



लाभहरूका लागि आवेदन

तपाईंले पूरा गरिएको आवेदन आफ्नो स्थानीय काउण्टी कार्यालयमा प्रत्यक्ष हस्तान्तरण, फ्याक्स वा मेल गर्नुपर्छ।

तपाईंलाई यो कागजात पढ्न वा पूरा गर्न वा हामीसँग कुरा गर्न मद्दत चाहिन्छ भने, हामीलाई अनुरोध गर्नुहोस् वा (877) 423-4746 मा कल गर्नुहोस्। दोभाषे सहित हाम्रा सेवाहरू निःशुल्क छन्। तपाईंको श्रवणशक्ति कमजोर छ, सुन्नमा कठिनाइ हुन्छ, दृष्टिविहीन हुनुहुन्छ वा बोल्नमा कठिनाइ हुन्छ भने, तपाईं हामीलाई 711 (Georgia रिसे) डायल गरेर माथिको नम्बरमा कल गर्न सक्नुहुन्छ।

हामीले परिवार तथा बाल सेवा विभाग (DFCS) (Division of Family and Children Services)मा कस्ता सेवाहरू प्रस्ताव गर्छौं?

DFCS ले निम्न सेवाहरू प्रस्ताव गर्छ:



खाद्यसहायता

EBT/ Quest हस्ताक्षर भएको कुनै पनि स्टोरमा खाद्य खरिद गर्न SNAP लाभहरू प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। हामीले SNAP खाताबाट तपाईंको खाद्य खरिद गर्दा शुल्क घटाउने छौं।



नगद सहायता/रोजगार सहायता सेवा अस्थायी सहायता (TANF) ले आश्रित बालबालिका भएका परिवार र गर्भवती व्यक्तिहरूलाई सीमित समय का लागि नगद सहायता प्रदान गर्दछ। अनुदानमा समावेश भएका अभिभावक वा स्याहारकर्ताहरू वा गर्भवती व्यक्तिहरू लेकार्य कार्यक्रम मा भाग लिन आवश्यक छ। नगद सहायता कार्यक्रमले TANF कार्यक्रमको लागि योग्य नभएका घरका शरणार्थी सदस्यहरूलाई पनि वित्तीय सहायता उपलब्ध गराउँछ।

- नाति-नातिनालाई हुर्काइरहेका हजुरबुवा-हजुरआमा (GRG) ले आवश्यक सहायता उपलब्ध गराउने छन् जसकारण बालबालिकाले उनीहरूको हजुरबुवा-हजुरआमाहरूको घरमा स्याहार प्राप्त गर्न सक्छन्।



चिकित्सा सहायता

योग्य भएका व्यक्तिहरूका लागि Medicaid ले चिकित्सा बिल, चिकित्सकसँगको भेट र मेडिकेयर प्रिमियमहरू भुक्तानी गर्नमा मद्दत गर्न सक्छ।

- यसमा पाथवेज मेडिकल सहायता (Pathways Medical Assistance) समावेश छ। Pathways Medical Assistance एउटा कार्यक्रम हो जसले 19 देखि 64 वर्ष उमेरका व्यक्तिहरूलाई निःशुल्क वा कम लागतमा Medicaid कभरेज प्रदान गर्छ, जससँग संघीय गरिबी स्तर (FPL) को 100% सम्मको पारिवारिक आय छ, अन्यथा Medicaid का लागि योग्य छैन र जसले योग्यता आवश्यकताहरू पूरा गर्दछ। यदि तपाईं पाथवेको लागि विचार गर्न चाहनुहुन्छ भने, कृपया संलग्न D पनि पूरा गर्नुहोस्।

समुदायभन्दा बाहिरका सेवाहरू

अन्य DHS सेवाहरूको बारेमा थप जानकारीका लागि, कृपया हाम्रो वेबसाइट <http://dfcs.georgia.gov> मा जानुहोस् वा (877) 423-4746 मा फोन गर्नुहोस्।



मैले लाभहरूका लागि कसरी आवेदन दिन सक्छु?

चरण 1। आवेदन भर्नुहोस्।

प्रश्नहरूध्यानपूर्वक पढ्नुहोस् र सही जानकारी दिनुहोस्। आवेदनमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति लेख्नुहोस्।

चरण 2। आफ्नो स्थानीय कार्यालयमा आवेदन दिनुहोस्।

तपाईंले पृष्ठहरू 1-2, 17-20 च्यातेर तिनीहरूलाई आफ्नो लागि राख्नु आवश्यक

बारम्बार सोधिने प्रश्नहरू

लाभहरू प्राप्त गर्न कति समय लाग्छ?

SNAP:	30 दिनसम्म
निर्धन परिवारहरूलाई अस्थायी सहायता (TANF):	45 दिनसम्म
Medicaid:	10 देखि 90 दिनसम्म

तपाईं योग्य हुनुहुन्छ भने तपाईं 7 दिन भित्र SNAP प्राप्त गर्न सक्षम हुन सक्नुहुन्छ। पृष्ठ 6 हेर्नुहोस्।

मैले कति रकम प्राप्त गर्नेछु?

तपाईंको आमदानी, संसाधनहरू र परिवारको सङ्ख्याले लाभको रकम निर्धारण हुन्छ। हामी तपाईंको योग्यता निर्धारण गरिसकेपछि तपाईंलाई विशिष्ट जानकारी दिन सक्षम हुनेछौं।

मैले मेरा लाभहरू कसरी प्राप्त गर्नेछु?

SNAP को लागि, तपाईंले आफ्नो लाभहरू पहुँच गर्न विद्युतीय सुविधा ट्रान्सफर (EBT) कार्ड प्राप्त गर्नु हुने छ। TANF को लागि, तपाईंले आफ्नो लाभहरू पहुँच गर्न Way2Go डेबिट मास्टरकार्ड प्राप्त गर्नु हुने छ। Medicaid को लागि, तपाईंले प्रत्येक योग्य सदस्यको लागि Medicaid कार्ड प्राप्त गर्नुहुनेछ।

तपाईंलाई निम्न जानकारी उपलब्ध गराउनका लागि अनुरोध गर्न सकिन्छ:

- SNAP र/वा TANF को लागि आवेदन गर्दै हुनुहुन्छ भने आवेदकका लागि पहिचानको प्रमाण। पहिचान कार्ड (ID) वा चालक लाइसेन्स (DL) प्रमाणीकरणको स्वीकार्य स्वरूप हो। पहिचानको प्रमाण चिकित्सा सहायता आवेदकहरूका लागि आवश्यक पर्दैन।
- लाभहरू अनुरोध गर्ने सबैजनाको लागि US नागरिकता/योग्य आप्रवासी स्थितिको प्रमाण। यदि तपाईंले आपतकालीन चिकित्सा सेवा (EMA) का लागि मात्र आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो आप्रवास स्थितिका बारेमा आफ्नो SSN वा जानकारी उपलब्ध गराउनु पर्दैन।
- सहायता अनुरोध गर्ने सबैजनाको सामाजिक सुरक्षा नम्बरहरू।
- आम्दानीको प्रमाण उदाहरणको लागि, पे-स्टब, बाल सहायता भुक्तानी र आम्दानी अवार्ड पत्रहरू। बाल सहायता भुक्तानीको प्रमाण चिकित्सा सहायता आवेदकहरूका लागि आवश्यक पर्दैन।
- बाल-स्याहार रसिद, चिकित्सा बिल, चिकित्सा यातायात लागत, भाडा/ऋण लागत र बाल सहायता भुक्तानीहरूजस्ता खर्चहरूको प्रमाण। यो जानकारी चिकित्सा सहायता आवेदकहरूका लागि आवश्यक पर्दैन।

हामी सुरुमा इलेक्ट्रोनिक डाटा स्रोतहरूको माध्यमबाट नागरिकता/अध्यागमन स्थिति र आम्दानीसम्बन्धी जानकारी प्रमाणित गर्ने प्रयास गर्ने छौं। आवेदन पेश गर्नका लागि कागजी प्रमाणीकरण कागजातहरू आवश्यक पर्दैन; तर पनि, तपाईंले आवेदनसँग कागजातहरू उपलब्ध गराउन सक्नुहुन्छ। यदि तपाईं इलेक्ट्रोनिक डाटा स्रोतहरूको माध्यमबाट प्रमाणित गर्न असमर्थ हुनुहुन्छ र तपाईंलाई यो जानकारी पाउनमा मद्दत चाहिन्छ भने, कृपया हामीलाई बताउनुहोस्।



लाभहरूका लागि आवेदन

पर्ने छ।



यस अनुप्रयोगको 3-16 पृष्ठहरू तपाईंको स्थानीय परिवार र बालबालिका सेवा (DFCS) मेल, प्याक्स वा प्रतक्ष्य ल्याउनुहोस्। तपाईंले आफ्नो स्थानीय कार्यालय <http://dfcs.georgia.gov/locations> मा पत्ता लगाउन सक्नुहुन्छ।

तपाईं वा तपाईंले आवेदन दिनुभएको व्यक्ति लाभहरूका लागि योग्य भएमा, हामीले तपाईंको नाम, ठेगाना र हस्ताक्षर भएको आवेदन प्राप्त गरेकोमितिबाट SNAP का लाभहरू उपलब्ध गराइने छ। TANF लाभहरू आवेदन स्वीकार गरिएको मितिबाट उपलब्ध गराइने छ।

तपाईंले (SNAP), TANF र/वा Medicaid कालागि आवेदन दिंदै हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो नाम, ठेगाना र हस्ताक्षर लेखेर मात्र लाभहरूका लागि आवेदन दायर गर्न सक्नुहुन्छ। यद्यपि, तपाईंले पूरै फाराम पूरा गर्नुभएमा यसले तपाईंको आवेदन प्रक्रिया छिट्टै गर्न हामीलाई मद्दत गर्न सक्नेछ। तपाईंले यो फाराम एक भन्दा बढी कार्यक्रम वा SNAP का लागि मात्र र संयुक्त आवेदन फाइल गर्न प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंको (SNAP) आवेदन अर्को कार्यक्रमका लागि तपाईंको आवेदन अस्वीकार गरिएको कुराको आधारमा एकलरूपमा अस्वीकार गरिने छ। हामी तपाईंको SNAP आवेदनका लागि छुट्टै योग्यता निर्धारण गर्ने छौं। तपाईं संस्थामा हुनुहुन्छ र एकै समयमा SNAP र SSI का लागि आवेदन दिंदै हुनुहुन्छ भने, तपाईंको आवेदन भने मिति तपाईं संस्थाबाट निस्कीनुभएको मिति हुन्छ।

चरण 3। हामीसँग कुरा गर्नुहोस्।

तपाईंले कार्यकर्तासँग अन्तरवार्ता पूरा गर्नुपर्ने हुन सक्छ। त्यसो भएमा, हामी तपाईंलाई अपोइन्टमेन्ट दिनेछौं। यो अन्तरवार्ता फोनबाट पूरा गर्न सकिन्छ।

हामीले आवेदकको व्यक्तिगत जानकारी कसरी प्रयोग गर्छौं?

तपाईंले लाभहरूका लागि आवेदन दिन चाहेका व्यक्तिहरूको लागि सामाजिक सुरक्षा नम्बरहरू (SSN) र नागरिकता वा आप्रवासी स्थिति मात्र उपलब्ध गराउनुपर्छ। यो जानकारी आम्दानी र योग्यता प्रमाणीकरण प्रणाली (IEVS) (income and eligibility verification system) जाँच गर्न प्रयोग गरिनेछ। हामी तपाईंको आम्दानी र योग्यता प्रमाणित गर्न, ज्यला जानकारी र कार्य क्रियाकलापहरूमा सहभागीता ट्याक गर्न तपाईंको जानकारी अन्य संघीय, राज्य तथा स्थानीय निकायहरू विरुद्ध पनि मिलाउने छौं। परिवार सदस्यले हामीलाई उहाँहरूको SSN, नागरिकता वा आप्रवासी स्थिति बारे जानकारी दिन चाहनुहुन्न भने, परिवारका अन्य सदस्यहरूले अझै पनि लाभहरू प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। यदि तपाईंले आपतकालीन चिकित्सा सेवाका लागि मात्र आवेदन दिंदै हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो आप्रवास स्थितिका बारेमा आफ्नो SSN वा जानकारी उपलब्ध गराउनु पर्दैन।

अन्य कसैले मेरो लागि आवेदन दिन सक्नुहुन्छ?

(SNAP) र Medicaid लागि, तपाईंले कसैलाई आफ्ना लागि आवेदनदिनअनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।

TANF का लागि, जो कोहीले पनि आवेदन दिन सक्छ तर अभिभावक वा स्याहारकर्ता गर्ने वा गर्भवती व्यक्तिको अन्तर्वार्ता लिनुपर्छ।



लाभहरूका लागि आवेदन

(यो आवेदन पूरा गरेर आफ्नो स्थानीय **COUNTY DFCS** कार्यालयमा फिर्ता गर्नुहोस्।)

मैले के-को लागि आवेदन दिँदै छु? (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्)

- पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP)**
पहिले फूड स्ट्याम्पहरू भनिने The Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) भनेको संघीय अनुदान प्राप्त कार्यक्रम हो जसले कम आय भएका परिवारहरूलाई खानाको लागत भुक्तानी गर्नमा मद्दत गर्न मासिक लाभहरू उपलब्ध गराउँछ। कार्यक्रमले परिवारहरूलाई उनीहरूको खाना र पोषण आवश्यकताहरू पूरा गर्न पोषण शिक्षा उपलब्ध गराउँछ र परिवारहरूलाई SNAP मा कम निर्भर गराउन रोजगारी प्राप्त गर्नमा मद्दत गर्नका लागि रोजगारी र प्रशिक्षण अवसरहरू उपलब्ध गराउँछ।
- निर्धन परिवारहरूलाई अस्थायी सहायता (TANF)(Temporary Assistance for Needy Families)**
Temporary Assistance for Needy Families(TANF) ले बालबालिकाहरू भएका योग्य परिवारहरूलाई बलियो बनाउन अस्थायी मासिक नगद भुक्तानी, एकल नगद भुक्तानी वा अन्य समर्थन सेवाहरू उपलब्ध गराउँछ। तपाईं अनुदानमा समावेश हुन चाहने बच्चाको अभिभावक वा स्याहारकर्ता हुनुहुन्छ भने, हामी तपाईंलाई कार्यको कार्यक्रममा सहभागी गराउन आवश्यक हुने छ।
- नातिनातिना हुर्काउने हजुरबुवा हजुरआमा (GRG)(Grandparents Raising Grandchildren)**
नातिनातिना हुर्काउने हजुरबुवा हजुरआमा (GRG) ले बालबालिकालाई उनीहरूका हजुरबुवा हजुरआमाको घरमा स्याहार गर्न सकियोस् भन्नका लागि अतिरिक्त नगद भुक्तानीहरू उपलब्ध गराउने छ। आवेदकहरूले **GRG** का लागि योग्य हुन **TANF** को आवेदन दिनुपर्छ।
- शरणार्थी नगद सहायता**
शरणार्थी नगद सहायता कार्यक्रमले TANF कार्यक्रमको लागि योग्य नभएका शरणार्थी परिवारहरूलाई आर्थिक सहायता उपलब्ध गराउँछ। शरणार्थी शब्दमा शरणार्थी, क्याबाली/हाइटियन इन्ट्रान्ट, मानव बेचबिखनका पीडित, अमेरेसियन, आश्रित, अफगानी वा विशेष आप्रवासी भिसा (SIV) भएका इराकी वा योग्य अफगान पारोलहरू समावेश छन्।
- Medicaid**
Medicaid ले वृद्ध मानिस, दृष्टिविहीन वा असक्षमता भएका वयस्कहरू, गर्भवती महिला, बालबालिका तथा परिवारहरूलाई चिकित्सा कभरेज प्रस्ताव गर्छ। तपाईंले आवेदन दिँदा, हामीले सबै Medicaid कार्यक्रमहरू हेर्नेछौं र तपाईं कुन प्राप्त गर्न योग्य हुनुहुन्छ भनी निर्णय गर्नेछौं।

कृपया आवेदकको बारेमा तल दिइएको मानचित्र भर्नुहोस्।

पहिलो नाम	बीचको प्रथमाक्षर	थर	उपनाम
तपाईं बस्ने ठाउँको ठेगाना		अपार्टमेन्ट	
सहर	राज्य	जीप कोड	
के तपाईं घरबारविहीन हुनुहुन्छ? हो ___ वा हैन ___			
पत्राचार गर्ने ठेगाना (भिन्न छ भने)			
मुख्य टेलिफोन नम्बर	अन्य सम्पर्क नम्बर		
इलेक्ट्रोनिक सञ्चार: इमेल: छ ___ वा छैन ___ (वैकल्पिक) टेक्स्ट गर्ने: छ ___ वा छैन ___ (वैकल्पिक)	इमेल ठेगाना (वैकल्पिक):		
तपाईंको प्राथमिकताको भाषा के हो?		अन्तर्वार्ता आवश्यक भएमा तपाईंलाई दोभाषे आवश्यक हुने छ? छ ___ वा छैन ___	

असक्षमता भएका अमेरिकनहरूको ऐन: उचित परिमार्जन तथा सञ्चार सहायताका लागि अनुरोध (लागूयोग्य भएमा):

के तपाईंलाई उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता आवश्यक पर्ने असक्षमता छ? छ ___ छैन ___

(छ भने, कृपया तपाईंले अनुरोध गरिरहेको उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायताको व्याख्या गर्नुहोस्):

साङ्केतिक भाषा दोभाषे ___; TTY ___; टूलो प्रिन्ट ___; इलेक्ट्रोनिक सञ्चार (इमेल) ___; ब्रेल ___; भिडियो रिले ___; साङ्केतिक बोली दोभाषे ___; मौखिक दोभाषे ___; स्पर्शनीय दोभाषे ___; कार्यक्रमको समाप्ति मिति सम्झाउने टेलिफोन कल ___; टेलिफोनिक हस्ताक्षर (लागूयोग्य भएमा) ___; आमुन्ने- सामुन्ने अन्तर्वार्ता (गृह भेट) ___; अन्य: _____



लाभहरूका लागि आवेदन

तपाईंलाई यो उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता एकपटक चाहिन्छ ___ वा निरन्तर ___ चाहिन्छ ?

सम्भव भएमा, तपाईंलाई कहिले र कति समयसम्म यो परिमार्जन वा सहायता आवश्यक पर्छ भन्नेबारे संक्षिप्त रूपमा वर्णन दिनुहोस्?

सबै SNAP, TANF र Medicaid आवेदकका लागि:

मैले लाभहरूको लागि आवेदन दिँदै गरेको व्यक्ति(हरू) संयुक्त राज्य U.S. को नागरिक(हरू) वा गैर-नागरिक(हरू) हो/हुन् वा कानूनी रूपमा United States मा उपस्थित छन् भनी मैले जान्न मरो ज्ञान र विश्वासको लागि मैले भुठो बयानको सजाय घोषणा गर्दछु। मलाई ज्ञान भएसम्म यो आवेदनमा उपलब्ध गराइएका सम्पूर्ण जानकारी सही र सत्य छ भनी म थप प्रमाणित गर्दछु। DHS-DFCS, DCH र आधिकारिक संघीय निकायहरूले मैले यस आवेदनमा दिएका जानकारीलाई प्रमाणित गर्न सक्छन् भनी मैले बुझ्दछु र स्वीकार गर्दछु। जानकारी विगतका वा वर्तमान रोजगारदाताहरूसँग प्राप्त हुन सक्छ। मेरो जानकारी ज्यला जानकारी र कार्य क्रियाकलापहरूमा मेरो सहभागितालाई ट्र्याक गर्न प्रयोग हुनेछ भनी म बुझ्दछु।

मैले SNAP र/वा TANF कार्यक्रमका आवश्यकताहरू अनुसार मेरो अवस्थामा हुने कुनै पनि परिवर्तनका बारेमा रिपोर्ट गर्ने छु। म मेरो परिवारमा कसैले \$4500 वा सोभन्दा बढी कुल रकमको (कर अघि वा अन्य रकम रोक्नुअघि) चिट्ठा वा जुवा खेल्ने जितहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ भने पनि रिपोर्ट गर्ने छु। म मेरो घरपरिवारले जितहरूको रकम प्राप्त गरेको महिनाको अन्तिम दिनबाट 10 दिनभित्र यी जितहरूको रकमबारे रिपोर्ट गर्ने छु। कुनै जानकारी गलत भएमा, मेरा लाभहरूमा कटौती हुन वा अस्वीकार गरिन सक्छ र मलाई आपराधिक अभियोग लाग्न सक्छ वा जानी-जानी गलत जानकारी प्रदान गरेकोमा DHS-DFCS कार्यक्रमहरूसँग अयोग्य ठहरिन सक्छु भन्ने कुरा म बुझ्दछु। मैले गलत जानकारी प्रदान गरेमा वा जानकारी लुकाएमा, मलाई अभियोग लगाउन सक्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। मैले मेरो आवेदन वा नवीकरण प्रक्रियाको अवधिमा मेरा केही खर्चहरूबारे DHS-DFCS लाई बताउन असफल भएमा, DHS-DFCS ले मेरा SNAP लाभहरूको रकमको गणनामा उक्त खर्च बेहोर्ने छैन भन्ने कुरा म बुझ्दछु।

Georgia मानव सेवा विभाग ("DHS")(The Georgia Department of Human Services) ले लाभहरूका लागि तपाईंले आवेदन दिएको अवधिमा नाम, ठेगाना, टेलिफोन नम्बर, इमेल ठेगाना, जन्ममितिहरू आदि जस्ता व्यक्तिगत रूपमा पहिचानयोग्य जानकारी (PII) सङ्कलन गर्छ। हामीलाई कुनै पनि व्यक्तिगत जानकारी पेश गरेर, तपाईं हामी DHS नीति, प्रक्रिया र कानून र/वा नियमहरूद्वारा अनुमति दिए वा आवश्यक भएअनुसार कुनै पनि व्यक्तिगत जानकारी सङ्कलन, प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं भन्ने कुरासँग सहमत हुनुहुन्छ।

हस्ताक्षर

मिति

"X" द्वारा हस्ताक्षर गरिएमा साक्षीको हस्ताक्षर

मिति

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि:

तपाईं आफ्नो आवेदन व्यक्ति वा संस्थाद्वारा भरियोस्, आफ्नो अन्तर्वार्ता पूरा गरियोस् र/वा तपाईं पसल जान नसक्दा खाना खरिद गर्न आफ्नो EBT कार्ड प्रयोग गरियोस् भन्ने चाहनुहुन्छ भने मात्र यो खण्ड पूरा गर्नुहोस्। कृपया तपाईंले अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको रूपमा तोक्न चाहने प्रत्येक कार्यक्रमको प्रकार जाँच गर्नुहोस्। कृपया तपाईंले व्यक्ति वा संस्थालाई दिन चाहेका कर्तव्यहरूमा सही चिन्ह लगाउनुहोस्। तपाईं Medicaid का लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने तपाईं आफ्नो तर्फबाट कार्य गर्नका लागि एकभन्दा धेरै व्यक्ति वा संस्था छनोट गर्न सक्नुहुन्छ।

अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि 1 कार्यक्रमको प्रकार: SNAP

TANF

चिकित्सा सहायता

अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि 1 कर्तव्यहरू: आवेदकको तर्फबाट आवेदनमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्

नवीकरण फारम पुरा गर्नुहोस् र पेश गर्नुहोस्

सूचनाहरू र अन्य सञ्चारको प्रतिलिपिहरू प्राप्त गर्नुहोस्

अन्य सबै मामिलामा आवेदकको तर्फबाट कार्य गर्नुहोस्

TANF (Way2Go Debit Mastercard) लाभ कार्ड प्राप्त गर्नुहोस्

व्यक्तिको नाम 1: _____

संस्थाको नाम 1 (लागूयोग्य भएमा):

_____ फोन:

ठेगाना:

_____ अपार्टमेन्ट :



परिवार तथा बाल सेवा विभाग



लाभहरूका लागि आवेदन

सहर:

राज्य: _____ जिल्ला: _____

इलेक्ट्रोनिक सञ्चार: इमेल: छ ___ छैन ___ (वैकल्पिक) टेक्स्ट गर्ने: हो ___ होइन ___ (वैकल्पिक)

इमेल ठेगाना (वैकल्पिक) _____

प्राथमिकता दिइएको भाषा:

_____ के दोभाषे आवश्यक छ? छ ___ वा छैन ___

अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि 2 कार्यक्रमको प्रकार: SNAP TANF चिकित्सा सहायता

अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि 2 कर्तव्यहरू: आवेदकको तर्फबाट आवेदनमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् नवीकरण फारम पूरा गर्नुहोस् र पेश गर्नुहोस् सूचनाहरू र अन्य

सञ्चारको प्रतिलिपिहरू प्राप्त गर्नुहोस् अन्य सबै मामिलामा आवेदकको तर्फबाट ऐन TANF लाभ कार्ड (Way2Go Debit

Mastercard) प्राप्त गर्नुहोस्

व्यक्तिको नाम 2: _____

संस्थाको नाम 2 (लागूयोग्य भएमा):

_____ फोन: _____

ठेगाना: _____ अपार्टमेन्ट : _____

सहर: _____ राज्य: _____ जिल्ला: _____

इलेक्ट्रोनिक सञ्चार: इमेल: छ ___ छैन ___ (वैकल्पिक) टेक्स्ट गर्ने: हो ___ होइन ___ (वैकल्पिक)

इमेल ठेगाना (वैकल्पिक) _____

प्राथमिकता दिइएको भाषा: _____ के दोभाषे आवश्यक छ? छ ___ वा छैन ___

असक्षमता भएका अमेरिकनहरूको ऐन: अधिकृत प्रतिनिधिका लागि (लागूयोग्य भएमा) उचित परिमार्जन र सञ्चार सहायताका लागि अनुरोध:

के अधिकृत प्रतिनिधिसँग उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता आवश्यक पर्ने असक्षमता छ? छ ___ छैन ___ (यदि छ भने, कृपया तपाईंले अनुरोध गर्ने उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायताबारे व्याख्या गर्नुहोस्):

साङ्केतिक भाषा दोभाषे ___; TTY ___; ठूलो प्रिन्ट ___; इलेक्ट्रोनिक सञ्चार (इमेल) ___; ब्रेल ___; भिडियो रिले ___; साङ्केतिक बोली दोभाषे ___; मौखिक दोभाषे ___; स्पर्शनीय दोभाषे ___; कार्यक्रमको समाप्ति मिति सम्भाउने टेलिफोन कल ___; टेलिफोनिक हस्ताक्षर (लागूयोग्य भएमा) ___; आमुन्ने-सामुन्ने अन्तर्वार्ता (गृह भेट) ___; अन्य: _____

अधिकृत प्रतिनिधिलाई यो उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता

एकपटक ___ वा निरन्तर ___ आवश्यक पर्छ? सम्भव भएमा, तपाईंलाई कहिले र कति समयसम्म यो परिमार्जन वा सहायता आवश्यक पर्छ भन्नेबारे संक्षिप्त रूपमा व्याख्या गर्नुहोस् ? _____

कार्यालय प्रयोजनका लागि मात्र: प्राप्त भएको मिति : _____

एक्सप्रेस लेन एलिजिबिलिटी (Express Lane Eligibility):

अभिभावक सेवाहरू (CAPS) वा महिला, शिशु र बालबालिका (WIC) चिकित्सा सहायता कार्यक्रममा एक्सप्रेस लेन योग्यता (ELE) पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP), खाँचोमा परेका परिवारका लागि अस्थायी सहायता (TANF), शरणार्थी नगद सहायता (RCA), बाल हेरचाह प्राप्त गर्ने 19 वर्ष मुनिका योग्य



परिवार तथा बाल सेवा विभाग



लाभहरूका लागि आवेदन

बालबालिकाहरूलाई भर्ना वा नवीकरण गर्ने स्वचालित प्रक्रिया हो।

तपाईंको बच्चा SNAP वा TANF का लागि योग्य हुनुहुन्छ भने परिवार तथा बालबालिका सेवा विभाग (DFCS) ले SNAP वा TANF बाट घरपरिवारको आकार, निवास र आम्दानीसम्बन्धी जानकारी प्रयोग गर्ने छ तर DFCS ले बालबालिकालाई Medicaid वा PeachCare for Kids® मा नामाङ्कन वा नवीकरण गर्नका लागि ELE निर्धारण गर्न चिकित्सा सहायताका नियमहरू प्रयोग गरी नागरिकता वा आप्रवासन स्थिति प्रमाणित गर्ने छ। DFCS ले एक पटक पूरा भएपछि एक निर्धारण सूचना पठाउने छ, सदस्यहरूलाई कुनै पनि परिवर्तन गर्न र उहाँलाई ELE प्रक्रियाबाट बाहिर निस्कन वा कुनै पनि समयमा चिकित्सा सहायता मुद्दा समाप्त गर्न अनुमति दिनेछ।



लाभहरूका लागि आवेदन

के म SNAP छिटो प्राप्त गर्न योग्य छु? (यो जानकारी SNAP आवेदकहरूका लागि मात्र अनुरोध गरिएको छ)

तपाईं 7 दिनभित्र SNAP प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ वा सक्नुहुन्न भनी जाँच गर्न आवेदक र घरपरिवारका सबै सदस्यका बारेमा यी प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।

1. तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्य प्रवासी वा मौसमी कृषि मजदुर हुनुहुन्छ? छ छैन

यदि छ भने, को: _____

2. यो महिनाको लागि प्राप्त गरिने कुल जम्मा आर्जित आमदानी: \$ _____

रोजगारदाता नाम _____

रोजगारी सुरु हुने मिति: _____ रोजगारी समाप्त हुने मिति: _____

पारिश्रमिक दर: _____ साप्ताहिक काम गर्ने घण्टा: _____

तपाईंलाई कति पटक भुक्तानी गरिन्छ:

साप्ताहिक रूपमा/पाक्षिक/अर्ध महिनामा/मासिक रूपमा (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्)

3. यो महिनाको लागि प्राप्त गरिने कुल जम्मा अनार्जित आमदानी: \$ _____

अनार्जित आमदानीको प्रकार _____ रकम: _____

कति पटक प्राप्त गर्नुहुन्छ: साप्ताहिक रूपमा/पाक्षिक/अर्ध महिनामा/मासिक रूपमा (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्)

अनार्जित आमदानीको प्रकार _____ रकम: _____

कति पटक प्राप्त गर्नुहुन्छ:

साप्ताहिक रूपमा/पाक्षिक/अर्ध महिनामा/मासिक रूपमा (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्)

4. यो महिनाको कुल आर्जित र अनार्जित आमदानी: \$ _____

5. तपाईं र परिवारका सबै सदस्यहरूको नगद वा बैंकमा कति पैसा छ? \$ _____

6. तपाईंको भाडा, ऋण, सम्पत्ति करहरू र/वा घरधनीको बीमाको मासिक रकम कति हो? \$ _____

बीमा?

7. तपाईंको यो महिनाको विद्युत, पानी, ग्याँस र/वा अन्य उपयोगिताहरूको कुल रकम कति हो? \$ _____

(जम्मामा पहिलेको बाँकी र ढिलाई शुल्क रकमहरूबाहेक)

- a. तपाईंको घरपरिवारको प्राथमिक हिटिड वा कुलिड स्रोत के हो? लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस् I

बिजुली _____ ग्यास _____ भ्याल वा केन्द्रीय एयर कन्डिसनर _____ केरोसिन तेल _____ काठ _____

- b. तपाईंले गत 12 महिनामा उर्जा सहायता (LIHEAP) प्राप्त गर्नुभएको छ?

छ छैन यदि छ भने, प्राप्त गरिएको रकम \$ _____



लाभहरूका लागि आवेदन

हामीलाई आवेदक र परिवारका सबै सदस्यहरूको बारेमा बताउनुहोस्

चिकित्सा सहायता आवेदकहरूका लागि: कृपया आफूलाई, आफ्नो पति/पत्नी, तपाईंसँग बस्ने 21 वर्ष मुनिका आफ्ना छोराछोरीहरू (सौतेनी छोराछोरीहरू सहित), स्वास्थ्य कभरेज चाहिने तपाईंको अविवाहित साभेदार, तपाईंले आफ्नो कर रिटर्नमा समावेश गर्ने जोसुकैलाई पनि समावेश गर्नुहोस्, तिनीहरू तपाईंसँग नबस्ने भए पनि, र 21 वर्ष मुनिका अरू कसैलाई पनि समावेश गर्नुहोस्, जसको तपाईंले हेरचाह गर्नुहुन्छ र जो तपाईंको साथमा बस्छ। तपाईंले आफ्नो अविवाहित पार्टनर जसलाई स्वास्थ्य कभरेज आवश्यक छैन, तपाईंको अविवाहित पार्टनरका छोराछोरीहरू, तपाईंसँग बस्ने तपाईंको आमाबाबु जसले आफ्नो स्वयंको कर फिर्ता दायर गर्छ (यदि तपाईं 21 वर्षभन्दा बढी उमेरको हुनुहुन्छ भने) वा अन्य वयस्क नातेदारहरू आफ्नो स्वयंको कर फिर्ता दायर गर्छ, तिनीहरूलाई समावेश गर्नु पर्दैन। यदि तपाईंले आपतकालीन चिकित्सा सेवा (EMA) का लागि मात्र आवेदन दिंदै हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो आप्रवास स्थितिका बारेमा आफ्नो SSN वा जानकारी उपलब्ध गराउनु पर्दैन।

कृपया तल दिइएका आवेदक र सबै परिवार सदस्यहरूको बारेमा तालिका भर्नुहोस्। निम्न संघीय कानून र नियमनहरू:

खाद्य तथा पोषण ऐन 2008 U.S.C. 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, and 42

C.F.R. § 435.920 ले DFCS लाई तपाईं र तपाईंको परिवारका सदस्यहरूको सामाजिक सुरक्षा नम्बर(हरू) अनुरोध गर्न अधिकार प्रदान गर्छ। तपाईंको घरपरिवारमा बस्ने र लाभहरूको लागि आवेदन नदिने कुनै पनि व्यक्तिलाई गैर-आवेदकको रूपमा व्यवहार गरिएको हुन सक्छ। गैर-आवेदकहरूले हामीलाई आफ्नो सामाजिक सुरक्षा नम्बर, नागरिकता वा आप्रवासी स्थितिबारे जानकारी दिनुपर्दैन र उहाँहरू लाभहरूको लागि योग्य हुँदैनन्। घरका अन्य सदस्यहरू अन्यथा योग्य ठहरिएमा उहाँहरू अझै पनि लाभहरू प्राप्त गर्न सक्षम हुन सक्छन्। तपाईं घरको कुनै पनि सदस्य लाभहरूको लागि योग्य हुनुहुन्छ कि हुनुहुन्न भनी हामीलाई निर्णय दिन चाहिन्छ, तपाईंले अझै पनि हामीलाई उहाँहरूको नागरिकता वा आप्रवासी स्थिति बारे बताउनुपर्छ र उहाँहरूको सामाजिक सुरक्षा नम्बर (SSN) दिनुपर्छ। तपाईंले परिवारको क्षमता र लाभ स्तरलाई निर्धारण गर्न अझै पनि हामीलाई उनीहरूको आम्दानी र स्रोतहरूबारे बताउन आवश्यक हुनेछ। कुनै पनि गैर-आवेदक परिवारका सदस्यहरूले हामीलाई आफ्नो नागरिकता वा आप्रवासी स्थिति दिदैनन् भने हामीले उनीहरूलाई United States नागरिकता तथा आप्रवासन सेवाहरू (USCIS)(United States Citizenship and Immigration Services) को अधिकारको प्रणालीगत विदेशी प्रमाणीकरण (SAVE) प्रणालीमा रिपोर्ट गर्नेछौं। यद्यपि, तपाईंको आवेदनमा आप्रवासी स्थिति सम्बन्धी जानकारी पेश गरिएको छ भने, यो जानकारी SAVE प्रणाली मार्फत प्रमाणीकरण गर्ने सम्बन्धित हुन सक्छ र परिवारको क्षमता र लाभ स्तरलाई प्रभाव पार्न सक्छ। हामीले तपाईंको आम्दानी र योग्यता प्रमाणित गर्न अन्य संघीय, राज्य र स्थानीय निकायसँग तपाईंका जानकारी मिलान गर्नेछौं। यो जानकारी कानूनबाट भाग्ने मानिसहरूलाई समात्न प्रयोग गर्नको लागि कानून प्रवर्तन अधिकारीहरूलाई दिन पनि सकिन्छ। तपाईंको घरपरिवारमा SNAP को दाबी छ भने, दाबी सङ्कलन गर्ने कार्यमा प्रयोग गर्नका लागि संघीय तथा राज्य निकाय र निजी दाबी सङ्कलन निकायहरूलाई SSN सहित यो आवेदनमा भएको जानकारी दिन सकिन्छ। अन्य परिवार सदस्यहरू आफ्नो SSN, नागरिकता वा आप्रवासी स्थिति उपलब्ध गराउन असफल भएको कारण, हामीले आवेदकको परिवार सदस्यहरूलाई लाभहरू अस्वीकार गर्नेछौं।

नाम	सम्बन्ध	के यस व्यक्तिले लाभहरूको लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ?	के यो व्यक्तिलाई स्वास्थ्य कभरेज आवश्यक हुन्छ?	जन्म मिति	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	लिंग	हिस्पानिक वा ल्याटिनो?	जाति कोड	तपाईं U.S. नागरिक, U.S. राष्ट्रिय, योग्य आप्रवासी वा सन्तोषजनक आप्रवासन स्थितिमा हुनुहुन्छ? (आवेदकहरू मात्र)
पहिलो	बीचको प्रथमाक्षर	थर	(हो/होइन)	ढाँचा (महिना/दिन/वर्ष)	(गैर-आवेदकहरूका लागि वैकल्पिक)	(पुरुष/महिला)	(वैकल्पिक)	(तल दिइएका कोडहरू हेर्नुहोस्)	(हुन्छ/हुदैन)
	स्वयं								



परिवार तथा बालसेवा विभाग



लाभहरूका लागि आवेदन

जाति कोडहरू (लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्):

AI - अमेरिकी भारतीय वा अलास्का मूल निवासी
अमेरिकी**HP** - हवाई निवासी वा अन्य प्रशान्त द्वीपवासी**WH** - सेतो

जाति/जातीयता बारे जानकारी उपलब्ध गराएर, तपाईंले हामीलाई गैर-विभेदपूर्ण तरिकाले हाम्रा कार्यक्रमहरूको प्रबन्ध मिलाउन सहायता गर्नुहुन्छ। तपाईंको परिवारले हामीलाई यो जानकारी दिन आवश्यक छैन र यसले तपाईंको योग्यता वा लाभ स्तरलाई पभाव पार्नेछैन।

AS - एसियाली**BL** - काला वा अफ्रिकीतपाईं वा अन्य घरपरिवारका आवेदकहरू **U.S.** नागरिक वा **U.S.** राष्ट्रियको हुनुहुन्न भने, निम्न चार्ट पूरा गर्नुहोस्:

(कृपया आवश्यक भएअनुसार अतिरिक्त पृष्ठहरू थप्नुहोस्)

नाम	आप्रवासन कागजातको प्रकार	विदेशी/प्रमाणपत्र/कागजातको आइडी नम्बर	तपाईं 1996 देखि U.S.मा बस्नु भएको छ?	मिति प्राकृतिक/प्रवेश मिति वा U.S.मा प्रवेश (लागू भएमा)	के तपाईं वा तपाईंको जीवनसाथी वा आमाबुवा U.S. मिलिटरीको सेवानिवृत्त सैनिक वा सक्रिय-ड्युटीमा हुनुहुन्छ?
पहिलो बीचको प्रथमाक्षर थर			(हो / होइन)	ढाँचा (महिना/दिन/वर्ष)	(छ/छैन)

हामीलाई आवेदक र घरका सबै सदस्यहरूको बारेमा थप कुरा बताउनुहोस्

लाभहरूको लागि को योग्य हुनुहुन्छ भनी निर्णय लिनका लागि हामीलाई आवेदक र परिवारका सबै सदस्यहरू बारे थप जानकारी आवश्यक हुन्छ। कृपया तल दिइएको पृष्ठमा तपाईंले प्राप्त गर्न चाहनुभएको लाभहरू बारे भएका प्रश्नहरूको मात्र जवाफ दिनुहोस्।

1. अर्को राष्ट्र वा राज्यमा कसैले कुनै लाभ प्राप्त गर्नुभएको छ? (SNAP र TANF का लागि मात्र) हो होइन

यदि छ भने:

को: _____
कहाँ: _____
कहिले: _____2. कसैलाई 8/22/1996 पछि एकभन्दा बढी क्षेत्रमा बहु FS लाभहरू प्राप्त गर्नका लागि उहाँहरू कहाँ बस्नुहुन्छ र उहाँहरू को हुन् भन्ने बारेमा गलत जानकारी दिइएको भनी दोषी ठहर गरिएको छ? (SNAP का लागि मात्र) हो होइन

यदि छ भने:

को: _____
कहाँ: _____
कहिले: _____3. तपाईंको घरपरिवारको कोही सदस्यले आवेदन मितिदेखि 30 दिनभित्र स्वच्छापूर्वक जागिर छोड्नुभएको थियो वा आफ्नो काम गर्ने समयलाई प्रति हप्ता 30 घण्टाभन्दा कम समयमा स्वच्छापूर्वक घटाउनुभएको थियो? (SNAP र TANF का लागि मात्र) हो होइन

यदि छ भने, कसले छोड्नुभयो? _____

उहाँले किन छोड्नुभएको थियो? _____

4. कोही गर्भवती हुनुहुन्छ? (यो प्रश्न SNAP आवेदकहरूमा लागू हुँदैन) हो होइन



लाभहरूका लागि आवेदन

यदि छ भने:

गर्भवती महिलाको नाम: _____

बच्चा जन्मिने अनुमानित मिति कति हो? _____; र कति वटा बच्चा अपेक्षा गरिएको छ?

यदि छैन भने, घरपरिवारमा पछिल्लो 12 महिनाभित्र कसैको डेलिभरी वा गर्भपतन भएको थियो? थियो थिएन

यदि छ भने:

गर्भवती महिलाको नाम: _____

यदि थियो भने, डेलिभरी/पतन मिति कति थियो? _____; र कति वटा बच्चा डेलिभरी गरिएको/अपेक्षा गरिएको थियो? _____

*TANF आवेदकहरूको लागि मात्र निम्न प्रदान गर्नुहोस्:

गर्भमा रहेको बच्चाको बुबाको नाम: _____ बुवाको ठेगाना: _____

5. Medicaid आवेदकहरूका लागि, कसैसँग गत 3 महिनाको कुनै पनि भुक्तानी नगरिएको चिकित्सा बिल छ? छ छैन
यदि छ भने, तपाईंको Medicaid मामिला भएमा कृपया भुक्तान नगरिएका बिलहरू पठाउनुहोस्।

6. के कसैलाई SNAP वा TANF कार्यक्रमबाट अयोग्य ठहराइएको छ? (SNAP र TANF का लागि मात्र) छ छैन

यदि छ भने:

को: _____

कहाँ: _____

7. कोही व्यक्ति घोर अपराधको अभियोग लाग्नबाट वा जेल जानबाट बच्न भागिरहेको छ? (SNAP र TANF को लागि मात्र) हो होइन
यदि छ भने, कसलाई: _____

8. कसैले परीक्षणकाल वा पेरोलका अवस्थाहरूलाई उल्लङ्घन गरिरहेको छ? (SNAP र TANF का लागि मात्र) छ छैन
यदि छ भने, कसलाई: _____

9. कसैलाई 8/22/1996 पछि (SNAP र TANF का लागि मात्र) नियन्त्रित लागू पदार्थ (उदाहरणका लागि लागूऔषध अपराधी) को स्वामित्व, प्रयोग वा वितरणसँग सम्बन्धित व्यवहार वा हिंसात्मक घोर अपराधका कारणले घोर अपराधको सजाय भएको छ? छ छैन

यदि छ भने:

कसले: _____ कहिले: _____

a. के तपाईं लागूपदार्थको घोर अपराधको परिणाम स्वरूप प्राप्त भएको कुनै सजायसँग सम्बन्धित परीक्षणकालका सर्तहरूको अनुपालनामा हुनुहुन्छ? (SNAP का लागि मात्र) हुनुहुन्छ हुनुहुन्न

b. के तपाईं लागूपदार्थको घोर अपराधको परिणाम स्वरूप प्राप्त भएको कुनै सजायसँग सम्बन्धित पेरोलका सर्तहरूको अनुपालनामा हुनुहुन्छ? (SNAP का लागि मात्र) हुनुहुन्छ हुनुहुन्न

c. तपाईंले लागूपदार्थसम्बन्धी कुनै पनि अपराधसँग सम्बन्धित परीक्षणकाल वा पेरोलका सबै सर्तहरू सफलतापूर्वक पूरा गर्नुभएको छ? (SNAP का लागि मात्र) छ छैन

10. तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्यलाई 8/22/1996 पछि लागू औषधका लागि फूड स्ट्याम्प(SNAP) लाभहरूको कारोबारमा दोषी ठहर गरिएको छ? (SNAP का लागि मात्र) छ छैन

यदि छ भने:

कसले: _____ कहिले: _____

11. के तपाईं वा घरको कुनै सदस्य SNAP लाभहरू \$ 500 भन्दा बढी खरिद वा बिक्री गरेकोमा



लाभहरूका लागि आवेदन

8/22/1996 पछि दोषी ठहरिएको छन्? (SNAP का लागि मात्र) छ छैन

यदि छ भने:

कसलाई: _____

कहिले: _____

12. के तपाईं वा घरको कुनै सदस्य बन्दुकका लागि SNAP फाइदाको बन्दुक, गोला बारूद, विस्फोटक पदार्थ वा 8/22/1996 पछि व्यापार गरेकोमा दोषी ठहरिएका छन्? (SNAP का लागि मात्र) छ छैन

यदि छ भने:

कसलाई: _____

कहिले: _____

13. के तपाईं वा तपाईंको परिवारको कुनै सदस्यलाई बढेको यौन दुर्व्यवहारको वयस्कको रूपमा दोषी ठहराइएको छ, हत्या, यौन शोषण, र बालबालिकाको अन्य दुर्व्यवहार, एक संघीय वा राज्य अपराध यौन संलग्न आक्रमण, वा अटर्नी जनरल द्वारा निर्धारित राज्य कानून अन्तर्गतको अपराध पर्याप्त रूपमा समान हुन 2/7/2014 पछि यस्तो अपराध? (SNAP का लागि मात्र) हो होइन

यदि छ भने:

को: _____ कहिले: _____

- के तपाईं घोर अपराधको अभियोगको परिणाम स्वरूप प्राप्त गर्नुभएको कुनै पनि जेल सजायसँग सम्बन्धित परीक्षणकालका सर्तहरूको अनुपालनमा हुनुहुन्छ एक अपराध सजाय को? (SNAP का लागि मात्र) हो होइन
- तपाईं घोर अपराधको अभियोगको परिणाम स्वरूप प्राप्त गर्नुभएको कुनै पनि जेल सजायसँग सम्बन्धित परीक्षणकालका सर्तहरूको अनुपालनमा हुनुहुन्छ? (SNAP का लागि मात्र) हुनुहुन्छ हुनुहुन्न
- तपाईंले कुनै पनि फौजदारी अभियोगसँग सम्बन्धित परीक्षण वा परीक्षणकालका सबै सर्त पूर्ण रूपमा पूरा गर्नुभएको छ? (SNAP का लागि मात्र) छ छैन

14. तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्यले लोटर वा जुवा खेलमा जितहरू प्राप्त गर्नुभएको छ? छ छैन

यदि छ भने:

कसले: _____ कहिले: _____ प्राप्त रकम: _____

15. कसैले निम्न स्थापनाहरू, मदिरा पसल, क्यासिनो, पोकर कोठा, वयस्क मनोरञ्जन व्यवसाय, बेल बण्ड, रात्री क्लब, सलुन/टार्भन, बिन्गो हल, रेस ट्रयाक, बन्दुक/युद्ध सामग्री पसल, समुद्री यात्रा गर्ने सिप, अलौकिक अध्ययनकर्ता, धुम्रपान पसल, ट्याटु/वेध पसल र स्पा/मसाज सलुनहरूमा TANF कोषहरू वा EPPIC कार्ड प्रयोग गर्नुभएको छ? (TANF का लागि मात्र) छ छैन

यदि छ भने:

को: _____ कहिले: _____

16. के लाभहरूका लागि आवेदन दिने कुनै पनि व्यक्तिले हाल निर्वाह धन प्राप्त गरिरहनुभएको छ? छ छैन

यदि छ भने:

कसले: _____

प्राप्त मासिक रकम: _____

निर्वाह धनसम्बन्धी सम्झौताबारे अन्तिम निर्णय लिइएको वा पछिल्लो पटक परिमार्जन गरिएको मिति: _____

हामीलाई आवेदक र परिवारका सबै सदस्यहरूको आमदानीको बारेमा बताउनुहोस्



लाभहरूका लागि आवेदन

तपाईं र तपाईंको परिवारमा बस्ने कोही व्यक्तिले निम्न जस्ता कुनै पनि प्रकारका आम्दानी प्राप्त गर्नुहुन्छ: ज्यालाहरू, टिप्स, बोनसहरू, स्वरोजगार, सामाजिक सुरक्षा/रेलरोड अवकाश, अन्य असक्षमता, पेन्सन, बेरोजगारी वा अन्य कुनै पनि आम्दानी? SNAP र TANF का लागि, कृपया आम्दानीलाई पनि सूचीबद्ध गर्नुहोस् जस्तै: VA आम्दानी, बाल सहायता, अन्य मानिसबाट पैसा वा कामदारहरूको क्षतिपूर्ति। यदि छ भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्।

आम्दानी भएका परिवार सदस्यको नाम	आम्दानीको प्रकार	रोजगारदाताको नाम / आयको स्रोत	मासिक रकम (कतौतीहरू अघि)	कति समयमा प्राप्त गर्नुहुन्छ (मासिक, अर्द्ध-साप्ताहिक, साप्ताहिक रूपमा)	प्रति घण्टा भुक्तानी	प्रति हप्ता समय (घण्टा)	भुक्तानी गरिएको मिति(हरू)

अहिले कोही हडतालमा छन्? छन् छैन

यदि स्व-रोजगार हुनुहुन्छ भने, कृपया आफ्नो मासिक व्यवसाय खर्चहरूको रकम सूचीबद्ध गर्नुहोस्: \$ _____

आवेदक र सबै घरायसी सदस्यहरूका स्रोतहरूबारे हामीलाई बताउनुहोस् - **TANF** आवेदकहरूका लागि, (65 वा सोभन्दा) बढी उमेरको, आँखा नदेख्ने वा असक्षम (तपाईंलाई काम गर्नबाट रोक्ने स्थायी दुर्बलता) भएका सबै घरायसी सदस्य र **Medicaid** आवेदकहरूका लागि सबै स्रोतहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्

तपाईं वा तपाईंले आवेदन दिइरहेको व्यक्तिको स्वामित्वमा कुनै स्रोत छ? छ छैन

यदि छ भने, कृपया तलको जानकारी पूरा गर्नुहोस् (तपाईं, तपाईंको जीवनसाथी, तपाईंका आश्रित व्यक्तिको स्वामित्वमा रहेका वा अन्य व्यक्तिसँग संयुक्त रूपमा स्वामित्वमा रहेका सबै स्रोत (सम्पत्ति) मा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्। आवश्यक भएमा अतिरिक्त पृष्ठहरू संलग्न गर्नुहोस्।

चालू खाताहरू	<input type="checkbox"/> गर्नुहुन्छ	<input type="checkbox"/> गर्नुहुन्न	अन्त्येष्टि योजनाहरू/प्रिपेड दफन वस्तु	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
बचत खाता	<input type="checkbox"/> गर्नुहुन्छ	<input type="checkbox"/> गर्नुहुन्न	दफन प्लट वा सम्भौताहरू	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
सरकारी बोण्डहरू	<input type="checkbox"/> गर्नुहुन्छ	<input type="checkbox"/> गर्नुहुन्न	स्टक र बोण्डहरू	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
ट्रस्ट कोषहरू	<input type="checkbox"/> गर्नुहुन्छ	<input type="checkbox"/> गर्नुहुन्न	अन्य (🏠, 🚗, 🏢, आदि।)	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
वास्तविक सम्पत्ति/गृहस्थान सम्पत्ति?	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन			

तपाईं वा तपाईंको जीवनसाथीले कुनै पनि सम्पत्ति त्यसको मूल्यभन्दा कममा दिनुभएको छ? छ छैन
तपाईंले यी मध्ये कुनै पनि प्रश्नमा छ जवाफ दिनुभयो भने, कृपया तल व्याख्या गर्नुहोस्।

स्रोतको साथमा घरायसी सदस्यको नाम	स्रोतको प्रकार	खाता/नीति नम्बर	मान	बैंडक, बीमा कम्पनीको नाम आदि।

के तपाईं वा तपाईंको जीवनसाथीको सवारी साधन छ? छ छैन

यदि छ भने, कृपया तल व्याख्या गर्नुहोस्।

सवारी साधन भएको घरायसी सदस्य	सवारी साधनको आकार	मोडेल	वर्ष	बक्यौता रकम



लाभहरूका लागि आवेदन

के तपाईं वा तपाईंको जीवनसाथिसँग जीवन बीमा नीति छ? छ छैन
यदि छ भने, कृपया निम्न जानकारी पूरा गर्नुहोस्।

नीति मालिक	बीमा कम्पनी	नीति नम्बर	अंकित मूल्य	रकम मूल्य

हामीलाई आवेदक र सबै घरायसी सदस्यका खर्चहरू (Medicaid आवेदकहरूका लागि वैकल्पिक छ) बारे बताउनुहोस्

तपाईंले आश्रित बच्चा वा घरको असक्षम भएको वयस्क सदस्यको स्याहारको लागि भुक्तानी गर्नुहुन्छ? गर्नुहुन्छ गर्नुहुन्न
यदि छ भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्।

स्याहार आवश्यक हुने व्यक्ति	स्याहारको लागि भुक्तानी गर्ने व्यक्ति	स्याहार गर्नुको कारण	प्रदायकको नाम/नम्बर	प्रदायकलाई भुक्तानी गरिएको रकम	कति पटक भुक्तानी पाउनुहुन्छ

तपाईंले आश्रित बच्चा वा घरको असक्षम भएको वयस्क सदस्यको लागि यातायात खर्चहरू भुक्तानी गर्नुहुन्छ? छ छैन
यी खर्चहरू आश्रित स्याहार खर्चहरूमा समावेश गरिएका छन्? छ छैन
यदि छैन भने, कृपया यो प्रश्नको जवाफ दिनुहोस्: साप्ताहिक रूपमा ड्राइभ गरिएको कुल माइल: _____

तपाईंको परिवारको कोही व्यक्तिले घरभन्दा बाहिर बस्ने कसैलाई बाल सहायता भुक्तान गर्नुहुन्छ? छ छैन
यदि छ भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्।

भुक्तान गर्न बाध्य हुनुभएको परिवार सदस्य	सहायता भुक्तान गरिएको बच्चाको नाम	भुक्तान गर्नुपर्ने बाध्यकारी रकम	भुक्तान गरिएको वास्तविक रकम	बाल सहायता कसको लागि भुक्तान गरिएको हो?

60 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेर भएको वा असक्षम भएको कोही व्यक्तिको चिकित्सा खर्चहरू छन्? छ छैन
यदि छ भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्।

खर्च भएको परिवार सदस्य	खर्चको प्रकार (चिकित्सा भेटहरू, अस्पताल भेट, निर्धारित औषधि, Medicare वा स्वास्थ्य बीमा प्रिमियमहरू, चश्माहरू)	बक्यौता रकम	अभै ऋण छ? छ/छैन	भुक्तानी गरेको मिति	के बीमाले भुक्तानी गर्नेछ? छ/छैन

60 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेर भएको वा असक्षम भएको कोही व्यक्तिको यातायात सम्बन्धी चिकित्सा खर्चहरू छन्? छ छैन
यदि छ भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्।

यात्राको उद्देश्य (चिकित्सक वा अस्पताल भ्रमण; फार्मसी पिक-अप)	ड्राइभ गरिएको कुल माइल:	ट्याक्सी, बस, पार्किङको लागत वा बस्ने व्यवस्था:



लाभहरूका लागि आवेदन

तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्यको निवासस्थान र उपयोगिता खर्चहरू छन्? छ छैन
यदि छ, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्

खर्च	रकम	कति पटक?	कसले भुक्तानी गर्नुो?
भाडा/ऋण			
सम्पत्ति करहरू			
सम्पत्तिको बिमा			
विद्युत			
ग्याँस			
इन्धन तेल/काठ/क्यारोसिन			
वेल/सैप्टिक ट्याङ्क/पानी/ढल			
फोहोर			
टेलिफोन			
अन्य			

तपाईंले घरको कोही व्यक्तिसँग मासिक घरायसी खर्चहरू साभा गर्नुहुन्छ? गर्नुहुन्छ गर्नुहुन्न

यदि छ भने, कोसँग? _____

टिप्पणीहरू/कागजात _____

कसलाई भुक्तानी गर्नुभयो _____ भुक्तानी गरिएको रकम \$ _____ प्रति _____

घरधनीको नाम _____

घरधनीको ठेगाना: _____

अन्य कसैले तपाईंको लागि यीमध्ये कुनै घरायसी बिल भुक्तान गर्नुहुन्छ? गर्नुहुन्छ गर्नुहुन्न यदि गर्नुहुन्छ भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्:

बिल कसले भुक्तान गर्छ?	के-कस्ता बिलहरू भुक्तानी गरिन्छ?
कति रकम भुक्तानी गरिन्छ?	यस व्यक्तिले कसलाई बिलहरू भुक्तानी गर्नुहुन्छ?

कृपया **Medicaid** का लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने निम्न जानकारी पूरा गर्नुहोस्।

कर फाइलर जानकारी

- के घरपरिवारको कोही व्यक्तिले अर्को वर्ष संघीय आम्दानी कर फिर्ता दायर गर्ने योजना बनाउनु भएको छ? छ छैन हो भने, को? (दायर गर्ने योजना बनाउनुभएको प्रत्येक व्यक्ति सूचीबद्ध गर्नुहोस्) _____
- के सूचीबद्ध गरिएको कुनै पनि कर फाइलरले जीवनसाथिसँग संयुक्त रूपमा दायर गर्नु हुने छ? गर्नु हुने छ गर्नु हुने छैन यदि गर्नु हुने छ भने, कृपया जीवनसाथीको नाम सूचीबद्ध गर्नुहोस्: _____
- के कुनै पनि कर फाइलरले आफ्नो कर फिर्तामा कुनै पनि आश्रित व्यक्तिलाई दाबी गर्नु हुने छ? गर्नु हुने छ गर्नु हुने छैन यदि गर्नु हुने छ भने, कृपया आश्रित व्यक्ति(हरू) का नाम(हरू) सूचीबद्ध गर्नुहोस् _____
- के कुनै पनि व्यक्तिलाई कसैको कर फिर्तामा आश्रित व्यक्तिको रूपमा दाबी गरिने छ? गरिने छ गरिने छैन यदि गरिने छ भने, कृपया कर फाइलर र आश्रित व्यक्तिको नाम सूचीबद्ध गर्नुहोस्:
(फाइलर) _____
(आश्रित व्यक्ति) _____



लाभहरूका लागि आवेदन

कर फाइलरसँग कर आश्रित व्यक्ति कसरी सम्बन्धित हुनुहुन्छ?

कटौतीहरू: लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस् र रकम र तपाईंले यो कति पटक भुक्तान गर्नुहुन्छ भन्नेबारे जानकारी दिनुहोस्।

- () जीवन-निर्वाह भुक्तानी \$ _____ कतिको प्रायः? _____ () विद्यार्थीको ऋणको ब्याज \$ _____ कतिको प्रायः? _____
 () स्वास्थ्य बीमाका प्रिमियमहरू, 401K र अन्य पूर्व-कर कटौतीहरू \$ _____ कतिको प्रायः? _____
 () अन्य कटौतीहरू \$ _____ कतिको प्रायः? _____ प्रकार:

अन्य स्वास्थ्य कभरेज

1. के कोहीसँग आफ्नो घरपरिवारको जो कोहीलाई कभर गर्ने अन्य स्वास्थ्य बीमा छ? () छ () छैन
 तपाईंले माथिको प्रश्न 4 मा हो जवाफ दिनु भयो भने, कृपया निम्न जानकारी र संलग्नक A पूरा गर्नुहोस्:

नीति धारकको नाम	स्वास्थ्य बीमा कम्पनीको नाम, ठेगाना र टेलिफोन नम्बर	कभरेजको प्रकार (अस्पताल, Medicare पूरक सामग्री, औषधिहरू, प्रमुख चिकित्सा)	कभर गरिएका व्यक्तिहरूको नाम	प्रभावकारी मिति	नीति नम्बर

2. यो आवेदनमा सूचीबद्ध गरिएको कुनै पनि व्यक्तिलाई जागिरबाट स्वास्थ्य कभरेज प्रस्ताव गरिन्छ? कभरेज आमाबुवा वा जीवनसाथी जस्ता कसैको जागिरबाट भए तापनि गरिन्छ मा टिक चिन्ह लगाउनुहोस्।
 () गरिन्छ () गरिंदैन यदि गरिन्छ भने, तपाईंलाई संलग्नक A पूरा गर्न आवश्यक हुन्छ।
 के यो राज्य कर्मचारी लाभ योजना हो? () छ () छैन
3. यो आवेदनमा सूचीबद्ध गरिएको तपाईं वा अन्य कसैले पछिल्लो 2 महिनामा कुनै पनि स्वास्थ्य कभरेज गुमाउनु भएको छ?
 a. () यदि छ भने, यो किन गुमेको थियो? _____
 b. () छैन

4. फोस्टर स्याहारमा रहेको 18 वर्ष उमेरको कोही व्यक्तिले Medicaid का लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्थ्यो? () छ () छैन
 5. तपाईंको घरपरिवारको कोही व्यक्ति अमेरिकी वा Alaska निवासी हुनुहुन्थ्यो? हुनुहुन्थ्यो हुनुहुन्थिएन
 यदि हुनुहुन्थ्यो भने, संलग्नक B पूरा गर्नुहोस्।

यदि कोही पनि व्यक्ति वृद्ध (65 वा सोभन्दा बढी उमेरको), आँखा नदेख्ने वा अपाङ्ग (तपाईंलाई काम गर्नबाट रोक्न स्थायी दुर्बलता) हुनुहुन्छ भने, कृपया प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्। (वैकल्पिक)

1. स्वास्थ्य कभरेजका लागि आवेदन दिइरहेको कोही पनि व्यक्ति आँखा नदेख्ने वा अपाङ्ग हुनुहुन्छ?
 () छ () छैन यदि छ भने, कृपया नाम सूचीबद्ध गर्नुहोस्: _____
2. के तपाईं वा तपाईंको जीवनसाथीलाई Medicare द्वारा समाविष्ट गरिएको छ?
 () छ () छैन यदि छ भने, कृपया नाम सूचीबद्ध गर्नुहोस्: _____
3. के तपाईं पूरक सुरक्षा आम्दानी (SSI) आवेदनभन्दा तीन महिना पूर्व भुक्तानी गर्नुपर्ने चिकित्सा बिलहरू कभर गर्न Medicaid मा आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ?
 () हुनुहुन्छ () हुनुहुन्न यदि हुनुहुन्छ भने, SSI आवेदनको मिति: _____
4. के तपाईं अहिले मृत भएको र पछिल्लो तीन (3) महिनाभित्र चिकित्सा बिलहरू भुक्तानी गर्न बाँकी कसैका लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ?
 () हुनुहुन्छ () हुनुहुन्न
5. तपाईं नर्सिङ होममा भएको व्यक्तिको स्याहारका लागि भुक्तानी गर्नमा मद्दत गर्न Medicaid का लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ?
 () हुनुहुन्छ () हुनुहुन्न
6. के तपाईं SSI जाँच रोकिएको 18 वर्षभन्दा बढी उमेरको व्यक्तिलाई Medicaid का लागि आवेदन गर्दै हुनुहुन्छ?
 () हुनुहुन्छ () हुनुहुन्न



परिवार तथा बालसेवा विभाग



लाभहरूका लागि आवेदन

7. के तपाईं Medicaid लाई सामुदायिक स्याहार सेवाहरू, NOW/COMP, धर्मशाला स्याहार, स्वतन्त्र स्याहार त्यागपत्र वा डिभिड त्यागपत्र (Katie Beckett) जस्ता समुदायमा आधारित त्याग सेवाहरूका लागि भुक्तानी गर्नमा मद्दत गर्न आवेदन दिंदै हुनुहुन्छ?

हुनुहुन्छ हुनुहुन्न



लाभहरूका लागि आवेदन

SNAP दण्ड

तपाईंले जानबुझेर गलत जानकारी उपलब्ध गराएको सम्बन्धमा आफ्ना लाभहरू गुमाउनु हुनेछ वा तपाईंलाई अपराधीको अभियोग लाग्न सक्छ।

- तपाईंको घरको सदस्यले प्राप्त गर्न नहुने लाभहरू प्राप्त गर्नका लागि गलत जानकारी नदिनुहोस् वा जानकारी नलुकाउनुहोस्।
- तपाईंको नभएका SNAP वा EBT कार्डहरू प्रयोग नगर्नुहोस् र अन्य कसैलाई आफ्नो प्रयोग गर्न नदिनुहोस्।
- मदिरा वा चुरोटहरू जस्ता गैर-खाद्य वस्तुहरू खरिद गर्न वा क्रेडिट कार्डहरूमा भुक्तानी SNAP लाभहरू प्रयोग नगर्नुहोस्।
- हातहतियार, गोली वा नियन्त्रित पदार्थ (गैर-कानूनी औषधिहरू) जस्ता गैर-कानूनी वस्तुहरूका लागि SNAP वा EBT कार्डहरू व्यापार वा बिक्री नगर्नुहोस्।

जानाजान कुनै पनि **SNAP** नियमहरू तोड्ने कुनै पनि घरायसी सदस्यलाई एक वर्षदेखि स्थायी रूपमा **SNAP** कार्यक्रममा जानबाट प्रतिबन्ध लगाउन, **\$250,000** सम्मको जरिवाना लगाउन, **20** वर्ष सम्म कारावासको सजाय दिन वा दुवै गर्न सकिन्छ। उहाँलाई अन्य उपयुक्त संघीय र राज्यको कानून अन्तर्गत अभियोग लाग्न सक्छ। अदालतले आदेशदिनेमा उनी/उनीलाई थप **18** महिनाका लागि **SNAP** बाट पनि प्रतिबन्ध लगाउन सकिन्छ।

कुनै घरायसी सदस्यले जानाजान तरिकाले नियमहरू उल्लङ्घन गरेमा सुरुको अपराधका लागि एकवर्ष, दोस्रो अपराधका लागि दुई वर्ष र तेस्रो अपराधका लागि स्थायी रूपमा **SNAP** प्राप्त गर्न सक्नुहुन्न।


अदालतले तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्यले नियन्त्रित वस्तुको बिक्री संलग्न कारोबारमा लाभहरू प्रयोग वा **SNAP** प्राप्त गरिरहेको अपराध पत्ता लगाउँछ भने, तपाईं वा उक्त घरायसी सदस्य सुरुको अपराधका लागि दुई वर्ष र दोस्रो अपराधका लागि स्थायी रूपमा लाभहरूका लागि योग्य हुनु हुने छैन।

कानूनी अदालतले तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्य बन्दूक, गोलाबारूद वा विस्फोटक पदार्थको बिक्रीमा संलग्न कारोबारमा लाभहरू प्रयोग वा प्राप्त गरेको दोषी ठहर गर्छ भने, तपाईं वा उक्त घरायसी सदस्य यो उल्लङ्घनको सुरुको अपराधमा **SNAP** कार्यक्रममा सहभागी हुन स्थायी रूपमा अयोग्य हुनु हुने छ।

कानूनी अदालतले तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्य **\$500** को समग्र रकम वा सोभन्दा धेरै रकमका लागि अवैध व्यापारका लाभहरू अपराधी ठहर हुन्छन् भने, तपाईं वा उक्त घरायसी सदस्य यो उल्लङ्घनको सुरुको अपराधमा **SNAP** कार्यक्रममा सहभागी हुन स्थायी रूपमा अयोग्य हुनु हुने छ।

तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्यले बहु **SNAP** लाभहरू प्राप्त गर्नका लागि पहिचान वा बासस्थान (उहाँहरू बस्ने ठाउँ) कोसम्बन्धमा जाली बयान वा विवरण दिनुभएको छ भने तपाईं वा उक्त घरायसी सदस्य **10** वर्षको अवधिका लागि **SNAP** कार्यक्रममा सहभागी हुन अयोग्य हुनु हुने छ।

TANF कार्यक्रम जरिवानाहरू

TANF कार्यक्रममा,  (इच्छानुरूप कार्यक्रम उल्लङ्घन) भनेको गलत वा भ्रामक जानकारी वा दबाएर राख्ने जानकारी प्रदान गरी सहायता एकाइको (Au's) योग्यतालाई स्थापना गर्ने वा कायम राख्ने वा Au's लाभहरूमा कमीलाई रोकथाम वा बढाउन व्यक्तिद्वारा गरिने इच्छानुरूपको कार्य हो।

- जानकारी लुकाउने र समयमा परिवर्तनहरूको प्रतिवेदन नगर्ने वा सत्य नभन्नेले पहिलो उल्लङ्घनको लागि छ महिनाको लागि TANF लाभहरूलाई गुमाउनुहुनेछ र दोस्रो उल्लङ्घनको लागि बाह्र महिनाको लागि TANF लाभहरूलाई गुमाउनुहुनेछ र तेस्रो उल्लङ्घनको लागि स्थायी रूपमा TANF लाभहरू गुमाउनुहुनेछ। रकम फिर्ता लिन वा क्यासिनो, लिक्वयर पसल, वयस्क-अभिविन्यस्त मनोरञ्जन सुविधाहरू "स्ट्रिप क्लब", पोकर कोठा, बेल बण्ड, रात्री क्लब/सलुन/टाभर्न, बिन्नो हल, रेस ट्याक, खेल स्थापना बन्दुक/युद्ध सामग्री पसल, समुद्री यात्रा गर्ने सिप, अलौकिक अध्ययनकर्ता, धुम्रपान पसल, ट्याटु/वेध पसल र स्पा/मसाज सलुनहरूमा कारोबारहरू सम्पादन गर्न रकल सहायता कोषहरू वा TANF DEBIT कार्डको दुरुप्रयोग कडा रूपमा प्रतिबन्धित छ र पहिलो उल्लङ्घनका लागि छ महिनाका लागि TANF लाभहरू गुमाउने, दोस्रोका लागि बाह्र महिना र तेस्रो उल्लङ्घनको परिणाम स्वरूप स्थायी रूपमा TANF लाभहरू गुमाउनु हुने छ।
- कानूनी अदालतले तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्यले जानकारी लुकाइरहेको पत्ता लगाउँछ वा तपाईंले परिवर्तनहरूको बारेमा समयमा रिपोर्ट गर्नुहुन्न वा सत्य कुरा भन्नुहुन्न वा दोषी ठहर हुनुहुन्छ भने, तपाईंले सुरुको अपराधको लागि 6 महिना, दोस्रो अपराधको लागि 12 महिना र तेस्रो अपराधको लागि स्थायी रूपमा TANF प्राप्त गर्न सक्नुहुन्न।
- कानूनी अदालतले तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्यलाई तिनीहरू बस्ने बारे गलत जानकारी दिएर दोषी ठहर गर्छ भने तपाईंले एक राज्यमा धेरै भन्दा धेरै लाभहरू प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ, तपाईंलाई 10 वर्षका लागि निषेधित गरिनेछ।
- अदालतले तपाईंलाई 1/1/1997 मा वा पछि औषधिसम्बन्धी शुल्क नियन्त्रित पदार्थमा दोषी ठहर गर्नुको वा गम्भीर अपराध मान्यो भने, तपाईं वा उक्त घरायसी सदस्य योग्य हुनु हुने छैन र/वा स्थायी रूपमा अयोग्य हुनु हुने छ।

सबै SNAP, TANF र Medicaid आवेदकका लागि:



लाभहरूका लागि आवेदन

मैले लाभहरूको लागि आवेदन दिँदै गरेको व्यक्ति(हरू) संयुक्त राज्य U.S. को नागरिक(हरू) वा गैर-नागरिक(हरू) हो/हुन् वा कानूनी रूपमा United States मा उपस्थित छन् भनी मैले जान्न मरो ज्ञान र विश्वासको लागि मैले भ्रुठो बयानको सजाय घोषणा गर्दछु। मलाई ज्ञान भएसम्म यो आवेदनमा उपलब्ध गराइएका सम्पूर्ण जानकारी सही र सत्य छ भनी म थप प्रमाणित गर्दछु। DHS-DFCS, DCH र आधिकारिक संघीय निकायहरूले मैले यस आवेदनमा दिएका जानकारीलाई प्रमाणित गर्न सक्छन् भनी मैले बुझ्दछु र स्वीकार गर्दछु। जानकारी विगतका वा वर्तमान रोजगारदाताहरूबाट प्राप्त हुन सक्छ। मेरो जानकारी ज्याला जानकारी र कार्य क्रियाकलापहरूमा मेरो सहभागितालाई ट्र्याक गर्न प्रयोग हुनेछ भनी म बुझ्दछु।

मैले SNAP र/वा TANF कार्यक्रमका आवश्यकताहरू अनुसार मेरो अवस्थामा हुने कुनै पनि परिवर्तनका बारेमा रिपोर्ट गर्ने छु। म मेरो परिवारमा कसैले \$4500 वा सोभन्दा बढी कुल रकमको (कर अघि वा अन्य रकम रोक्नुअघि) चिट्ठा वा जुवा खेल्ने जितहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ भने पनि रिपोर्ट गर्ने छु। म मेरो घरपरिवारले जितहरूको रकम प्राप्त गरेको महिनाको अन्तिम दिनबाट 10 दिनभित्र यी जितहरूको रकम बारे रिपोर्ट गर्ने छु। कुनै जानकारी गलत भएमा, मेरा लाभहरूमा कटौती हुन वा अस्वीकार गरिन सक्छ र मलाई आपराधिक अभियोग लाग्न सक्छ वा जानी-जानी गलत जानकारी प्रदान गरेकोमा DHS-DFCS कार्यक्रमहरूबाट अयोग्य ठहरिन सक्छु भन्ने कुरा म बुझ्दछु। मैले गलत जानकारी प्रदान गरेमा वा जानकारी लुकाएमा, मलाई अभियोग लगाउन सक्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। मैले मेरो आवेदन वा नवीकरण प्रक्रियाको अवधिमा मेरा केही खर्चहरूबारे DHS-DFCS लाई बताउन असफल भएमा, DHS-DFCS ले मेरा SNAP लाभहरूको रकमको गणनामा उक्त खर्च बेहोर्ने छैन भन्ने कुरा म बुझ्दछु।

The Georgia Department of Human Services ("DHS") ले लाभहरूका लागि तपाईंले आवेदन दिएको अवधिमा नाम, ठेगाना, टेलिफोन नम्बर, इमेल ठेगाना, जन्ममितिहरू आदि जस्ता व्यक्तिगत रूपमा पहिचानयोग्य जानकारी (PII)(Personally Identifiable Information) सङ्कलन गर्छ। हामीलाई कुनै पनि व्यक्तिगत जानकारी पेश गरेर, तपाईं हामी DHS नीति, प्रक्रिया र कानून र/वा नियमहरूद्वारा अनुमति दिए वा आवश्यक भएअनुसार कुनै पनि व्यक्तिगत जानकारी सङ्कलन, प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं भन्ने कुरासँग सहमत हुनुहुन्छ।

आवेदकको हस्ताक्षर मिति मिति

अधिकृत प्रतिनिधिको हस्ताक्षर मिति

मतदाता दर्तासम्बन्धी जानकारी

तपाईं हाल बस्ने स्थानमा मतदान गर्न दर्ता हुनुहुन्न भने, के तपाईं आज यहाँ मतदान गर्नको लागि दर्ता गर्न आवेदन दिन चाहानुहुन्छ?

_____ चाहन्छु

_____ चाहदिन

_____ म मतदाता दर्ता प्रश्नको जवाफ दिन चाहन्न

मतदान गर्न दर्ताका लागि आवेदन दिनाले वा दर्ता गर्न अस्वीकार गर्नाले यस निकायद्वारा तपाईंलाई प्रदान गरिने सहायता रकममा प्रभाव पार्नेछैन।

तपाईंलाई मतदाता दर्ताको आवेदन फाराम भर्न मद्दत चाहिएमा, हामी तपाईंलाई मद्दत गर्नेछौं। मद्दत खोज्ने वा प्राप्त गर्ने निर्णय तपाईंको हुने छ। तपाईं गोप्य रूपमा आवेदन फाराम भर्न सक्नुहुन्छ।

यदि तपाईंलाई कसैले तपाईंको मत दर्ता गर्ने वा दर्ता गर्नबाट अस्वीकार गर्ने तपाईंको अधिकार, मत दर्ता गर्ने वा नगर्ने अथवा दर्ता गर्न आवेदन दिने वा नदिने भनी निर्णयलाई गोप्य राख्ने तपाईंको अधिकार वा तपाईंको आफ्नै राजनीतिक दल वा अन्य राजनीतिक प्राथमिकता छनोट गर्ने तपाईंको अधिकारमा हस्तक्षेप पुऱ्याएको जस्तो लागेमा, तपाईं 2 Martin Luther King Jr मा राज्य सचिव संग उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ। ड्राइभ, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 or by calling (404) 656-2871 मा राज्यको सेक्रेटेरीलाई उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ।

तपाईं कुनै पनि बाकसमा ठीक चिन्ह लगाउनुहुन्न भने, तपाईंले यो समयमा मतदान गर्नको लागि दर्ता नगर्ने निर्णय लिनुभएको छ भन्ने मानिनेछ।

Georgia मतदाता दर्ता आवेदनको प्रतिलिपि DFCS आवेदन, नवीकरण र ठेगाना फारमहरूको परिवर्तनसँग समावेश गरिएको छ। तपाईंले आफ्नो मुद्दा कार्यकर्तामार्फत मतदाता दर्ता आवेदन अनुरोध गर्न पनि सक्नुहुन्छ। तपाईं मतदाता दर्ता आवेदन गर्नुहुन्छ भने, मतदाता दर्ता आवेदनमा उपलब्ध गराइएका निर्देशनहरूको पालना गरेर Georgia राज्य सचिव कार्यालयमा पेश गर्नुहोस्।



लाभहरूका लागि आवेदन

(आफ्नो जानकारीको लागि यी कागजातहरू राख्नुहोस्)

यस आवेदनमा प्रयोग गरिएको शब्दको अर्थ के हो?

हामीले यस आवेदनमा प्रयोग गरेका शब्दहरू यो तालिकाले व्याख्या गर्छ।

आवेदक	सार्वजनिक सहायता वा लाभहरू प्राप्त गर्न आवेदन दिने व्यक्ति।
सहायता यूनिट (AU)	सहायता एकाइमा गर्भवती व्यक्ति र एक नजन्मेको बच्चा सहित, सँगै बस्ने योग्य व्यक्तिहरू समावेश हुनुहुन्छ र सार्वजनिक सहायता/सुविधाहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ।
स्याहारकर्ता	आमाबाबु, गर्भवती व्यक्ति, आफन्त वा कानूनी अभिभावक जसले TANF को लागि आफ्नो हेरचाहमा बच्चाहरूसँग आवेदन गर्छ र प्राप्त गर्छ, एक अजन्मेको बच्चा सहित।
अयोग्य	व्यक्तिले सत्य नबोलेको र आफूले प्राप्त नगर्नुपर्ने लाभहरू प्राप्त गरेका कारणले उनीहरूलाई SNAP वा TANF मुद्दाबाट हटाउन लिइएको कार्यवाही।
विद्युतीय लाभ ट्रान्सफर (EBT)	Georgia मा SNAP का लागि योग्य भएका व्यक्तिहरूलाई लाभहरू भुक्तानी गर्न प्रयोग गरिएको प्रणाली। उहाँहरूको SNAP खाताहरूमा पहुँच गर्न प्रयोग गरिने सहायता प्राप्त गर्ने व्यक्तिहरूलाई EBT डेबिट कार्ड जारी गरिन्छ।
विद्युतीय सञ्चारहरू	तपाईंसँग आफ्नो जानकारीबारे सूचनाहरू कसरी प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ भनी छनोट गर्ने विकल्प छ। तपाईंले इमेल वा पाठ सूचनाहरू प्राप्त गर्न छनोट गर्नुभयो भने, तपाईंले आफूलाई GA गेटवे ग्राहक पोर्टलमा अवस्थित मेरा सूचनाहरूमा सूचना आएको छ भनी सूचित गर्दै सन्देश प्राप्त गर्नु हुने छ। इमेल सञ्चारका लागि, तपाईंले खाता सिर्जना गरेपछि हामीलाई आफ्नो इमेल उपलब्ध गराउनुपर्छ र GA गेटवे ग्राहक पोर्टलमा अवस्थित कागजातहरूको सूचनाहरूका नियम तथा सर्तहरू स्वीकार गर्नुपर्छ। कृपया आफ्ना सूचना सेटिङहरू अद्यावधिक गर्न GA गेटवे ग्राहक पोर्टल वेबसाइट www.gateway.ga.gov मा जानुहोस्। टेक्स्टसम्बन्धी सञ्चारका लागि, तपाईंले हामीलाई आफ्नो फोन नम्बर उपलब्ध गराउनुपर्छ। मानक सन्देश र डाटा दरहरू लागू हुन सक्छन्। यो वाहकहरूद्वारा भिन्न हुन सक्छ, कृपया आफ्नो प्रदायकसँग जाँच गर्नुहोस्।
ग्यारेण्टी सम्बन्ध	आमाबाबु, गर्भवती व्यक्ति, आफन्त वा कानूनी अभिभावक जसले आफ्नो नाममा TANF को लागि आवेदन दिन्छ र प्राप्त गर्दछ, बच्चाहरूको तर्फबाट, एक अजन्मेको बच्चा सहित।
कुल आमदानी	व्यक्तिले कर तिर्नु अघि वा खातामा भएको अन्य कटौतीहरूको कुल आमदानी।
घरबारविहीन व्यक्ति	एक व्यक्ति जो एक निश्चित र नियमित रातको निवासको अभाव छ वा एक व्यक्ति जसको प्राथमिक रातको निवास हो: <ul style="list-style-type: none"> अस्थायी आवास (जस्तै कल्याणकारी होटेल वा सामूहिक आश्रय) प्रदान गर्न डिजाइन गरिएको पर्यवेक्षित आश्रय; आधा बाटो घर वा समान संस्था जसले संस्थागत हुन चाहने व्यक्तिहरूको लागि अस्थायी आवास प्रदान गर्दछ; अर्को व्यक्तिको निवासमा 90 दिन भन्दा बढीका लागि अस्थायी आवास; वा मानिसका लागि नियमित सुत्ने बासस्थान (हलवे, बस स्टेसन, लबी, वा यस्तै ठाउँहरू) को लागि डिजाइन नगरिएको वा सामान्यतया प्रयोग गरिएको ठाउँ।
घरका सदस्यहरू	तपाईंको घरमा बस्ने व्यक्तिहरू। SNAP का लागि, सँगै बस्ने र सँगै खाना खरिद गर्ने र तयार गर्ने व्यक्तिहरू।
आम्दानी	ज्यालाहरू, तलबहरू, कमिसनहरू, बोनसहरू, कामदारको क्षतिपूर्ति, असक्षमता, पेन्सन, अवकाश लाभहरू, ब्याज, बाल सहायता वा प्राप्त गरेको रकमको अन्य कुनै फाराम जस्ता भुक्तानीहरू।
2012 को मिडल वर्ग कर राहत ऐन	यो ऐनले क्यासिनो, मदिरा पसल, वयस्क-उन्मुख मनोरञ्जन सुविधाहरू, पोकर कोठा, वयस्क मनोरञ्जन व्यवसाय, बेल बण्ड, रात्री क्लब//सैलुन/टार्भन, बिन्गो हल, रेस ट्र्याक, गेम खेल्ने स्थान, बन्दुक/युद्ध सामग्री पसल, समुद्री यात्रा गर्ने सिप, अलौकिक अध्ययनकर्ता, धुम्रपान पसल, ट्याटु/वेध पसल र स्या/मसाज सैलुनहरूमा नगद भिक्न वा कारोबार गर्न नगद सहायता कोषहरू वा TANF Debit Card हरूको प्रयोग गर्नमा प्रतिबन्ध लगाउँछ। यी व्यवसायहरूमा प्रयोग गर्ने नगद सहायता कोषहरू वा TANF Debit Card लाई प्राप्तकर्ताको भागमा जानाजान गरिएको कार्यक्रम उल्लङ्घन मानिन्छ।
आप्रवासी कृषिका कार्यकर्ताहरू	मौसमी कृषिका कार्यकर्ताहरू र काम गर्नको लागि एउटा घरबाट अर्को घरमा जाने कामदारहरू वा कृषि काम हेर्ने कामदारहरू।



लाभहरूका लागि आवेदन

गैर-आवेदक	सार्वजनिक सहायता/लाभहरूका लागि वा प्राप्त गर्नका लागि आवेदन नदिने व्यक्ति। गैर-आवेदकहरूले सामाजिक सुरक्षा नम्बर, नागरिकता वा आप्रवासी स्थिति उपलब्ध गराउन आवश्यक पर्दैन।
योग्य एलियन/इमिग्रन्ट	<p>योग्य एलियन/इमिग्रन्ट व्यक्ति U.S. मा कानूनी रूपमा बस्ने व्यक्ति हो, जो निम्नमध्ये कुनै एक कोटिहरूमा पर्नुहुन्छ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • आप्रवासन तथा राष्ट्रियता ऐन (INA) अन्तर्गत कानूनी रूपमा स्थायी निवास (LPR) का लागि प्रवेश दिइएको व्यक्ति; • 1988 को विदेशी सञ्चालन, निर्यात वित्तपोषण र सम्बन्धित कार्यक्रम विनियोजन ऐन को धारा 584 अन्तर्गत अमेरेशियन आप्रवासी; • INA को धारा 208 अन्तर्गत शरण दिइएको व्यक्ति; • INA को धारा 207 अन्तर्गत भर्ना गरिएका शरणार्थीहरू; • INA को धारा 212 (d)(5) अन्तर्गत शरणार्थी वा आश्रय लिने व्यक्ति अनुसार पारोल गरिएका व्यक्ति; • अप्रिल 1, 1997 अगाडिको प्रभावको रूपमा INA को धारा 243(h) वा संशोधन गरिएअनुसार INA को धारा 241(b)(3) अन्तर्गत निर्वासन रोकिएको व्यक्ति; • अप्रिल 1, 1980 अगाडिको प्रभावको रूपमा INA को धारा 203(a)(7) अन्तर्गत सशर्त प्रवेशको ग्यारेण्टी दिने व्यक्ति; • शरणार्थी शैक्षिक सहायता ऐन 1980 को धारा 501(e) मा परिभाषित गरिएअनुसार क्युबान वा हाइटियन आप्रवासीहरू; • तस्करी पीडित संरक्षण ऐन 2000 को धारा 107(b)(1) अन्तर्गत मानव तस्करी पीडितहरू ; • संशोधन गरिए अनुसार व्यक्तिगत उत्तरदायित्व तथा कार्य अवसर समन्वय ऐन 1996 को धारा 431 (c) मा उल्लेख गरिएका अवस्थाहरू पूरा गर्ने सम्बन्ध विच्छेद भएका आप्रवासीहरू; • INA (विशेष अवस्थाहरूसँग सम्बन्धित) को धारा 101(a)(27) अन्तर्गत विशेष आप्रवासी स्थितिमा स्वीकृत इराकी (Iraqi) वा अफगान (Afghan) आप्रवासीहरू; • INA को धारा 289 अन्तर्गत U.S. मा बस्ने क्यानाडामा जन्मेको); अमेरिकी भारतीयहरू वा भारतीय स्वयम् निर्धारण तथा शिक्षा सहायता ऐनको धारा 4(e) अन्तर्गत संघीय रूपमा पहिचान गरिएका भारतीय जनजाति र • Vietnam (8/05/1964 - 5/07/1975) को अवधिमा व्यक्तिले मिलिटरी वा उद्धार सञ्चालनमा भाग लिएर U.S. मा प्रदान गरिएका सहायताका ह्मोड वा हाइल्याण्ड लायोसन जनजातीय सदस्यहरू। <p>चिकित्सा सहायता आवेदकहरूका लागि मात्र, निःशुल्क एसोसिएसन कम्प्याक्ट (COFA) भनेका गणतन्त्र राज्य माइक्रोनेसिया, रिपब्लिक अफ दि मार्शल आइल्याण्ड्स र रिपब्लिक अफ पलाउ हुन्। COFA आप्रवासीहरूले 5-वर्षे बार पूरा गर्नु पर्दैन।</p>
स्रोतहरू	बैंक खाता, सवारी साधन, स्टक, बोनडहरू र जीवन बीमा जस्ता नगद, सम्पत्ति वा पुज्जीहरू ।
मौसमी कृषिका कार्यकर्ताहरू	रोप्ने वर्षको निश्चित समयमा उत्पादन उठाउने वा प्याक गर्नेमा काम गर्ने व्यक्तिहरू। नियमित आधारमा कृषि कामदारहरूलाई भन्दा धेरै कामदारहरूलाई जागिर आवश्यकता हुँदा तिनीहरूलाई अस्थायी रूपमा नयाँ भर्ना गरिन्छ।
SNAP मा तस्करी गरिएको	<p>SNAP व्यापार लाभहरूको अर्थ: (1) उपयुक्त खाद्यको इनाम भन्दा CASH को लागि प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा, सहकार्य गरेर वा अन्य व्यक्तिहरूसँग परामर्श लिएर वा एकलैले काम गरेर EBT कार्ड, कार्ड नम्बर र PIN नम्बर मार्फत वा म्यानुअल भौचर वा हस्ताक्षरद्वारा जारी र पहुँच गरिने SNAP लाभहरू किन्ने, बिक्री गर्ने, चोरी गर्ने वा हैनभने विनिमय गर्ने; (2) तोपहरू, युद्ध सामग्री वा नियन्त्रित वस्तुहरूको विनिमय गर्ने; (3) डिपोजिट रकमको लागि वस्तु छोडेर र कन्टेनरलाई फिर्ता गरेर, जानाजान तरिकाले वस्तु छोडेर र कन्टेनरलाई वस्तु फिर्ता गरेर नगद प्राप्त गर्नको लागि फिर्ता डिपोजिट आवश्यक पर्ने कन्टेनरको SNAP लाभहरूसँग वस्तु खरिद गर्ने; (4) वस्तु पुनः बिक्री गरेर उपयुक्त खाद्यको इनाम भन्दा नगद प्राप्त गर्ने उद्देश्यमा SNAP लाभहरूसँग वस्तु खरिद गर्ने र उपयुक्त खाद्यको इनाम भन्दा नगदको लागि विनिमयमा SNAP लाभहरूसँग वस्तु खरिद गरे पश्चात जानाजान तरिकाले पुनः बिक्री गर्ने; (5) उपयुक्त खाद्यको इनाम भन्दा नगद प्राप्त गर्ने विनिमयमा SNAP लाभहरूसँग वास्तवमा खरिद गरिएको वस्तुहरू जानाजान तरिकाले खरिद गर्ने (6) उपयुक्त खाद्यको इनाम भन्दा CASH को लागि प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा, सहकार्य गरेर वा अन्य व्यक्तिहरूसँग परामर्श लिएर वा एकलैले काम गरेर Electronic Benefit Transfer (EBT) कार्ड, कार्ड नम्बर र व्यक्तिगत पहिचान नम्बर (PINs) मार्फत वा म्यानुअल भौचर वा हस्ताक्षरद्वारा जारी र पहुँच गरिने SNAP लाभहरू किन्ने, बिक्री गर्ने, चोरी गर्ने प्रयास गर्ने वा हैनभने यसको विनिमयमा प्रभाव पार्ने।</p>
Way2Go Debit MasterCard	जर्जिया राज्यले TANF प्राप्तकर्ताहरूका लागि Way2Go Debit MasterCard भनिने सुविधाजनक "इलेक्ट्रोनिक" भुक्तानी विकल्प लागू गरेको छ। यो भुक्तानी विकल्प अन्तर्गत, महिनाको पहिलो पात्रो दिनमा प्राप्तकर्ताको खातामा पैसा डिपोजिट गरिन्छ। पहिले हप्तान्त वा बिदामा पर्दा, अघिल्लो महिनाको पछिल्लो व्यावसायिक दिनमा लाभहरू उपलब्ध हुन्छन्। डेबिट मास्टरकार्डमा विद्युतीय रूपमा कोषहरू लोड गरिएको हुनाले प्राप्तकर्ताले आफ्ना कोषहरूमा तुरुन्तै पहुँच गर्नसक्नु हुन्छ।

सबै Medicaid आवेदकहरूका लागि:

प्राप्तकर्ता वा प्रदायकहरूलाई संदिग्ध Medicaid छलको बारेमा रिपोर्ट गर्न, महानिरीक्षकको Georgia सामुदायिक स्वास्थ्य विभागको कार्यालयमा (local) (404) 463-7590 वा (टोल फ्री) (800) 533-0686 मा कल गर्नुहोस्; oiganonymous@dch.ga.gov मा इमेलमार्फत; सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr मा पत्राचारमार्फत Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334 वा



परिवार तथा बालसेवा विभाग



लाभहरूका लागि आवेदन

<https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>मा जानुहोस्।

ADA/खण्ड 504 अधिकारहरूको सूचना

अपाङ्गताहरू भएका मानिसका लागि मद्दत

संघीय कानून* अनुसार Georgia मानव सेवा विभाग र Georgia सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग (“विभागहरू”) ले असक्षमता भएका व्यक्तिहरूलाई विभागका कार्यक्रम, सेवा वा क्रियाकलापहरूमा सहभागी हुन र योग्य ठहर हुन समान अवसर प्रदान गर्न आवश्यक छ। यसमा SNAP, TANF र चिकित्सा सहायता जस्ता कार्यक्रमहरू समावेश छन्।

असक्षमतामा आधारित भेदभाव रोक्नका लागि परिमार्जनहरू आवश्यक हुँदा विभागहरूले उचित परिमार्जनहरू उपलब्ध गराउँछन्। उदाहरणका लागि, हामी समान पहुँच उपलब्ध गराउनका लागि नीति, अभ्यास वा प्रक्रियाहरू परिवर्तन गर्न सक्छौं। समान रूपमा प्रभावकारी हुने सञ्चार सुनिश्चित गर्नका लागि, हामी असक्षमता भएका व्यक्तिहरू वा तिनका असक्षमता भएका सहयोगीहरूलाई साङ्केतिक भाषा दोभाषेहरू जस्ता सञ्चार सहायता उपलब्ध गराउँछौं। हाम्रो मद्दत निःशुल्क छ। विभागहरूले सेवा, कार्यक्रम वा क्रियाफोनापको प्रकृतिमा आधारभूत परिवर्तन हुने वा अनावश्यकआर्थिक तथा प्रशासनिक बोभहरू निम्ति कुनै पनि परिमार्जन गर्न आवश्यक हुँदैन।

उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता कसरी अनुरोध गर्ने

तपाईं असक्षम हुनुहुन्छ र उचित परिमार्जन, सञ्चार सहायता वा अतिरिक्त मद्दत आवश्यक छ भने, कृपया आफ्नो मामिला कार्यकर्तालाई सम्पर्क गर्नुहोस्। उदाहरणका लागि, तपाईंलाई साङ्केतिक भाषा दोभासे जस्ता प्रभावकारी सञ्चारका लागि सहयोग वा सेवा आवश्यक भएमा फोन गर्नुहोस्। तपाईं आफ्नो अनुरोध गर्नका लागि आफ्नो मुद्दा कार्यकर्तालाई सम्पर्क गर्न वा DFCS लाई (877) 423-4746 मा वा DCH Katie Beckett (KB) टोलीलाई 678-248-7449 मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं आफ्नो स्थानीय DFCS कार्यालयमा वा <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> मा अनलाइन उपलब्ध हुने DFCS ADA उचित परिमार्जनको अनुरोध फाराम प्रयोग गरेर अनुरोध गर्न पनि सक्नुहुन्छ वा तपाईं KB टोलीसँग वा <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> मा अनलाइन उपलब्ध हुने DCH ADA उचित परिमार्जनको अनुरोध फाराम प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ वा तपाईंले आफ्नो परिमार्जन अनुरोध DCH.ADAassistance@dch.gov मा इमेल गर्न सक्नुहुन्छ।

उजुरी कसरी दायर गर्ने

विभागहरूले तपाईंको असक्षमताका कारण तपाईंमाथि भेदभाव गरेका छन् भने, तपाईंसँग उजुरी दायर गर्ने अधिकार छ। उदाहरणका लागि, तपाईंले उचित परिमार्जन वा साङ्केतिक भाषा दोभाषेको अनुरोध गर्दा तपाईंलाई अस्वीकार गरियो वा उचित समयमा कदम चालिएन भने, तपाईं भेदभावसम्बन्धी उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले आफ्नो मुद्दा कार्यकर्ता, तपाईंको स्थानीय DFCS कार्यालय, वा DFCS सिभिल राइट्स, ADA/सेक्शन 504 संयोजक 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746 मा सम्पर्क गरेर मौखिक वा लिखित रूपमा उजुरी गर्न सक्नुहुन्छ। /DCH को लागि, 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 वा P.O मा KB टोली ADA/सेक्शन 504 संयोजकलाई सम्पर्क गर्नुहोस्। Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH को इमेल: dch.adarequests@dch.ga.gov.

तपाईं आफ्नो मामिला कार्यकर्तालाई DFCS नागरिक अधिकारसम्बन्धी उजुरी फारामको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। उजुरी फाराम <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> मा पनि उपलब्ध छ। तपाईंलाई विभेदसम्बन्धी उजुरी दायर गर्नमा मद्दत चाहिएमा, तपाईं माथि सूचीबद्ध DFCS कर्मचारीलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ। श्रवणहीन वा सुन्नमा कठिनाइ हुने वा बोल्ने अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूले हामीसँग जोडिनका लागि अपरेटरलाई 711 मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। DCH नागरिक अधिकार उजुरीहरूका लागि इमेल: dch.civilrights@dch.ga.gov। DCH नागरिक अधिकार प्रक्रिया र उजुरी फारामका लागि लिङ्क: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>।

तपाईं उपयुक्त संघीय एजेन्सीसँग पनि विभेदसम्बन्धी उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ। U.S. कृषि विभाग (USDA) र U.S. स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (HHS) को सम्पर्क जानकारी यहाँ समावेश गरिएको “गैर-भेदभावको कथन” भित्र छ।

*पुनर्सुधार ऐन 1973को धारा 504; अमेरिकी असक्षमता ऐन 1990; र अमेरिकी असक्षमता ऐनको संशोधन ऐन 2008ले असक्षमता भएका व्यक्तिहरू गैर-कानुनी भेदभावबाट मुक्त छन् भनी सुनिश्चित गर्दछ।

सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग (DCH) नीति अन्तर्गत, चिकित्सा सहायता कार्यक्रमहरूले तपाईंको जाति, उमेर, लिङ्ग, असक्षमता, राष्ट्र मूल वा धर्मको आधारमा तपाईंका योग्यता वा लाभहरू अस्वीकार गर्न सक्दैनन्।

USDA वा HHS लाई आवेदनहरू नपठाउनुहोस्

गैर-भेदभावको कथन

संघीय नागरिक अधिकार कानूनहरू र अमेरिकी कृषि विभाग (USDA) का नागरिक अधिकारका नियमन तथा नीतिहरूका अनुसार, USDA, यसका एजेन्सी, कार्यालय र कर्मचारी र USDA कार्यक्रमहरूमा सहभागी भएका वा प्रशासन गर्ने संस्थाहरूलाई USDA द्वारा सञ्चालित वा कोष प्रदान गरिएका कुनै पनि कार्यक्रम वा गतिविधिमा जाति, वर्ण, राष्ट्रिय मूल, लिङ्ग (लैङ्गिक पहिचान र लैङ्गिक भुकावसहित), धार्मिक आस्था, असक्षमता, उमेर, राजनैतिक आस्थाका आधारमा भेदभाव गर्नबाट वा पूर्व नागरिक अधिकार गतिविधिमा लागि प्रतिशोध वा प्रतिकार गर्नबाट निषेधित गरिएको छ। अमेरिकी स्वास्थ्य तथा मानव सेवा (HHS) विभागबाट निर्धन परिवारहरूलाई अस्थायी सहायता (TANF) जस्ता संघीय आर्थिक सहायता प्राप्त गर्ने कार्यक्रमहरू र HHS ले प्रत्यक्ष रूपमा सञ्चालन गर्ने कार्यक्रमहरूलाई पनि संघीय नागरिक अधिकारका कानून र HHS नियमनहरूअन्तर्गत भेदभाव गर्नबाट निषेधित गरिएको छ।

कार्यक्रमसम्बन्धी जानकारीका लागि वैकल्पिक सञ्चार माध्यम (उदाहरणका लागि, ब्रेल, टूलो प्रिन्ट, अडियो टेप, अमेरिकी साङ्केतिक भाषा) आवश्यक पर्ने असक्षमता भएका व्यक्तिहरूले लाभहरूका लागि आवेदन दिएको एजेन्सी (राज्य वा स्थानीय) लाई सम्पर्क गर्नुपर्छ। श्रवणहीन, सुन्नमा कठिनाई भएका वा बोलीमा अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूले USDA लाई संघीय रिले सेवा (Federal Relay Service) मार्फत (800) 877-8339 मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ। यसका साथै, कार्यक्रमसम्बन्धी जानकारी अङ्ग्रेजी बाहेकका अन्य भाषाहरूमा पनि उपलब्ध गराउन सकिन्छ।

USDA कार्यक्रमहरूसँग सम्बन्धित नागरिक अधिकारका उजुरीहरू

USDA ले पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), भारतीय आरक्षणमा खाद्य वितरण कार्यक्रम (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) र अन्य यस्तै धेरै खाद्य सुरक्षा र भोक न्यूनीकरण कार्यक्रमहरूका लागि संघीय आर्थिक सहायता प्रदान गर्दछ। कार्यक्रमसँग सम्बन्धित भेदभाव उजुरी दायर गर्न, कार्यक्रम भेदभाव उजुरी फाराम, (AD-3027) पूरा गर्नुहोस्, जुन <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> मा अनलाइनमार्फत वा कुनै पनि USDA कार्यालयमा वा USDA को ठेगानामा पत्र लेखेर पाउन सकिन्छ र फाराममा अनुरोध गरिएका सबै जानकारी पत्रमा उपलब्ध गराउनुहोस्। उजुरी फारामको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न, (866) 632-9992 मा फोन गर्नुहोस्। निम्न जानकारी प्रयोग गरी आफूले पूरा गरेको फाराम वा पत्र USDA मा पेश गर्नुहोस्:

1. पत्राचार: खाद्य र पोषण सेवा, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; वा
2. फ्याक्स: (833) 256-1665 वा (202) 690-7442; वा
3. फोन: (833) 620-1071; वा
4. इमेल: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

SNAP का समस्याहरूसँग सम्बन्धित अन्य कुनै पनि जानकारीका लागि, व्यक्तिहरूले USDA SNAP हटलाइन नम्बर (800) 221-5689 मा सम्पर्क गर्नुपर्छ, जुन स्पेनिश भाषा पनि उपलब्ध छ वा [राज्य जानकारी/हटलाइन नम्बरहरू](#) (राज्यद्वारा सूचीबद्ध गरिएका हटलाइन नम्बरहरूका लागि यो लिङ्कमा क्लिक गर्नुहोस्) मा फोन गर्नुपर्छ; जुन [SNAP हटलाइन](#) मा अनलाइन मार्फत पाउन सकिन्छ।

HHS कार्यक्रमहरूसँग सम्बन्धित नागरिक अधिकार उजुरीहरू

HHS ले स्वास्थ्य तथा कल्याणमा सुधार ल्याउनका लागि TANF, Head Start, न्यून-आय गृह ऊर्जा सहायता कार्यक्रम (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) र अन्य यस्तै धेरै कार्यक्रमहरूका लागि संघीय आर्थिक सहायता प्रदान गर्दछ। तपाईंलाई HHS ले प्रत्यक्ष रूपमा सञ्चालन गर्ने वा HHS ले संघीय आर्थिक सहायता प्रदान गर्ने कार्यक्रम वा क्रियाकलापहरूमा तपाईंको जाति, वर्ण, राष्ट्रिय मूल, असक्षमता, उमेर, लिङ्ग (गर्भावस्था, लैङ्गिक भुकाव र लैङ्गिक पहिचानसहित) वा धर्मका कारणले गर्दा भेदभाव गरिएको जस्तो लाग्छ भने, तपाईं आफू वा अन्य कोहीलाई गरिएको भेदभावका सम्बन्धमा नागरिक अधिकार कार्यालय (Office for Civil Rights, OCR) मा उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ।

HHS मार्फत संघीय आर्थिक सहायता प्राप्त गर्ने कार्यक्रमका सम्बन्धमा आफू वा अन्य कोहीलाई गरिएको भेदभावसम्बन्धी उजुरी दायर गर्न, OCR को उजुरी पोर्टल <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> मा अनलाइन फाराम पूरा गर्नुहोस्। तपाईं OCR लाई निम्न माध्यमद्वारा सम्पर्क गर्न पनि सक्नुहुन्छ: Centralized Case Management Operations (केन्द्रीकृत मामिला व्यवस्थापन कार्यहरू), U.S. Department of Health and Human Services (अमेरिकी स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग), 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, फ्याक्स: (202) 619-3818 मा फ्याक्स गरेर; वा email: OCRmail@hhs.gov मा इमेल गरेर। छिटो हुने प्रक्रियाका लागि, हामी तपाईंलाई उजुरीहरू दायर गर्नका लागि पत्र पठाउनुको सट्टामा OCR अनलाइन पोर्टल प्रयोग गर्न सुझाव दिन्छौं। नागरिक अधिकारसम्बन्धी उजुरी दायर गर्न सहायता आवश्यक पर्ने व्यक्तिहरूले OCR लाई OCRMail@hhs.gov मा इमेल गर्न वा OCR टोल-फ्री नम्बर 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। श्रवणहीन, सुन्नमा कठिनाई भएका वा बोली अक्षमता भएका व्यक्तिहरूले कृपया दूरसञ्चार रिले सेवाहरूमा पहुँच गर्न 7-1-1 मा फोन गर्नुहोस्। हामी उजुरी दायर गर्नका लागि निःशुल्क वैकल्पिक ढाँचाहरू (जस्तै, ब्रेल र टूलो प्रिन्ट), सहायक सामग्री र भाषा सहायता सेवाहरू पनि उपलब्ध गराउँछौं।

यो संस्था समान अवसर प्रदायक हो।

मानव सेवा विभाग (Department of Human Services) (DHS) अन्तर्गत, तपाईंले आफ्नो स्थानीय DFCS कार्यालय, वा DFCS सिभिल राइट्स, ADA/खण्ड 504 संयोजकलाई Georgia मानव सेवा विभाग (Georgia Department of Human Services), जनरल काउन्सिलको कार्यालय, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746 मा सम्पर्क गरेर अन्य भेदभाव उजुरीहरू पनि दायर गर्न सक्नुहुन्छ। सीमित अंग्रेजी प्रवीणतामा आधारित भेदभावको आरोप लागेका उजुरीहरूका लागि, Georgia मानव सेवा विभाग, अफिस अफ जनरल काउन्सिल, 47

Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746 मा DHS सीमित अंग्रेजी प्रवीणता र संवेदी कमजोरी कार्यक्रम (DHS Limited English Proficiency and Sensory Impairment Program) मा सम्पर्क गर्नुहोस्!
USDA वा **HHS** लाई आवेदनहरू नपठाउनुहोस्