ဂိမ်းကစားသည့် နေရာများ၊ သေနတ်/ခဲယမ်းမီးကျောက်ဆိုင်များ၊ အပျော်စီး သင်္ဘောများ၊ ဗေဒင် ဆရာများ၊ ဆေးလိပ် ဆိုင်များ၊ တက်တူ/နား၊ နှာခေါင်း ဖောက်ဆိုင်များနှင့် အပန်းဖြေစပါ/အနှိပ်ခန်း ဆလွန်းများ၌ သုံးစွဲရန် သို့မဟုတ်သို့မဟုတ် ငွေသားထုတ်ယူရန် ငွေသားထောက်ကူရေး ရန်ပုံငွေများ သို့မဟုတ် TANF ကြိုတင်ငွေသွင်းကတ်များကို အသုံးပြုခြင်းအား ဤအက်ဥပဒေက တားမြစ်ပါသည်။ ငွေသားထောက်ကူရေး ရန်ပုံငွေများ သို့မဟုတ် TANF ငွေကြိုသွင်း ကတ်များကို အဆိုပါ စီးပွားရေးလုပ်ငန်းများတွင် အသုံးပြုခြင်းက လက်ခံရရှိသူ၏အပိုင်းတွင် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ အစီအစဉ် ချိုးဖောက်မှု (လိမ်လည်မှု) တစ်ခုအဖြစ် ပေါင်းစည်းဖြစ်ပေါ်စေပါသည်။</p>
ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သည့် လယ်ယာ လုပ်သားများ	<p>ရာသီအလိုက် လယ်ယာလုပ်သားများဖြစ်ပြီး အလုပ်လုပ်ရန် သို့မဟုတ် လယ်ယာအလုပ် ရှာဖွေရန် အခြေစိုက်နေရာတစ်ခုမှ အခြားတစ်ခုသို့ ရွှေ့ပြောင်းသူ လူပုဂ္ဂိုလ်များ။</p>
လျှောက်ထားသူ မဟုတ်သူ	<p>အစိုးရ အကူအညီ/အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခြင်း မရှိသူတစ်ဦး။ လျှောက်ထားသူ မဟုတ်သူများသည် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်တစ်ခု၊ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းကို ပေးအပ်ရန် မ လိုအပ်ပါ။</p>
အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် နိုင်ငံခြားသား/ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ	<p>အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် နိုင်ငံခြားသား/ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတစ်ဦး ဆိုသည်မှာ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုအတွင်း တရားဝင် နေထိုင်နေသူတစ်ဦးဖြစ်ပြီး အဆိုပါသူသည် အောက်ပါ အမျိုးအစားအုပ်စုများမှ တစ်ခုအတွင်း ကျရောက်သူ ဖြစ်ပါသည် -</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှုနှင့် နိုင်ငံသား အက်ဥပဒေ (INA) အောက်တွင် အမြဲတမ်းနေထိုင်ခွင့် (LPR) ရရှိရန် တရားဝင် ဝင်ခွင့်ရရှိထားသူတစ်ဦး၊</li> <li>• Amerasian နိုင်ငံခြား လုပ်ငန်းများ၊ ပို့ကုန် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုများနှင့် ဆက်စပ်အစီအစဉ်များ အတွက် လျာထား အက်ဥပဒေ 1988 ၏ ပုဒ်မ 584 အရ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ၊</li> <li>• INA ၏ ပုဒ်မ 208 အရ ခိုလှုံခွင့် ရရှိထားသူတစ်ဦး၊</li> </ul>



မိသားစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INA ၏ ပုဒ်မ 207 အရ ဝင်ခွင့်ပေးထားသည့် ဒုက္ခသည်များ၊</li> <li>• INA ၏ ပုဒ်မ 212 (d)(5) အရ ဒုက္ခသည် သို့မဟုတ် ခိုလှုံခွင့်တောင်းခံသူတစ်ဦးအဖြစ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့် ရထားသူတစ်ဦး၊</li> <li>• 1997 ခုနှစ် ဧပြီလ 1 ရက်နေ့ မတိုင်မီ သက်ရောက်သည့် INA ၏ ပုဒ်မ 243(h) အရ သို့မဟုတ် ပြင်ဆင်ထားသည့် အတိုင်း INA ၏ ပုဒ်မ 241(b)(3) အရ နေရပ်ပြန်ပို့ခြင်းအား ဆိုင်းငံ့ခံထားရသူတစ်ဦး၊</li> <li>• 1980 ခုနှစ်၊ ဧပြီလ 1 ရက်နေ့ မတိုင်မီ သက်ရောက်သည့်အတိုင်း INA ၏ ပုဒ်မ 203(a)(7) အရ အခြေအနေအရ ဝင် ခွင့်ချီးမြှင့်ခံထားရသူတစ်ဦး၊</li> <li>• ဒုက္ခသည် ပညာရေး အထောက်အကူ အက်ဥပဒေ 1980 ၏ ပုဒ်မ 501(e) တွင်း အဓိပ္ပါယ်သတ်မှတ်ထားသည့် အတိုင်း ကျူးဘား သို့မဟုတ် ဟေတီနိုင်ငံသား ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများ၊</li> <li>• လူကုန်ကူးခံရသူများကို ကာကွယ်ပေးရေးဆိုင်ရာ 2000 ခုနှစ် အက်ဥပဒေ၏ ပုဒ်မ 107(b)(1) အရ လူကုန်ကူးခံရ သူများ၊</li> <li>• ပြင်ဆင်ထားသည့်အတိုင်း 1996 ခုနှစ် ကိုယ်ပိုင်တာဝန်ယူမှုနှင့် အလုပ်အကိုင် အခွင့်အလမ်း ပြန်လည်ပေါင်းစည်း ရေးအက်ဥပဒေ၏ ပုဒ်မ 431 (c) တွင် ဖော်ပြထားသည့် အခြေအနေများနှင့် ကိုက်ညီသော လောကဓံထိုးနှက်မှုခံရ သည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများ၊</li> <li>• INA ၏ ပုဒ်မ 101(a)(27) အောက်တွင် အာဖဂန် သို့မဟုတ် အီရတ်လူမျိုး ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများအား အထူး ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်ခွင့် အဆင့်အတန်း ချီးမြှင့်ပေးထားခြင်း (သီးခြား အခြေအနေများ သက်ရောက်ပါသည်)၊</li> <li>• ကနေဒါနိုင်ငံတွင် မွေးဖွားပြီး အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင်း INA ၏ ဆက်ရှင် 289 အောက်တွင် နေထိုင်သော အ မေရိကန် အင်းဒီးယန်းလူမျိုးများ သို့မဟုတ် အင်းဒီးယန်း ကိုယ်ပိုင်ပြဋ္ဌာန်းခွင့်နှင့် ပညာရေး အထောက်အကူဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေ၏ ပုဒ်မ 4(e) အောက်ရှိ ပြည်ထောင်စုတွင်း အသိအမှတ်ပြုသည့် အင်းဒီးယန်း တိုင်းရင်းသား နိုင်ငံသား မဟုတ်သူများ နှင့်၊</li> <li>• ဗီယက်နမ် ခေတ်ကာလအချိန် (8/05/1964 – 5/07/1975) အတောအတွင်း စစ်တပ် သို့မဟုတ် ကယ်ဆယ်ရေး လုပ်ငန်းအတွင်း ပါဝင်လုပ်ဆောင်ခြင်းအားဖြင့်အမေရိကန်ဝန်ထမ်းများအား အကူအညီပေးခဲ့ကြသည့် မှန် (Hmong) သို့မဟုတ် ကုန်းမြင်နေ့ လာအိုတိုင်းရင်းသား အဖွဲ့ဝင်များ။</li> </ul> <p>ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ လျှောက်ထားသူများအတွက်သာ၊ ကျစ်လစ်လွတ်လပ်သော အဖွဲ့အစည်း (Compact of Free Association (COFA)) သည် မိုက်ခရိုနီးရှား၊ ဖယ်ဒရယ် ပြည်ထောင်စု၊ မာရှယ်ကျွန်းစု သမ္မတနိုင်ငံနှင့် ပါလော့ သမ္မတနိုင်ငံမှ နိုင်ငံသားများဖြစ်ကြပါသည်။ COFA ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများအနေဖြင့် 5 နှစ် စောင့်ဆိုင်းကာလကို ပြည့်မီရန် မလိုပါ။</p>
ရင်းမြစ်များ	ငွေသား၊ အိမ်ခြံမြေ သို့မဟုတ် ဘဏ်အကောင့်များ၊ ယာဉ်များ၊ စတော့ရှယ်ယာများ၊ ဘွန်းစာချုပ်များနှင့် အသက်အာမခံ ကဲ့သို့သော ပိုင်ဆိုင်မှုများ။
ရာသီအလိုက် လယ်ယာ အလုပ်သမား များ	နှစ်တစ်နှစ်၏ အချိန်တချို့တွင် အပင်စိုက်ခြင်း၊ အသီးအပွင့်ခူးခြင်း သို့မဟုတ် ထွက်ကုန်များကို ထုတ်ပိုးခြင်း၌ လုပ်ကိုင်သည့် လူပုဂ္ဂိုလ်များ။ အလုပ်တစ်ခုတွင် ပုံမှန်အခြေခံဖြင့် ရှိနေသည့် လယ်ယာဝန်ထမ်းများထက် အလုပ်သမားများ ပိုမိုလိုအပ်ချိန်၌ ၎င်းတို့ကို ယာယီပုံစံတစ်ခုဖြင့် ငှားရမ်းပါသည်။
SNAP တွင် မှောင်ခိုရောင်းဝယ်ခြင်း	SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို မှောင်ခိုကူးခြင်း ဆိုသည်မှာ - (1) EBT ကတ်များ မှတစ်ဆင့် ထုတ်ယူပြီး အလှမ်းမီရယူသော



မိသစုနှင့် ကလေးမျှအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုမျှ ဌာနခွဲ

## အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထုခြင်း

	<p>SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ကတ်နံပါတ်များနှင့် PIN နံပါတ်များ သို့မဟုတ် စာရွက် ဘောက်ချာနှင့် လက်မှတ်ဖြင့်၊ ငွေသား အတွက် သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သည့်အစားအစာ ထက်ပိုကာ ထည့်သွင်းစဉ်းစားခြင်းကို အခြားသူများနှင့် ပူးပေါင်းကြံစည်၍ သို့မဟုတ် အကွက်ချ၍ သို့မဟုတ် တစ်ဦးတည်း လုပ်ဆောင်၍ တိုက်ရိုက်ဖြစ်စေ၊ သွယ်ဝိုက်၍ဖြစ်စေ ဝယ်ယူခြင်း၊ ရောင်းချခြင်း၊ ခိုးယူခြင်း သို့မဟုတ် တစ်နည်းနည်းဖြင့် လဲလှယ်ခြင်း၊ (2) သေနတ်များ၊ ခဲယမ်းမီးကျောက်များ၊ ဖောက်ခွဲရေးပစ္စည်းများ သို့မဟုတ် ထိန်းချုပ်ပစ္စည်းများနှင့် လဲလှယ်ခြင်း၊(3) ဘူးတွင်းပါပစ္စည်းကို စွန့်ပစ်ပြီး ကြိုတင်ငွေရရှိရန် ဘူးခွဲကို ပြန်အပ်ခြင်း၊ ပစ္စည်းကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် စွန့်ပစ်ခြင်း၊ ကြိုတင်ငွေ အတွက် ဘူးခွဲကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် ပြန်အပ်ခြင်းဖြင့် ငွေသားရရှိရန်အတွက် ဘူးခွဲပြန်အပ်ချိန်တွင် ကြိုတင်ငွေကို ပြန်အမ်းပေးရန် လိုအပ်သည့် ကုန်ပစ္စည်းတစ်ခုခုကို SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ဝယ်ယူခြင်း၊ (4) ငွေသား သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သည့် အစားအစာမဟုတ်သည့် အခြား ထည့်သွင်းစဉ်းစားမှုများအတွက် ပြန်လည်ရောင်းချရန်သို့မဟုတ် ငွေသားရရှိရန်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ကုန်ပစ္စည်းကို SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ဝယ်ယူခြင်း နှင့် ဆက်၍ SNAP အကျိုးခံစားခွင့် များဖြင့် ဝယ်ယူထားသော ကုန်ပစ္စည်းများကို ငွေသား သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သည့် အစားအစာမဟုတ်သည့် အခြားအရာများ နှင့် လဲလှယ်ရန် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် ပြန်ရောင်း ခြင်း၊ (5) SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ကနဦး ဝယ်ယူထားသော ကုန်ပစ္စည်းများကို ငွေသား ဖြင့် လဲလှယ်ခြင်း သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သော အစားအစာမှလွဲ၍ အခြား ထည့်သွင်းစဉ်းစားမှုများအတွက် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ဝယ်ယူခြင်း။ (6) အီလက်ထရွန်းနစ် အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းခြင်း (EBT) ကတ်များ၊ ကတ် နံပါတ်များနှင့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ သက်သေခံ နံပါတ်များ (PINs) သို့မဟုတ် လက်စွဲဘောက်ချာနှင့် လက်မှတ်များမှ တစ်ဆင့် ထုတ်ပေးပြီး ရယူအသုံးပြုသည့် SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို ငွေသား ရရှိရန် သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သည့် အစားအစာမဟုတ်သည့် အခြားထည့်သွင်းစဉ်းစားမှုများ ရရှိရန်အတွက် တိုက်ရိုက်ဖြစ်စေ၊ သွယ်ဝိုက်၍ဖြစ်စေ အခြားသူတစ်ဦးနှင့် ပူးပေါင်းကြံစည်၍ သို့မဟုတ် အကွက်ချ၍ သို့မဟုတ် တစ်ဦးတည်း လုပ်ဆောင်၍ ဝယ်ယူခြင်း၊ ရောင်းချခြင်း၊ ခိုးယူခြင်း သို့မဟုတ် လဲလှယ်ခြင်း အပေါ် အကျိုး သက်ရောက်စေခြင်း။</p>
<p><b>Way2Go Debit MasterCard</b></p>	<p>ဂျော်ဂျီယာ ပြည်နယ်အနေဖြင့် TANF လက်ခံရရှိသူများအတွက် Way2Go Debit MasterCard ဟုခေါ်သည့် လွယ်ကူ အဆင်ပြေ သော “အီလက်ထရွန်းနစ်” ငွေပေးချေမှု ရွေးစရာတစ်ခုကို အကောင်အထည်ဖော်ထားပါသည်။ ဤငွေပေးချေမှု ရွေးချယ်စရာ အောက်တွင် ပိုက်ဆံကို လတ်တလ်၏ ပထမဆုံး ပြက္ခဒိန်ရက်တွင် လက်ခံရရှိသူ၏အကောင့်အတွင်း ကြိုထည့်ပေးပါသည်။ ပထမရက်သည် စနေတနင်္ဂနွေပိုက်ဆံကို သို့မဟုတ် အားလပ်ရက်ပေါ်ကျရောက်ပါက အကျိုးခံစားခွင့်များကို မတိုင်မီလ၏ နောက်ဆုံး အလုပ်လုပ်ရက်တွင် ရရှိအောင် ပြုလုပ်ပေးပါသည်။ Debit MasterCard သို့ အီလက်ထရောနစ်နည်းဖြင့် ငွေသွင်းပေးသောကြောင့် လက်ခံရရှိသူသည် ၎င်း၏ငွေများကို ချက်ချင်း ရယူအသုံးပြုနိုင်ပါသည်။</p>

### Medicaid လျှောက်ထားသူများ အားလုံးအတွက် -

လက်ခံရရှိသူ သို့မဟုတ် ပေးအပ်သူများ နှင့်ပတ်သက်၍ သံသယဖြစ်ဖွယ် Medicaid အလွဲသုံးစားပြုမှုကို အကြောင်းကြားရန် Georgia Department of Community Health-Office of Inspector General (ဂျော်ဂျီယာပြည်နယ် လူထုအသိုင်းအဝိုင်း ကျန်းမာရေးဌာန - စုံစမ်းစစ်ဆေးရေးမှူးရုံး) သို့ (ဒေသတွင်း) အတွက် (404) 463-7590 သို့မဟုတ် (အခမဲ့) (800) 533-0686 တွင်ခေါ်ဆိုခြင်း၊ [ogianonymous@dch.ga.gov](mailto:ogianonymous@dch.ga.gov) သို့ အီးမေးလ်ပို့ခြင်း၊ Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334 လိပ်စာ သို့ စာပို့ခြင်း သို့မဟုတ် <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud> ဝက်ဘ်ဆိုက်သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုခြင်းတို့ ပြုလုပ်နိုင်သည်။



မိသစုနှင့် ကလေးများအတွက်  
ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ

# အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန်လျှောက်ထားခြင်း

**ADA/ပုဒ်မ 504 အခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ အသိပေးချက်**

**မသန်စွမ်းမှုရှိသူများအတွက် အကူအညီ**

Georgia ပြည်နယ် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာနနှင့် Georgia ပြည်နယ် အသိုင်းအဝိုင်း ကျန်းမာရေးဌာန ("ဌာနများ") သည် ပြည်ထောင်စု ဥပဒေ\* အရ မသန်စွမ်းမှုရှိသူများအတွက် ဌာနများ၏ အစီအစဉ်များ၊ ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် လှုပ်ရှားမှုများတွင် ပါဝင်လုပ်ဆောင်ရန်နှင့် အရည်အချင်းပြည့်မီရန် သာတူညီမျှ အခွင့်အရေးတစ်ခု ပေးအပ်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ ယင်းအတွင်း SNAP၊ TANF နှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ (Medical Assistance) ကဲ့သို့သော အစီအစဉ်များ ပါဝင်ပါသည်။

မသန်စွမ်းမှုပေါ် အခြေပြု၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းကို ရှောင်ကြဉ်ရန် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုများ လိုအပ်ချိန်တွင် ဌာနများက ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံ ပြင်ဆင်မှု များ ပေးအပ်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် သာတူညီမျှ အသုံးပြုခွင့် ပေးအပ်ရန်အတွက် မူဝါဒများ၊ အလေ့အထများ သို့မဟုတ် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများကို ကျွန်ုပ်တို့ ပြောင်းလဲနိုင်ပါသည်။ ထပ်တူ သက်ရောက်မှုရှိသည့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုရှိကြောင်း သေချာစေရန် မသန်စွမ်းမှု များရှိသူများ သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသော ၎င်းတို့၏ အပေါင်းအဖော်များအား လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ စကားပြန်ကဲ့သို့ ဆက်သွယ် ပြောဆိုရေးဆိုင်ရာ အထောက်အကူ ကျွန်ုပ်တို့ ပေးအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ အကူအညီသည် အခမဲ့ဖြစ်ပါသည်။ ဌာနများအနေဖြင့် ဝန်ဆောင်မှု၊ အစီအစဉ် သို့မဟုတ် လှုပ်ရှားမှုတစ်ခု၏ သဘောသဘာဝ အတွင်း အခြေခံပြောင်းလဲမှုတစ်ခု သို့မဟုတ် မဖြစ်သင့်သည့် ငွေကြေးနှင့် စီမံအုပ်ချုပ်ရေး ဝန်ထုပ်ဝန်ပိုးများ ရလဒ်ဖြစ်စေနိုင်သော မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုတစ်ခုခုကို လုပ်ရန် မလိုအပ်ပါ။

**ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု တစ်ခုသို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ရေးအထောက်အကူကို မည်သို့တောင်းခံပုံ**

သင့်ထံတွင် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခုရှိပြီး ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု၊ ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အကူအညီ သို့မဟုတ် ထပ်ဆောင်းအကူအညီ လိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းအား ဆက်သွယ်ပေးပါ။ ဥပမာ အားဖြင့်၊ ထိရောက်သော ဆက်သွယ်မှုရရှိရန် လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကားဆိုင်ရာစကားပြန်ကဲ့သို့ ဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် အကူအညီ တစ်ခု သင်လိုအပ်ပါက ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ သင်၏တောင်းဆိုချက်ကိုပြုလုပ်ရန် သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းအား ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည် သို့မဟုတ် DFCS အား ဖုန်းနံပါတ် (877) 423-4746 တွင် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည် သို့မဟုတ် DCH Katie Beckett (KB) အဖွဲ့အား ဖုန်းနံပါတ် 678-248-7449 တွင် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ သင်သည် DFCS ADA ၏ ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံ ပြင်ဆင်မှု တောင်းဆိုချက် ဖောင်ပုံစံကို အသုံးပြု၍လည်း သင်၏တောင်းဆိုမှုကို ပြုလုပ်နိုင်ပြီး ယင်းဖောင်ပုံစံကို သင်၏ ဒေသန္တရ DFCS ရုံး သို့မဟုတ် အွန်လိုင်းပေါ်ရှိ <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> တွင်ရရှိနိုင်ပါသည် သို့မဟုတ် သင်သည် DFCS ADA ၏ ကျိုး ကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု တောင်းဆိုချက် ဖောင်ပုံစံကို KB ရုံး၊ အွန်လိုင်း <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> တွင် ရယူ နိုင်ပါသည် သို့မဟုတ် သင်၏ မွမ်းမံပြင်ဆင်ပေးရန် တောင်းဆိုချက်ကို [DCH.ADAassistance@dch.ga.gov](mailto:DCH.ADAassistance@dch.ga.gov) သို့ အီးမေးပို့နိုင်ပါသည်။

**တိုင်ကြားမှုတစ်ခု တင်သွင်းပုံ**

သင်၏မသန်စွမ်းမှုကြောင့် ဌာနများက သင့်အား ခွဲခြားဆက်ဆံမှု ပြုပါကတိုင်ကြားမှု တစ်ခု ဆောင်ရွက်ပိုင်ခွင့် သင့်ထံတွင်ရှိပါသည်။ ဥပမာ သင်က ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု တစ်ခုကို သို့မဟုတ် လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ စကားပြန်တစ်ဦး တောင်းဆိုခဲ့ပြီး အဆိုပါ တောင်းဆိုချက်ကို ငြင်းဆန်ခဲ့ပါက သို့မဟုတ် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် အချိန် တစ်ခုအတွင်း မလုပ်ဆောင်ပေးခဲ့ပါက ခွဲခြားဆက်ဆံမှုဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက် တစ်စောင် သင် တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ သင်သည် သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်း၊ သင်၏ ဒေသန္တရ DFCS ရုံး သို့မဟုတ် 47 Trinity Avenue

SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746ရှိ DFCS အရပ်သားအခွင့်အရေးရုံး၊ ADA/ဆက်ရှင် 504 ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးမှူးအား ဆက်သွယ်ပြီး တိုင်ကြားချက်ကို နှုတ်ဖြင့် ဖြစ်စေ စာဖြင့်ဖြစ်စေ တင်သွင်းပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ DCH အတွက် KB အဖွဲ့ADA/ဆက်ရှင် 504 ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးမှူး အား နောက်ရှိ လိပ်စာတွင် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည် - 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 သို့မဟုတ် P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH ၏ အီးမေးလ်မှာ - [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov) ဖြစ်ပါသည်။

သင်သည် DFCS အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံအတွက် မိတ္တူတစ်စောင် ရရှိရန် သင်၏အမှုကိုဝန်ထမ်းထံ တောင်းဆို နိုင်ပါသည်။ တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံကို <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> တွင်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံမှု အကြောင်း တိုင်ကြားချက်တစ်ခု ပြုလုပ်ရန် အကူအညီ သင်လိုအပ်ပါက အထက်တွင် ဖော်ပြထားသောDFCS ဝန်ထမ်းအား ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ နားမကြားသည့် သို့မဟုတ် နားကြားရန် ခက်ခဲသည့် ပုဂ္ဂိုလ်များ သို့မဟုတ် စကားပြောမသန်စွမ်းမှုရှိသူများ အနေဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ နှင့်ဆက်သွယ်ပေးရန် အော်ပရေတာတစ်ဦးအား 711 တွင် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ DCH အရပ်သားအခွင့်အရေးများ တိုင်ကြားချက်အတွက် အီးမေးလ်မှာ - [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov) ဖြစ်ပါသည်။ DCH အရပ်သားအခွင့်အရေးများ လုပ်ငန်းစဉ်နှင့် တိုင်ကြားချက်ဖောင်ပုံစံ ရရှိရန် လင့်ခ်သည် <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> တွင် ရှိပါသည်။

သင့်အနေဖြင့် သင့်လျော်ရာ ပြည်ထောင်စုအေဂျင်စီဖြင့် ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက်တစ်ခုကိုလည်း တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက် အနေဖြင့် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးရေးဌာန(Department of Agriculture) (USDA) နှင့်အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန (HHS) အား ဆက်သွယ်ရန်အချက်အလက်သည် အတွင်း၌ပါရှိသည့် "ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုရေး ကြေငြာချက်" အတွင်း ရှိပါသည်။

ပြန်လည်နာလန်ထူရေး အက်ဥပဒေ 1973 ၏ \*ဆက်ရှင် 504 ၊ မသန်စွမ်းမှုများ ရှိသော အမေရိကန်နိုင်ငံသားများ အက်ဥပဒေ 1990 နှင့် မသန်စွမ်းမှု များ ရှိသော အမေရိကန်နိုင်ငံသားများ အက်ဥပဒေ မွမ်းမံပြင်ဆင်ချက် အက်ဥပဒေ 2008 အရ မသန်စွမ်းမှုရှိသူများသည် ဥပဒေနှင့်မညီသော ခွဲခြား ဆက်ဆံမှုမှ လွတ်ကင်းကြောင်း သေချာစေပါသည်။

လူထုကျန်းမာရေးဌာန (Department of Community Health) (DCH) မူဝါဒ အရဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကူအညီ အစီအစဉ်များအနေဖြင့် လူမျိုး၊ အသက်အရွယ်၊ လိင်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ ဇာတိနိုင်ငံ သို့မဟုတ် ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာပေါ် အခြေပြု၍ သင်၏ အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များကို မငြင်းဆန်နိုင်ပါ။



လျှောက်လွှာကို **USDA** သို့မဟုတ် **HHS** သို့ မပို့ပါနှင့်

**ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုရေး ကြေငြာစာတမ်း**

ပြည်ထောင်စု အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ ဥပဒေနှင့် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးရေးဌာန (Department of Agriculture) (USDA) အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းများနှင့် မူဝါဒများအရ USDA၊ ၎င်း၏ အေဂျင်စီများ၊ ရုံးများနှင့် ဝန်ထမ်းများ နှင့် USDA အစီအစဉ် တွင်း ပါဝင်လုပ်ဆောင်သော သို့မဟုတ် စီမံအုပ်ချုပ်သော အဖွဲ့အစည်းများအနေဖြင့် မည်သည့်အစီအစဉ်တွင်းမဆို သို့မဟုတ် USDA မှ လုပ်ဆောင် သော သို့မဟုတ် ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့သော လှူဒါန်းမှုများအတွင်း လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ဇာတိနိုင်ငံ၊ လိင် (ကျားမ ခွဲခြားသတ်မှတ်မှုနှင့် လိင်စိတ် တိမ်းညွတ်မှု အပါအဝင်)၊ ဘာသာရေး သက်ဝင်ယုံကြည်မှု၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်အရွယ်၊ နိုင်ငံရေး ယုံကြည်ချက်များကို အခြေပြု၍ ခွဲခြားဆက်ဆံ ခြင်း သို့မဟုတ် ယခင် အရပ်သား အခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ လှူဒါန်းမှုများအတွက် လက်တုံ့ပြန်ခြင်း သို့မဟုတ် လက်စားချေခြင်းတို့မပြုရန် တားမြစ် ထားပါသည်။ အမေရိကန် ပြည်ထောင်စုထံမှ ဖက်ဒရယ် ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာအကူအညီ ရရှိသော ပရိုဂရမ်များ Temporary Assistance for Needy Families (TANF) ကဲ့သို့သော ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန (Department of Health and Human Services) (HHS) နှင့် HHS မှ တိုက်ရိုက် လုပ်ငန်းလုပ်ဆောင်သည့် အစီအစဉ်များအနေဖြင့် ပြည်ထောင်စု အရပ်သားအခွင့်အရေးများ ဥပဒေနှင့် HHS စည်းမျဉ်းများအရ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းမပြုရန် တားမြစ်ထားပါသည်။

အစီအစဉ် အချက်အလက်များရရှိရန် အခြား ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး နည်းလမ်းများ (ဥပမာ - မျက်မမြင်သုံး ဘရေးလား (Braille)၊ စာလုံးကြီးကြီး၊ အော်ဒီယိုတိပ်ခွေ၊ အမေရိကန် လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကား) လိုအပ်သည့် မသန်စွမ်းမှုများ ရှိကြသူများအနေဖြင့် အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် ၎င်းတို့လျှောက်ထားသည့်နေရာမှ အေဂျင်စီ (ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရ) ထံ ဆက်သွယ်သင့်ပါသည်။ နားမကြားသူ၊ နားကြားရခက်ခဲသူ သို့မဟုတ် စကားပြောဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှုများ ရှိသူများအနေဖြင့် ဖုန်းနံပါတ် (800) 877-8339 ရှိ ပြည်ထောင်စု တစ်ဆင့်ခံ ဝန်ဆောင်မှုတစ်ဆင့် USDA အား ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ ထို့အပြင် အစီအစဉ် အချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာမဟုတ်သည့် အခြားဘာသာစကားဖြင့်လည်း ရရှိနိုင်ဖွယ်ရှိပါသည်။

**USDA အစီအစဉ်များနှင့် ပတ်သက်သည့် အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်များ**

USDA က ဖြည့်စွက် အာဟာရ အထောက်အကူအစီအစဉ် (Supplemental Nutrition Assistance Program ) (SNAP)၊ အင်းဒီးယန်း ထိန်းသိမ်းကာ ကွယ် စောင့်ရှောက်ရေးဆိုင်ရာ အစားအစာ ဖြန့်ဖြူးရေး အစီအစဉ် (Food Distribution Program on Indian Reservations) (FDPIR) နှင့် အခြား အရာများကဲ့သို့ စားနပ်ရိက္ခာဖူလုံရေးနှင့် ဆာလောင်မှုလျှော့ချရေး အစီအစဉ်အများအပြားအတွက် ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ပေးအပ် ပါသည်။ အစီအစဉ်တွင်း ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက်တစ်စောင် တင်သွင်းရန် အစီအစဉ်တွင်း ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံ (AD-3027) ကို ဖြည့်စွက်သင့်ပြီး ယင်းဖောင်ပုံစံကို အွန်လိုင်း <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> တွင်နှင့် မည်သည့် USDA ရုံးမဆိုတွင် ရရှိနိုင်သည် သို့မဟုတ် USDA သို့လိပ်မူပြီး စာတစ်စောင်ရေးသားကာ ဖောင်ပုံစံတွင်း တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက် အားလုံးကို စာအတွင်း ပေးအပ်ခြင်းဖြင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။ တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံ မိတ္တူတစ်စောင် တောင်းဆိုရန် ဖုန်းနံပါတ် (866) 632-9992 ကို ခေါ်ဆိုပါ။ သင်၏ ဖြည့်စွက်ပြီးသား ဖောင်ပုံစံ သို့မဟုတ် စာကို USDA သို့ တင်သွင်းရန်မှာ -

1. စာတိုက်မှ - Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; သို့မဟုတ်
2. ဖက်စ်ဖြင့် - (833) 256-1665 သို့မဟုတ် (202) 690-7442; သို့မဟုတ်
3. ဖုန်းဖြင့် - (833) 620-1071 သို့မဟုတ်
4. အီးမေးလ်ဖြင့် - [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

SNAP ပြဿနာနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် အခြားအချက်အလက်တစ်ခုခုရရှိရန် လူများအနေဖြင့် USDA SNAP ဟော့တ်လိုင်းနံပါတ် (800) 221-5689 ကို ဆက်သွယ်သင့်ပြီး စပိန်ဘာသာစကားဖြင့်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် [ပြည်နယ် အချက်အလက်/ဟော့တ်လိုင်း နံပါတ်များ](#)ကို ခေါ်ဆိုသင့်ပါသည် (ပြည်နယ်မှ ပေးထားသော ဟော့တ်လိုင်းနံပါတ်များ စာရင်းတစ်ခုရရှိရန် လင့်ခ်ကိုနှိပ်လိုက်ပါ)။ ၎င်းကို အွန်လိုင်း - [SNAP hotline](#) တွေ့ရှိနိုင်ပါသည်။

**HHS အစီအစဉ်များနှင့် ပတ်သက်သည့် အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်များ**

HHS က TANF၊ Head Start၊ ဝင်ငွေနည်းအိမ်များအတွက် စွမ်းအင်အကူအညီ အစီအစဉ် (Low Income Home Energy Assistance Program) (LIHEAP) နှင့် အခြားအရာများအပါအဝင် ကျန်းမာရေးနှင့် ရွှင်လန်းရေးကို မြှင့်တင်ပေးရန် အစီအစဉ်အများအပြားအတွက် ဖက်ဒရယ် ဘဏ္ဍာရေး အကူအညီ ပေးအပ်ပါသည်။ HHS မှ တိုက်ရိုက်လည်ပတ်သည့် သို့မဟုတ် HHS မှ ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ပေးထားသည့် အစီအစဉ်များ သို့မဟုတ် လှုပ်ရှားမှုများအတွင်း သင်၏ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ဇာတိနိုင်ငံ၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်အရွယ်၊ လိင် (ကိုယ်ဝန်ဆောင်မှု၊ လိင်စိတ်တိမ်းညွတ်မှုနှင့် ကျားမ ခွဲခြားသတ်မှတ်မှု အပါအဝင်) သို့မဟုတ် ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာကြောင့် ခွဲခြားဆက်ဆံခံရသည်ဟု သင်ယုံကြည်ပါက သင်ကိုယ်တိုင်အတွက် သို့မဟုတ် အခြားတစ်ဦးဦးအတွက် အရပ်သားအခွင့်အရေးများရုံး (OCR) သို့ တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။

HHS မှတစ်ဆင့် ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ရရှိနေသည့် အစီအစဉ်တစ်ခုနှင့် စပ်လျဉ်းပြီး သင်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦးအတွက် ခွဲခြားဆက်ဆံကြောင်း တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းရန် OCR ၏ တိုင်ကြားရေး ပေါ်တယ်ဖြစ်သည့် <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> မှတစ်ဆင့် အွန်လိုင်း ဖောင်ပုံစံတစ်ခုကို ဖြည့်စွက်ပါ။ သင့်အနေဖြင့် OCR အား အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့်လည်း ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည် - ဗဟို အမှုကိစ္စ စီမံခန့်ခွဲရေး လုပ်ငန်းများ၊ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု (Centralized Case Management Operations, U.S.) ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန (Department of Health and Human Services) ၊ 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201၊ ဖက်စ်ဖြင့် - (202) 619-3818၊ သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ဖြင့် - [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov) လုပ်ငန်းစဉ် ပိုမိုမြန်ဆန်စေရန်အတွက် သင့်အနေဖြင့် တိုင်ကြားချက်ကို စာတိုက်မှတစ်ဆင့် တင်သွင်းမည့်အစား OCR အွန်လိုင်းပေါ်တယ်ကို အသုံးပြု၍ တင်သွင်းရန် ကျွန်ုပ်တို့ တိုက်တွန်းအားပေးပါသည်။ အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းရာ၌ အကူအညီလိုအပ်သူများသည် OCR အား [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) တွင် အီးမေးလ်ပို့နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် OCR အဝင်အခမဲ့ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 ကို ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ နားမကြားသူ၊ နားကြားရခက်ခဲသူ သို့မဟုတ် စကားပြောရာ၌ အခက်အခဲများရှိသူများအတွက် တယ်လီဆက်သွယ်ရေး တစ်ဆင့်ခံဝန်ဆောင်မှုများ အသုံးပြုရန် ကျေးဇူးပြု၍ 7-1-1 ကိုခေါ်ဆိုပါ။ တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းရန် ကျွန်ုပ်တို့သည် အခြားဖောမက်ပုံစံများ (ဥပမာ - မျက်မမြင်စာ (Braille) နှင့် စာလုံးအကြီး)၊ အရန်အကူအညီများနှင့် ဘာသာစကား အထောက်အကူ ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ပေးအပ်ပါသည်။

ဤအဖွဲ့အစည်းသည် သာတူညီမျှ အခွင့်အလမ်း ပေးအပ်သူဖြစ်ပါသည်။

လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန (Department of Human Services) (DHS) အောက်တွင် သင်၏ ဒေသန္တရ DFCS ရုံး သို့မဟုတ် Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746 ရှိ DFCS အရပ်သားအခွင့်အရေးရုံး၊ ADA/ပုဒ်မ 504 ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးမှူးအား ဆက်သွယ်၍လည်း အခြားခွဲခြားဆက်ဆံမှုများအတွက် တိုင်ကြားချက်ကို တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ အင်္ဂလိပ်စကားပြော သွက်လက်မှု အကန့်အသတ်ရှိခြင်းအပေါ် အခြေပြု၍ ခွဲခြားဆက်ဆံကြောင်း စွပ်စွဲတိုင်ကြားမှုများအတွက် Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746 ရှိ DHS အင်္ဂလိပ်စကားပြော သွက်လက်မှု အကန့်အသတ်ရှိခြင်းနှင့် အာရုံခံအစိတ်အပိုင်း ချွတ်ယွင်းမှုဆိုင်ရာအစီအစဉ် (DHS Limited English Proficiency and Sensory Impairment Program) အား ဆက်သွယ်ပါ။

လျှောက်လွှာကို **USDA** သို့မဟုတ် **HHS** သို့ မပို့ပါနှင့်