

سازمان خدمات انسانی Georgia  
فرم تمدید SNAP/MEDICAID/TANF

اگر برای خواندن یا تکمیل این سند به کمک نیاز دارید یا برای برقراری ارتباط با ما به کمک نیاز دارید، از ما بخواهید یا با شماره (877) 423-4746 تماس بگیرید. خدمات ما، از جمله مترجمان شفاهی، رایگان هستند. اگر ناشنوا، کم‌شنوا، هم‌ناشنوا و هم‌نابینا هستید یا در صحبت کردن مشکل دارید، می‌توانید با شمارگر 711 (رله Georgia) با ما به شماره بالا تماس بگیرید.

فقط برای استفاده دفتر: تاریخ دریافت \_\_\_\_\_ شماره شناسه مشتری \_\_\_\_\_ تاریخ آغاز: \_\_\_\_\_  
 TANF  SNAP  Medicaid برنامه های آغاز شده:

اگر مجدداً برای SNAP درخواست می‌دهید یا مزایای TANF یا Medicaid خود را تمدید می‌کنید، می‌توانید این فرم تمدید/درخواست را فقط با نام، آدرس و امضای خود ثبت کنید. با این حال، در صورت تکمیل نمودن فرم و ارائه تأییدی از صحت بودن اطلاعات، در صورت درخواست، به ما کمک می‌کند تا درخواست شما، تأیید مجدد/تجدید را سریعتر پردازش کنیم. شما می‌توانید از این فرم برای ثبت تمدید/درخواست مشترک برای برنامه SNAP/Medicaid و/یا TANF یا فقط برای SNAP استفاده کنید. تمدید SNAP شما صرفاً به این دلیل که تمدید/درخواست شما به برنامه دیگری رد شده/خاتمه یافته است، خاتمه نمی‌یابد. ما برای تمدید SNAP شما واجد شرایط بودن را جداگانه تعیین خواهیم کرد.

لطفاً نام و آدرس فردی را که مجدداً برای دریافت مزایا درخواست می‌کند را در زیر به حروف بنویسید:

نام مشتری:	تاریخ تولد:	شماره تأمین اجتماعی: (اختیاری برای غیرمقاضیان*)
آیا شما بی خانمان هستید؟ بله _____ خیر _____	وضعیت مهاجرت شهروندی و شماره تأمین اجتماعی را در زیر ببینید.*	
آدرس خیابان:		
آدرس پستی:		
شماره تلفن اصلی:	شماره تماس دیگر:	
ارتباط الکترونیکی: ایمیل: بله _____ یا خیر _____ (اختیاری) ارسال پیامک: بله _____ یا خیر _____ (اختیاری)	آدرس ایمیل: (اختیاری)	
زبان مورد نظر شما چیست؟	اگر مصاحبه لازم باشد، آیا به مترجم نیاز دارید؟ بله _____ یا خیر _____	

قانون آمریکایی های دارای معلولیت: درخواست برای اصلاح منطقی و کمک ارتباطی (در صورت وجود):

آیا معلولیتی دارید که نیاز به اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی داشته باشد؟ بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_  
 (اگر بله، لطفاً اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی مورد درخواست خود را توضیح دهید):

مترجم زبان اشاره \_\_\_\_\_؛ TTY \_\_\_\_\_؛ حروف بزرگ \_\_\_\_\_؛ ارتباطات الکترونیکی (ایمیل) \_\_\_\_\_؛ الفبای نابینایان \_\_\_\_\_؛  
 رله ویدئو \_\_\_\_\_؛ مترجم گفتار نشان‌دار \_\_\_\_\_؛ مترجم شفاهی \_\_\_\_\_؛ مترجم لمسی \_\_\_\_\_؛ یاد آوری مهلت‌های برنامه از طریق تماس تلفنی \_\_\_\_\_؛  
 امضای تلفنی (در صورت وجود) \_\_\_\_\_؛ مصاحبه حضوری (بازدید از منزل) \_\_\_\_\_؛ دیگر: \_\_\_\_\_

آیا یک بار به این اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی نیاز دارید \_\_\_\_\_ یا بطور مداوم \_\_\_\_\_؟ در صورت امکان، به طور خلاصه توضیح دهید که چه زمانی و چه مدت به این اصلاح یا کمک نیاز دارید؟

من طبق جریمه شهادت دروغ با دانش کامل و اعتقاد اعلام می‌کنم که شخص یا افرادی که برای آنها درخواست مزایا می‌کنم، شهروند (شهروندان) ایالات متحده هستند یا غیرشهروند (ها) به طور قانونی در ایالات متحده حضور دارند. من همچنین گواهی می‌دهم که تمام اطلاعات ارائه شده در این برنامه تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است. می‌دانم و موافقم که DHS-DFCS، DCH و ادارات ذی‌صلاح فدرال باید اطلاعاتی را که من در این درخواست ارائه می‌دهم، تأیید کنند. اطلاعات ممکن است از کارفرمایان گذشته یا فعلی بدست آید. می‌دانم که از اطلاعات من برای ردیابی اطلاعات دستمزد و مشارکت من در فعالیت های کاری استفاده می‌شود.

هرگونه تغییر در وضعیت خود را با توجه به الزامات برنامه SNAP و/یا TANF گزارش خواهم کرد. همچنین اگر کسی در خانواده من برنده لاتاری یا شرطبندی شود و مبلغ ناخالص \$4500 یا بیشتر (قبل از کسر مالیات یا سایر مبالغ) به دست آورد، آن را گزارش خواهم کرد. من این جایزه‌ها را ظرف حداکثر 10 روز از پایان ماهی که خانواده‌ام جایزه‌ها را دریافت می‌کنند، گزارش خواهم کرد. می‌دانم که اگر اطلاعات نادرست باشد، ممکن است مزایای من کاهش یابد یا منجر به استناده دلایل ارائه آگاهانه اطلاعات نادرست، مشمول تعقیب کیفری یا محرومیت از برنامه‌های DHS-DFCS باشم. من درک می‌کنم که در صورت ارائه اطلاعات نادرست یا مخفی کردن اطلاعات، می‌توانم تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم. من می‌دانم که اگر نتوانم در طول درخواست یا فرآیند تمدید برخی از هزینه‌هایم را به DHS-DFCS بگویم و/یا آنها را تأیید نکنم، DHS-DFCS آن هزینه را برای محاسبه میزان مزایای SNAP من بودجه نخواهد داد.

اداره خدمات بشری گرجستان ("DHS") اطلاعات شناسایی شخصی (PII) مانند نام، آدرس، شماره تلفن، آدرس ایمیل، و تاریخ تولد و غیره را در طول درخواست شما برای مزایا جمع‌آوری می‌کند. با ارسال هرگونه اطلاعات شخصی به ما، موافقت می‌کنید که ما می‌توانیم چنین اطلاعات شخصی را مطابق با خط مشی‌ها، طرز العمل های DHS و طبق قانون و/یا مقررات مجاز یا مورد نیاز جمع‌آوری، استفاده و افشا کنیم.

امضا:

تاریخ

امضای شاهد در صورت امضا با 'X'

تاریخ

### کمک پزشکی Pathways:

کمک پزشکی Pathways برنامه‌ای است که پوشش مدیک اید رایگان یا کم‌هزینه را برای افراد 19 تا 64 ساله که دارای درآمد خانوار تا 100% سطح فقر فدرال (FPL) هستند، که در غیر این صورت واجد شرایط مدیک اید نیستند و شرایط واجد شرایط بودن را دارند، فراهم می‌کند. اگر می‌خواهید برای Pathways در نظر گرفته شوید، لطفاً ضمیمه D را نیز تکمیل کنید.

## نماینده ذیصلاح:

این بخش را فقط در صورتی تکمیل کنید که می‌خواهید شخص یا سازمانی درخواست/تمدید شما را پر کند، مصاحبه شما را برای SNAP یا TANF تکمیل کند، و/یا زمانی که نمی‌توانید به فروشگاه بروید، از کارت EBT SNAP استفاده کند. لطفاً هر نوع برنامه ای را که می‌خواهید به عنوان نماینده ذیصلاح تعیین کنید بررسی کنید. لطفاً بررسی کنید که می‌خواهید شخص یا سازمان چه وظایفی داشته باشد. اگر برای Medicaid درخواست می‌دهید، می‌توانید بیش از یک نفر را برای درخواست کمک پزشکی از طرف شما انتخاب کنید.

- نماینده ذیصلاح 1 انواع برنامه: TANF  SNAP  کمک پزشکی
- وظایف نماینده ذیصلاح 1: درخواست را از طرف متقاضی امضا کنید  فرم تمدید را تکمیل و ارسال کنید
- کپی از اطلاعاتی‌ها و سایر ارتباطات را دریافت کنید  از طرف متقاضی در سایر موارد اقدام کنید
- کارت مزایای TANF را دریافت کنید (Way2Go)

نام شخص 1: \_\_\_\_\_  
نام سازمان 1 (در صورت وجود): \_\_\_\_\_  
تلفن: \_\_\_\_\_  
آدرس: \_\_\_\_\_  
آپارتمان: \_\_\_\_\_  
شهر: \_\_\_\_\_  
ایالت: \_\_\_\_\_  
زیپ: \_\_\_\_\_  
ارتباط الکترونیکی: ایمیل: بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_ (اختیاری)  
آدرس ایمیل (اختیاری) \_\_\_\_\_  
ارسال پیامک: بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_ (اختیاری)  
زبان مورد نظر: \_\_\_\_\_  
آیا به مترجم نیاز است؟ بله \_\_\_\_\_ یا خیر \_\_\_\_\_

- نماینده ذیصلاح 2 نوع برنامه: TANF  SNAP  کمک پزشکی
- وظایف نماینده ذیصلاح 2: درخواست را از طرف متقاضی امضا کنید  فرم تمدید را تکمیل و ارسال کنید
- کپی از اطلاعاتی‌ها و سایر ارتباطات را دریافت کنید  از طرف متقاضی در سایر موارد اقدام کنید
- کارت مزایای TANF را دریافت کنید (Way2Go)

نام شخص 2: \_\_\_\_\_  
نام سازمان 2 (در صورت وجود): \_\_\_\_\_  
تلفن: \_\_\_\_\_  
آدرس: \_\_\_\_\_  
آپارتمان: \_\_\_\_\_  
شهر: \_\_\_\_\_  
ایالت: \_\_\_\_\_  
زیپ: \_\_\_\_\_  
ارتباط الکترونیکی: ایمیل: بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_ (اختیاری)  
آدرس ایمیل (اختیاری) \_\_\_\_\_  
ارسال پیامک: بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_ (اختیاری)  
زبان مورد نظر: \_\_\_\_\_  
آیا به مترجم نیاز است؟ بله \_\_\_\_\_ یا خیر \_\_\_\_\_

## قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت: درخواست اصلاح منطقی و کمک ارتباطی برای نمایندگان ذیصلاح (در صورت وجود):

آیا نماینده مجاز دارای معلولیتی است که نیاز به اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی داشته باشد؟ بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_  
(اگر بله، لطفاً اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی مورد درخواست خود را توضیح دهید):  
مترجم زبان اشاره \_\_\_\_\_؛ TTY \_\_\_\_\_؛ حروف بزرگ \_\_\_\_\_؛ ارتباطات الکترونیکی (ایمیل) \_\_\_\_\_؛ الفباء نابینایان \_\_\_\_\_؛ رله ویدئو \_\_\_\_\_؛  
مترجم گفتار با اشاره \_\_\_\_\_؛ مترجم شفاهی \_\_\_\_\_؛ مترجم لمسی \_\_\_\_\_؛ یاد آوریمهلت‌های برنامه از طریق تماس تلفنی \_\_\_\_\_؛  
امضای تلفنی (در صورت وجود) \_\_\_\_\_؛ مصاحبه حضوری (بازدید از منزل) \_\_\_\_\_؛ دیگر: \_\_\_\_\_  
آیا نماینده مجاز به این اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی یکبار یا به صورت مداوم نیاز دارد \_\_\_\_\_؟ در صورت امکان، به طور خلاصه توضیح دهید  
که چه زمانی و چه مدت به این اصلاح یا کمک نیاز دارید؟ \_\_\_\_\_

## فقط برای Medicaid:

آیا انتظار دارید سال آینده اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال را ارسال کنید؟ (حتی اگر اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال را ارسال نکنید، همچنان می‌توانید برای بیمه درمانی اقدام کنید.)

بله  خیر اگر بله، لطفاً به سؤالات a، b و c پاسخ دهید. اگر خیر، لطفاً به سوال c پاسخ دهید.

- a. آیا به طور مشترک با همسر خود پرونده تشکیل می‌دهید؟  بله  نه اگر بله، نام همسر: \_\_\_\_\_
- b. آیا در اظهارنامه مالیاتی خود برای وابستگان خود مطالبه خواهید کرد؟  بله  خیر  
اگر بله، نام(های) وابستگان را فهرست کنید: \_\_\_\_\_
- c. آیا کسی به عنوان شخص وابسته به اظهارنامه مالیاتی شخص دیگری مطالبه می‌شود؟  بله  خیر  
اگر بله، نام ارسال‌کننده پرونده مالیاتی و وابستگان مالیاتی را ذکر کنید: \_\_\_\_\_  
وابسته مالیاتی چگونه با ثبت‌کننده پرونده مالیاتی مرتبط است؟ \_\_\_\_\_

**خدمات ارتباط با جامعه:**

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد سایر خدمات DHS، لطفاً از وبسایت ما به نشانی [www.dfcs.georgia.gov](http://www.dfcs.georgia.gov) دیدن کنید یا با شماره (877) 423-4746 تماس بگیرید.

**لطفاً به همه سوالات پاسخ دهید و در صورت درخواست، مدرکی دال بر درآمد و هرگونه هزینه ارائه دهید.**

**وضعیت مهاجرت شهروندی و شماره های امنیت اجتماعی:**

**لطفاً نمودار زیر را در مورد متقاضی و همه اعضای خانواده پر کنید. قوانین و مقررات فدرال زیر: قانون غذا و تغذیه سال 2008، 7، U.S.C 7, 2036-2011، § 2011-2036، 7، C.F.R. § 435.910، 42 C.F.R. § 205.52، 45 C.F.R. § 273.2، و C.F.R. § 435.920 به DFCS اجازه می‌دهد تا از شما و اعضای خانواده شما شماره (های) تأمین اجتماعی را درخواست کند.** هر کسی که در خانه شما زندگی می‌کند و برای مزایا درخواست نمی‌کند، ممکن است به عنوان یک غیرمتقاضی تلقی شود. افراد غیرمتقاضی مجبور نیستند اطلاعاتی درباره شماره تأمین اجتماعی، تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود به ما بدهند و واجد شرایط دریافت مزایا نیستند. اگر سایر اعضای خانواده واجد شرایط باشند، ممکن است همچنان بتوانند از مزایا بهره مند شوند. اگر می‌خواهید تصمیم بگیریم که آیا اعضای خانواده واجد شرایط برای دریافت مزایا هستند یا خیر، همچنان باید وضعیت شهروندی یا مهاجرت آنها را به ما بگویید و شماره تأمین اجتماعی (SSN) آنها را به ما بدهید. برای تعیین واجد شرایط بودن و سطح مزایای خانوار، همچنان باید در مورد درآمد و منابع آنها به ما بگویید. ما هیچ یک از اعضای خانواده غیرمتقاضی را به سیستم تأیید اعتبار سیستماتیک بیگانگان (SAVE) خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده (USCIS) در صورتی که وضعیت شهروندی یا مهاجرت خود را به ما اعلام نکنند، گزارش نمی‌کنیم. با این حال، اگر اطلاعات وضعیت مهاجرت در درخواست شما ارسال شده باشد، ممکن است این اطلاعات از طریق سیستم SAVE تأیید شود و بر واجد شرایط بودن و سطح مزایای خانواده تأثیر بگذارد. ما اطلاعات شما را با سایر سازمان های فدرال، ایالتی و محلی تطبیق می‌دهیم تا درآمد و واجد شرایط بودن شما را تأیید کنیم. این اطلاعات همچنین ممکن است به مقامات مجری قانون داده شود تا از آنها برای دستگیری افرادی که از قانون فرار می‌کنند استفاده کنند. اگر خانوار شما مطالبه SNAP داشته باشد، اطلاعات مندرج در این درخواست، از جمله SSN، ممکن است در اختیار آژانس های فدرال و ایالتی و آژانس های جمع‌آوری مطالبات خصوصی قرار گیرد تا از آنها در وصول مطالبات استفاده کنند. ما مزایا را برای اعضای خانواده متقاضی انکار نخواهیم کرد زیرا سایر اعضای خانواده از ارائه SSN، شهروندی یا وضعیت مهاجرت خود کوتاهی می‌کنند. اگر فقط برای خدمات فوریت های پزشکی درخواست می‌کنید، مجبور نیستید SSN یا اطلاعاتی در مورد وضعیت مهاجرت خود ارائه دهید.

نام کوچک	نام میانی	نام خانوادگی	نژاد اسپانیایی یا لاتین؟ (اختیاری)	نژاد (اختیاری)	جنسیت مرد/زن	تاریخ تولد قالب (ماه/روز/سال)	نسبت با شما	شماره تأمین اجتماعی (اختیاری برای غیر متقاضیان)	آیا شما شهروند ایالات متحده. مهاجر ملی، واجد شرایط یا در وضعیت مهاجرت رضایت بخش هستید؟ (فقط متقاضیان) (بله/خیر)	آیا مادر این کودک در خانه زندگی می‌کند؟ (بله/خیر)	آیا پدر این کودک در خانه زندگی می‌کند؟ (بله/خیر)	آیا Medicaid می‌خواهید؟ (بله/خیر)
			بله/خیر				خود		بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
			بله/خیر						بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
			بله/خیر						بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
			بله/خیر						بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
			بله/خیر						بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
			بله/خیر						بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر
			بله/خیر						بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر	بله/خیر

**کدهای نژاد (تمام مواردی که اعمال می‌شود را انتخاب کنید):**

**BL** - سیاهپوست یا آفریقایی آمریکایی

**AS** - آسیایی  
**WH** - سفیدپوست

**AI** - سرخ پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا  
**HP** - بومی هاوایی یا سایر جزایر اقیانوس آرام

با ارائه اطلاعات نژاد/قومیت، به ما در اجرای برنامه های مان به شیوه ای بدون تبعیض کمک می‌کنید. خانواده شما ملزم به ارائه این اطلاعات به ما نیست و بر واجد شرایط بودن یا سطح مزایای شما تأثیری نخواهد داشت. اما، در صورت عدم ارائه این اطلاعات، شناسایی بصری نژاد و قومیت در اولین مصاحبه حضوری انجام می‌شود.

اگر شما یا سایر متقاضیان خانواده یک شهروند تابعیت شده یا یک خارجی/مهاجر واجد شرایط هستید، نمودار زیر را کامل کنید:  
(لطفاً در صورت نیاز صفحات اضافی اضافه کنید)

نام کوچک نام میانی خانوانگی	نوع سند مهاجرت	شماره شناسه خارجی/گواهی/سند	آیا از سال 1996 بدین سو در ایالات متحده زندگی می‌کنید؟ (بله/خیر)	تاریخ تابعیت گرفتن/تاریخ ورود یا پذیرش در ایالات متحده (در صورت لزوم) قالب (ماه/روز/سال)	آیا شما یا همسر یا والدینتان کهنه سرباز یا یکی از اعضای فعال ارتش ایالات متحده هستید؟ (بله/خیر)

### فقط برای Medicaid:

آیا کسی در خانواده شما در سن 18 سالگی در Foster Care بود؟  بله  خیر  
اگر وابستگان مالیاتی دارید که با شما در خانه زندگی نمی‌کنند، لطفاً در زیر فهرست کنید.

نام: \_\_\_\_\_ شماره تامین اجتماعی \_\_\_\_\_ جنسیت: مرد زن (لطفاً دور یک مورد خط بکشید)  
تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ شهروندی: \_\_\_\_\_  
نسبت با شما: \_\_\_\_\_ (لطفاً در صورت نیاز صفحات اضافی اضافه کنید)

### درباره متقاضی و همه اعضای خانواده به ما بگویید

ما به اطلاعات بیشتری در مورد متقاضی و همه اعضای خانواده نیاز داریم تا تصمیم بگیریم چه کسانی واجد شرایط دریافت مزایا هستند. لطفاً فقط به سوالات مربوط به مزایایی که می‌خواهید در صفحه زیر دریافت کنید پاسخ دهید.

1. آیا کسی در استان یا ایالت دیگری مزایایی دریافت کرده است؟ (فقط برای SNAP و TANF)  
 بله  خیر

اگر بلی:

چه کسی: \_\_\_\_\_

کجا: \_\_\_\_\_

چه وقت: \_\_\_\_\_

2. آیا شخصی به دلیل ارائه اطلاعات نادرست در مورد محل زندگی خود و اینکه آنها چه کسانی هستند، برای دریافت مزایای SNAP متعدد در بیش از یک منطقه پس از 8/22/1996 محکوم شده است؟ (فقط برای SNAP)  بله  خیر

اگر بلی:

چه کسی: \_\_\_\_\_

کجا: \_\_\_\_\_

چه وقت: \_\_\_\_\_

3. آیا کسی در خانواده شما به طور داوطلبانه شغل خود را ترک کرده یا به طور داوطلبانه ساعات کار خود را به کمتر از 30 ساعت در هفته ظرف 30 روز از تاریخ درخواست کاهش داده است؟ (فقط برای SNAP و TANF)  بله  خیر

اگر بله، چه کسی ترک کرد؟ \_\_\_\_\_

چرا ترک کرد؟ \_\_\_\_\_

4. آیا کسی باردار است؟ (این سوال در مورد متقاضیان SNAP اعمال نمی‌شود)  بله  خیر

اگر بله، نام زن باردار: \_\_\_\_\_

تاریخ زایمان احتمالی چه موقع است؟ \_\_\_\_\_؛ و چند نوزاد انتظار می‌رود؟ \_\_\_\_\_

اگر نه، آیا کسی در خانواده زایمان کرده یا در 12 ماه گذشته بارداری خاتمه یافته است؟  بله  خیر

اگر بله، نام زن باردار: \_\_\_\_\_

تاریخ زایمان/خاتمه چه موقع بود؟ \_\_\_\_\_؛ و چند نوزاد به دنیا آمده است/انتظار می‌رود؟ \_\_\_\_\_

\*فقط برای متقاضیان TANF لطفاً موارد زیر را ارائه دهید:

نام پدر نوزاد متولد نشده: \_\_\_\_\_ آدرس پدر: \_\_\_\_\_

5. برای متقاضیان Medicaid، آیا کسی صورت حساب پزشکی پرداخت نشده در 3 ماه گذشته دارد؟  بله  خیر  
اگر بله، لطفاً صورت حساب های پرداخت نشده را در صورتی که مورد Medicaid دارید ارسال کنید.

6. آیا کسی از برنامه SNAP یا TANF صلب صلاحیت شده است؟ (فقط برای SNAP و TANF)  بله  خیر  
اگر بلی:

چه کسی: \_\_\_\_\_  
کجا: \_\_\_\_\_

7. آیا کسی بخاطر یک جنایت از یک پیگرد قانونی یا زندان فرار می کند؟ (فقط برای SNAP و TANF)  بله  خیر  
اگر بله، چه کسی: \_\_\_\_\_

8. آیا کسی شرایط آزمایشی یا آزادی مشروط را نقض می کند؟ (فقط برای SNAP و TANF)  بله  خیر  
اگر بله، چه کسی: \_\_\_\_\_

9. آیا کسی به دلیل رفتار مربوط به داشتن، استفاده یا توزیع یک ماده مخدر کنترل شده (مثلاً جنایت مربوط به مواد مخدر) پس از 8/22/1996 (فقط برای SNAP و TANF) یا یک جنایت خشونت آمیز محکوم به جرم شده است (فقط برای TANF)؟  بله  خیر  
اگر بلی:

چه کسی: \_\_\_\_\_ چه وقت: \_\_\_\_\_

a. آیا شما با شرایط مشروط مربوط به هر مجازاتی که در نتیجه محکومیت به جرم مواد مخدر دریافت شده است، رعایت می کنید؟  
(فقط برای SNAP)  بله  خیر

b. آیا شما با شرایط آزادی مشروط مربوط به هر حکمی که در نتیجه محکومیت به جرم مواد مخدر دریافت شده است، رعایت می کنید؟  
(فقط برای SNAP)  بله  خیر

c. آیا تمام شرایط آزمایشی یا آزادی مشروط مربوط به محکومیت مرتبط با مواد مخدر را با موفقیت به پایان رسانده اید؟ (فقط برای SNAP)  
 بله  خیر

10. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده به دلیل داد و ستد مزایای SNAP برای مواد مخدر پس از 8/22/1996 محکوم شده اید؟ (فقط برای SNAP)  
 بله  خیر

اگر بلی:  
چه کسی: \_\_\_\_\_ چه وقت: \_\_\_\_\_

11. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده به خرید یا فروش مزایای SNAP بیش از 500 دلار پس از 8/22/1996 محکوم شده اید؟ (فقط برای SNAP)  
 بله  خیر

اگر بلی:  
چه کسی: \_\_\_\_\_  
چه وقت: \_\_\_\_\_

12. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده به دلیل داد و ستد مزایای SNAP برای اسلحه، مهمات، یا مواد منفجره پس از 8/22/1996 محکوم شده اید؟  
(فقط برای SNAP)  بله  خیر

اگر بلی:  
چه کسی: \_\_\_\_\_  
چه وقت: \_\_\_\_\_

13. پس از تاریخ 2/7/2014، آیا شما یا یکی از اعضای خانواده تان به عنوان یک بزرگسال به دلیل تشدید سوء استفاده جنسی، قتل، بهره کشی جنسی، و سایر سوء استفاده از کودکان، یک جرم فدرال یا ایالتی شامل تجاوز جنسی، یا جرمی تحت قانون ایالتی که توسط دادستان کل تعیین شده است، محکوم شده اید که به طور قابل ملاحظه ای مشابه جنین جرمی باشد؟ (فقط برای SNAP)  بله  خیر

اگر بلی:  
چه کسی: \_\_\_\_\_  
چه وقت: \_\_\_\_\_

a. آیا شما با شرایط مشروط مربوط به هر نوع مجازاتی که در نتیجه محکومیت به جرم دریافت شده است، رعایت می کنید؟ (فقط برای SNAP)  
 بله  خیر

b. آیا شما با شرایط آزادی مشروط مربوط به هر حکمی که در نتیجه محکومیت جنایی دریافت شده است، مطابقت دارید؟ (فقط برای SNAP)

بله  خیر

c. آیا تمام شرایط مشروط یا آزادی مشروط مربوط به محکومیت‌های مرتبط با جنایت را با موفقیت به پایان رسانده‌اید؟ (فقط برای SNAP)

بله  خیر

14. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده برنده لاتاری یا شرط بندی شده است؟  بله  خیر

اگر بله:

چه کسی: \_\_\_\_\_ چه وقت: \_\_\_\_\_ مبلغ دریافت شده: \_\_\_\_\_

15. آیا کسی از وجوه TANF یا کارت Way2Go در مؤسسات زیر، مشروب‌فروشی‌ها، کازینو، اتاق‌های پوکر، کسب‌وکار سرگرمی بزرگسالان، وثیقه‌ها، کلوب‌های شبانه، سالن‌ها/میخانه‌ها، سالن‌های بینگو، مسیرهای مسابقه، فروشگاه‌های اسلحه/مهمات، کشتی‌های کروز، ذهن‌خوان‌ها، مغازه‌های سیگار، مغازه‌های خالکوبی/سوراخ کردن، و سالن‌های آب‌گرم/ماساژ استفاده کرده است؟ (فقط برای TANF)  بله  خیر

اگر بله:

چه کسی: \_\_\_\_\_ چه وقت: \_\_\_\_\_

16. آیا شخصی که درخواست مزایا می‌کند، در حال حاضر نفقه دریافت می‌کند؟  بله  خیر

اگر بله:

چه کسی: \_\_\_\_\_  
مبلغ دریافتی ماهانه: \_\_\_\_\_  
تاریخ نهایی شدن یا آخرین اصلاح قرارداد نفقه: \_\_\_\_\_

### فقط برای SNAP و TANF:

دانش آموزان در مقاطع آموزش عالی: آیا کسی در خانواده شما حداقل به صورت نیمه وقت در کالج، دانشگاه، مدرسه فنی و حرفه‌ای ثبت‌نام کرده است؟

بله  خیر اگر بله، چه کسی: \_\_\_\_\_

نام مدرسه: \_\_\_\_\_ درجه/وضعیت: \_\_\_\_\_ تاریخ فارغ‌التحصیلی: \_\_\_\_\_

آیا دانش‌آموز استخدام شده است؟  بله  خیر در برنامه کارآموزی ثبت‌نام کرده است؟  بله  خیر  
اگر بله، ساعات کار در هفته \_\_\_\_\_ (لطفاً بخش استخدام زیر را نیز تکمیل کنید).

### فقط برای SNAP:

آیا کسی 60 ساله یا بالاتر یا معلول است که هزینه‌های پزشکی داشته باشد؟  بله  خیر  
آیا هزینه‌های پزشکی شما مانند حق بیمه Medicare، هزینه داروهای تجویزی یا صورتحساب‌های بیمارستان تغییر کرده است؟  بله  خیر  
اگر بله، هزینه‌ها را در نمودار زیر لیست کنید و صورتحساب آخرین ماه(ها) را ضمیمه کنید.

صورت حساب عضو خانواده	نوع هزینه (پزشک، بیمارستان، نسخه)	مبلغ بدهکاری	تاریخ صورت حساب	آیا بیمه پرداخت خواهد شد؟ بله/خیر

آیا کسی 60 سال به بالا یا معلول هزینه‌های درمانی برای حمل و نقل دارد؟  بله  خیر  
اگر بله، لطفاً اطلاعات زیر را ارائه دهید. اگر Medicaid دریافت می‌کنید، مدارک زیر را ارائه دهید:

هدف از سفر (ویزیت پزشک یا بیمارستان، تحویل از داروخانه)	مجموع مایل‌های طی شده:	هزینه تاکسی، اتوبوس، پارکینگ یا اقامت:
---	------------------------	--

آیا شخص دیگری هیچ یک از این هزینه‌های پزشکی را برای شما پرداخت می‌کند؟  بله  خیر  
اگر بله، لطفاً اطلاعات زیر را ارائه دهید:

کدام هزینه پرداخت می‌شود؟	چه کسی هزینه را پرداخت می‌کند؟
این شخص صورت حساب‌ها را به چه کسی پرداخت می‌کند؟	آدرس:

### فقط برای Medicaid:

سایر پوشش های بهداشتی

آیا کسی در حال حاضر در بیمه سلامت خدمات زیر ثبت نام کرده است؟

- Medicaid اداره خدمات بشری گرجستان  
 PeachCare برای کودکان®  
 Medicare  
 برنامه های مراقبت های بهداشتی TRICARE  
 VA (علامت گذاری نکنید اگر مراقبت مستقیم یا خط وظیفه دارید)  
 بیمه کارفرما: نام بیمه \_\_\_\_\_ شماره خط مشی \_\_\_\_\_  
 دیگر: نام بیمه \_\_\_\_\_ شماره خط مشی \_\_\_\_\_

آیا بیمه درمانی دیگری به جز Medicaid دارید؟  بله  خیر  
اگر بله، یک کپی از کارت بیمه خود را برای ما ارسال کنید.

منابع:

(برای MAGI Medicaid لازم نیست): آیا کسی در خانواده شما یکی از منابع زیر را دارد؟

بله  خیر (اگر بله اطلاعات زیر را ارائه دهید. اگر Medicaid سالمندان، نابینا یا معلول دریافت می کنید (غیر از برنامه های پس انداز Medicare مانند QMB، SLMB یا QI-1 فقط) مدرک ارائه دهید.

نوع منبع	مالک	شماره حساب/خط مشی (اگر شماره حساب/خط مشی شما با SSN شما یکی است تکمیل نشود)	ارزش	نام بانک، شرکت بیمه و غیره
پول نقد				
چک / پس انداز				
اتحادیه اعتباری				
حقوق سالانه				
سهام یا اوراق قرضه				
صندوق امانات				
حساب بازنشستگی (برای غیر MAGI)				
وسایل نقلیه (برای غیر MAGI)				
CD's/حقوق سالانه (برای غیر MAGI)				
برنامه های تدفین پیش پرداخت شده				
قطعات قبرستان (برای غیر MAGI)				
صندوق های اعتماد (برای غیر MAGI)				
املاک محلی غیر خانگی				
املاک محلی خانگی (برای غیر MAGI)				
بیمه عمر (برای غیر MAGI)				
دیگر				

### فقط برای Medicaid سالمندان، نابینایان یا معلولان:

آیا در 60 ماه گذشته شما، همسران یا شخصی که برایش درخواست داده اید، منبعی را فروخته، معامله کرده یا به کسی داده اید.  بله  خیر

اگر بله، چه؟ \_\_\_\_\_ چه وقت؟ \_\_\_\_\_



**برای TANF، SNAP و Medicaid:**

استخدام: آیا کسی در خانه شما کار می کند؟  بله  خیر  
 اگر پاسخ مثبت است، اطلاعات مربوط به حقوق و دستمزد فرد شاغل از محل کار مانند دستمزد، پاداش و انعام را فهرست کنید و مدرکی مبنی بر کل درآمد ناخالص دریافتی در 4 هفته گذشته را پیوست کنید.

نکات	پرداخت پاداش	تاریخ (های) پرداخت	چند وقت یکبار پرداخت شده	ساعت در هر هفته	پرداخت به ازای ساعت	کارفرما	شخص در حال کار

آیا کسی در حال حاضر در حال اعتصاب قرار دارد؟  بله  خیر

**فقط برای Medicaid:**  
 هزینه های قبل از مالیات:

بیمه درمانی \_\_\_\_\_ \$ هر چند وقت یکبار؟  بیمه چشم \_\_\_\_\_ \$ هر چند وقت یکبار؟  
 بیمه دندان پزشکی \_\_\_\_\_ \$ چند وقت یکبار؟  نوع کسر دیگر \_\_\_\_\_ \$ چند وقت یکبار؟  
 نوع کسر دیگر \_\_\_\_\_ \$ چند وقت یکبار؟  نوع کسر دیگر \_\_\_\_\_ \$ چند وقت یکبار؟  
 نوع کسر دیگر \_\_\_\_\_ \$ چند وقت یکبار؟  
 بیشتر؟ لطفاً روی یک برگه جداگانه ضمیمه کنید.

هزینه های قبل از مالیات کسرهایی هستند که قبل از اعمال مالیات از درآمد شما برداشته می شوند. همه کسورات قبل از مالیات نیستند.

**کسرهایی که نام مالیاتی:**

همه موارد مربوطه را بررسی کنید و مقدار و تعداد دفعات پرداخت آنرا بفرمایید.

**توجه داشته باشید:** شما نباید هزینه ای را که قبلاً در نظر گرفته اید در پاسخ خود به شغل آزاد شامل بسازید.

نفقه پرداخت شده \_\_\_\_\_ \$ چند وقت یکبار؟  سود قرض دانشجویی \_\_\_\_\_ \$ چند وقت یکبار؟  
 نوع کسر دیگر \_\_\_\_\_ \$ هر چند وقت یکبار؟  نوع کسر دیگر \_\_\_\_\_ \$ هر چند وقت یکبار؟

**برای TANF، SNAP و Medicaid:**

آیا کسی کار را متوقف کرده است؟  بله  خیر اگر بله، موارد زیر را تکمیل کرده و مدرک ارائه دهید:

چه شغلی متوقف شد؟	نام یکی از اعضای خانواده ای که از کار بازمانده است:
محل استخدام:	
تاریخ توقف پرداخت:	تاریخ بررسی نهایی:
	مبلغ پرداخت نهایی (ناخالص):

آیا کسی شروع به کار کرده؟  بله  خیر اگر بله، موارد زیر را تکمیل کرده و مدرک ارائه دهید:

نام شخصی که شروع به کار کرد:	تاریخ شروع:	شماره تلفن:
نام کارفرما/کسب و کار:	نرخ پرداخت:	تاریخ اولین چک دریافت شده/دریافت خواهد شد:
چندبار پرداخت شده (لطفاً یکی را علامت گذاری کنید):	<input type="checkbox"/> دو هفته ای	<input type="checkbox"/> دو بار در ماه
<input type="checkbox"/> هفتگی	<input type="checkbox"/> ماهانه	<input type="checkbox"/> دیگر

شغل آزاد:

آیا هرکس خود اشتغال دارد:

بله  نه (اگر بله، کی؟)

لطفاً از طریق پرونده‌های مالیاتی، سوابق تجاری، رسیده‌ها، صورت‌حساب‌ها یا صورت‌حساب‌های مشتریان یک کسب‌وکار تأسیس شده، مدرکی دال بر درآمد شغل آزاد ارائه دهید.

آیا این کسب و کار ادغام شده است؟  بله  خیر

آیا این شخص هزینه‌های خود اشتغالی دارد؟  بله  خیر

اگر بله، این شخص چه نوع هزینه‌هایی دارد؟

فقط برای Medicaid و TANF: مدرکی برای هزینه‌های شغل آزاد ارائه دهید.

درآمد کسب نشده:

یا کسی در خانواده شما از کمک‌ها، تأمین اجتماعی، VA، SSI، حمایت از کودکان، بیکاری، بازنشستگی، یا هر درآمد دیگری پول دریافت می‌کند؟  بله  خیر

اگر بله، اطلاعات زیر را تکمیل کنید و مدرکی دال بر تمام درآمدهای دریافتی در 4 هفته گذشته یا آخرین نامه جایزه ارائه دهید.

نام	منبع	مبلغ	چند وقت یکبار؟

برای MAGI Medicaid: درآمد حاصل از حمایت از فرزند، پرداخت جانبازان، درآمد تضمینی تکمیلی (SSI)، یا مزایای غرامت کارگر محاسبه نخواهد شد.

هزینه‌های مراقبت افراد وابسته:

آیا هزینه مراقبت از یک کودک وابسته یا یک عضو بزرگسال معلول خانواده را پرداخت می‌کنید؟  بله  خیر  
اگر بله، سوالات زیر را تکمیل کنید.

فردی که نیاز به مراقبت دارد:		فردی که هزینه مراقبت را پرداخت می‌کند:	
نام ارائه‌دهنده:		به ارائه‌دهنده چقدر پرداخت می‌شود:	هر چند وقت یکبار پرداخت می‌شود:
شماره تلفن ارائه‌دهنده:		دلیل مراقبت:	

آیا هزینه حمل و نقل برای یک فرزند وابسته یا عضو بزرگسال معلول خانواده را پرداخت می‌کنید؟  بله  خیر

آیا این هزینه‌ها شامل هزینه‌های مراقبت وابسته می‌شود؟  بله  خیر

اگر نه، لطفاً به این سوال پاسخ دهید: مجموع مایل‌های طی شده در هفته: \_\_\_\_\_

**هزینه های سرپناه:**

آیا شما یا یکی از اعضای خانواده شروع به پرداخت هزینه های سرپناه کرده اید یا هزینه های سرپناه شما تغییر کرده است؟  
 اگر بله، نمودار زیر را کامل کنید.

هزینه	مبلغ	چند وقت یکبار؟	چه کسی پرداخت کرد؟
اجاره / رهن			
دارایی مالیات			
بیمه اموال			
برق			
گاز			
روغن سوخت / چوب / نفت سفید			
چاه/سپتیک مخزن/آب/فاضلاب			
زباله			
تلفن			
دیگر			

منبع اصلی گرمایش یا خنک کننده خانه چیست؟ (برق، گاز یا هر دو)

آیا شخص دیگری هیچ یک از این قبوض خانه را برای شما پرداخت می کند؟  بله  خیر اگر بله، نمودار زیر را کامل کنید:

چه کسی قبض را پرداخت می کند؟	چه قبض هایی پرداخت می شود؟
چه مبلغی پرداخت می شود؟	این شخص صورت حساب را به چه کسی پرداخت می کند؟

آیا در 12 ماه گذشته کمک انرژی (LIHEAP) دریافت کرده اید؟  بله  خیر

اگر بله، مبلغ دریافتی \$ \_\_\_\_\_

آیا هزینه های ماهانه خانه را با کسی در خانه تقسیم می کنید؟  بله  خیر

اگر بله، چه کسی؟ \_\_\_\_\_

نظرات / مستندات \_\_\_\_\_

به چه کسی پرداخت می شود \_\_\_\_\_ مبلغ پرداخت شده \$ \_\_\_\_\_ در هر \_\_\_\_\_

نام صاحبخانه \_\_\_\_\_ آدرس صاحبخانه \_\_\_\_\_

**وجه حمایت از کودک:**

آیا شما یا یکی از اعضای خانوادتان به شخصی که خارج از خانه زندگی می کند، نفقه فرزند می پردازید؟  بله  خیر

گر بله، نمودار زیر را کامل کنید:

چه کسی موظف به پرداخت است؟	مبلغ تعهد شده چقدر است؟
نفقه کودک برای چه کسی پرداخت می شود؟	مبلغ واقعی پرداخت شده چقدر است؟
نفقه فرزند به چه کسی پرداخت می شود؟	نفقه کودک چند وقت یکبار پرداخت می شود؟

**فقط برای SNAP:** لطفاً مبلغ پرداخت شده در 3 ماه گذشته و مبلغی که قانوناً موظف به پرداخت هستید را ارائه دهید.

**این بخش فقط برای گیرندگان TANF است - شما باید موارد زیر را تکمیل کنید:**

**سوابق پرداخت:**

آیا کودکی زیر 7 سال وجود دارد که هنوز در مدرسه ثبت نام نکرده باشد؟ (قبل از مهد کودک "مدرسه" در نظر گرفته نمی شود).

بله  خیر

اگر بله، فرم 3231- فرم ایمن سازی مراقبت از کودک را برای هر کودک زیر 7 سال ارسال کنید.

**پیش‌نیازهای مدرسه:**

آیا همه کودکان (6 تا 18 سال) به مدرسه می‌روند؟  بله  خیر

اگر بله، نام(های) فرزند(فرزندان) \_\_\_\_\_

نام مدرسه(ها) \_\_\_\_\_

کلاس(ها) \_\_\_\_\_

آیا کودکی 16 ساله یا بزرگتر وجود دارد که در مدرسه **نباشد**؟  بله  خیر

اگر بله، نام فرزند/فرزندان؟ \_\_\_\_\_

لطفاً در صورتی که این کودک **شاغل** است، یک کپی از خرد چک فعلی یا در صورت انجام هر **فعالیت مرتبط با کار دیگری**، بیانیه ای از ارائه دهنده ارائه دهید.

**خشونت خانگی:**

آیا شما یا هرکسی در خانواده‌تان قربانی خشونت خانگی، آزار جنسی، تجاوز جنسی، یا تعقیب شده‌اید؟  بله  خیر

اگر بله، لطفاً نام قربانی را به ما اطلاع دهید \_\_\_\_\_

پس از ارزیابی، اگر خانواده شما واجد شرایط باشد، می‌توانیم از برخی از الزامات برنامه چشم‌پوشی کنیم، مانند، مشارکت در فعالیت‌های کاری یا ارجاع به بخش خدمات حمایت از کودکان.

**هزینه خودرو:**

آیا شما والدین یا یکی از بستگان کودک (یا کودکان) هستید و آیا همراه با کودک (یا کودکان) شامل TANF AU می‌شوید؟  بله  خیر

اگر بله، به سوالات زیر پاسخ دهید:

آیا شما یا هر عضو بزرگسال دیگر AU اتومبیل دارید یا در حال خرید آن هستید؟  بله  خیر

اگر بله، چه کسی؟ (نام مالک) \_\_\_\_\_

سال، مارک و مدل وسیله نقلیه: \_\_\_\_\_

لطفاً پرداخت‌های یادداشت اتومبیل، بیمه، تعمیر و نگهداری و سایر هزینه‌های مرتبط را فهرست کنید:

آیا هزینه‌های تکراری دیگری (به عنوان مثال صورتحساب کارت اعتباری) دارید که پرداخت می‌کنید؟  بله  خیر

اگر بله، لطفاً لیست کنید: \_\_\_\_\_

**واجد شرایط بودن در برنامه Express Lane:**

واجد شرایط بودن Express Lane (ELE) یک فرآیند خودکار برای ثبت نام یا تمدید کودکان واجد شرایط زیر 19 سال است که برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)، کمک موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF)، کمک نقدی پناهندگان (RCA)، مراقبت از کودکان و خدمات والدین (CAPS) یا زنان، نوزادان و کودکان (WIC) را در برنامه کمک پزشکی دریافت می‌کنند.

بخش خدمات خانواده و کودکان (DFCS) از اطلاعات مربوط به اندازه خانوار، اقامت و درآمد حاصل از CAPS، TANF، RCA، SNAP یا WIC استفاده می‌کند، اما DFCS وضعیت شهروندی یا مهاجرت را با استفاده از قوانین کمک پزشکی تأیید می‌کند تا تصمیم ELE برای ثبت نام خودکار یا تمدید کودکان در Medicaid یا PeachCare® برای کودکان را تعیین کند. DFCS پس از تکمیل یک اعلامیه تعیین نامه ارسال می‌کند، به اعضا اجازه می‌دهد هرگونه تغییری ایجاد کنند و به آنها اجازه می‌دهد تا در هر زمان از روند ELE خارج شوند یا پرونده کمک پزشکی را خاتمه دهند.

## حقوق و مسئولیت ها برای همه برنامه ها

شما این حق را دارید که:

- اگر در خواندن، نوشتن، صحبت کردن یا درک زبان انگلیسی مشکل دارید، برای پر کردن این فرم و خدمات کمک زبان رایگان (مترجم، مطالب ترجمه شده، یا خدمات مستقیم به زبان انگلیسی) درخواست کمک کنید.
- اگر شما یا یکی از اعضای خانوادتان معلولیت دارید، کمک ها و خدمات کمکی و تغییرات منطقی درخواست کنید.

**اطلاعیه استماع:** در همه برنامه ها شما حق دارید که به صورت کتبی یا حضوری درخواست رسیدگی عادلانه داشته باشید. شما می‌توانید با تماس با شماره 1-877-423-4746 درخواست رسیدگی کنید یا اگر با این تصمیم موافق نیستید، می‌توانید از یک افسر دادرسی ایالتی درخواست رسیدگی کنید. شما ممکن است در جلسه دادگاه توسط یک وکیل، خویشاوند، دوست یا هرکسی که انتخاب می‌کنید، نمایندگی شوید. اگر خواهان جلسه استماع هستید، باید به صورت کتبی یا با تماس با آژانس در موارد زیر درخواست رسیدگی کنید:

- 90 روز از تاریخ این اعلامیه برای SNAP
- 30 روز از تاریخ این اعلامیه برای Medicaid و TANF

**شما مسئول موارد زیر هستید:**

- دادن اطلاعات صحیح به کارگر خود و ارائه مدرکی دال بر اظهارات مورد نیاز برای دریافت مزایا. وقتی این فرم را امضا می‌کنید، به کارگر خود اجازه می‌دهید تا اطلاعاتی را از کارفرما، بانک، همسایه یا دیگران دریافت کند تا بتوانیم مطمئن شویم که میزان صحیح مزایا را دریافت می‌کنید.
- گفتن حقیقت در همه حال. اگر شما یا شخصی که برای شما درخواست داده اطلاعات نادرست ارائه دهد، ممکن است مرتکب جرم شده باشید و ممکن است به زندان بروید.
- ارائه مدرکی مبنی بر اینکه شما یا هرکسی در خانواده شما که برای دریافت مزایا درخواست می‌کند شهروند ایالات متحده یا مهاجر واجد شرایط است.
- همکاری با پرسنل ایالتی و فدرال که برای پیشگیری از کلاهبرداری یا دفتر خدمات تحقیقاتی کار می‌کنند و در حال بررسی پرونده‌های خاص هستند.
- اگر شما همکاری نکنید و ما نمی‌توانیم تشخیص دهیم که هنوز واجد شرایط SNAP هستید، پرونده شما ممکن است تکذیب شود یا بسته شود.
- (برای SNAP) همکاری با داوران کنترل کیفیت هنگامی که آنها تماس می‌گیرند یا به خانه شما می‌آیند تا در مورد اطلاعاتی که به مدیر پرونده خود داده اید با شما مصاحبه کنند. اگر با آنها همکاری نکنید، ممکن است پرونده شما رد یا بسته شود.
- (برای SNAP و TANF) بازپرداخت مزایایی که نباید دریافت کرده اید.
- (برای Medicaid) همکاری با کنترل کیفیت و اجد شرایط بودن Medicaid یا یکپارچگی برنامه زمانی که آنها با شما تماس می‌گیرند یا به خانه شما می‌آیند تا درباره اطلاعاتی که به مدیر پرونده خود داده اید با شما مصاحبه کنند.
- (برای Medicaid) اعضای که در خانه سالمندان، مرکز مراقبت میانی، خدمات مبتنی بر جامعه هستند، یا در یک برنامه چشم پوشی ثبت نام کرده اند و خدمات را دریافت می‌کنند و با Estate Recovery همکاری می‌کنند.

اگر SNAP دریافت می‌کنید، باید گزارش دهید که کل درآمد ناخالص ماهانه خانوار شما بیش از 130% از سطح فقر فدرال برای اندازه خانوار شما است. شما باید تغییر درآمد را حداکثر 10 روز از پایان ماهی که در آن تغییر رخ داد گزارش دهید.

اگر یک بزرگسال شاغل و بدون فرزند هستید، باید زمانی را گزارش دهید که ساعات کاری شما کمتر از 20 ساعت در هفته یا 80 ساعت در ماه است. شما باید این تغییرات را حداکثر 10 روز از پایان ماهی که تغییر رخ داد گزارش دهید.

همچنین باید گزارش دهید که خانواده شما برنده های قابل توجهی در قرعه کشی و قمار دریافت می‌کند. این یک جایزه نقدی است که در یک بازی به دست می‌آید. اگر شما یا یکی از اعضای خانوادتان برنده جایزه لاتاری یا شرط بندی به مبلغ ناخالص 4500 دلار یا بیشتر (قبل از کسر مالیات یا سایر مبالغ) شوید، باید این جایزه ها را ظرف حداکثر 10 روز از پایان ماهی گزارش دهید که خانواده جایزه را در آن دریافت کرده است.

اگر TANF یا Medicaid دریافت می‌کنید، باید تمام تغییرات در وضعیت خود را ظرف 10 روز پس از وقوع تغییر گزارش دهید.

من درک می‌کنم که هر مبلغ یکجا یا پرداخت "ویژه" که هر شخص در پرونده Medicaid من دریافت می‌کند باید همراه با هر درآمد دیگری که ممکن است داشته باشیم برای تعیین واجد شرایط بودن بودجه در نظر گرفته شود.

در برنامه Medicaid، شما حق دارید که:

- حتی اگر بیمه درمانی دیگری دارید، Medicaid دریافت کنید.
- پزشک یا ارائه دهنده Medicaid خود را انتخاب کنید.
- بسته به نوع Medicaid، ظرف 10، 45 یا 90 روز از تاریخ درخواست، درخواست Medicaid شما تأیید یا رد شود.

## به عنوان شرط واجد شرایط بودن Medicaid من:

- من موافقت می‌کنم که تمام حقوق حمایت پزشکی و پرداخت هزینه مراقبت پزشکی از هر شخص ثالث (مزایای بیمارستانی و پزشکی) را به دولت واگذار کنم.
- من موافقت می‌کنم که با دولت در شناسایی و ارائه اطلاعات برای کمک به دولت در تعقیب هر شخص ثالثی که ممکن است مسئول پرداخت هزینه مراقبت و خدمات باشد، همکاری کنم. می‌دانم که باید هر گونه پرداختی را که برای مراقبت های پزشکی دریافت کرده ام ظرف ده روز گزارش کنم. (اگر شما این فرم را از طرف شخص دیگری تکمیل می‌کنید و قدرت اجرای یک تکلیف برای آن فرد را ندارید، آن فرد باید به عنوان شرط واجد شرایط بودن خود برای Medicaid، حقوقی را که در بالا توضیح داده شد، انجام دهد).
- من موافقت می‌کنم که در صورت وجود، به دولت این حق را بدهم که از والدین غایب خود بخواهد بیمه درمانی ارائه کند. می‌دانم در صورت وجود، باید از والدین غایب حمایت پزشکی دریافت کنم و باید برای دریافت این حمایت با بخش خدمات حمایت از کودک همکاری کنم. اگر همکاری نکنم، می‌دانم که ممکن است مزایای Medicaid خود را از دست بدهم و فقط فرزندانم مزایا را دریافت خواهند کرد، مگر اینکه دلیل موجهی ثابت شود.

**هشدارهای مربوط به جریمه SNAP:** ممکن است به دلیل ارائه آگاهانه اطلاعات نادرست، مزایای خود را از دست بدهید یا تحت تعقیب کیفری قرار بگیرید.

- برای دریافت مزایایی که خانواده شما نباید دریافت کنند، اطلاعات نادرست ندهید یا اطلاعاتی را پنهان نکنید.
- از کارت های SNAP یا EBT که متعلق به شما نیستند استفاده نکنید و اجازه ندهید شخص دیگری از کارت های شما استفاده کند.
- از مزایای SNAP برای خرید اقلام غیر غذایی مانند الکل یا سیگار یا پرداخت با کارت های اعتباری استفاده نکنید.
- کارت های SNAP یا EBT را برای اقلام غیرقانونی مانند سلاح گرم، مهمات یا مواد کنترل شده (مواد مخدر غیرقانونی) معامله یا فروش نکنید.

هر کس در خانواده شما که عمداً هر یک از این قوانین را نقض کند، می‌تواند از یک سال تا دایم از SNAP منع شود، تا 250 هزار دلار جریمه شود، 20 سال یا هر دو زندانی شود و ممکن است تحت سایر قوانین فدرال و ایالتی قابل تعقیب قرار گیرد و همچنین در صورت دستور دادگاه ممکن است به مدت 18 ماه دیگر از SNAP منع شود.

هر کس در خانواده شما که عمداً قوانین را زیر پا بگذارد، ممکن است برای اولین تخلف یک سال، برای تخلف دوم دو سال و برای سومین تخلف به طور دایم کوپن غذا (SNAP) دریافت نکند.

اگر دادگاه حقوقی شما یا یکی از اعضای خانواده را در استفاده یا دریافت مزایا در معامله ای که مربوط به فروش یک ماده کنترل شده است مجرم تشخیص دهد، شما یا آن عضو خانواده به مدت دو سال برای اولین تخلف و به طور دایم برای جرم دوم.

اگر دادگاه قانونی شما یا یکی از اعضای خانواده را به دلیل استفاده یا دریافت مزایا در معامله ای که شامل فروش اسلحه گرم، مهمات یا مواد منفجره است، مجرم تشخیص دهد، شما یا آن عضو خانواده به خاطر اولین تخلف برای همیشه از شرکت در SNAP محروم خواهید شد.

اگر دادگاه حقوقی شما یا یکی از اعضای خانواده را به دلیل داشتن مزایای قاچاق به مبلغ 500 دلار یا بیشتر مجرم تشخیص دهد، شما یا آن عضو خانواده در اولین تخلف از این قانون برای همیشه واجد شرایط شرکت در برنامه SNAP نخواهید بود.

اگر مشخص شود شما یا هر عضو خانواده برای دریافت مزایای چندگانه SNAP در مورد هویت (چه کسانی هستند) یا محل اقامت (محل زندگی آنها) یک بیاناتی یا نمایندگی جعلی ارائه کرده اید، شما یا آن عضو خانواده برای مدت 10 سال واجد شرایط شرکت در SNAP نخواهید بود.

من می‌دانم که اگر اطلاعات نادرست ارائه دهم یا اطلاعاتی را پنهان کنم، ممکن است به دلیل کلاهبرداری تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم.

**هشدارهای جریمه برنامه TANF:** در برنامه TANF، یک اقدام عمدی با ارائه اطلاعات نادرست یا گمراه کننده برای ایجاد یا حفظ صلاحیت یک AU، افزایش مزایا، جلوگیری از کاهش مزایا، نگاه داشتن اطلاعات برای جلوگیری از اقدام منفی یا استفاده از کمک نقدی در مکان های ممنوع، یک اقدام عمدی در نظر گرفته می‌شود.

ممکن است برای تعیین مجازات بر اساس شدت تخلف به دفتر بازرسی کل ارجاع داده شوید اگر شما:

- تغییرات را به موقع گزارش نکنید یا حقیقت را نگویند یا از وجوه کمک نقدی یا کارت TANF Debit برای برداشت پول نقد یا انجام معاملات در کازینو، مشروب فروشی ها، مراکز سرگرمی بزرگسالان "کلوب های استریپ"، اتاق های پوکر، وثیقه، استفاده نکنید. کلوب های شبانه/سالن ها/میخانه ها، سالن های بینگو، بیست های مسابقه، موسسات بازی، فروشگاه های اسلحه/مهمات، گشتی های تفریحی، کتابخوان های روانی، مغازه های سیگار، مغازه های خالکوبی/سوراخ کردن، و سالن های اسپا/ماساژ اکیداً ممنوع است، اطلاعات نادرست در مورد مکان خود ارائه دهید. زندگی کنید تا بتوانید در بیش از یک ایالت مزایا دریافت کنید و به اتهامات مرتبط با مواد مخدر یا جنایات شدید خشونت آمیز محکوم شوید، در تاریخ 1/1/97 یا بعد از آن.

هر کسی در خانواده شما که این قوانین را عمداً زیر پا بگذارد می‌تواند از شش ماه تا دائمی از برنامه TANF محروم شود.

برای **MEDICAID**، ارتکاب کلاهبرداری یا سوء استفاده خلاف قانون است. ممکن است به واحد صداقت برنامه Medicaid و PeachCare برای کودکان® ارجاع داده شوید. متجاوزان ممکن است به استفاده از یک ارائه دهنده محدود شوند، از برنامه خاتمه داده شوند یا از اداره بهداشت جامعه برای خدمات پزشکی ارائه شده بازپرداخت کنند.

کلاهبرداری یک عمل غیر صادقانه است که عمداً انجام می‌شود. سوء استفاده کردن عملی است که از شیوه های خوب پیروی نمی‌کند.

**نمونه هایی از کلاهبرداری و سوء استفاده از شرکت کنندگان عبارتند از:**

- به شخص دیگری اجازه دهید از کارت بیمه درمانی Medicaid، PeachCare برای کودکان® یا کارت بیمه بهداشتی CMO شما استفاده کند
- گرفتن نسخه به قصد سوء استفاده یا فروش دارو
- استفاده از اسناد جعلی برای دریافت خدمات
- استفاده غلط یا سوء استفاده از تجهیزات ارائه شده توسط Medicaid یا PeachCare برای کودکان®
- ارائه اطلاعات نادرست یا اجازه دادن به دیگران برای دریافت واجد شرایط بودن Medicaid یا PeachCare برای کودکان®

- عدم گزارش تغییراتی که در درآمد، ترتیبات زندگی، یا منابع رخ می دهد

برای گزارش تقلب مشکوک Medicaid در مورد گیرندگان یا ارائه دهندگان، به اداره سلامت جامعه جورجیا دفتر بازرس کل به (محلی) به (404) 463-7590 یا (رایگان) (800) 533-0686 تماس بگیرید. از طریق ایمیل به آدرس [oianonymous@dch.ga.gov](mailto:oianonymous@dch.ga.gov)؛ از طریق پست در وزارت بهداشت جامعه، بخش OIG <https://dch.georgia.gov/report>؛ یا به آدرس PI، 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334 مراجعه نمایید.

### اطلاعات ثبت نام رای دهندگان

اگر برای رای دادن در جایی که اکنون زندگی می کنید ثبت نام نکرده اید، آیا می خواهید امروز برای رای دادن در این جا ثبت نام کنید؟

\_\_\_\_\_بله

\_\_\_\_\_خیر

\_\_\_\_\_ نمی خواهم به سؤال ثبت نام رای دهندگان پاسخ دهم

درخواست برای ثبت نام یا امتناع از ثبت نام برای رای دادن بر میزان کمکی که توسط این آژانس به شما ارائه می شود تأثیری نخواهد داشت.

اگر برای تکمیل فرم درخواست ثبت نام رای دهندگان کمک می خواهید، ما به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم گیری در مورد درخواست یا پذیرش کمک با شماست. می توانید فرم درخواست را به صورت خصوصی پر کنید.

اگر فکر می کنید که شخصی در حق شما برای ثبت نام یا امتناع از ثبت نام برای رای دادن، حق شما برای حفظ حریم خصوصی در تصمیم گیری برای ثبت نام یا درخواست ثبت نام برای رای دادن، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی خود یا ترجیحات سیاسی دیگر دخالت کرده است، می توانید با وزیر امور خارجه شکایت کنید 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 یا به شماره تماس بگیرید (404) 2871-656.

اگر هر یک از کادرها را علامت نزنید، در نظر گرفته می شوید که تصمیم گرفته اید در این زمان برای رای دادن ثبت نام نکنید.

یک کپی از برنامه ثبت نام رای دهندگان گرجستان همراه با برنامه های کاربردی DFCS، تمدید و تغییر فرم های آدرس موجود است. همچنین می توانید درخواست ثبت نام رای دهندگان را از کارمند پرونده خود درخواست کنید. اگر درخواست ثبت نام رای دهندگان را تکمیل می کنید، آن را به دنبال دستورالعمل های ارائه شده در درخواست ثبت نام رای دهندگان به دفتر وزیر امور خارجه جورجیا ارسال کنید.

اگر در حال تمدید Medicaid و SNAP یا TANF هستید، باید در کادری که مناسب شرایط شما باشد امضا و تاریخ گذاری کنید.

لطفاً برای شروع فرآیند تمدید، این فرم را قبل از تاریخ پایان گواهی برگردانید.

● فقط برای Medicaid - هنگامی که متقاضی/عضو/نگهبان قانونی تکمیل شد اینجا را امضا کنید:

اگر من برای خودم Medicaid درخواست/تمدید می‌کنم، با مجازات شهادت دروغ اعلام می‌کنم که آمریکایی هستم. شهروند ایالات متحده. مهاجر ملی و/یا واجد شرایط حاضر در ایالات متحده. اگر من یک والدین یا قیم قانونی باشم، اعلام می‌کنم که متقاضی (ها) از ایالات متحده باشند. شهروند ایالات متحده. مهاجر ملی و/یا واجد شرایط در ایالات متحده. من همچنین گواهی می‌دهم که تمام اطلاعات ارائه شده در این برنامه تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است.

\_\_\_\_\_ (امضا) \_\_\_\_\_ (تاریخ)

● فقط برای Medicaid - هنگامی که شخص غیر از متقاضی/اعضا/والدین/سرپرست قانونی در حال تکمیل است، اینجا را امضا کنید:

من تا حد دانش و اعتقاد گواهی می‌دهم که فردی که برای آن درخواست می‌دهم/تمدید می‌کنم شهروند ایالات متحده است/ هستند. ملی(ها) و/یا مهاجر واجد شرایط یا به طور قانونی در ایالات متحده حضور دارند. من همچنین گواهی می‌دهم که تمام اطلاعات ارائه شده در این برنامه تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است.

\_\_\_\_\_ (امضا) \_\_\_\_\_ (تاریخ)

تلفنی که توسط آن می‌شود با شما ارتباط گرفت \_\_\_\_\_

اگر متقاضی/عضو/والد/قیم قانونی این شخص را به عنوان نماینده شخصی بخواهد، باید اینجا را بررسی کرده و در زیر امضاء کند.  بله  خیر

\_\_\_\_\_ (متقاضی/عضو/والد/قیم قانونی) \_\_\_\_\_ (تاریخ)

● برای SNAP و/یا TANF - هنگامی که متقاضی/گیرنده/سرپرست قانونی در حال تکمیل است:

من طبق جریمه شهادت دروغ با دانش کامل و اعتقاد اعلام می‌کنم که شخص یا افرادی که برای آنها درخواست می‌کنم، شهروند (شهروندان) ایالات متحده هستند یا غیرشهروند (ها) به طور قانونی در ایالات متحده حضور دارند. همچنین گواهی می‌دهم که تمام اطلاعات ارائه شده در این درخواست تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است. می‌دانم و موافقم که DHS-DFCS، DCH و آژانس‌های فدرال مجاز ممکن است اطلاعاتی را که من در این برنامه ارائه می‌دهم تأیید کنند. اطلاعات ممکن است از کارفرمایان گذشته یا فعلی بدست آید. می‌دانم که از اطلاعات من برای ردیابی اطلاعات دستمزد و مشارکت من در فعالیت های کاری استفاده می‌شود.

من هر تغییری در وضعیت خود را با توجه به شرایط برنامه SNAP و/یا TANF گزارش خواهم کرد. همچنین اگر کسی در خانواده من برنده لاتاری یا شرط بندی شود و مبلغ ناخالص \$4500 یا بیشتر (قبل از کسر مالیات یا سایر مبالغ) به دست آورد، آن را گزارش خواهم کرد. من این جایزه‌ها را ظرف حداکثر 10 روز از پایان ماهی گزارش خواهم کرد که خانواده‌ام آن را دریافت کنند. می‌دانم که اگر اطلاعات نادرست باشد، ممکن است مزایای من کاهش یا رد شود، و ممکن است به دلیل ارائه آگاهانه اطلاعات نادرست، مشمول تعقیب کیفری یا محرومیت از برنامه‌های DHS-DFCS باشم. من درک می‌کنم که در صورت ارائه اطلاعات نادرست یا مخفی کردن اطلاعات، می‌توانم تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم. می‌دانم که اگر نتوانم در طول درخواست یا فرآیند تمدید برخی از هزینه‌هایم را به DHS-DFCS بگویم و/یا آنها را تأیید نکنم، DHS-DFCS آن هزینه را برای محاسبه میزان مزایای SNAP من بودجه نخواهد داد.

اداره خدمات بشری گرجستان ("DHS") اطلاعات شناسایی شخصی (PII) مانند نام، آدرس، شماره تلفن، آدرس ایمیل، و تاریخ تولد و غیره را در طول درخواست شما برای مزایای جمع آوری می‌کند. با ارسال هرگونه اطلاعات شخصی به ما، موافقت می‌کنید که ما می‌توانیم چنین اطلاعات شخصی را مطابق با خط مشی‌ها، طرز العمل های DHS و طبق قانون و/یا مقررات مجاز یا مورد نیاز جمع‌آوری، استفاده و افشا کنیم.

\_\_\_\_\_ (امضا) \_\_\_\_\_ (تاریخ)



**(این مدارک را برای اطلاعات خود نگه دارید)**

این نمودار برخی از اصطلاحات استفاده شده در این فرم را توضیح می دهد.

متقاضی	فردی که برای دریافت کمک یا مزایای دولتی درخواست می دهد.
واحد کمک (AU)	واحد کمک شامل افراد واجد شرایطی است که با هم زندگی می کنند، از جمله یک فرد باردار و یک کودک متولد نشده، و از کمک ها/مزایای دولتی برخوردار می شوند.
سرپرست	والدین، فرد باردار، خویشاوند یا قیم قانونی که برای TANF با فرزندان تحت مراقبت خود، از جمله یک کودک متولد نشده، درخواست داده و دریافت می کند.
شناسه مشتری	شماره منحصر به فردی که به فردی که کمک/مزایای عمومی را دریافت می کند اختصاص می یابد.
رد صلاحیت شد	اقدام انجام شده برای حذف یک فرد از پرونده SNAP یا TANF به دلیل اینکه حقیقت را نگفت و مزایایی دریافت کرد که نباید دریافت می کرد.
خشونت خانگی	خشونت خانگی می تواند شامل ضربه زدن، لگد، ضرب و شتم، تجاوز، خفه شدن، تهدید، کنترل شدن یا جلوگیری از دستیابی به آنچه برای زندگی نیاز دارید (مانند غذا، دارو یا خانه) توسط همسر باشد، دوست پسر/دوست دختر، شریک، یا "قبلی".
انتقال الکترونیکی مزایا (EBT)	سیستمی که در گرجستان برای پرداخت مزایا به افرادی که واجد شرایط SNAP هستند استفاده می شود. به افرادی که کمک دریافت می کنند یک کارت نقدی EBT صادر می شود که برای دسترسی به حساب های SNAP آنها استفاده می شود.
ارتباطات الکترونیکی	شما می توانید انتخاب کنید که چگونه می خواهید اعلان های مربوط به اطلاعات خود را دریافت کنید. اگر دریافت ایمیل یا اعلان های متنی را انتخاب کنید، پیامی دریافت می کنید که به شما اطلاع می دهد که شما در «اعلامیه های من» واقع در پورتال مشتریان GA Gateway اعلامیه ای دارید. برای ارتباط با ایمیل، باید آدرس ایمیل خود را به ما ارائه دهید و پس از ایجاد حساب، شرایط و ضوابط اعلامیه های بدون کاغذ واقع در پورتال مشتریان GA Gateway را بپذیرید. لطفاً از وبسایت پورتال مشتریان GA Gateway در <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a> دیدن کنید تا تنظیمات اعلان خود را به روزرسانی کنید. برای ارتباطات از طریق ارسال پیامک، باید شماره تلفن خود را در اختیار ما قرار دهید. نرخ استاندارد پیام و داده اعمال می شود. این ممکن است بسته به شرکت های مخابراتی متفاوت باشد، لطفاً با ارائه دهنده خود بررسی کنید.
اقوام دریافت کننده کمک هزینه	والدین، فرد باردار، خویشاوند یا قیم قانونی که از طرف فرزندان، از جمله یک کودک متولد نشده، برای دریافت TANF به نام خود درخواست کرده و دریافت می کند.
درآمد ناخالص	کل درآمد یک شخص قبل از در نظر گرفتن مالیات یا سایر کسورات.
فرد بی خانمان	فردی که فاقد اقامتگاه شبانه ثابت و منظم است یا فردی که اقامتگاه اصلی شبانه او عبارت است از: <ul style="list-style-type: none"> <li>یک سرپناه تحت نظارت طراحی شده برای ارائه اقامتگاه های موقت (مانند یک هتل رفاهی یا سرپناه دسته جمعی)؛</li> <li>یک خانه نیمه راه یا مؤسسه مشابهی که برای افرادی که قرار است در آن نهادینه شوند، اقامت موقت فراهم می کند؛</li> <li>اقامت موقت به مدت حداکثر 90 روز در محل اقامت فرد دیگری؛ یا مکانی که برای خوابیدن انسان ها طراحی نشده یا معمولاً از آن استفاده نمی شود (راهرو، ایستگاه اتوبوس، لابی یا مکان های مشابه).</li> </ul>
اعضای خانواده	افرادی که در خانه شما زندگی می کنند. برای SNAP، افرادی که با هم زندگی می کنند و غذاهای خود را با هم خریداری و آماده می کنند.
درآمد	پرداخت هایی مانند دستمزد، حقوق، پورسانت، پاداش، غرامت کارگر، معلولیت، حقوق بازنشستگی مستمری، مزایای بازنشستگی، بهره، نفقه فرزند یا هر شکل دیگری از پول دریافتی.
قانون معافیت مالیاتی طبقه متوسط 2012	این قانون استفاده از وجوه کمک نقدی یا کارت های نقدی TANF را برای برداشت پول نقد یا انجام معاملات در کارینو، مشروبات فروسشی ها، امکانات سرگرمی بزرگسالان، اتاق های پوکر، وثیقه، کلب های شبانه/سالن ها/میخانه ها، سالن های یکنوع بازی شبیه لوتو، مسیرهای مسابقه، موسسات بازی، فروشگاه های اسلحه/مهمات، کشتی های کروز، ذهن خوان، مغازه های سیگار، مغازه های خالکوبی/سوراخکاری، و سالن های آب گرم/ماساژ ممنوع می کند. استفاده از وجوه کمک نقدی یا کارت نقدی TANF در این مشاغل، نقض عمدی برنامه (کلاهبرداری) از سوی گیرنده است.
غیر- متقاضی	فردی که برای کمک/مزایای عمومی درخواست یا دریافت نمی کند. افراد غیر متقاضی نیازی به ارائه شماره تامین اجتماعی، تابعیت یا وضعیت مهاجرت ندارند.
دریافت کننده وجه	دریافت کننده وجه فردی است که مسئولیت دریافت کمک نقدی و خرج کردن وجوه را از طرف AU می پذیرد. گیرنده پرداخت ممکن است عضو AU باشد یا نباشد.
هزینه های قبل از مالیات	هزینه های قبل از مالیات کسرهایی هستند که قبل از اعمال مالیات از درآمد شما برداشته می شوند. همه کسورات قبل از مالیات نیستند. رایج ترین کسورات قبل از مالیات عبارتند از بیمه درمانی، بیمه دندانپزشکی، بیمه بینایی و غیره. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>

<p>خارجی/مهاجر واجد شرایط شخصی است که به طور قانونی در ایالات متحده اقامت دارد و در یکی از دسته‌بندی‌های زیر قرار می‌گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شخصی که به طور قانونی برای اقامت دائم (LPR) تحت قانون مهاجرت و ملیت (INA) پذیرفته شده است؛</li> <li>• مهاجر آمراسیایی تحت بخش 584 قانون عملیات خارجی، تأمین مالی صادرات و تخصیص برنامه‌های مربوطه در سال 1988؛</li> <li>• شخصی که طبق ماده INA 208 پناهنده‌گی دریافت کرده است؛</li> <li>• پناهندگان پذیرفته شده بر اساس بخش INA 207؛</li> <li>• شخصی که طبق بخش INA (5) (d) 212 به‌عنوان پناهنده به صوت مشروط آزاد شده است؛</li> <li>• شخصی که اخراج او بر اساس بخش INA (h) 243 که قبل از 1 آوریل 1997 لازم الاجرا بود، یا بخش (b)241(3) INA، با اصلاحیه، خودداری می‌شود؛</li> <li>• شخصی که طبق بخش INA (7)(a)203 که قبل از 1 آوریل 1980 لازم الاجرا بود، اجازه ورود مشروط به وی داده شده است؛</li> <li>• مهاجران کوبایی یا هائیتی همانطور که در بخش (e) 501 قانون کمک به آموزش پناهندگان مصوب 1980 تعریف شده است؛</li> <li>• قربانیان قاچاق انسان بر اساس بخش (b) 107 (1) قانون حمایت از قربانیان قاچاق انسان در سال 2000؛</li> <li>• مهاجران کتک خورده که شرایط مندرج در بخش (c) 431 قانون مسئولیت شخصی و اصلاح فرصت های کاری سال 1996 با اصلاحیه را دارند؛</li> <li>• مهاجران افغان یا عراقی که بر اساس بخش (a)101(27) INA وضعیت مهاجر ویژه‌ای به آنها اعطا شده است (با توجه به شرایط مشخص)؛</li> <li>• سرخپوستان آمریکایی متولد شده در کانادا و مقیم ایالات متحده تحت بخش INA 289 یا غیر شهروندان قبیله سرخپوستانی که توسط فدرال به رسمیت شناخته شده‌اند بر اساس بخش (e) 4 قانون خود تعیینی و کمک آموزشی هندی و؛</li> <li>• اعضای قبیله Hmong یا Highland Laotian که با شرکت در عملیات نظامی یا نجات در دوران ویتنام (8/05/1964 – 5/07/1975) به پرسنل ایالات متحده کمک کردند.</li> </ul> <p>فقط برای متقاضیان کمک پزشکی، پیمان انجمن آزاد (COFA) شهروندان ایالات فدرال Micronesia، جمهوری جزایر Marshall و جمهوری Palau هست. مهاجران COFA نیازی به رعایت محدودیت 5 ساله ندارند.</p>	<p><b>خارجی / مهاجر واجد شرایط</b></p>
<p>پول نقد، اموال یا دارایی هایی مانند حساب های بانکی، وسایل نقلیه، سهام، اوراق قرضه و بیمه عمر.</p>	<p><b>منابع</b></p>
<p>اعمال جنسی غیر توافقی که توسط قانون فدرال، قبیله‌ای یا ایالتی ممنوع شده است، از جمله زمانی که قربانی فاقد توانایی برای رضایت باشد.</p>	<p><b>تجاوز جنسی</b></p>
<p>رفتار های خصمانه، ارباب‌کننده یا ظالمانه بر اساس جنسیت که محیط کاری توهین آمیز ایجاد می‌کند.</p>	<p><b>آزار جنسی</b></p>
<p>عمل یا جنایت تعقیب یا آزار و اذیت عمدی و مکرر شخص دیگری در شرایطی است که باعث ترس یک فرد معمولی از جراحت یا مرگ شود، به ویژه به دلیل تهدیدهای صریح یا ضمنی.</p>	<p><b>تعقیب کردن</b></p>
<p>پرداخت‌هایی مانند دستمزد، حقوق، کمیسیون، پاداش، معلولیت، بازنشستگی، مزایای بازنشستگی، بهره یا هر شکل دیگری از پول دریافتی.</p>	<p><b>درآمد مشمول مالیات</b></p>
<p>فردی که انتظار دارد در اظهارنامه مالیاتی شخصی که آن را ثبت می‌کند مطالبه شود. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>	<p><b>وابسته به مالیات</b></p>
<p>فردی که انتظار دارد اظهارنامه مالیاتی ارائه کند. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>	<p><b>پرونده مالیاتی</b></p>
<p>کسری‌های اظهارنامه مالیاتی /کسری‌های مجاز IRS هستند که در فرم اظهارنامه مالیاتی 1040 شما یافت می‌شوند، و از خط 23 تا خط 35 شروع می‌شوند. آنها عبارتند از: هزینه های مرئوس؛ فرم 2106؛ فرم پس انداز سلامت 8889؛ هزینه جابجایی فرم 3909؛ جریمه / برداشت زود هنگام پس انداز؛ نفقه پرداخت شده؛ کسر IRA؛ بهره وام دانشجویی؛ فرم شهرییه و هزینه‌ها 8917؛ فرم فعالیت‌های تولید داخلی 8903. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>	<p><b>کسری‌های اظهارنامه مالیاتی</b></p>
<p><b>قاچاق مزایای SNAP به این معناست:</b></p> <p>(1) خرید، فروش، سرقت یا به هر صورت مبادله مزایای SNAP صادر شده و قابل دسترسی از طریق کارت های EBT، شماره کارت و شماره بین یا با کوپن دستی و امضا، به صورت نقدی یا مبلغی غیر از غذای واجد شرایط، به طور مستقیم، غیر مستقیم، در مشارکت یا تبانی با دیگران یا اقدام به تنهایی؛</p> <p>(2) مبادله سلاح گرم، مهمات، مواد منفجره یا مواد کنترل شده؛ (3) خرید کالایی با مزایای SNAP که دارای ظرف مستلزم سپرده برگشتی یا هدف اخذ پول نقد یا دور انداختن محصول و بازگرداندن ظرف به مبلغ سپرده، دور انداختن عمدی محصول و بازگرداندن عمدی ظرف برای مبلغ سپرده؛ (4) خرید محصول با مزایای SNAP با هدف اخذ پول نقد یا مبلغی غیر از فروش مجدد مواد غذایی واجد شرایط محصول و متعاقباً عمداً فروش مجدد محصول خریداری شده با مزایای SNAP در ازای پول نقد یا مبلغی غیر از غذای واجد شرایط؛ (5) خرید عمدی محصولاتی که ابتدا با مزایای SNAP خریداری شده اند در ازای پول نقد یا مبلغی غیر از غذای واجد شرایط خریداری شده اند. (6) تلاش برای خرید، فروش، سرقت، یا تأثیرگذاری بر مبادله مزایای SNAP که از طریق کارت‌های انتقال مزایای الکترونیکی (EBT)، شماره کارت و شماره شناسایی شخصی (PIN)، یا با کوپن و امضاهای دستی برای پول نقد صادر و به آنها دسترسی پیدا می‌کند. یا در نظر گرفتن غیر از غذای واجد شرایط، به طور مستقیم، غیر مستقیم، در همدستی یا تبانی با دیگران، یا اقدام به تنهایی.</p>	<p><b>قاچاق در SNAP</b></p>
<p>ایالت جورجیا یک گزینه پرداخت "الکترونیکی" مناسب برای گیرندگان TANF به نام MasterCard Debit Way2Go اجرا کرده است. تحت این گزینه پرداخت، پول در اولین روز تقویم ماه به حساب گیرنده واریز می‌شود. اگر اولین روز ماه در تعطیلات آخر هفته یا تعطیلات عمومی قرار بگیرد، مزایا در آخرین روز کاری ماه قبل در دسترس قرار می‌گیرد. گیرنده فوراً به وجه خود دسترسی دارد زیرا وجوه به صورت الکترونیکی در ماسترکارت بدهی بارگیری می‌شود.</p>	<p><b>ماستر کارت نقدی Way2Go</b></p>

کمک به افراد دارای معلولیت

اداره خدمات انسانی جورجیا و سازمان بهداشت همگانی جورجیا ("ادارات") طبق قانون فدرال \* ملزم هستند، برای افراد معلول فرصتی برابر برای مشارکت در برنامه‌ها، خدمات یا فعالیت‌های ادارات ارائه دهند و آنها را واجد شرایط بدانند. این شامل برنامه‌هایی مانند TANF، SNAP و کمک پزشکی است.

دپارتمان‌ها برای جلوگیری از تبعیض بر اساس ناتوانی، تغییرات معقولی را در مواقعی که اصلاحات لازم باشد، ارائه می‌کنند. برای مثال، ممکن است سیاست‌ها، عمل‌ها یا رویه‌ها را تغییر دهیم تا دسترسی برابر را فراهم کنیم. برای اطمینان از ارتباط یکسان مؤثر، ما به افراد دارای معلولیت یا همراهان دارای معلولیت کمک ارتباطی مانند مترجمان زبان اشاره ارائه می‌دهیم. کمک ما رایگان است. وزارت‌ها ملزم به ایجاد هرگونه تغییری نیستند که منجر به تغییر اساسی در ماهیت یک خدمت، برنامه یا فعالیت یا بار مالی و اداری بی‌مورد شود.

چگونه می‌توان یک اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی درخواست کرد

اگر ناتوانی دارید و نیاز به اصلاح منطقی، کمک ارتباطی یا کمک اضافی دارید، لطفاً با کارمند پرونده خود تماس بگیرید. به عنوان مثال، اگر به کمک یا خدماتی برای ارتباط مؤثر نیاز دارید، مانند مترجم زبان اشاره، تماس بگیرید. می‌توانید با مددکار پرونده خود یا با DFCS به شماره (877) 423-4746 یا با تیم DCH Katie (KB) Beckett به شماره 678-248-7449 تماس بگیرید تا درخواست خود را ارائه دهید. همچنین می‌توانید درخواست خود را با استفاده از فرم درخواست اصلاح معقول DFCS ADA، که در دفتر محلی DFCS یا به صورت آنلاین در <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> موجود است، ارسال کنید، یا ممکن است فرم درخواست اصلاح منطقی DCH ADA را در دفتر KB، به صورت آنلاین در <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> دریافت کنید، یا می‌توانید درخواست اصلاح خود را به [DCH.ADAassistance@dch.ga.gov](mailto:DCH.ADAassistance@dch.ga.gov) ایمیل کنید.

نحوه ثبت شکایت

اگر ادارات به دلیل ناتوانی شما علیه شما تبعیض قایل شده‌اند، حق شکایت دارید. به عنوان مثال، اگر درخواست یک اصلاح معقول یا مترجم زبان اشاره را داشته باشید که در یک زمان معمولی رد شده یا به آن عمل نشده است، می‌توانید شکایت تبعیض ارائه کنید. می‌توانید با تماس با کارگر پرونده، دفتر محلی DFCS یا هماهنگ‌کننده حقوق مدنی ADA، بخش DFCS/بخش 504 در Trinity Avenue SW 47، آتلانتا، GA 30334، به (877) 423-4746 صورت شفاهی یا کتبی شکایت کنید. برای DCH، با هماهنگ‌کننده تیم KB ADA/Section 504 در Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 2211 یا [P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, \(678\) 248-7449](mailto:P.O.Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449) تماس بگیرید. ایمیل DCH این است: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov)

می‌توانید از کارگر پرونده خود یک نسخه از فرم شکایت حقوق مدنی DFCS را بخواهید. فرم شکایت در نشانی <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> نیز موجود است. اگر برای شکایت تبعیض به کمک نیاز دارید، می‌توانید با کارکنان DFCS فهرست شده در بالا تماس بگیرید. افرادی که ناشنوا یا کم شنوا هستند یا ممکن است ناتوانی گفتاری داشته باشند، می‌توانند با 711 تماس بگیرند تا اپراتور با ما ارتباط برقرار کند. ایمیل برای شکایات حقوق شهروندی [DCH:dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:DCH:dch.civilrights@dch.ga.gov). لینک فرایند حقوق شهروندی DCH و فرم شکایت در این آدرس موجود است: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>

شما همچنین می‌توانید یک شکایت تبعیض را با آژانس فدرال مربوطه ارسال کنید. اطلاعات تماس ایالات متحده. وزارت کشاورزی (USDA) و ایالات متحده. بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (HHS) در "بیانیه عدم تبعیض" گنجانده شده است.

\* بخش 504 قانون احیا 1973؛ قانون آمریکایی‌های معلول 1990؛ و قانون اصلاحات قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت در سال 2008 تضمین می‌کند که افراد دارای معلولیت از تبعیض غیرقانونی خالی هستند.

تحت خط مشی وزارت بهداشت جامعه (DCH)، برنامه‌های کمک پزشکی نمی‌توانند واجد شرایط بودن یا مزایای شما را بر اساس نژاد، سن، جنس، ناتوانی، منشأ ملی یا مذهب شما رد کنند.

### بیانیه عدم تبعیض

مطابق با قوانین فدرال حقوق شهروندی و ایالات متحده. مقررات و سیاست‌های حقوق شهروندی وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA)، USDA، آژانس‌ها، دفاتر و کارمندان آن، و مؤسساتی که در برنامه‌های USDA شرکت می‌کنند یا مجری آن هستند، از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، تبار ملی، جنسیت (شامل هویت جنسی و گرایش جنسی)، اعتقادات مذهبی، ناتوانی، سن، عقاید سیاسی، یا تلافی برای فعالیت‌های حقوق شهروندی قبلی در هر برنامه یا فعالیتی که توسط USDA انجام شده یا تأمین مالی شده است، منع شده‌اند. برنامه‌هایی که از ایالات متحده کمک مالی فدرال دریافت می‌کنند. وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS) ایالات متحده دریافت می‌کنند، مانند کمک‌های موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF)، و برنامه‌هایی که HHS آن‌ها را مستقیماً اداره می‌کند نیز طبق قوانین فدرال حقوق شهروندی و مقررات HHS از تبعیض منع شده‌اند.

افراد معلول که برای دسترسی به اطلاعات برنامه نیاز به وسایل ارتباطی جایگزین (مانند خط بریل، چاپ بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی) دارند، باید با آژانس (ایالتی یا محلی) که نزد آن درخواست مزایا کرده‌اند تماس بگیرند. افراد ناشنوا، کم‌شنوا یا مبتلا به ناتوانی گفتاری می‌توانند از طریق سرویس رله فدرال به شماره 800 877-8339 با USDA تماس بگیرند. علاوه بر این، اطلاعات برنامه ممکن است به زبان‌های دیگری غیر از انگلیسی قابل دسترسی باشد.

### شکایات حقوق شهروندی مربوط به برنامه‌های USDA

USDA کمک مالی فدرال برای بسیاری از برنامه‌های امنیت غذایی و کاهش گرسنگی مانند برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)، برنامه توزیع غذا در رزرواسیون هند (FDPIR) و غیره ارائه می‌کند. برای ثبت شکایت در مورد تبعیض در برنامه، فرم شکایت تبعیض برنامه (AD-3027) که آنلاین در نشانی <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> و در هر یک از دفاتر USDA یافت می‌شود را تکمیل کنید، یا نامه‌ای به آدرس USDA بنویسید و تمام اطلاعات درخواست شده در فرم را در نامه ارائه کنید. برای درخواست کپی فرم شکایت با شماره 866 632-9992 (866) تماس بگیرید. فرم یا نامه تکمیل شده خود را از طرق زیر به USDA تسلیم کنید:

1. پست: خدمات غذا و تغذیه، USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314؛ یا
2. فکس: 256-1665 (833) یا 690-7442 (202)؛ یا
3. تلفن: 620-1071 (833)؛ یا
4. ایمیل: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

برای هر گونه اطلاعات دیگر درباره مسایل SNAP، افراد باید با خط تلفن USDA SNAP به شماره 800 221-5689، که به زبان اسپانیایی نیز می‌باشد، یا با [شماره‌های خط راهنما/اطلاعات ایالتی](#) تماس بگیرند (برای فهرست شماره‌های تلفن بر اساس ایالت، روی لینک کلیک کنید)؛ آنلاین در: [خط تلفن SNAP](#).

### شکایات حقوق شهروندی مربوط به برنامه‌های HHS

HHS کمک‌های مالی فدرال را برای بسیاری از برنامه‌ها برای بهبود سلامت و رفاه فراهم می‌کند، از جمله TANF، Head Start، برنامه کمک به انرژی در خانه یا درآمد کم (LIHEAP) و غیره. اگر فکر می‌کنید که به دلیل نژاد، رنگ پوست، تبار ملی، ناتوانی، سن، جنسیت (از جمله بارداری، گرایش جنسی و هویت جنسی)، یا مذهب در برنامه‌ها یا فعالیت‌هایی که HHS مستقیماً اجرا می‌کند یا HHS به آن‌ها کمک مالی فدرال ارائه می‌کند مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید برای خود یا شخص دیگر به اداره حقوق شهروندی (OCR) شکایت کنید.

برای ثبت شکایت از تبعیض برای خود یا شخص دیگری در رابطه با برنامه دریافت کمک مالی فدرال از طریق HHS، فرم را به صورت آنلاین از طریق پورتال شکایت OCR به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> تکمیل کنید. همچنین می‌توانید با OCR از طریق این آدرس پستی تماس بگیرید: مدیریت عملیات پرونده متمرکز، ایالات متحده. وزارت بهداشت و خدمات انسانی، Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, 200 D.C. 20201؛ فکس: 3818-619 (202)؛ یا ایمیل: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). برای رسیدگی سریع‌تر، توصیه می‌کنیم که به جای ارسال از طریق پست، از پورتال آنلاین OCR برای ثبت شکایات استفاده کنید. افرادی که برای ثبت شکایت حقوق مدنی نیاز به کمک دارند می‌توانند به OCR ایمیل بزنند در [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) یا با شماره تلفن رایگان با OCR با شماره 1-800-368-8001، TDD 1-800-537-7697 تماس بگیرید. افراد ناشنوا، کم‌شنوا یا دارای مشکلات گفتاری، لطفاً 7-1-1 را شماره‌گیری کنند تا به سرویس رله مخابراتی دسترسی پیدا کنند. همچنین فرصت‌های مناسب برای افراد دارای معلولیت (مانند خط بریل و حروف بزرگ)، کمک‌های جانی و خدمات کمک زبانی را به‌صورت رایگان برای ثبت شکایت ارائه می‌دهیم.

این موسسه، یک ارائه‌کننده فرصت‌های برابر است.

تحت اداره خدمات انسانی (DHS)، شما همچنین می‌توانید شکایات تبعیض دیگر را با تماس با دفتر محلی DFCS یا حقوق مدنی DFCS ADA/بخش 504 هماهنگ کننده در Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334، ثبت کنید. برای شکایات مربوط به تبعیض بر اساس مهارت محدود انگلیسی، یا برنامه مهارت انگلیسی و اختلال حسی DHS Limited در Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334، (877) 423-4746 تماس بگیرید.

درخواست ها را به USDA یا HHS ارسال نکنید