

**Georgia Department of Human Services (જ્યોર્જિયા માનવ સેવા વિભાગ)**  
**SNAP/MEDICAID/TANF રિન્યુઅલ ફોર્મ**

જો તમને આ દસ્તાવેજ વાંચવા કે પૂર્ણ કરવામાં મદદ જોઈતી હોય અથવા અમારી સાથે વાતચીત કરવામાં મદદ જોઈતી હોય, તો અમને પૂછો અથવા (877) 423-4746 પર કોલ કરો. દુભાષિયા સહિતની અમારી સેવાઓ નિ:શુલ્ક છે. જો તમે બહેરા હોવ, સાંભળી શકતા ન હોવ, બહેરા-અંધ હોવ અથવા બોલવામાં તકલીફ પડતી હોય, તો તમે 711 (Georgia Relay) ડાયલ કરીને અમને ઉપરના નંબર પર કોલ કરી શકો છો.

<b>માત્ર ઓફિસ ઉપયોગ માટે:</b> પ્રાપ્તિની તારીખ _____ કલાયન્ટ ID # _____ પ્રારંભની તારીખ: _____ શરૂ કરાયેલા કાર્યક્રમો: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid
---

જો તમે SNAP માટે ફરીથી અરજી કરી રહ્યાં હોવ અથવા તમારા TANF અથવા Medicaid લાભોનું નવીકરણ કરી રહ્યાં હોવ, તો તમે આ નવીકરણ/અરજી ફોર્મ માત્ર તમારા નામ, સરનામું અને સહી સાથે ફાઇલ કરી શકો છો. **જો કે, જો તમે આપું ફોર્મ ભરો અને જો વિનંતી કરવામાં આવે તો માહિતીની ચકાસણી પૂરી પાડો તો તે અમને તમારી અરજી, પુનઃપ્રમાણીકરણ/નવીકરણની પ્રક્રિયા વધુ ઝડપથી કરવામાં મદદ કરશે.** તમે આ ફોર્મનો ઉપયોગ SNAP/Medicaid અને/અથવા TANF પ્રોગ્રામ માટે અથવા માત્ર SNAP માટે સંયુક્ત નવીકરણ/અરજી ફાઇલ કરવા માટે કરી શકો છો. તમારું SNAP રિન્યુઅલ ફક્ત એ આધાર પર સમાપ્ત કરવામાં આવશે નહીં કે તમારી નવીકરણ/અન્ય પ્રોગ્રામ માટે અરજી નકારવામાં/સમાપ્ત કરવામાં આવી છે. અમે તમારા SNAP રિન્યુઅલ માટે અલગથી પાત્રતા નક્કી કરીશું.

**કૃપા કરીને નીચેની જગ્યામાં લાભો માટે ફરીથી અરજી કરનાર વ્યક્તિનું નામ અને સરનામું પ્રિન્ટ કરો:**

ગ્રાહકનું નામ:	જન્મ તારીખ:	સામાજિક સુરક્ષા નંબર (બિન-અરજદારો માટે વૈકલ્પિક*)
શું તમે બેઘર છો? હા _____ ના _____	*નીચે નાગરિકતા ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ અને સામાજિક સુરક્ષા નંબરો જુઓ.	
શરીરનું સરનામું:		
પત્રવ્યવહારનું સરનામું:		
મુખ્ય ફોન નંબર:	અન્ય સંપર્ક નંબર:	
ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન: ઇમેઇલ: હા _____ અથવા ના _____ (વૈકલ્પિક) લખાણ મોકલવું: હા _____ અથવા ના _____ (વૈકલ્પિક)	ઇમેઇલ સરનામું: (વૈકલ્પિક)	
તમારી પસંદગીની ભાષા કઈ છે?	જો ઇન્ટરવ્યૂ જરૂરી હોય, તો શું તમારે દુભાષિયાની જરૂર પડશે? હા _____ અથવા ના _____	

**વિકલાંગતા ધરાવતા અમેરિકનો અધિનિયમ: વાજબી ફેરફાર અને સંચાર સહાય માટેની વિનંતી (જો લાગુ હોય તો):**

શું તમને એવી વિકલાંગતા છે જેને વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયની જરૂર પડશે? હા \_\_\_\_\_ ના \_\_\_\_\_  
(જો હા, તો કૃપા કરીને તમે વિનંતી કરી રહ્યાં છો તે વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયનું વર્ણન કરો):

સાંકેતિક ભાષાના દુભાષિયા \_\_\_\_\_; TTY \_\_\_\_\_; મોટી પ્રિન્ટ \_\_\_\_\_; ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન (ઇમેઇલ) \_\_\_\_\_; બ્રેઇલ \_\_\_\_\_;  
 વિડિયો રિલે \_\_\_\_\_; ફ્યુડ સ્પીચ દુભાષિયા \_\_\_\_\_; મૌખિક દુભાષિયા \_\_\_\_\_; સ્પર્શોન્દ્રિય દુભાષિયા \_\_\_\_\_ પ્રોગ્રામ ડેડલાઇનનું; ટેલિફોન કોલ રીમાઇન્ડર \_\_\_\_\_; ટેલિફોનિક હસ્તાક્ષર (જો લાગુ હોય તો) \_\_\_\_\_; રૂબરૂ ઇન્ટરવ્યૂ (ઘર મુલાકાત) \_\_\_\_\_;  
 અન્ય: \_\_\_\_\_

શું તમને આ વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયની એક વખત જરૂર છે \_\_\_\_\_ અથવા ચાલુ ધોરણે? જો શક્ય હોય તો, સંક્ષિપ્તમાં સમજાવો કે તમને ક્યારે અને કટલા સમય સુધી આ ફેરફાર અથવા સહાયની જરૂર છે?

હું મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી અને માન્યતા મુજબ ખોટી જુબાનીના દંડ હેઠળ જાહેર કરું છું કે હું જેના માટે લાભો માટે અરજી કરી રહ્યો છું તે વ્યક્તિ(ઓ) U.S નાગરિક(કો) છે અથવા યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સમાં કાયદેસર રીતે હાજર બિન-નાગરિક(કો) છે. હું વધુમાં પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજી પર આપવામાં આવેલી તમામ માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણ મુજબ સાચી અને ખરી છે. હું સમજું છું અને સંમત છું કે DHS-DFCS, DCH અને અધિકૃત ફેડરલ એજન્સીઓ આ અરજી પર મેં આપેલી માહિતી ચકાસી શકે છે. ભૂતકાળ અથવા વર્તમાન નોકરીદાતાઓ પાસેથી માહિતી મેળવી શકાય છે. હું સમજું છું કે મારી માહિતીનો ઉપયોગ વેતનની માહિતી અને કામની પ્રવૃત્તિઓમાં મારી સહભાગિતાને ટ્રેક કરવા માટે કરવામાં આવશે.

હું SNAP અને/અથવા TANF પ્રોગ્રામ જરૂરિયાતો અનુસાર મારી પરિસ્થિતિમાં કોઈપણ ફેરફારની જાણ ફરીશ. જો મારા ઘરમાં કોઈને લોટરી અથવા જુગારમાં \$4500 કે તેથી વધુની કુલ રકમ (ટેક્સ અથવા અન્ય રકમોની અટકાયત પહેલાં)ની જીત મળે તો હું જાણ કરીશ. હું આ જીતની જાણ મારા ઘરના

સભ્યને જીત પ્રાપ્ત થયાના એ જ મહિનાના અંતના 10 દિવસની અંદર કરીશ. હું સમજું છું કે જો કોઈ માહિતી ખોટી હોય, તો મારા લાભો ઘટાડી શકાય છે અથવા નકારવામાં આવી શકે છે, અને જાણી જોઈને ખોટી માહિતી પ્રદાન કરવા બદલ મને ફોજદારી કાર્યવાહી કરવામાં આવી શકે છે અથવા DHS-DFCS પ્રોગ્રામ્સમાંથી ગેરલાયક ઠેરવવામાં આવી શકે છે. હું સમજું છું કે જો હું ખોટી માહિતી આપું અથવા માહિતી છુપાવું તો મારા પર કાર્યવાહી થઈ શકે છે. હું સમજું છું કે જો હું મારી અરજી અથવા નવીકરણ પ્રક્રિયા દરમિયાન મારા કેટલાક ખર્ચ વિશે DHS-DFCSને જણાવવામાં નિષ્ફળ જાઉં અને/અથવા તેમની ચકાસણી કરવામાં નિષ્ફળ જાઉં, તો DHS-DFCS મારા SNAP લાભોની રકમની ગણતરીમાં તે ખર્ચનું બજેટ કરશે નહીં.

જ્યોર્જિયા(Georgia) ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસ (“DHS”) લાભો માટેની તમારી અરજી દરમિયાન વ્યક્તિગત રીતે ઓળખી શકાય તેવી માહિતી (PII), જેમ કે નામ, સરનામા, ટેલિફોન નંબર, ઈમેલ સરનામા અને જન્મ તારીખ વગેરે એકત્રિત કરે છે. અમને કોઈપણ વ્યક્તિગત માહિતી સબમિટ કરીને, તમે સંમત થાઓ છો કે અમે DHS નીતિઓ, પ્રક્રિયાઓ અનુસાર અને કાયદા અને/અથવા નિયમો દ્વારા પરવાનગી અથવા આવશ્યકતા અનુસાર આવી કોઈપણ વ્યક્તિગત માહિતી એકત્રિત, ઉપયોગ અને જાહેર કરી શકીએ છીએ.

હસ્તાક્ષર:

તારીખ

---

સાક્ષીની સહી જો 'X' દ્વારા સહી કરેલ હોય

તારીખ

---

### **Pathways Medical Assistance (પાથવેઝ તબીબી સહાય):**

Pathways Medical Assistance (પાથવેઝ તબીબી સહાય) એ એક પ્રોગ્રામ છે જે 19 થી 64 વર્ષની વયની વ્યક્તિઓને મફત અથવા ઓછા ખર્ચે મેડિકેડ કવરેજ પ્રદાન કરે છે, જેમની ફેડરલ પોવર્ટી લેવલ (FPL) ના 100% સુધીની ઘરગથ્થુ આવક છે, અન્યથા મેડિકેડ માટે લાયક નથી અને જે યોગ્યતાની જરૂરિયાતોને પૂર્ણ કરે છે. જો તમે પાથવે માટે વિચારણા કરવા માંગતા હો, તો કૃપા કરીને જોડાણ D પણ પૂર્ણ કરો.

## અધિકૃત પ્રતિનિધિ:

જો તમે ઈચ્છતા હોવ કે કોઈ વ્યક્તિ અથવા સંસ્થા તમારી અરજી/નવીકરણ ભરે, SNAP અથવા TANF માટે તમારું ઈન્ટરવ્યુ પૂર્ણ કરે અને/અથવા જ્યારે તમે સ્ટોર પર ન જઈ શકો ત્યારે ખોરાક ખરીદવા માટે તમારા SNAP EBT કાર્ડનો ઉપયોગ કરો. કૃપા કરીને દરેક પ્રોગ્રામ પ્રકાર માટે તપાસો કે જેને તમે અધિકૃત પ્રતિનિધિ તરીકે નિયુક્ત કરવા માંગો છો. કૃપા કરીને તપાસો કે તમે વ્યક્તિ અથવા સંસ્થા પાસે કઈ ફરજો નિભાવવા માંગો છો. જો તમે મેડિકેડ માટે અરજી કરી રહ્યા હો, તો તમે તમારા વતી તબીબી સહાયતા માટે અરજી કરવા માટે એક કરતાં વધુ વ્યક્તિને પસંદ કરી શકો છો.

અધિકૃત પ્રતિનિધિ 1 પ્રોગ્રામ પ્રકારો: SNAP  TANF  તબીબી સહાય   
અધિકૃત પ્રતિનિધિ 1 ફરજો: અરજદાર વતી અરજી પર સહી કરો  રિન્યુઅલ ફોર્મ ભરો અને સબમિટ કરો  નોટિસ અને અન્ય સંચારની નકલો પ્રાપ્ત કરો  અન્ય તમામ બાબતોમાં અરજદાર વતી કાયદો  TANF લાભ કાર્ડ (Way2Go) પ્રાપ્ત કરો

વ્યક્તિનું નામ 1: \_\_\_\_\_ ફોન: \_\_\_\_\_  
સંસ્થાનું નામ 1 (જો લાગુ હોય તો): \_\_\_\_\_ ઓપાર્ટમેન્ટ: \_\_\_\_\_  
સરનામું: \_\_\_\_\_ રાજ્ય : \_\_\_\_\_ ઝિપ: \_\_\_\_\_  
શહેર: \_\_\_\_\_  
ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન: ઇમેઇલ: હા \_\_\_\_\_ ના \_\_\_\_\_ (વૈકલ્પિક) લખાણ મોકલવું: હા \_\_\_\_\_ ના \_\_\_\_\_  
(વૈકલ્પિક)  
ઇમેઇલ સરનામું (વૈકલ્પિક) \_\_\_\_\_  
પસંદગીની ભાષા: \_\_\_\_\_ શું દુભાષિયાની જરૂર છે? હા \_\_\_\_\_ અથવા ના \_\_\_\_\_

અધિકૃત પ્રતિનિધિ 2 પ્રોગ્રામ પ્રકારો: SNAP  TANF  તબીબી સહાય   
અધિકૃત પ્રતિનિધિ 2 ફરજો: અરજદાર વતી અરજી પર સહી કરો  રિન્યુઅલ ફોર્મ ભરો અને સબમિટ કરો  નોટિસ અને અન્ય સંચારની નકલો પ્રાપ્ત કરો  અન્ય તમામ બાબતોમાં અરજદાર વતી કાયદો  TANF લાભ કાર્ડ (Way2Go) પ્રાપ્ત કરો

વ્યક્તિનું નામ 2: \_\_\_\_\_ ફોન: \_\_\_\_\_  
સંસ્થાનું નામ 2 (જો લાગુ હોય તો): \_\_\_\_\_ ઓપાર્ટમેન્ટ: \_\_\_\_\_  
સરનામું: \_\_\_\_\_ રાજ્ય : \_\_\_\_\_ ઝિપ: \_\_\_\_\_  
શહેર: \_\_\_\_\_  
ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન: ઇમેઇલ: હા \_\_\_\_\_ ના \_\_\_\_\_ (વૈકલ્પિક) લખાણ મોકલવું: હા \_\_\_\_\_ ના \_\_\_\_\_  
(વૈકલ્પિક)  
ઇમેઇલ સરનામું (વૈકલ્પિક) \_\_\_\_\_  
પસંદગીની ભાષા: \_\_\_\_\_ શું દુભાષિયાની જરૂર છે? હા \_\_\_\_\_ અથવા ના \_\_\_\_\_

**વિકલાંગતા ધરાવતા અમેરિકનો અધિનિયમ: અધિકૃત પ્રતિનિધિઓ માટે વાજબી ફેરફાર અને સંચાર સહાય માટેની વિનંતી (જો લાગુ હોય તો):**

શું અધિકૃત પ્રતિનિધિને અપંગતા છે કે જેને વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયની જરૂર પડશે? હા ના

(જો હા, તો કૃપા કરીને તમે વિનંતી કરી રહ્યાં છો તે વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયનું વર્ણન કરો):

સાંકેટિક ભાષાના દુભાષિયા \_\_\_\_\_; TTY: મોટી પ્રિન્ટ \_\_\_\_\_; ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન (ઇમેઇલ) \_\_\_\_\_; બ્રેઇલ \_\_\_\_\_; વિડિયો રિલે \_\_\_\_\_;  
ક્યુડ સ્પીચ દુભાષિયા \_\_\_\_\_; મૌખિક દુભાષિયા \_\_\_\_\_; સ્પર્શોન્દ્રિય દુભાષિયા \_\_\_\_\_; પ્રોગ્રામ અંતિમ સમયનું \_\_\_\_\_;  
ટેલિફોન કોલ રીમાઇન્ડર \_\_\_\_\_; ટેલિફોનિક હસ્તાક્ષર (જો લાગુ હોય તો) \_\_\_\_\_; રૂબરૂ ઈન્ટરવ્યૂ (ઘર મુલાકાત) \_\_\_\_\_;

અન્ય: \_\_\_\_\_

શું અધિકૃત પ્રતિનિધિને આ વાજબી ફેરફાર અથવા સંદેશાવ્યવહાર સહાયની એક વખતની જરૂર છે કે ચાલુ ધોરણે \_\_\_\_\_? જો શક્ય હોય તો, સંક્ષિપ્તમાં સમજાવો કે તમને ક્યારે અને કેટલા સમય સુધી આ ફેરફાર અથવા સહાયની જરૂર છે? \_\_\_\_\_

## મેડિકેડ માટે જ:

શું તમે આગામી વર્ષે ફેડરલ આવકવેરા રિટર્ન ફાઇલ કરવાની અપેક્ષા રાખો છો? (જો તમે ફેડરલ આવકવેરા રિટર્ન ફાઇલ ન કરો તો પણ તમે સ્વાસ્થ્ય વીમા માટે અરજી કરી શકો છો.)

હા  ના જો હા, તો કૃપા કરીને a, b, અને c પ્રશ્નોના જવાબ આપો. જો ના, તો કૃપા કરીને પ્રશ્નો જવાબ c.

- શું તમે જીવનસાથી સાથે સંયુક્ત રીતે ફાઇલ કરશો?  હા  ના જો હા, જીવનસાથીનું નામ: \_\_\_\_\_
- શું તમે તમારા ટેક્સ રિટર્ન પર કોઈપણ આશ્રિતોનો દાવો કરશો?  હા  ના  
જો હા, તો આશ્રિતોના નામ(ઓ)ની યાદી આપો: \_\_\_\_\_
- શું કોઈ અન્ય વ્યક્તિના રિટર્ન પર આધારિત ટેક્સ તરીકે દાવો કરવામાં આવશે?  હા  ના  
જો હા, તો ટેક્સ ફાઇલર અને ટેક્સ આશ્રિતોના નામની યાદી આપો: \_\_\_\_\_  
ટેક્સ ફાઇલર સાથે કર આધારિત કેવી રીતે સંબંધિત છે? \_\_\_\_\_



**સમુદાય આઉટરીચ સેવાઓ**

અન્ય DHS સેવાઓ વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને [www.dfcs.georgia.gov](http://www.dfcs.georgia.gov) પર અમારી વેબસાઇટની મુલાકાત લો અથવા (877) 423-4746. પર કૉલ કરો. કૃપા કરીને તમામ પ્રશ્નોના જવાબ આપો અને વિનંતી મુજબ તમામ આવક અને કોઈપણ ખર્ચનો પુરાવો આપો.

**સિટિઝનશિપ ઇમિગ્રેશન સ્ટેટસ અને સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર્સ:**

કૃપા કરીને અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યો વિશે નીચેનો ચાર્ટ ભરો. નીચેના ફેડરલ કાયદાઓ અને નિયમો: 2008નો ખોરાક અને પોષણ અધિનિયમ, 2011-2036, 7 U.S.C. § 7-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, અને 42 C.F.R. § 435.920, DFCS ને તમને અને તમારા ઘરના સભ્યોને સામાજિક સુરક્ષા નંબર(રો)ની વિનંતી કરવા માટે અધિકૃત કરે છે. કોઈપણ જે તમારા પરિવારમાં રહે છે અને લાભો માટે અરજી કરી રહ્યાં નથી તેને બિન-અરજદાર તરીકે ગણવામાં આવશે. બિન-અરજદારોએ અમને તેમના સામાજિક સુરક્ષા નંબર, નાગરિકતા અથવા ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ વિશે માહિતી આપવાની જરૂર નથી અને તેઓ લાભો માટે પાત્ર નથી. જો તેઓ અન્યથા પાત્ર હોય તો પણ ઘરના અન્ય સભ્યો લાભો પ્રાપ્ત કરી શકશે. જો તમે ઈચ્છો છો કે અમે નક્કી કરીએ કે ઘરના કોઈપણ સભ્યો લાભો માટે પાત્ર છે કે કેમ, તો પણ તમારે અમને તેમની નાગરિકતા અથવા ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ વિશે જણાવવું પડશે અને અમને તેમનો સામાજિક સુરક્ષા નંબર (SSN) આપવો પડશે. તમારે હજુ પણ પરિવારની પાત્રતા અને લાભનું સ્તર નક્કી કરવા માટે તેમની આવક અને સંસાધનો વિશે અમને જણાવવાની જરૂર પડશે. અમે કોઈપણ બિન-અરજદાર પરિવારના સભ્યોને યુનાઈટેડ સ્ટેટ્સ સિટિઝનશિપ એન્ડ ઇમિગ્રેશન સર્વિસિસ (યુએસસીઆઈએસ) સિસ્ટમેટિક એલિયન વેરિફિકેશન ફોર એન્ટાઈટલમેન્ટ્સ (સેવ) સિસ્ટમને જાણ કરીશું નહીં જો તેઓ અમને તેમની નાગરિકતા અથવા ઇમિગ્રેશન સ્ટેટસ નહીં આપે. જો કે, જો તમારી અરજી પર ઇમિગ્રેશન સ્થિતિની માહિતી સબમિટ કરવામાં આવી હોય, તો આ માહિતી SAVE સિસ્ટમ દ્વારા ચકાસણીને આધીન હોઈ શકે છે અને તે ઘરની યોગ્યતા અને લાભના સ્તરને અસર કરી શકે છે. તમારી આવક અને પાત્રતા ચકાસવા માટે અમે તમારી માહિતીને અન્ય ફેડરલ, રાજ્ય અને સ્થાનિક એજન્સીઓ સાથે મેચ કરીશું. આ માહિતી કાયદા અમલીકરણ અધિકારીઓને પણ આપવામાં આવી શકે છે જેનો ઉપયોગ કાયદાથી ભાગી રહેલા લોકોને પકડવા માટે થાય છે. જો તમારા પરિવાર પાસે SNAP નો દાવો હોય, તો SSN સહિતની આ અરજી પરની માહિતી ફેડરલ અને રાજ્ય એજન્સીઓ અને ખાનગી દાવા સંગ્રહ એજન્સીઓને આપવામાં આવી શકે છે જેથી તેઓ દાવો એકત્ર કરવા માટે ઉપયોગ કરી શકે. અમે અરજદાર પરિવારના સભ્યોને લાભો નકારીશું નહીં કારણ કે અન્ય ઘરના સભ્યો તેમની SSN, નાગરિકતા અથવા ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ પ્રદાન કરવામાં નિષ્ફળ જાય છે. જો તમે માત્ર ઇમરજન્સી મેડિકલ સેવાઓ માટે જ અરજી કરી રહ્યા હો, તો તમારે તમારું SSN અથવા તમારા ઇમિગ્રેશન સ્ટેટસ વિશે માહિતી આપવાની જરૂર નથી.

નામ	ફૂલું મધ્યનામ	અટક	વંશીયતા હિસ્પાનિક અથવા લેટિનો? (વૈકલ્પિક)	વર્ણ (વૈકલ્પિક)	લિંગ પુરુષ/સ્ત્રી	જન્મતારીખ ફોર્મેટ (મહિનો/તારીખ/વર્ષ)	તમારી સાથેનો સંબંધ	સામાજિક સુરક્ષા નંબર (બિન-અરજદારો માટે વૈકલ્પિક)	શું તમે U.S.ના નાગરિક છો, U.S. રાષ્ટ્રીય, લાયક ઇમિગ્રન્ટ છો કે સંતોષકારક ઇમિગ્રેશન સ્ટેટસમાં છો? (ફક્ત અરજદારો) (હા/ના)	શું આ બાળકની માતા ઘરમાં રહે છે? (હા/ના)	શું આ બાળકના પિતા ઘરમાં રહે છે? (હા/ના)	શું તમને મેડિકલ જોઈએ છે? (હા/ના)
			હા/ના				સ્વયં		હા/ના	હા/ના	હા/ના	હા/ના
			હા/ના						હા/ના	હા/ના	હા/ના	હા/ના
			હા/ના						હા/ના	હા/ના	હા/ના	હા/ના
			હા/ના						હા/ના	હા/ના	હા/ના	હા/ના
			હા/ના						હા/ના	હા/ના	હા/ના	હા/ના
			હા/ના						હા/ના	હા/ના	હા/ના	હા/ના
			હા/ના						હા/ના	હા/ના	હા/ના	હા/ના

**વર્ણ** કોડ્સ (લાગુ પડે તે બધા પસંદ કરો):  
**AI** - અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કા મૂળ  
**AS** - એશિયન  
**HP** - મૂળ હવાઈયન અથવા અન્ય પેસિફિક આઇલેન્ડર  
**WH** - શ્વેત  
**BL** - અશ્વેત અથવા આફ્રિકન અમેરિકન

જાતિ/વંશીયતાની માહિતી આપીને, તમે અમારા કાર્યક્રમોને બિન-ભેદભાવપૂર્ણ રીતે સંચાલિત કરવામાં સહાય કરશો. તમારા પરિવારે અમને આ માહિતી આપવાની જરૂર નથી, અને તે તમારી પાત્રતા અથવા લાભના સ્તરને અસર કરશે નહીં. જો કે, જો તમે આ માહિતી પ્રદાન કરશો નહીં, તો પ્રથમ સામ-સામ મુલાકાત દરમિયાન જાતિ અને વંશીયતાની વિગતો અલગ ઓળખ કરવામાં આવશે.

જો તમે અથવા અન્ય ઘરગથ્થુ અરજદારો નેચરલાઇઝ્ડ સિટિઝન હોય, અથવા લાયકાત ધરાવતા એલિયન/ઇમિગ્રન્ટ હોય તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો:  
(કૃપા કરીને જરૂર મુજબ વધારાના પૃષ્ઠો ઉમેરો)

નામ નામ ટૂંકું મધ્યનામ અટક	ઇમીગ્રેશન દસ્તાવેજનો પ્રકાર	એલિયન/પ્રમાણપત્ર/દસ્તાવેજ ID નંબર	શું તમે 1996? થી U.S.માં રહો છો? (હા/ના)	US માં નેચરલાઇઝ્ડ થયા (દેશમાં ભળ્યા) તારીખ/પ્રવેશ અથવા દાખલ થયાની તારીખ (જો લાગુ પડે તો) ફોર્મ (મહિનો/તારીખ/વર્ષ)	શું તમે, અથવા તમારા જીવનસાથી અથવા માતા- પિતા અનુભવી છો અથવા U.S. સેન્યના સક્રિય-ફરજ સભ્ય છો? (હા/ના)

### મેડિકેડ માટે જ:

શું તમારા પરિવારમાં 18 વર્ષની ઉંમરે પાલક સંભાળમાં કોઈ હતું?  હા  ના  
જો તમારી પાસે કરવેરા આશ્રિતો હોય જે તમારી સાથે ઘરમાં રહેતા નથી, તો કૃપા કરીને નીચે સૂચિબદ્ધ કરો.

નામ: \_\_\_\_\_ સામાજિક સુરક્ષા નંબર \_\_\_\_\_ લિંગ: પુરુષ સ્ત્રી (કૃપા કરીને એક પર વર્તુળ કરો)

જન્મ તારીખ: \_\_\_\_\_ નાગરિકતા: \_\_\_\_\_  
તમારી સાથેનો સંબંધ: \_\_\_\_\_ (કૃપા કરીને જરૂર મુજબ વધારાના પાનું ઉમેરો)

### અમને અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યો વિશે વધુ જણાવો

લાભો માટે કોણ પાત્ર છે તે નક્કી કરવા માટે અમને અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યો વિશે વધુ માહિતીની જરૂર છે. કૃપા કરીને નીચેના પૃષ્ઠ પર તમે જે લાભ મેળવવા માંગો છો તેના વિશેના પ્રશ્નોના જ જવાબ આપો.

1. શું કોઈને અન્ય દેશ અથવા રાજ્યમાં કોઈ લાભ મળ્યો છે? (ફક્ત SNAP અને TANF માટે)  
 હા  ના

જો હા:

કોણ: \_\_\_\_\_  
ક્યાં: \_\_\_\_\_  
ક્યારે: \_\_\_\_\_

2. 8/22/1996 પછી તેઓ ક્યાં રહે છે અને તેઓ કોને એક કરતાં વધુ વિસ્તારમાં બહુવિધ SNAP લાભો મેળવવાના છે તે વિશે ખોટી માહિતી આપવા બદલ શું કોઈને દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે? (ફક્ત SNAP માટે)  હા  ના

જો હા:

કોણ: \_\_\_\_\_  
ક્યાં: \_\_\_\_\_  
ક્યારે: \_\_\_\_\_

3. શું તમારા ઘરના કોઈપણ વ્યક્તિએ અરજીની તારીખના 30 દિવસની અંદર સ્વેચ્છાએ નોકરી છોડી દીધી છે અથવા સ્વેચ્છાએ તેના/તેણીના કામના કલાકો પ્રતિ સપ્તાહ 30 કલાકથી ઓછા કર્યા છે? (ફક્ત SNAP અને TANF માટે)  હા  ના

જો હા, તો કોણે છોડ્યું?

તેણે/તેણીએ શા માટે છોડી દીધું? \_\_\_\_\_

4. શું કોઈ ગર્ભવતી છે? (આ પ્રશ્ન SNAP અરજદારોને લાગુ પડતો નથી)  હા  ના

જો હા, તો સગર્ભા સ્ત્રીનું નામ: \_\_\_\_\_

અંદાજિત પ્રસૂતિની તારીખ શું છે? \_\_\_\_\_; અને કેટલા બાળકોની અપેક્ષા છે? \_\_\_\_\_

જો ના, તો શું છેલ્લા 12 મહિનામાં ઘરના કોઈને ડિલિવરી આવી છે અથવા ગર્ભાવસ્થા સમાપ્ત થઈ છે?  હા  ના

જો હા, તો સગર્ભા સ્ત્રીનું નામ: \_\_\_\_\_

ડિલિવરી/સમાપ્તિ તારીખ શું હતી? \_\_\_\_\_; અને કેટલા બાળકોની ડિલિવરી થઈ હતી/અપેક્ષા હતી? \_\_\_\_\_

\*માત્ર TANF અરજદારો માટે કૃપા કરીને નીચે આપેલ પ્રદાન કરો:

અજાત બાળકના પિતાનું નામ: \_\_\_\_\_ પિતાનું સરનામું: \_\_\_\_\_

5. મેડિકેડ અરજદારો માટે, શું કોઈની પાસે છેલ્લા 3 મહિનાનું કોઈ ચુકવ્યા વગરના તબીબી બિલ છે?  હા  ના

જો હા, જો તમારી પાસે મેડિકેડ કેસ હોય તો કૃપા કરીને ચુકવ્યા વગરના બિલ મોકલો.

6. શું કોઈને SNAP અથવા TANF પ્રોગ્રામમાંથી ગેરલાયક ઠેરવવામાં આવ્યા છે? (ફક્ત SNAP અને TANF માટે)  હા  ના

જો હા:

કોણ: \_\_\_\_\_

ક્યારે: \_\_\_\_\_

7. શું કોઈ ગુનાખોરી માટે કાર્યવાહી થવાથી અથવા જેલમાંથી બચવા ભાગી રહ્યું છે? (ફક્ત SNAP અને TANF માટે)  હા  ના  
જો હા, તો કોણ? \_\_\_\_\_
8. શું કોઈ પ્રોબેશન અથવા પેરોલની શરતોનું ઉલ્લંઘન કરી રહ્યું છે? (ફક્ત SNAP અને TANF માટે)  હા  ના  
જો હા, તો કોણ? \_\_\_\_\_
9. શું 8/22/1996 પછી (ફક્ત SNAP અને TANF માટે) અથવા હિંસક ગુના (ફક્ત TANF માટે) પછી નિયંત્રિત માદકદ્રવ્ય પદાર્થ (એટલે કે, ડ્રગ ફ્લોન) ના કબજા, ઉપયોગ અથવા વિતરણથી સંબંધિત વર્તનને કારણે કોઈને અપરાધની સજા થઈ છે.  હા  ના

જો હા:

કોણ: \_\_\_\_\_ ક્યારે: \_\_\_\_\_

- a. શું તમે ડ્રગના ગુનાની સજાના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પ્રોબેશનની શરતોનું પાલન કરો છો? (ફક્ત SNAP માટે)  હા  ના
- b. શું તમે ડ્રગના ગુનાની સજાના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પેરોલની શરતોનું પાલન કરો છો? (ફક્ત SNAP માટે)  હા  ના
- c. શું તમે કોઈપણ ડ્રગ સંબંધિત દોષિત ઠરાવથી સંબંધિત પ્રોબેશન અથવા પેરોલની **તમામ** શરતો સફળતાપૂર્વક પૂર્ણ કરી છે? (ફક્ત SNAP માટે)  હા  ના
10. શું તમે અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને 8/22/1996 પછી ડ્રગ્સ માટે SNAP લાભોના વેપાર માટે દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે? (ફક્ત SNAP માટે)  હા  ના

જો હા:

કોણ: \_\_\_\_\_ ક્યારે: \_\_\_\_\_

11. શું તમે અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને 8/22/1996 પછી \$500 થી વધુ SNAP લાભો ખરીદવા અથવા વેચવા બદલ દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છો? (ફક્ત SNAP માટે)  હા  ના

જો હા:

કોણ: \_\_\_\_\_

ક્યારે: \_\_\_\_\_

12. શું તમે અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને 8/22/1996 પછી બંદૂકો, દારૂગોળો અથવા વિસ્ફોટકો માટે SNAP લાભોના વેપાર માટે દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છો? (ફક્ત SNAP માટે)  હા  ના

જો હા:

કોણ: \_\_\_\_\_

ક્યારે: \_\_\_\_\_

13. શું તમે અથવા તમારા ઘરના કોઈપણ સભ્યને ઉગ્ર જાતીય દુર્વ્યવહાર, હુલ્યા, જાતીય શોષણ અને બાળકોના અન્ય દુર્વ્યવહાર, જાતીય હુમલો સાથે સંકળાયેલા ફેડરલ અથવા રાજ્યના ગુના અથવા એટર્ની જનરલ દ્વારા નિર્ધારિત રાજ્યના કાયદા હેઠળના ગુના માટે પુખ્ત તરોડક દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે. 2/7/2014 પછી, આવા અપરાધ સમાન છે? (ફક્ત SNAP માટે)  હા  ના

જો હા:

કોણ: \_\_\_\_\_

ક્યારે: \_\_\_\_\_

- a. શું તમે અપરાધની સજાના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પ્રોબેશનની શરતોનું પાલન કરો છો? (ફક્ત SNAP માટે)  હા  ના
- b. શું તમે ગુનાહિત દોષારોપણના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પેરોલની શરતોનું પાલન કરો છો? (ફક્ત SNAP માટે)  હા  ના
- c. શું તમે કોઈપણ અપરાધ સંબંધિત દોષિત ઠરાવથી સંબંધિત પ્રોબેશન અથવા પેરોલની **તમામ** શરતો સફળતાપૂર્વક પૂર્ણ કરી છે? (ફક્ત SNAP માટે)  હા  ના
14. શું તમને અથવા ઘરના કોઈ સભ્યને લોટરી કે જુગારમાં જીત મળી છે?  હા  ના

જો હા:

કોણ: \_\_\_\_\_ ક્યારે: \_\_\_\_\_ પ્રાપ્ત રકમ: \_\_\_\_\_

15. શું કોઈએ નીચેની સંસ્થાઓ, દારૂની દુકાનો, ફેસિનો, પોકર રૂમ, પુખ્ત મનોરંજન વ્યવસાય, જામીન બોન્ડ, નાઇટ ક્લબ, સલુન્સ/ટેવર્ન, બિન્ગો હોલ, રેસ્ટ્રેક્સ, બંદૂક/દારૂગોળો સ્ટોર્સ, ક્રુઝ શિપ, સાયકલ વાયકો, ધૂમ્રપાનની દુકાનો, ટેટૂ/વેધનની દુકાનો અને સ્પા/મસાજ સલુન્સ પર TANF ફંડ અથવા Way2Go કાર્ડનો ઉપયોગ કર્યો છે? (માત્ર TANF માટે)  હા  ના

જો હા:

કોણ: \_\_\_\_\_ ક્યારે: \_\_\_\_\_

16. શું કોઈપણ કે જે લાભો માટે અરજી કરી રહ્યું છે, હાલમાં ભરણપોષણ મેળવે છે?  હા  ના

જો હા:

કોણ: \_\_\_\_\_

પ્રાપ્ત થતી માસિક રકમ:

ભરણપોષણ કરારને અંતિમ અથવા છેલ્લે સંશોધિત કર્યાની તારીખ: \_\_\_\_\_

### માત્ર SNAP અને TANF માટે :

ઉચ્ચ શિક્ષણમાં વિદ્યાર્થીઓ: શું તમારા પરિવારમાં કોઈએ કોલેજ, યુનિવર્સિટી, વ્યાવસાયિક અથવા તકનીકી શાળામાં ઓછામાં ઓછા અડધા સમય માટે નોંધણી કરાવી છે?  હા  ના જો હા, તો કોણ: \_\_\_\_\_

શાળાનું નામ: \_\_\_\_\_ ગ્રેડ/સ્ટેટસ: \_\_\_\_\_ સ્નાતક તારીખ: \_\_\_\_\_

શું વિદ્યાર્થી નોકરી કરે છે?  હા  ના કાર્ય અભ્યાસમાં પ્રવેશ મેળવ્યો છે?  હા  ના

જો હા, તો દર અઠવાડિયે કલાકો કામ કરે છે \_\_\_\_\_ (કૃપા કરીને નીચેનો રોજગાર વિભાગ પણ પૂર્ણ કરો.)

### માત્ર SNAP માટે:

શું 60 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના અથવા કોઈ અપંગ વ્યક્તિનો તબીબી ખર્ચ છે?  હા  ના

શું તમારા તબીબી ખર્ચો જેમ કે મેડિકેર પ્રિમીયમ, પ્રિસ્ક્રિપ્શન દવાની કિંમત અથવા હોસ્પિટલના બીલમાં ફેરફાર થયો છે?  હા  ના

જો હા, તો નીચેના ચાર્ટ પર ખર્ચની યાદી બનાવો અને સૌથી તાજેતરના મહિના(ઓ)ના બિલો જોડો.

બિલ આપેલ ઘરના સભ્ય	ખર્ચનો પ્રકાર (ડોક્ટર, હોસ્પિટલ, પ્રિસ્ક્રિપ્શન)	બાકી રકમ	બિલની તારીખ	શું વીમા દ્વારા ચૂકવણી કરવામાં આવેલ છે? હા/ના

શું 60 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના અથવા વિકલાંગ વ્યક્તિ પાસે પરિવહન માટે તબીબી ખર્ચ છે?  હા  ના

જો હા, તો કૃપા કરીને નીચેની માહિતી આપો. જો તમે મેડિકેટ પ્રાપ્ત કરી રહ્યાં હોવ, તો પુરાવા આપો:

સફરનો હેતુ (ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલની મુલાકાત; ફાર્મસી પિક-અપ)	કુલ કોષ્ટક માઇલ ટ્રાઇવ કર્યા:	ટેક્સી, બસ, પાર્કિંગ અથવા રહેવાનો ખર્ચ:
---	-------------------------------	---

શું અન્ય કોઈ તમારા માટે આમાંથી કોઈપણ તબીબી ખર્ચ ચૂકવે છે?  હા  ના



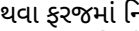
જો હા, તો કૃપા કરીને નીચેની માહિતી આપો:

કયા ખર્ચ ચૂકવવામાં આવે છે?	ખર્ચ કોણ ચૂકવે છે?
આ વ્યક્તિ કોને બિલ ચૂકવે છે?	સરનામું:

### મેડિકેટ માટે જ:

#### અન્ય આરોગ્ય કવરેજ

શું હવે નીચેનામાંથી કોઈ આરોગ્ય વીમામાં નોંધાયેલ છે?

- જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસિસ મેડિકેટ  PeachCare for Kids®  મેડિકેટ
- VA હેલ્થકેર પ્રોગ્રામ્સ  TRICARE (તમારી પાસે સીધી સંભાળ અથવા ફરજમાં નિયુક્ત હોવ તો ચેક કરશો નહીં)
- એમ્પ્લોયર વીમો: વીમાનું નામ \_\_\_\_\_ પોલિસી નંબર \_\_\_\_\_
- અન્ય: વીમાનું નામ \_\_\_\_\_ પોલિસી નંબર \_\_\_\_\_

શું તમારી પાસે Medicaid સિવાય અન્ય કોઈ સ્વાસ્થ્ય વીમો છે?  હા  ના

જો હા, તો અમને તમારા વીમા કાર્ડની નકલ મોકલો.

#### સંસાધનો:

(MAGI મેડિકેટ માટે જરૂરી નથી): શું તમારા ઘરની કોઈપણ વ્યક્તિ પાસે નીચેનામાંથી કોઈ સંસાધનો છે?

હા  ના (જો હા હોય તો નીચેની માહિતી આપો. જો તમે વૃદ્ધ, અંધ અથવા વિકલાંગ મેડિકેટ (મેડિકેટ સેવિંગ્સ પ્લાન જેમ કે QMB, SLMB અથવા QI-1 સિવાય) પ્રાપ્ત કરી રહ્યાં હોવ તો પુરાવા આપો.

સંસાધન પ્રકાર	માલિક	એકાઉન્ટ/પોલીસી # (જો તમારું એકાઉન્ટ/પોલીસી # તમારા SSNને સમાન હોય તો પૂર્ણ કરશો નહીં)	મૂલ્ય	બેંકનું, વીમા કંપની વગેરે
રોકડ				



ચેકિંગ/સેવિંગ્સ				
ક્રેડિટ યુનિયન				
વાર્ષિકી				
સ્ટોક્સ અથવા બોન્ડ્સ				
સેફ ડિપોઝિટ બોક્સ				
નિવૃત્તિ ખાતું (નોન-MAGI માટે)				
વાહની (નોન-MAGI માટે)				
CD/વાર્ષિકી (નોન-MAGI માટે)				
પ્રી-પેઇડ અંતિમવિધિ યોજનાઓ				
કબ્રસ્તાન પ્લોટ (નોન-MAGI માટે)				
ટ્રસ્ટ ફંડ (નોન-MAGI માટે)				
નોન-હોમ પ્લેસ પ્રોપર્ટી				
હોમ પ્લેસ પ્રોપર્ટી (નોન-MAGI માટે)				
જીવન વીમો (નોન-MAGI માટે)				
અન્ય				

**માત્ર વૃદ્ધ, અંધ અથવા અપંગ મેડિકેડ માટે:**

છેલ્લા 60 મહિનાઓમાં તમે, તમારા જીવનસાથી અથવા કોઈને તમે વેચવા, વેપાર કરવા અથવા કોઈ સંસાધન આપવા માટે અરજી કરી રહ્યાં છો.  હા  ના

જો હા, તો શું? \_\_\_\_\_ ક્યારે? \_\_\_\_\_

**SNAP, TANF અને Medicaid (મેડિકેડ) માટે:**

રોજગાર: શું તમારા ઘરમાં કોઈ કામ કરે છે?  હા  ના

જો હા, તો રોજગારમાંથી રોજગારી મેળવનાર વ્યક્તિના પુગારની માહિતી જેમ કે વેતન, બોનસ અને ટીપ્સની યાદી બનાવો અને છેલ્લા 4 અઠવાડિયામાં પ્રાપ્ત થયેલી તમામ કુલ આવકનો પુરાવો જોડો.

કામ કરતી વ્યક્તિ	એમ્પ્લોયર	પ્રતિ કલાક ચૂકવણી	પ્રતિ સપ્તાહ કલાકો	કેટલા સમયે ચૂકવવામાં આવે છે	ચૂકવણીની તારીખ(ખો)	બોનસ ચૂકવણી	ટીપ્સ

શું હાલમાં કોઈ હડતાલ પર છે?  હા  ના

**મેડિકેડ માટે જ:**

**કરવેરા પહેલાના ખર્ચ:**

આરોગ્ય વીમો \$ \_\_\_\_\_ કેટલા સમયે? \_\_\_\_\_  વિઝન ઈન્સ્યોરન્સ \$ \_\_\_\_\_ કેટલા સમયે? \_\_\_\_\_  
 ડેન્ટલ ઈન્સ્યોરન્સ \$ \_\_\_\_\_ કેટલા સમયે? \_\_\_\_\_  અન્ય કપાત પ્રકાર \$ \_\_\_\_\_ કેટલા સમયે? \_\_\_\_\_  
 અન્ય કપાત પ્રકાર \$ \_\_\_\_\_ કેટલા સમયે? \_\_\_\_\_  અન્ય કપાત પ્રકાર \$ \_\_\_\_\_ કેટલા સમયે? \_\_\_\_\_  
 અન્ય કપાત પ્રકાર \$ \_\_\_\_\_ કેટલા સમયે? \_\_\_\_\_  
 વધુ? કૃપા કરીને એક અલગ કાગળની શીટ પર જોડો.

**પ્રી-ટેક્સ ખર્ચ એ કર લાગુ થાય તે પહેલાં તમારી આવકમાંથી લેવામાં આવેલી કપાત છે. તમામ કપાત કરવેરા-પૂર્વે નથી.**

**ટેક્સ રિટર્ન કપાત:**

લાગુ પડે તે તમામ ચેક કરો અને રકમ અને કેટલી વાર તમે તેને ચૂકવો છો તે લખો.

**નોંધ:** સ્વ-રોજગારના તમારા જવાબમાં તમે પહેલેથી જ ધ્યાનમાં લીધેલ ખર્ચનો સમાવેશ ન કરવો જોઈએ.

ચૂકવેલ ભરણપોષણ \$ \_\_\_\_\_ કેટલા સમયે? \_\_\_\_\_  વિદ્યાર્થી લોનનું વ્યાજ \$ \_\_\_\_\_ કેટલા સમયે? \_\_\_\_\_  
 અન્ય કપાતનો પ્રકાર \$ \_\_\_\_\_ કેટલા સમયે? \_\_\_\_\_  અન્ય કપાતનો પ્રકાર \$ \_\_\_\_\_ કેટલા સમયે? \_\_\_\_\_

**SNAP, TANF અને Medicaid (મેડિકેડ) માટે:**

શું કોઈએ કામ કરવાનું બંધ કર્યું છે?  હા  ના

જો હા, તો નીચેનાને પૂર્ણ કરો અને પુરાવા આપો:

કયું કામ રોકવામાં આવ્યું?	કામ કરવાનું બંધ કરનાર ઘરના સભ્યનું નામ: _____	
નોંકરોનું સ્થળ:		
ચૂકવણી બંધ થયાની તારીખ:	અંતિમ ચેકની તારીખ:	અંતિમ પગારની રકમ (કુલ):

શું કોઈએ કામ કરવાનું શરૂ કર્યું છે?  હા  ના

જો હા, તો નીચેનાને પૂર્ણ કરો અને પુરાવા આપો:

કામ શરૂ કરનાર વ્યક્તિનું નામ:	શરૂ કર્યાની તારીખ:	ફોન નંબર:
એમ્પ્લોયર/વ્યવસાયનું નામ:	પગારનો દર: \$	પ્રથમ ચેક પ્રાપ્ત થયાની/પ્રાપ્ત થવાની તારીખ:
કેટલા સમયે ચૂકવવામાં આવે છે (કૃપા કરીને એક ચેક કરો): <input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> દ્વિ-સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> મહિનામાંબે વાર <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> અન્ય		

**સ્વ રોજગાર:**

શું કોઈ સ્વ-રોજગારી ધરાવે છે?  હા  ના (જો હા, તો કોણ?) \_\_\_\_\_

કૃપા કરીને ટેક્સ ફાઇલો, બિઝનેસ રેકોર્ડ્સ, રસીદો, બિલો અથવા સ્થાપિત વ્યવસાયના ગ્રાહકોના નિવેદનો દ્વારા સ્વ-રોજગાર આવકનો પુરાવો પ્રદાન કરો.

શું આ વ્યવસાય સામેલ છે?  હા  ના

શું આ વ્યક્તિનો કોઈ સ્વ-રોજગાર ખર્ચ છે?  હા  ના

જો હા, તો આ વ્યક્તિ કેવા પ્રકારના ખર્ચ કરે છે? \_\_\_\_\_

**માત્ર મેડિકેડ અને TANF માટે:** સ્વ-રોજગાર ખર્ચ માટે પુરાવો પ્રદાન કરો.

**બિનઉપાર્જિત આવક:**

શું તમારા પરિવારમાં કોઈને યોગદાન, સામાજિક સુરક્ષા, SSI, VA, ચાઇલ્ડ સપોર્ટ, બેરોજગારી, નિવૃત્તિ અથવા અન્ય કોઈ આવકમાંથી નોંધાઈ મળે છે?  હા  ના

જો હા, તો નીચેની માહિતી પૂર્ણ કરો અને છેલ્લા 4 અઠવાડિયામાં પ્રાપ્ત થયેલી તમામ આવક અથવા સૌથી તાજેતરના એવોર્ડ પત્રનો પુરાવો આપો.

નામ	સ્ત્રોત	રકમ	કેટલા સમયે?

**MAGI મેડિકેડ માટે:** બાળ સહાય, નિવૃત્ત સૈનિક ચૂકવણી, સપ્લિમેન્ટલ સિક્યુરિટી ઈન્કમ (SSI), અથવા કામદારના વળતર લાભોમાંથી આવક ગણવામાં આવશે નહીં.

**આશ્રિત સંભાળ ખર્ચ:**

શું તમે આશ્રિત બાળક અથવા અપંગ પુખ્ત વયના ઘરના સભ્યની સંભાળ માટે ચૂકવણી કરો છો?  હા  ના

જો હા, તો નીચેના પ્રશ્નો પૂર્ણ કરો.

સંભાળનો જરૂર ધરાવતો વ્યક્તિ:	સંભાળ માટે ચૂકવણી કરનાર વ્યક્તિ:	
પ્રદાતાનું નામ:	પ્રદાતાને કેટલી ચૂકવણી કરવામાં આવે છે:	કેટલી વાર ચૂકવવામાં આવે છે:
પ્રદાતાનો ફોન #:	સંભાળ માટેનું કારણ:	

શું તમે આશ્રિત બાળક અથવા અપંગ પુખ્ત વયના ઘરના સભ્ય માટે પરિવહન ખર્ચ ચૂકવો છો?  હા  ના

શું આ ખર્ચાઓ આશ્રિત સંભાળ ખર્ચમાં સામેલ છે?  હા  ના

જો ના, તો કૃપા કરીને આ પ્રશ્નનો જવાબ આપો: અઠવાડિયામાં ડ્રાઇવ કરવામાં આવતા કુલ માઈલ: \_\_\_\_\_

**આશ્રય ખર્ચ:**

શું તમે અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યએ આશ્રય ખર્ચ ચૂકવવાનું શરૂ કર્યું છે અથવા તમારા આશ્રય ખર્ચમાં ફેરફાર થયો છે?  હા  ના

**જો હા, તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો.**

ખર્ચ	રકમ	કેટલા સમયે?	કોણે ચૂકવણી કરી?
ભાડું/ગૌરો			
મિલકત વેરો			
મિલકત વીમો			
વીજળી			
ગેસ			
બળતણ તેલ/લાકડું/કેરોસીન			
વેલ/સેપ્ટિક ટાંકી/પાણી/ગટર કચરો			
ટેલિફોન			
અન્ય			

ઘરનો પ્રાથમિક હીટિંગ અને કુલિંગનો સ્ત્રોત શું છે? (વીજળી, ગેસ, અથવા બંને)  
શું અન્ય કોઈ તમારા માટે આમાંથી કોઈ ઘરનું બિલ ચૂકવે છે?  હા  ના

**જો હા, તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો:**

બિલકોણ ચૂકવે છે?	કયા બીલ ચૂકવવામાં આવે છે?
કેટલી રકમ ચૂકવવામાં આવે છે?	આ વ્યક્તિ કોને બિલ ચૂકવે છે?

શું તમે છેલ્લા 12 મહિનામાં ઊર્જા સહાય (LIHEAP) પ્રાપ્ત કરી છે?  હા  ના

જો હા, તો રકમ પ્રાપ્ત \$ \_\_\_\_\_

શું તમે ઘરના કોઈપણ સાથે માસિક ઘર ખર્ચ શેર કરો છો?  હા  ના

જો હા, તો કોણ? \_\_\_\_\_

ટિપ્પણીઓ/દસ્તાવેજીકરણ \_\_\_\_\_

કોને ચૂકવ્યા \_\_\_\_\_ ચૂકવેલ રકમ \$ \_\_\_\_\_ પ્રતિ \_\_\_\_\_

મકાનમાલિકનું નામ \_\_\_\_\_ મકાનમાલિકનું સરનામું \_\_\_\_\_

**બાળ સહાય ચૂકવણી:**

શું તમે અથવા તમારા ઘરની કોઈ વ્યક્તિ ઘરની બહાર રહેતા કોઈ વ્યક્તિને બાળ સહાય ચૂકવો છો?  હા  ના

જો હા, તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો:

ચૂકવવા માટે કોણ જવાબદાર છે?	ફરજિયાત રકમ કેટલી છે?
બાળ સહાય કોના માટે ચૂકવવામાં આવે છે?	વાસ્તવિક રકમ કેટલી ચૂકવવામાં આવે છે?
બાળ સહાય કોને ચૂકવવામાં આવે છે?	બાળ સહાય કેટલી વાર ચૂકવવામાં આવે છે?

**માત્ર SNAP માટે:** કૃપા કરીને પાછલા 3 મહિનામાં ચૂકવવામાં આવેલી રકમ અને કાયદેસર રીતે ચૂકવવા માટે બંધાયેલી રકમનો પુરાવો આપો.

**આ વિભાગ ફક્ત TANF પ્રાપ્તકર્તાઓ માટે છે - તમારે નીચેનાને પૂર્ણ કરવું આવશ્યક છે:**

**શોટ રેકોર્ડ્સ:**

શું 7 વર્ષથી ઓછી ઉંમરનું કોઈ બાળક છે, જે હજુ સુધી શાળામાં નોંધાયેલ નથી? (Pre-K ને "શાળા") ગણવામાં આવતી નથી.)  હા  ના

જો હા, તો 7 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના દરેક બાળક માટે ફોર્મ 3231- ચાઇલ્ડ કેર ઇમ્યુનાઇઝેશન ફોર્મ મોકલો.

### શાળાની આવશ્યકતાઓ:

શું બધા બાળકો (6-18 વર્ષની ઉંમરના) શાળામાં જાય છે? હા ના

જો હા, તો બાળક(બાળકો)ના નામ \_\_\_\_\_

શાળા(ઓ)નું નામ \_\_\_\_\_

ગ્રેડ(ડ્ગ્રેસ) \_\_\_\_\_

શું 16 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરનું એવું કોઈ બાળક છે જે શાળામાં નથી? હા ના

જો હા, તો બાળક/બાળકોનું નામ? \_\_\_\_\_

કૃપા કરીને વર્તમાન ચેક સ્ટબની નકલ પ્રદાન કરો જો આ બાળક નોકરી કરે છે અથવા જો કોઈ અન્ય કાર્ય-સંબંધિત પ્રવૃત્તિમાં રોકાયેલ હોય તો પ્રદાતાનું નિવેદન આપો.

### ઘરેલું હિંસા:

શું તમે અથવા તમારા પરિવારમાં કોઈ ઘરેલું હિંસા, જાતીય સતામણી, જાતીય હુમલો અથવા પીછો કરવાનો શિકાર છો? હા ના

જો હા, તો કૃપા કરીને અમને પીડિતાનું નામ જણાવો \_\_\_\_\_

મૂલ્યાંકન પછી, જો તમારું કુટુંબ લાયક ઠરે, તો અમે અમુક પ્રોગ્રામ આવશ્યકતાઓને માફ કરી શકીએ છીએ, જેમ કે, કાર્ય પ્રવૃત્તિઓમાં ભાગીદારી અથવા બાળ સહાય સેવાઓના વિભાગને રેફરલ.

### ઓટો ખર્ચ:

શું તમે બાળક (અથવા બાળકો) ના માતા-પિતા અથવા સંબંધી છો અને શું તમે બાળક (અથવા બાળકો સાથે) સાથે TANF AU માં સામેલ છો? હા ના

જો હા, તો નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો:

શું તમે અથવા અન્ય કોઈ પુખ્ત AU સભ્ય ઓટોમોબાઈલની માલિકી ધરાવો છો અથવા ખરીદી રહ્યા છો? હા ના

જો હા, તો કોણ? (માલિકનું નામ) \_\_\_\_\_

વાહનનું વર્ષ, બનાવટ અને મોડલ: \_\_\_\_\_  
કૃપા કરીને ઓટોમોબાઈલ નોંધની ચૂકવણી, વીમો, જાળવણી અને અન્ય સંબંધિત ખર્ચાઓની સૂચિ બનાવો: \_\_\_\_\_

શું તમારે એવા કોઈ અન્ય પુનરાવર્તિત ખર્ચ છે (ઉદાહરણ તરીકે ક્રેડિટ કાર્ડ બિલ) જે તમે ચૂકવી રહ્યા છો? હા ના

જો હા, તો કૃપા કરીને સૂચિબદ્ધ કરો: \_\_\_\_\_

### એક્સપ્રેસ લેન પાત્રતા:

એક્સપ્રેસ લેન એલિજિબિલિટી (ELE) એ 19 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના લાયક બાળકોની નોંધણી અથવા નવીકરણ કરવાની એક સ્વયંસંચાલિત પ્રક્રિયા છે કે જેઓ પુરક પોષણ સહાય કાર્યક્રમ (SNAP), જરૂરિયાતમંદ પરિવારો માટે કામચલાઉ સહાય (TANF), શરણાર્થી રોકડ સહાય (RCA), બાળ સંભાળ અને પિતૃ સેવાઓ (CAPS), અથવા મહિલા, શિશુ અને બાળકો (WIC) ને તબીબી સહાય કાર્યક્રમમાં સામેલ કરે છે.

ડિવિઝન ઓફ ફેમિલી એન્ડ ચિલ્ડ્રન સર્વિસીસ (DFCS) SNAP, TANF, RCA, CAPS અથવા WIC માંથી ઘરના કદ, રહેઠાણ અને આવકની માહિતીનો ઉપયોગ કરશે, પરંતુ Medicaid અથવા PeachCare for Kids® માં બાળકોની આપમેળે નોંધણી અથવા નવીકરણ કરવા DFCS તબીબી સહાયતા નિયમોનો ઉપયોગ કરીને ELE નિર્ધારણ કરવા માટે નાગરિકતા અથવા ઇમિગ્રેશન સ્થિતિની ચકાસણી કરશે. એકવાર પૂર્ણ થયા પછી DFCS એક નિર્ધારણ નોટિસ મોકલશે, સભ્યોને કોઈપણ ફેરફારો કરવા દો અને તેમને ELE પ્રક્રિયામાંથી નાપસંદ કરવા અથવા કોઈપણ સમયે તબીબી સહાયતા કેસને સમાપ્ત કરવાની મંજૂરી આપશે.

## તમામ કાર્યક્રમો માટે અધિકારો અને જવાબદારીઓ

### તમને નીચે મુજબના અધિકાર છે:

- આ ફોર્મ ભરવા માટે સહાયની વિનંતી કરવી અને મફત ભાષા સહાય સેવાઓ (દુભાષિયા, અનુવાદિત સામગ્રી, અથવા સીધી ભાષામાં સેવાઓ) -જો તમને અંગ્રેજી ભાષા વાંચવામાં, લખવામાં, બોલવામાં કે સમજવામાં તકલીફ પડતી હોય., તો તમે દુભાષિયા, અનુવાદિત સામગ્રી, અથવા સીધી ભાષામાં સેવાઓનો મફતમા લાભ લઈ શકો છો.
- જો તમને અથવા તમારા પરિવારમાં કોઈને અપંગતા હોય તો સહાયક સહાય અને સેવાઓ અને વાજબી ફેરફારોની વિનંતી કરવી.

**સુનાવણીની સુચના:** તમામ કાર્યક્રમોમાં તમને લેખિતમાં અથવા રૂબરૂમાં ન્યાયી સુનાવણીની વિનંતી કરવાનો અધિકાર છે. તમે 1-877-423-4746 પર કોલ કરીને સુનાવણી માટે કહી શકો છો અથવા જો તમે આ નિર્ણય સાથે સંમત ન હોવ તો તમે રાજ્યના સુનાવણી અધિકારી સમક્ષ સુનાવણી માટે કહી શકો છો. સુનાવણીમાં વકીલ, સંબંધી, મિત્ર અથવા તમે પસંદ કરો છો તે કોઈપણ દ્વારા તમારું પ્રતિનિધિત્વ થઈ શકે છે. જો તમને સુનાવણી જોઈતી હોય, તો તમારે લેખિતમાં અથવા નીચેની એજન્સીનો સંપર્ક કરીને સુનાવણી માટે પૂછવું જોઈએ:

- **SNAP માટે** આ નોટિસની તારીખથી **90 દિવસ**
- **મેડિકેડ અને TANF માટે** આ નોટિસની તારીખથી **30 દિવસ**

### તમે આમાટે જવાબદાર છો:

- તમારા કાર્યકરને સાચી માહિતી આપવી અને લાભો મેળવવા માટે જરૂરી નિવેદનોનો પુરાવો આપવો. જ્યારે તમે આ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરો છો, ત્યારે તમે તમારા કર્મચારીને તમારા એમ્પ્લોયર, બેંક, પાડોશી અથવા અન્ય લોકો પાસેથી માહિતી મેળવવાની પરવાનગી આપો છો જેથી અમે ખાતરી કરી શકીએ કે તમને યોગ્ય રકમનો લાભ મળી રહ્યો છે.
- દરેક સમયે સત્ય કહેવું. જો તમે અથવા તમારા માટે અરજી કરનાર કોઈ વ્યક્તિ ખોટી માહિતી પ્રદાન કરે છે, તો તમે ગુનો કરી શકો છો અને તમે જલમાં જઈ શકો છો.
- તમે અથવા તમારા ઘરના કોઈપણ લાભો માટે અરજી કરતા હોય તે યુ.એસ.ના નાગરિક અથવા પાત્ર ઇમિગ્રન્ટ છે તેનો પુરાવો આપવો.
- ફોડ પ્રિવેન્શન અથવા ઓફિસ ઓફ ઇન્વેસ્ટિગેટિવ સર્વિસિસ માટે કામ કરતા રાજ્ય અને ફેડરલ કર્મચારીઓને અને જેઓ વિશેષ કેસ સમીક્ષાઓ કરી રહ્યા છે તેઓને સહકાર આપવો. જો તમે સહકાર ન આપો અને અમે નક્કી કરી શકતા નથી કે તમે હજુ પણ SNAP માટે પાત્ર છો, તો તમારો કેસ નકારવામાં આવી શકે છે અથવા બંધ થઈ શકે છે.
- (SNAP માટે) ક્વોલિટી કંટ્રોલ સમીક્ષકો જ્યારે તમે તમારા કેસ મેનેજરને આપેલી માહિતી વિશે તમારો ઇન્ટરવ્યુ લેવા માટે તમારા ઘરે ફોન કરે અથવા આવે ત્યારે તેમને સહકાર આપે છે. જો તમે તેમની સાથે સહકાર ન આપો, તો તમારો કેસ નકારવામાં આવી શકાય છે અથવા બંધ થઈ શકે છે.
- (SNAP અને TANF માટે) ચૂકવવાના લાભો જે તમને પ્રાપ્ત થયા ન હોવા જોઈએ.
- (મેડિકેડ માટે) જ્યારે તેઓ તમારા કેસ મેનેજરને આપેલી માહિતી વિશે તમારો ઇન્ટરવ્યુ લેવા માટે તમારા ઘરે ફોન કરે અથવા આવે ત્યારે મેડિકેડ એલિજિબિલિટી ક્વોલિટી કંટ્રોલ અથવા પ્રોગ્રામ ઇન્ટિગ્રિટીને સહકાર આપે છે.
- (મેડિકેડ માટે) સભ્યો કે જેઓ નર્સિંગ હોમ, ઇન્ટરમીડિયેટ કેર ફેસિલિટી, કોમ્યુનિટી-આધારિત સેવામાં છે, અથવા એસ્ટેટ રિકવરી સાથે સહકાર આપતા, માફી કાર્યક્રમ દ્વારા નોંધાયેલા છે અને સેવાઓ મેળવે છે.

જો તમે **SNAP** મેળવો છો, તો તમારે જાણ કરવી આવશ્યક છે કે જ્યારે તમારા પરિવારની કુલ માસિક આવક તમારા ઘરના કદ માટે ફેડરલ ગરીબી સ્તરના 130% કરતાં વધુ હોય. તમારે આવકમાં ફેરફારની જાણ જે મહિનાના અંતના 10 દિવસ પછી કરવી જોઈએ જેમાં ફેરફાર થયો છે.

જો તમે કોઈ બાળકો વિના કામ કરતા પુખ્ત વયના છો, તો તમારે જ્યારે તમારા કામના કલાકો અઠવાડિયાના 20 કલાક અથવા દર મહિને 80 કલાકથી ઓછા હોય ત્યારે તમારે જાણ કરવી જોઈએ. તમારે આ ફેરફારોની જાણ જે મહિનાના અંતના 10 દિવસ પછી કરવી જોઈએ જેમાં ફેરફાર થયો છે.

જ્યારે તમારા પરિવારને નોંધપાત્ર લોટરી અને જુગારમાંથી જીત મળે ત્યારે તમારે જાણ કરવી જોઈએ. આ એક જ ગેમમાં જીતેલ રોકડ પુરસ્કાર છે. જો તમે અથવા ઘરના કોઈ સભ્યને લોટરી અથવા જુગારમાં જીતેલી જીત પ્રાપ્ત થાય છે, તો \$4500 કે તેથી વધુની કુલ રકમમાં (ટેક્સ અથવા અન્ય રકમો રોકી દેવામાં આવે તે પહેલાં), તમારે આ જીતની જાણ મહિનાના અંતના 10 દિવસ પછી કરવી જોઈએ જેમાં પરિવાર જીત મેળવી હોય છે.

જો તમે **TANF અથવા મેડિકેડ** મેળવો છો, તો તમારે ફેરફાર થયાના 10 દિવસની અંદર તમારી પરિસ્થિતિમાં થતા **તમામ ફેરફારોની** જાણ કરવી પડશે.

હું સમજું છું કે મારા મેડિકેડ કેસમાં કોઈપણ વ્યક્તિને મળેલી કોઈપણ એકમ રકમ અથવા "વિન્ડફોલ" ચુકવણી યોગ્યતા નક્કી કરવા માટે, અમારી પાસે હોઈ શકે તેવી અન્ય કોઈપણ આવક સાથે બજેટ હોવી જોઈએ.

Medicaid પ્રોગ્રામમાં, તમને આ અધિકારો છે:

- તમારી પાસે અન્ય સ્વાસ્થ્ય વીમો હોય તો પણ Medicaid મેળવવું.
- તમારા મેડિકેડ ડોક્ટર અથવા પ્રદાતા પસંદ કરવા.
- મેડિકેડના પ્રકાર પર આધાર રાખીને, તમે અરજી કરો તે તારીખથી 10, 45 અથવા 90 દિવસની અંદર તમારી મેડિકેડ એપ્લિકેશન મંજૂર કરવી અથવા નકારી કાઢવી.

### મારી મેડિકેડ પાત્રતાની શરત તરીકે:

- હું રાજ્યને તબીબી સહાય માટેના તમામ અધિકારો અને કોઈપણ તૃતીય પક્ષ (હોસ્પિટલ અને તબીબી લાભો) તરફથી તબીબી સંભાળ માટે ચૂકવણી કરવા માટે સંમત છું.
- સંભાળ અને સેવાઓ માટે ચુકવણી કરવા માટે જવાબદાર હોઈ શકે તેવા કોઈપણ તૃતીય પક્ષને અનુસરવામાં રાજ્યને મદદ કરવા માટે હું રાજ્યને ઓળખવામાં અને માહિતી પ્રદાન કરવામાં સહકાર આપવા માટે સંમત છું. હું સમજું છું કે તબીબી સંભાળ માટે મળેલી કોઈપણ ચુકવણીની જાણ મારે દસ દિવસની અંદર કરવી જોઈએ. (જો તમે અન્ય વ્યક્તિ વતી આ ફોર્મ ભરો છો અને તમારી પાસે તે વ્યક્તિ માટે સોંપણી ચલાવવાની સત્તા નથી, તો વ્યક્તિએ મેડિકેડ માટેની તેની/તેણીની પાત્રતાની શરત તરીકે ઉપર વર્ણવેલ અધિકારોની સોંપણીનો અમલ કરવાની જરૂર પડશે).
- જો ઉપલબ્ધ હોય, તો હું રાજ્યને ગેરહાજર માતાપિતાને તબીબી વીમો પ્રદાન કરવા માટે જરૂરી કરવાનો અધિકાર આપવા માટે સંમત છું. હું સમજું

છું કે જો તે ઉપલબ્ધ હોય તો મારે ગેરહાજર માતાપિતા પાસેથી તબીબી સહાય મેળવવી જોઈએ અને આ સમર્થન મેળવવા માટે બાળ સહાય સેવાઓના વિભાગને સહકાર આપવો જોઈએ. જો હું સહકાર ન આપું, તો હું સમજું છું કે હું મારા મેડિકેડ લાભો ગુમાવી શકું છું અને જ્યાં સુધી સારું કારણ સ્થાપિત ન થાય ત્યાં સુધી માત્ર મારા બાળકોને જ લાભો પ્રાપ્ત થશે.

**SNAP ઇંડની ચેતવણીઓ:** તમે તમારા લાભો ગુમાવી શકો છો અથવા જાણી જોઈને ખોટી માહિતી પ્રદાન કરવા બદલ ફોજદારી કાર્યવાહીને આધીન થઈ શકો છો.

- તમારા પરિવારને ન મળવા જોઈએ તેવા લાભો મેળવવા માટે ખોટી માહિતી આપશો નહીં અથવા માહિતી છુપાવશો નહીં.
- તમારા ન હોય તેવા SNAP અથવા EBT કાર્ડનો ઉપયોગ કરશો નહીં અને બીજા કોઈને તમારા કાર્ડનો ઉપયોગ કરવા દેશો નહીં.
- દારૂ અથવા સિગારેટ જેવી બિન-ખાદ્ય વસ્તુઓ ખરીદવા અથવા ક્રેડિટ કાર્ડ પર ચૂકવણી કરવા માટે SNAP લાભોનો ઉપયોગ કરશો નહીં.
- હથિયારો, દારૂગોળો અથવા નિયંત્રિત પદાર્થ (ગેરકાયદેસર દવાઓ) જેવી ગેરકાયદેસર વસ્તુઓ માટે SNAP અથવા EBT કાર્ડનો વેપાર અથવા વેચાણ કરશો નહીં.

તમારા ઘરની કોઈપણ વ્યક્તિ જે આ નિયમોમાંથી કોઈ પણનો હેતુસર ભંગ કરે છે તેને SNAP થી એક વર્ષથી લઈને કાયમ માટે પ્રતિબંધિત કરી શકાય છે, \$250,000 સુધીનો દંડ, 20 વર્ષની કેદ અથવા બંને થઈ શકે છે. તેણી/તે અન્ય લાગુ ફેડરલ અને રાજ્ય કાયદાઓ હેઠળ કાર્યવાહીને પાત્ર હોઈ શકે છે અને જો કોર્ટે આદેશ આપે તો વધારાના 18 મહિના માટે SNAP થી પ્રતિબંધિત પણ થઈ શકે છે.

તમારા ઘરની કોઈપણ વ્યક્તિ જે ઈરાદાપૂર્વક નિયમોનો ભંગ કરે છે તે પ્રથમ ગુના માટે એક વર્ષ, બીજા ગુના માટે બે વર્ષ અને ત્રીજા ગુના માટે કાયમી ધોરણે SNAP મેળવી શકશે નહીં.

જો કાયદાની અદાલત તમને અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને નિયંત્રિત પદાર્થના વેચાણ સાથે સંકળાયેલા વ્યવહારમાં ઉપયોગ કરવા અથવા લાભ મેળવવા માટે દોષિત ઠરે છે, તો તમે અથવા તે ઘરના સભ્ય પ્રથમ ગુના માટે બે વર્ષ માટે અને કાયમી ધોરણે બીજા ગુના માટે પાત્ર બનશો નહીં.

જો કાયદાની અદાલત તમને અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને હથિયારો, દારૂગોળો અથવા વિસ્ફોટકોના વેચાણ સાથે સંકળાયેલા વ્યવહારમાં ઉપયોગ અથવા લાભ મેળવવા માટે દોષિત માને છે, તો તમે અથવા તે ઘરના સભ્ય પ્રથમ ગુના પર SNAP માં ભાગ લેવા માટે આ ઉલ્લંઘન માટે કાયમ માટે અયોગ્ય બનશો.

જો કાયદાની અદાલત તમને અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને \$500 કે તેથી વધુની કુલ રકમ માટે લાભોની હેરફેર કરવા માટે દોષિત માને છે, તો તમે અથવા તે ઘરના સભ્ય આ ઉલ્લંઘનના પ્રથમ ગુના પર SNAP માં ભાગ લેવા માટે કાયમ માટે અયોગ્ય બનશો.

જો તમે અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યએ બહુવિધ SNAP લાભો મેળવવા માટે ઓળખ (તેઓ કોણ છે) અથવા રહેઠાણના સ્થળ (જ્યાં તેઓ રહે છે)ના સંદર્ભમાં કપટપૂર્ણ નિવેદન અથવા રજૂઆત કરી હોવાનું જણાયું છે, 10 વર્ષના સમયગાળા માટે SNAP માં ભાગ લેવા માટે તમે અથવા તે ઘરના સભ્ય અયોગ્ય બનશો.

હું સમજું છું કે જો હું ખોટી માહિતી આપું અથવા માહિતી અટકાવું, તો મારા પર છેતરપિંડી માટે કાર્યવાહી થઈ શકે છે.

**TANF પ્રોગ્રામ ઇંડની ચેતવણીઓ:** AU ની પાત્રતા સ્થાપિત કરવા અથવા જાળવવા, લાભો વધારવા, લાભમાં ઘટાડો અટકાવવા, પ્રતિકૂળ કાર્યવાહી ટાળવા માહિતી અટકાવવા અથવા TANF પ્રોગ્રામમાં પ્રતિબંધિત સ્થળોએ રોકડ સહાયનો ઉપયોગ કરવા હેતુપૂર્વક ખોટી અથવા ગેરમાર્ગે દોરતી માહિતી પૂરી પાડવાને આંતરરાષ્ટ્રીય પ્રોગ્રામનું ઉલ્લંઘન ગણવામાં આવે છે.

ગુનાની ગંભીરતાના આધારે તમારો ઇંડ નક્કી કરવા માટે તમને ઇન્સ્પેક્ટર જનરલની ઓફિસમાં મોકલવામાં આવી શકે છે જો તમે:

- સમયસર ફેરફારોની જાણ ન કરો અથવા સત્ય ન જણાવો અથવા રોકડ ઉપાડવા માટે રોકડ સહાય ભંડોળ અથવા TANF ડેબિટ કાર્ડનો ઉપયોગ કરો અથવા કૌન્સિલો, દારૂની દુકાનો, પુખ્ત વયના લોકો માટે મનોરંજન સુવિધાઓ "સ્ટ્રીપ ક્લબ", પોકર રૂમ, જામીન બોન્ડ, નાઇટ ક્લબ/સલુન્સ/ટેવર્ન, બિન્ગો હોલ, રેસ ટ્રેક, ગેમિંગ સંસ્થાનો, બંદૂક/દારૂગોળાની દુકાનો, કુઝ શિપ, સાયકલ રીડર્સ, ધૂમ્રપાનની દુકાનો, ટેટુ/વેધનની દુકાનો અને સ્પા/મસાજ સલુન્સ સખત પ્રતિબંધિત છે, તમે ક્યાં છો તે વિશે ખોટી માહિતી આપો જીવો જેથી તમે 1/1/97 ના રોજ અથવા તે પછી, એક કરતાં વધુ રાજ્યોમાં લાભો પ્રાપ્ત કરી શકો અને ડ્રગ-સંબંધિત આરોપ અથવા ગંભીર હિંસક ગુના માટે દોષિત ઠરો.

તમારા ઘરની કોઈપણ વ્યક્તિ જે હેતુસર આ નિયમોનો ભંગ કરે છે તેને TANF પ્રોગ્રામમાંથી છ મહિનાથી કાયમ માટે પ્રતિબંધિત કરી શકાય છે.

**મેડિકેડ માટે,** છેતરપિંડી અથવા દુરુપયોગ એ કાયદાની વિરુદ્ધ છે. તમને મેડિકેડ અને PeachCare for Kids® પ્રોગ્રામ ઈન્ટિગ્રિટી યુનિટમાં મોકલવામાં આવી શકે છે. ઉલ્લંઘન કરનારાઓ એક પ્રદાતાનો ઉપયોગ કરવા માટે મર્યાદિત હોઈ શકે છે, પ્રોગ્રામમાંથી સમાપ્ત થઈ શકે છે અથવા પૂરી પાડવામાં આવતી તબીબી સેવાઓ માટે સામુદાયિક આરોગ્ય વિભાગને વળતર આપવા માટે કહેવામાં આવી શકે છે.

છેતરપિંડી એ હેતુસર કરવામાં આવેલ અપ્રમાણિક કૃત્ય છે. દુરુપયોગ એ એક કૃત્ય છે જે સારી પ્રથાનું પાલન કરતું નથી.

**સહભાગી છેતરપિંડી અને દુરુપયોગના ઉદાહરણો છે:**

- તમારા મેડિકેડ, PeachCare for Kids® અથવા CMO સ્વાસ્થ્ય વીમા કાર્ડનો ઉપયોગ અન્ય કોઈને કરવા દેવો
- માદકદ્રવ્યોના સેવન અથવા વેચાણ કરવાના ઉદ્દેશ્ય સાથે પ્રિસ્ક્રિપ્શન મેળવવું
- સેવાઓ મેળવવા માટે બનાવટી દસ્તાવેજોનો ઉપયોગ કરવો
- મેડિકેડ અથવા PeachCare for Kids® દ્વારા પૂરા પાડવામાં આવેલ સાધનોનો દુરુપયોગ અથવા ગેરઉપયોગ કરવો
- મેડિકેડ અથવા PeachCare for Kids® પાત્રતા મેળવવા માટે ખોટી માહિતી આપવી અથવા અન્ય લોકોને આમ કરવાની મંજૂરી આપવી
- મેડિકેડ અથવા PeachCare for Kids® પાત્રતા મેળવવા માટે ખોટી માહિતી આપવી અથવા અન્ય લોકોને આમ કરવાની મંજૂરી આપવી

પ્રાપ્તકર્તૃઓ અથવા પ્રદાતાઓ પર શંકાસ્પદ Medicaid છેતરપિંડીની જાણ કરવા માટે, (સ્થાનિક) (404) 463-7590 અથવા (ટોલ ફ્રી) (800) 533-0686 પર જ્યોજિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ કોમ્યુનિટી હેલ્થ-ઓફિસ ઓફ ઇન્સ્પેક્ટર જનરલને કોલ કરો; [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov) પર ઈમેલ દ્વારા;

Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19<sup>th</sup> Floor, East Tower, Atlanta GA 30334 પર ટપાલ દ્વારા; અથવા મુલાકાત લો <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

## મતદાર નોંધણીની માહિતી

જો તમે અત્યારે જ્યાં રહો છો ત્યાં મત આપવા માટે તમે નોંધાયેલા ન હોવ, તો શું તમે આજે અહીં મત આપવા માટે નોંધણી કરવા અરજી કરવા માંગો છો?

\_\_\_હા

\_\_\_ના

\_\_\_હું મતદાર નોંધણી પ્રશ્નનો જવાબ આપવા માંગતો/તી નથી

નોંધણી માટે અરજી કરવી અથવા મત આપવા માટે નોંધણી કરવાનો ઇનકાર કરવાથી તમને આ એજન્સી દ્વારા આપવામાં આવતી સહાયની રકમ પર કોઈ અસર થશે નહીં.

જો તમને મતદાર નોંધણી અરજી ફોર્મ ભરવામાં મદદ જોઈતી હોય, તો અમે તમને મદદ કરીશું. મદદ લેવી કે સ્વીકારવી તે નિર્ણય તમારો છે. તમે ખાનગીમાં અરજી ફોર્મ ભરી શકો છો.

જો તમે માનતા હોવ કે કોઈએ નોંધણી કરાવવાના તમારા અધિકાર અથવા મત આપવા માટે નોંધણી કરવાના ઇનકારના અધિકાર, મત આપવા નોંધણી કરવી કે નહીં કે અરજી કરવાનું નક્કી કરવામાં તમારા ગોપનીયતાનો અધિકાર, અથવા તમારો પોતાનો રાજકીય પક્ષ અથવા અન્ય રાજકીય પસંદગી પસંદ કરવાના તમારા અધિકારમાં દખલ કરી છે, તમે નીચેના સરનામે રાજ્યના સચિવ ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 or by calling (404) 656-2871.

જો તમે બેમાંથી એક બોક્સને ચેક નહીં કરો, તો તમે આ સમયે મત આપવા માટે નોંધણી ન કરવાનું નક્કી કર્યું હોવાનું માનવામાં આવશે.

**જ્યોર્જિયા મતદાર નોંધણી અરજીની નકલ DFCS અરજીઓ, નવીકરણ અને સરનામાંના ફોર્મમાં ફેરફાર સાથે સમાવિષ્ટ છે. તમે તમારા કેસવર્કર પાસેથી પણ મતદાર નોંધણી અરજીની વિનંતી કરી શકો છો. જો તમે મતદાર નોંધણી અરજી પૂર્ણ કરો, તો મતદાર નોંધણી અરજી પર આપવામાં આવેલી સૂચનાઓને અનુસરીને તેને જ્યોર્જિયા સેક્રેટરી ઓફ સ્ટેટની ઓફિસમાં સબમિટ કરો.**



જો તમે તમારા મેડિકેડ અને SNAP અથવા TANF ને રિન્યુ કરી રહ્યાં હોવ, તો તમારે તમારી સ્થિતિને શ્રેષ્ઠ રીતે બંધબેસતા બોક્સમાં સહી કરવી અને તારીખ લખવી પડશે.

કૃપા કરીને રિન્યુઅલ પ્રક્રિયા શરૂ કરવા માટે પ્રમાણપત્રની અંતિમ તારીખ પહેલાં આ ફોર્મ પરત કરો.

● માત્ર મેડિકેડ માટે – જ્યારે અરજદાર/સદસ્ય/કાનૂની વાલી પૂર્ણ કરે ત્યારે અહીં સહી કરો:

જો હું મારા માટે મેડિકેડ માટે અરજી/નવીકરણ કરી રહ્યો/રહી હોય, તો હું ખોટી જુબાનીના દંડ હેઠળ જાહેર કરું છું કે હું U.S નાગરિક, U.S. રાષ્ટ્રીય અને/અથવા યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સમાં હાજર લાયક ઇમિગ્રન્ટ છું. જો હું માતાપિતા અથવા કાનૂની વાલી હોઉં, તો હું જાહેર કરું છું કે અરજદાર(રો) U.S. નાગરિક, U.S. રાષ્ટ્રીય અને/અથવા યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સમાં લાયક ઇમિગ્રન્ટ છે. હું વધુમાં પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજી પર આપવામાં આવેલી તમામ માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણ મુજબ સાચી અને ખરી છે.

(હસ્તાક્ષર)

(તારીખ)

● માત્ર Medicaid માટે – જ્યારે અરજદાર/સદસ્ય/માતા-પિતા/કાનૂની વાલી સિવાયની વ્યક્તિ પૂર્ણ કરે ત્યારે અહીં સહી કરો:

હું મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી અને માન્યતા મુજબ પ્રમાણિત કરું છું કે જે વ્યક્તિ(ઓ) માટે હું મેડિકેડ માટે અરજી/નવીકરણ કરી રહ્યો/રહી છું તે U.S નાગરિક(કો), U.S. રાષ્ટ્રીય(યો) અને/અથવા લાયક ઇમિગ્રન્ટ અથવા કાયદેસર રીતે યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સમાં હાજર છે. હું વધુમાં પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજી પર આપવામાં આવેલી તમામ માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણ મુજબ સાચી અને ખરી છે.

(હસ્તાક્ષર)

(તારીખ)

ફોન જ્યાં તમારો સંપર્ક કરી શકાય \_\_\_\_\_

જો અરજદાર/સદસ્ય/માતા-પિતા/કાનૂની વાલી આ વ્યક્તિને વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ તરીકે ઇચ્છે છે, તો તેણીએ અથવા તેણે અહીં ચેક કરવું જોઈએ અને નીચે સહી કરવી જોઈએ " યા " હા " ના

(અરજદાર/સદસ્ય/માતાપિતા/કાનૂની વાલી)

(તારીખ)

● SNAP અને/અથવા TANF માટે – જ્યારે અરજદાર/પ્રાપ્તકર્તા/કાનૂની વાલી પૂર્ણ કરે છે:

હું મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી અને માન્યતા મુજબ ખોટી જુબાનીના દંડ હેઠળ જાહેર કરું છું કે હું જેના માટે લાભો માટે અરજી કરી રહ્યો છું તે વ્યક્તિ(ઓ) U.S. નાગરિક(કો) છે અથવા યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સમાં કાયદેસર રીતે હાજર બિન-નાગરિક(કો) છે. હું વધુમાં પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજી પર આપવામાં આવેલી તમામ માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણ મુજબ સાચી અને ખરી છે. હું સમજું છું અને સંમત છું કે DHS-DFCS, DCH અને અધિકૃત ફંડરલ એજન્સીઓ આ અરજી પર આપેલી માહિતી ચકાસી શકે છે ભૂતકાળ અથવા વર્તમાન નોકરીદાતાઓ પાસેથી માહિતી મેળવી શકાય છે. હું સમજું છું કે મારી માહિતીનો ઉપયોગ વેતનની માહિતી અને કામની પ્રવૃત્તિઓમાં મારી સહભાગિતાને ટ્રેક કરવા માટે કરવામાં આવશે.

હું SNAP અને/અથવા TANF પ્રોગ્રામ જરૂરિયાતો અનુસાર મારી પરિસ્થિતિમાં કોઈપણ ફેરફારની જાણ ફરીશ. જો મારા ઘરમાં કોઈને લોટરી અથવા જુગારમાં \$4500 કે તેથી વધુની કુલ રકમ (ટેક્સ અથવા અન્ય રકમોની અટકાયત પહેલાં)ની જીત મળે તો હું જાણ કરીશ. હું આ જીતની જાણ મારા ઘરના સભ્યને જીત પ્રાપ્ત થયાના એજ મહિનાના અંતના 10 દિવસની અંદર કરીશ. હું સમજું છું કે જો કોઈ માહિતી ખોટી છે, તો મારા લાભો ઘટાડી શકાય છે અથવા નકારવામાં આવી શકે છે, અને જાણી જોઈને ખોટી માહિતી પ્રદાન કરવા બદલ મને ફાજદારી કાર્યવાહી કરવામાં આવી શકે છે અથવા DHS-DFCS પ્રોગ્રામ્સમાંથી ગેરલાયક ઠેરવવામાં આવી શકે છે. હું સમજું છું કે જો હું ખોટી માહિતી આપું અથવા માહિતી છુપાવું તો મારા પર કાર્યવાહી થઈ શકે છે. હું સમજું છું કે જો હું મારી અરજી અથવા નવીકરણ પ્રક્રિયા દરમિયાન મારા કેટલાક ખર્ચ વિશે DHS-DFCSને જણાવવામાં નિષ્ફળ જાઉં અને/અથવા તેમની ચકાસણી કરવામાં નિષ્ફળ જાઉં, તો DHS-DFCS મારા SNAP લાભોની રકમની ગણતરીમાં તે ખર્ચનું બજેટ કરશે નહીં.

જ્યોર્જિયા(Georgia) ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસ ("DHS") લાભો માટેની તમારી અરજી દરમિયાન વ્યક્તિગત રીતે ઓળખી શકાય તેવી માહિતી (PII), જેમ કે નામ, સરનામા, ટેલિફોન નંબર, ઈમેલ સરનામા અને જન્મ તારીખ વગેરે એકત્રિત કરે છે. અમને કોઈપણ વ્યક્તિગત માહિતી સબમિટ કરીને, તમે સંમત થાઓ છો કે અમે DHS નીતિઓ, પ્રક્રિયાઓ અનુસાર અને કાયદા અને/અથવા નિયમો દ્વારા પરવાનગી અથવા આવશ્યકતા અનુસાર આવી કોઈપણ વ્યક્તિગત માહિતી એકત્રિત, ઉપયોગ અને જાહેર કરી શકીએ છીએ.

(હસ્તાક્ષર)

(તારીખ)

## (તમારી માહિતી માટે આ દસ્તાવેજોને રાખો)

આ ચાર્ટ આ ફોર્મ પર ઉપયોગમાં લેવાતા કેટલાક શબ્દો સમજાવે છે.

અરજદાર	જાહેર સહાય અથવા લાભો મેળવવા માટે અરજી કરનાર વ્યક્તિ.
સહાયક એકમ (AU)	સહાયતા એકમમાં સગર્ભા વ્યક્તિ અને અજાત બાળક સહિત, સાથે રહેતા પાત્ર વ્યક્તિઓનો સમાવેશ થાય છે અને જાહેર સહાય/લાભ મેળવે છે.
સંભાળ રાખનાર	માતા-પિતા, સગર્ભા વ્યક્તિ, સંબંધી અથવા કાનૂની વાલી કે જેઓ અજાત બાળક સહિત તેની/તેણીની સંભાળમાં બાળકો સાથે TANF માટે અરજી કરે છે અને મેળવે છે.
કલાયન્ટ ID	જાહેર સહાય/લાભ મેળવનાર વ્યક્તિને અસાઇન કરેલ અનન્ય નંબર.
ગેરલાયક	ફોઈ વ્યક્તિને SNAP અથવા TANF કેસમાંથી દૂર કરવા માટે લેવામાં આવેલી કાર્યવાહી કારણ કે તેણે સત્ય કહ્યું ન હતું અને લાભો મેળવ્યા હતા જે તેમને મળવા જોઈતા ન હતા.
ઘરેલું હિંસા	ઘરેલું હિંસામાં પતિ/પત્ની, બોયફ્રેન્ડ/ગર્લફ્રેન્ડ, સાથીદાર અથવા "ભૂતપૂર્વ બોયફ્રેન્ડ" દ્વારા મારવું, હાત મારવી, બળાત્કાર કરવો, ગૂંગળાવી દેવાનો, ધમકાવવાનો, નિયંત્રિત કરવાનો અથવા તમારે જીવવો માટે જેનો જરૂર હોય (જેમ કે ખોરાક, દવા અથવા ઘર) તે મેળવવાથી રોકવાનો સમાવેશ થઈ શકે છે.
ઇલેક્ટ્રોનિક બેનિફિટ ટ્રાન્સફર (EBT)	SNAP માટે લાયક વ્યક્તિઓને લાભો ચૂકવવા માટે જ્યોર્જિયામાં ઉપયોગમાં લેવાતી સિસ્ટમ. સહાય મેળવનારી વ્યક્તિઓને EBT ડેબિટ કાર્ડ આપવામાં આવે છે, જેનો ઉપયોગ તેમના SNAP એકાઉન્ટ્સ એક્સેસ કરવા માટે થાય છે.
ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન્સ	તમે તમારી માહિતી વિશે કેવી રીતે સુચનાઓ પ્રાપ્ત કરવા માંગો છો તે પસંદ કરવાનો તમારી પાસે વિકલ્પ છે. જો તમે ઇમેઇલ અથવા ટેક્સ્ટ સુચનાઓ પ્રાપ્ત કરવાનું પસંદ કરો છો, તો તમને એક સંદેશ પ્રાપ્ત થશે જે તમને સૂચિત કરશે કે તમારી પાસે GA ગેટવે ગ્રાહક પોર્ટલમાં સ્થિત My Notices માં નોટિસ છે.  ઇમેઇલ કોમ્યુનિકેશન માટે, તમારે અમને તમારું ઇમેઇલ સરનામું પ્રદાન કરવું પડશે અને તમે એકાઉન્ટ બનાવ્યા પછી GA ગેટવે ગ્રાહક પોર્ટલમાં સ્થિત પેપરલેસ નોટિસ માટેના નિયમો અને શરતો સ્વીકારવી પડશે. તમારી સૂચના સેટિંગ્સને અપડેટ કરવા માટે કૃપા કરીને <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a> પર GA ગેટવે ગ્રાહક પોર્ટલ વેબસાઇટની મુલાકાત લો.  ટેક્સ્ટિંગ કોમ્યુનિકેશન માટે, તમારે અમને તમારો ફોન નંબર પ્રદાન કરવો આવશ્યક છે. માનક સંદેશ અને ડેટા દર લાગુ થઈ શકે છે. આ વાહકો દ્વારા બદલાઈ શકે છે. કૃપા કરીને તમારા પ્રદાતા સાથે તપાસ કરો.
અનુદાન આપનાર સંબંધી	માતાપિતા, સગર્ભા વ્યક્તિ, સંબંધી અથવા કાનૂની વાલી કે જેઓ અજાત બાળક સહિત બાળકો વતી તેમના અથવા તેણીના નામ પર TANF માટે અરજી કરે છે અને મેળવે છે.
કુલ આવક	કર અથવા અન્ય કપાતને ધ્યાનમાં લેતા પહેલા વ્યક્તિની કુલ આવક.
બેઘર વ્યક્તિ	એક વ્યક્તિ કે જેની પાસે રાત્રિના સમયે નિશ્ચિત અને નિયમિત રહેઠાણનો અભાવ હોય અથવા એવી વ્યક્તિ કે જેનું પ્રાથમિક રાત્રિ નિવાસસ્થાન છે: <ul style="list-style-type: none"> <li>અસ્થાયી આવાસ (જેમ કે કલ્યાણકારી હોટેલ અથવા એકત્ર થવાનું આશ્રય) પ્રદાન કરવા માટે રચાયેલ નિરીક્ષિત આશ્રયસ્થાન;</li> <li>હાફવે હાઉસ અથવા સમાન સંસ્થા કે જે વ્યક્તિઓને સંસ્થાકીય બનાવવાના હેતુથી કામચલાઉ રહેઠાણ પૂરું પાડે છે;</li> <li>અન્ય વ્યક્તિના રહેઠાણમાં 90 દિવસથી વધુ સમય માટે કામચલાઉ આવાસ; અથવા એવી જગ્યા જે મનુષ્યો માટે નિયમિત સૂવાના આવાસ તરીકે ડિઝાઇન કરવામાં આવી નથી અથવા સામાન્ય રીતે ઉપયોગમાં લેવાય છે (હોલવે, બેસ સ્ટેશન, લોબી અથવા સમાન સ્થાનો).</li> </ul>
ઘરના સભ્યો	તમારા ઘરમાં રહેતી વ્યક્તિઓ. SNAP માટે, જે વ્યક્તિઓ સાથે રહે છે અને સાથે મળીને ભોજન ખરીદે છે અને તૈયાર કરે છે.
આવક	વેતન, પગાર, કમિશન, બોનસ, ફામદારનું વળતર, વિકલાંગતા, પેન્શન, નિવૃત્તિ લાભો, વ્યાજ, બાળ સહાય અથવા અન્ય કોઈપણ પ્રકારના નાણાં પ્રાપ્ત કરવા જેવી ચૂકવણી.
મિડલ ક્લાસ ટેક્સ રિલીફ એક્ટ 2012	આ ફાયદો રોકડ સહાય ભંડોળ અથવા TANF ડેબિટ કાર્ડના ઉપયોગ પર રોકડ ઉપાડવા અથવા કેસિનો, દારૂની દુકાનો, પુખ્ત વયના મનોરંજન સુવિધાઓ, પોકર રૂમ, જામીન બોન્ડ, નાઇટ ક્લબ/સલૂન્સ/ટેવન, બિન્ગો હોલ, રેસ ટ્રેક, ગેમિંગ મથકો, બેટ્સ/દારૂગોળો સ્ટોર, કુઝ શિપ, માનસિક વાયકો, ધૂમ્રપાનની દુકાનો, ટેટુ/વેધનની દુકાનો અને સ્પા/મસાજ સલૂન્સ પર વ્યવહારો કરવામાં પ્રતિબંધિત કરે છે. આ વ્યવસાયો પર રોકડ સહાય ભંડોળ અથવા TANF ડેબિટ કાર્ડનો ઉપયોગ પ્રાપ્તકર્તા તરફથી ઇરાદાપૂર્વક કાર્યક્રમ ઉલ્લંઘન (છેતરપિડી) ની રચના કરશે.
બિન-અરજદાર	એક વ્યક્તિ જે જાહેર સહાય/લાભ માટે અરજી કરતી નથી અથવા પ્રાપ્ત કરતી નથી. બિન-અરજદારોએ સામાજિક સુરક્ષા નંબર, નાગરિકતા અથવા ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ પ્રદાન કરવાનો જરૂર નથી.
ચૂકવણી પ્રાપ્ત કરનાર	ચૂકવણી પ્રાપ્ત કરનાર એવી વ્યક્તિ છે જે AU વતી રોકડ સહાય મેળવવા અને ભંડોળ ખર્ચવાની જવાબદારી સ્વીકારે છે. ચૂકવણી પ્રાપ્ત કરનાર AU સભ્ય હોઈ શકે અથવા ન પણ હોઈ શકે.
કરવેરા-પૂર્વ ખર્ચ	કરવેરા-પૂર્વના ખર્ચ એ કર લાગુ થાય તે પહેલાં તમારી આવકમાંથી લેવામાં આવેલી કપાત છે. તમામ કપાત કરવેરા-પૂર્વના નથી. સૌથી સામાન્ય કરવેરા-પૂર્વના કપાત આરોગ્ય વીમો, દાંતનો વીમો, ટ્રિપ્લિ વીમો વગેરે છે. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>

<p><b>લાયક અભિયન/ઇમિગ્રન્ટ</b></p>	<p>લાયકાત ધરાવતા અભિયન/ઇમિગ્રન્ટ એ એવી વ્યક્તિ છે જે કાયદેસર રીતે U.S માં રહેતી હોય જે નીચેની શ્રેણીઓમાંની એકમાં આવે છે:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ઇમિગ્રેશન એન્ડ નેશનાલિટી એક્ટ (INA) હેઠળ કાયમી નિવાસ (LPR) માટે કાયદેસર રીતે સ્વીકારવામાં આવેલ વ્યક્તિ;</li> <li>ફોરેન ઓપરેશન્સ, એક્સપોર્ટ ફાઇનાન્સિંગ અને રિલેટેડ પ્રોગ્રામ એપ્રોપ્રિયેશન એક્ટ ઓફ 1988ની કલમ 584 હેઠળ અમેરેશિયન ઇમિગ્રન્ટ;</li> <li>INA ની કલમ 208 હેઠળ આશ્રય આપવામાં આવેલ વ્યક્તિ;</li> <li>શરણાર્થીઓ, INA ની કલમ 207 હેઠળ દાખલ થયેલ;</li> <li>INA ની કલમ 212 (d)(5) હેઠળ શરણાર્થી અથવા આશ્રયી તરીકે પરોલ કરાયેલ વ્યક્તિ;</li> <li>INA ની કલમ 243(h) હેઠળ 1 એપ્રિલ, 1997 પહેલા અથવા INA ની કલમ 241(b)(3) હેઠળ જે વ્યક્તિનો દેશનિકાલ અટકાવવામાં આવ્યો છે, જેમ કે સુધારેલ છે;</li> <li>INA ની કલમ 203(a)(7) હેઠળ 1 એપ્રિલ, 1980 પહેલા અમલમાં આવેલી વ્યક્તિ જેને શરતી પ્રવેશ મંજૂર કરવામાં આવેલ છે;</li> <li>1980 ના રેફ્યુજી એજ્યુકેશન આસિસ્ટન્સ એક્ટની કલમ 501(e) માં વ્યાખ્યાયિત કર્યા મુજબ ક્યુબન અથવા હૈતીયન ઇમિગ્રન્ટ્સ;</li> <li>ટ્રાફિકિંગ વિક્ટિમ્સ પ્રોટેક્શન એક્ટ 2000ની કલમ 107(b)(1) હેઠળ માનવ તસ્કરીના પીડિતો;</li> <li>પર્સનલ રિસ્પોન્સિબિલિટી એન્ડ વર્ક ઓપોર્ચુનિટી રિકોન્સિલેશન એક્ટ, 1996ની કલમ 431 (c) માં નિર્ધારિત શરતોને પૂર્ણ કરનારા પરેશાન ઇમિગ્રન્ટ્સ;</li> <li>અફઘાન અથવા ઇરાકી ઇમિગ્રન્ટ્સને INA ની કલમ 101(a)(27) હેઠળ વિશેષ ઇમિગ્રન્ટનો દરજ્જો આપવામાં આવ્યો છે (નિર્દેષ શરતોને આધીન);</li> <li>INA ની કલમ 289 હેઠળ U.S માં રહેતા કેનેડામાં જન્મેલા અમેરિકન ભારતીયો અથવા ભારતીય સ્વ-નિર્ધારણ અને શિક્ષણ સહાય અધિનિયમની કલમ 4(e) હેઠળ સંઘીય માન્યતા પ્રાપ્ત ભારતીય જનજાતિના બિન-નાગરિકો અને;</li> <li>હમોંગ અથવા હાઇલેન્ડ લાઓટીયન આદિવાસી સભ્યો કે જેઓએ વિયેતનામ યુગ (8/05/1964 – 5/07/1975) દરમિયાન લશ્કરી અથવા બચાવ કામગીરીમાં ભાગ લઈને U.S કર્મચારીઓને સહાયતા આપી હતી.</li> </ul> <p>માત્ર તબીબી સહાયતા અરજદારો માટે, કોમ્પેક્ટ ઓફ ફ્રી એસોસિએશન (COFA) એ ફેડરેટેડ સ્ટેટ્સ ઓફ માઇક્રોનેશિયા, રિપબ્લિક ઓફ માશલ આઇલેન્ડ્સ અને પલાઉ રિપબ્લિકના નાગરિકો છે. COFA સ્થળાંતર કરનારાઓએ 5-વર્ષની રોકને પૂર્ણ કરવાની જરૂર નથી.</p>
<p><b>સંસાધનો</b></p>	<p>રોકડ, મિલકત અથવા અસ્કયામતો જેમ કે બેંક ખાતા, વાહનો, સ્ટોક, બોન્ડ અને જીવન વીમો.</p>
<p><b>જાતીય હુમલો</b></p>	<p>ફેડરલ, આદિજાતિ અથવા રાજ્યના કાયદા દ્વારા પ્રતિબંધિત અસંમતિપૂર્ણ જાતીય કૃત્ય, જેમાં ભોગ બનનારની સંમતિ આપવાની ક્ષમતાનો અભાવ હોય ત્યારે સમાવેશ થાય છે.</p>
<p><b>જાતીય સતામણી</b></p>	<p>સેક્સ પર આધારિત પ્રતિકૂળ, ડરાવવા અથવા દમનકારી વર્તન કે જે અપમાનજનક કાર્ય વાતાવરણ બનાવે છે.</p>
<p><b>પીછો કરવો</b></p>	<p>ઇરાદાપૂર્વક અને વારંવાર અન્ય વ્યક્તિને અનુસરવાનું અથવા હેરાન કરવાનું કૃત્ય અથવા અપરાધ એવા સંજોગોમાં કે જેના કારણે વાજબી વ્યક્તિને ઇજા અથવા મૃત્યુનો ડર હોય, ખોસ કરીને સ્પષ્ટ અથવા ગર્ભિત ધમકીઓને કારણે.</p>
<p><b>કરપાત્ર આવક</b></p>	<p>વેતન, પગાર, કમિશન, બોનસ, વિકલાંગતા, પેન્શન, નિવૃત્તિ લાભો, વ્યાજ અથવા અન્ય કોઈપણ સ્વરૂપે પ્રાપ્ત નાણાં જેવી ચૂકવણી.</p>
<p><b>કર આધારિત</b></p>	<p>એક વ્યક્તિ જે ટેક્સ ફાઇલ કરનારના ટેક્સ રિટર્ન પર દાવો કરવાની અપેક્ષા રાખે છે. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>
<p><b>ટેક્સ ફાઇલ કરનાર</b></p>	<p>એક વ્યક્તિ જે ટેક્સ રિટર્ન ફાઇલ કરવાની અપેક્ષા રાખે છે. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>
<p><b>ટેક્સ રિટર્ન કપાત</b></p>	<p>ટેક્સ રિટર્ન કપાત એ તમારા ટેક્સ રિટર્ન ફોર્મ 1040 પર મળેલ માન્ય IRS કપાત છે, જેની શરૂઆત લાઇન 23 થી લાઇન 35 સુધી છે. તેમાં શામેલ છે: શિક્ષક ખર્ચ; ફોર્મ 2106; આરોગ્ય બચત ફોર્મ 8889; મૂલિંગ એક્સપેન્સિસ ફોર્મ 3909; દંડ/બચતની વહેલી ઉપાડ; ચૂકવેલ ભરણપોષણ; IRA કપાત; વિદ્યાર્થી લોન વ્યાજ; ટ્યુશન અને ફી ફોર્મ 8917; ઘરેલું ઉત્પાદન પ્રવૃત્તિઓ ફોર્મ 8903. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>
<p><b>SNAP માં તસ્કરી</b></p>	<p>SNAP લાભોની તસ્કરીનો અર્થ છે:</p> <p>(1) EBT કાર્ડ્સ, કાર્ડ નંબર્સ અને PIN નંબર્સ દ્વારા અથવા મેન્યુઅલ વાઉચર અને સહી દ્વારા જારી કરાયેલા SNAP લાભોની ખરીદી, વેચાણ, ચોરી અથવા અન્યથા આપલે કરવી, રોકડ માટે અથવા પાત્ર ખોરાક સિવાયની અવેજી માટે, પ્રત્યક્ષ, પરોક્ષ રીતે, સંડોવણી અથવા અન્ય લોકો સાથે મિલીભગત, અથવા એકલ ભૂમિકા;</p> <p>(2) હથિયારો, દારૂગોળો, વિસ્ફોટકો અથવા નિયંત્રિત પદાર્થોનું વિનિમય; (3) SNAP લાભો સાથે એવું ઉત્પાદન ખરીદવું જેમાં કન્ટેનર હોય કે જેમાં ઉત્પાદનનો ત્યાગ કરીને અને ડિપોઝિટની રકમ મોટે કન્ટેનર પરત કરીને રોકડ મેળવવાના ઉદ્દેશ્ય સાથે રિટર્ન ડિપોઝિટની જરૂર હોય, ઉત્પાદનને ઇરાદાપૂર્વક કાઢી નાખવું અને ડિપોઝિટની રકમ માટે કન્ટેનર ઇરાદાપૂર્વક પરત કરવું; (4) ઉત્પાદનનું પુનઃવેચાણ કરીને લાયક ખોરાક સિવાયનાં રોકડ અથવા વિચારણા મેળવવાના ઉદ્દેશ્ય સાથે SNAP લાભો સાથે ઉત્પાદન ખરીદવું, અને ત્યારબાદ લાયક ખોરાક સિવાયના રોકડ અથવા અવેજીના બદલામાં SNAP લાભો સાથે ખરીદેલ ઉત્પાદનને ઇરાદાપૂર્વક ફરીથી વેચવું; (5) લાયક ખોરાક સિવાયના રોકડ અથવા વિચારણાના બદલામાં મૂળરૂપે SNAP લાભો સાથે ખરીદેલ ઉત્પાદનોની ઇરાદાપૂર્વક ખરીદી કરવી. (6) ઇલેક્ટ્રોનિક બેનિફિટ ટ્રાન્સફર (EBT) કાર્ડ્સ, કાર્ડ નંબર્સ અને પર્સનલ આઇડેન્ટિફિકેશન નંબર્સ (PIN), અથવા મેન્યુઅલ વાઉચર અને હસ્તાક્ષર દ્વારા, રોકડ માટે જારી કરાયેલા અને એક્સેસ કરાયેલા SNAP લાભોની ખરીદી, વેચાણ, ચોરી અથવા અન્યથા અસર કરવાનો પ્રયાસ કરવો. અથવા લાયક ખોરાક સિવાયની વિચારણા, કા તો પ્રત્યક્ષ રીતે, પરોક્ષ રીતે, અન્યો સાથેની મિલીભગત અથવા મિલીભગતમાં, અથવા એકલ ભૂમિકા.</p>
<p><b>Way2Go ડેબિટ માસ્ટરકાર્ડ</b></p>	<p>જ્યોર્જિયા રાજ્યએ Way2Go ડેબિટ માસ્ટરકાર્ડ તરીકે ઓળખાતા TANF પ્રાપ્તકર્તાઓ માટે અનુકૂળ "ઇલેક્ટ્રોનિક" ચુકવણી વિકલ્પ અમલમાં મૂક્યો છે. આ ચુકવણી વિકલ્પ હેઠળ, મહિનાના પ્રથમ કલેન્ડર દિવસે પ્રાપ્તકર્તાના ખાતામાં પૈસા જમા કરવામાં આવે છે. જો પ્રથમ સપ્તાહના અંતે અથવા રજા પર પડે છે, તો લાભો અગાઉના મહિનાના છેલ્લા કામકાજના દિવસે ઉપલબ્ધ કરવામાં આવે છે. પ્રાપ્તકર્તાને તેના અથવા તેણીના ભંડોળની તાત્કાલિક એક્સેસ હોય છે કારણ કે ભંડોળ ઇલેક્ટ્રોનિક રીતે ડેબિટ માસ્ટરકાર્ડ પર લોડ કરવામાં આવે છે.</p>



## ADA/કલમ 504 અધિકારોની સુધારા

### વિકલાંગ લોકો માટે મદદ

ફેડરલ કાયદા\* ની આવશ્યકતા અનુસાર જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસ અને જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ કોમ્યુનિટી હેલ્થ ("વિભાગો") એ વિકલાંગ વ્યક્તિઓને વિભાગોના કાર્યક્રમો, સેવાઓ અથવા પ્રવૃત્તિઓમાં ભાગ લેવાની અને લાયક બનવાની સમાન તક પૂરી પાડવામાં આવે એ જરૂરી છે. આમાં SNAP, TANF અને તબીબી સહાય જેવા કાર્યક્રમોનો સમાવેશ થાય છે.

વિકલાંગતાના આધારે ભેદભાવ ટાળવા માટે જ્યારે ફેરફારો જરૂરી હોય ત્યારે વિભાગો વ્યાજબી ફેરફારો પ્રદાન કરે છે. ઉદાહરણ તરીકે, સમાન એક્સેસ પ્રદાન કરવા માટે અમે નીતિઓ, પ્રથાઓ અથવા પ્રક્રિયાઓમાં ફેરફાર કરી શકીએ છીએ. સમાન રીતે અસરકારક સંદેશાવ્યવહાર સુનિશ્ચિત કરવા માટે, અમે વિકલાંગ વ્યક્તિઓ અથવા વિકલાંગતા ધરાવતા તેમના સાથીઓને સંચાર સહાય પૂરી પાડીએ છીએ, જેમ કે સાંકેતિક ભાષાના દુભાષિયા. અમારી મદદ મફત છે. વિભાગોએ કોઈ ફેરફાર કરવાની જરૂર નથી કે જેના પરિણામે સેવા, કાર્યક્રમ અથવા પ્રવૃત્તિના સ્વરૂપમાં અથવા અનુચિત નાણાકીય અને વહીવટી બોજોમાં મૂળભૂત ફેરફાર થાય.

### વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયની વિનંતી કેવી રીતે કરવી

જો તમને અપંગતા હોય અને વાજબી ફેરફાર, સંચાર સહાય અથવા વધારાની મદદની જરૂર હોય તો કૃપા કરીને તમારા કેસવર્કરનો સંપર્ક કરો, દાખલા તરીકે, જો તમને સાંકેતિક ભાષાના દુભાષિયા જેવી અસરકારક સંચાર માટે સહાય અથવા સેવાની જરૂર હોય તો કોલ કરો. તમારી વિનંતી કરવા માટે તમે તમારા કેસવર્કરનો સંપર્ક કરી શકો છો અથવા DFCSને (877) 423-4746 પર અથવા DCH Katie Beckett (KB) ટીમને 678-248-7449 પર કોલ કરી શકો છો. તમે DFCS ADA વાજબી ફેરફાર વિનંતી ફોર્મનો ઉપયોગ કરીને તમારી વિનંતી પણ કરી શકો છો, જે તમારી સ્થાનિક DFCS ઓફિસમાં અથવા ઓનલાઇન <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, પર ઉપલબ્ધ છે અથવા તમે મેળવી શકો છો. DCH ADA વાજબી ફેરફાર વિનંતી ફોર્મ KB ઓફિસમાં, <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, પર ઓનલાઇન અથવા તમે તમારી ફેરફાર વિનંતી [DCH.ADAassistance@dch.ga.gov](mailto:DCH.ADAassistance@dch.ga.gov). પર ઇમેઇલ કરી શકો છો.

### ફરિયાદ કેવી રીતે દાખલ કરવી

જો તમારી વિકલાંગતાને કારણે વિભાગોએ તમારી સાથે ભેદભાવ કર્યો હોય તો તમને ફરિયાદ કરવાનો અધિકાર છે. ઉદાહરણ તરીકે, તમે ભેદભાવની ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો જો તમે વાજબી ફેરફાર અથવા સાંકેતિક ભાષાના દુભાષિયા માટે પૂછ્યું હોય જેને નકારવામાં આવ્યું હોય અથવા વાજબી સમયની અંદર કાર્યવાહી ન કરવામાં આવી હોય. તમે 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746 પર તમારા કેસ વર્કર, તમારી સ્થાનિક DFCS ઓફિસ અથવા DFCS સિવિલ રાઇટ્સ, ADA/સેક્શન 504 કોઓર્ડિનેટરનો સંપર્ક કરીને મૌખિક અથવા લેખિતમાં ફરિયાદ કરી શકો છો. DCH માટે, KB ટીમ ADA/વિભાગ 504 કોઓર્ડિનેટરનો 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 અથવા P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449 પર સંપર્ક કરો. DCH નું ઇમેઇલ છે: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

તમે તમારા કેસ વર્કરને DFCS નાગરિક અધિકાર ફરિયાદ ફોર્મની નકલ માટે કહી શકો છો. ફરિયાદ ફોર્મ અહીં ઉપલબ્ધ છે <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. જો તમને ભેદભાવની ફરિયાદ કરવામાં મદદની જરૂર હોય, તો તમે ઉપર સૂચિબદ્ધ DFCS સ્ટાફનો સંપર્ક કરી શકો છો. જે વ્યક્તિઓ બહેરા હોય અથવા સાંભળવામાં અક્ષમ હોય અથવા જેમને બોલવાની અક્ષમતા હોય તેઓ અમારી સાથે જોડાવા માટે ઓપરેટરને 711 પર કોલ કરી શકે છે. DCH નાગરિક અધિકારની ફરિયાદો માટેની ઇમેઇલ છે: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). DCH નાગરિક અધિકાર પ્રક્રિયા અને ફરિયાદ ફોર્મ માટેની લિંક અહીં છે: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

તમે યોગ્ય ફેડરલ એજન્સી સાથે ભેદભાવની ફરિયાદ પણ નોંધાવી શકો છો. U.S. ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ એગ્રીકલ્ચર (USDA) અને U.S. ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હેલ્થ એન્ડ હ્યુમન સર્વિસીસ (HHS) માટેની સંપર્ક માહિતી તેમાં સમાવિષ્ટ "ગેરભેદભાવ નિવેદન" ની અંદર છે.

*\*1973ના પુનર્વસન અધિનિયમની કલમ 504: વિકલાંગતા ધરાવતા અમેરિકનો અધિનિયમ 1990; અને વિકલાંગતા ધરાવતા અમેરિકનો અધિનિયમ સુધારા અધિનિયમ 2008 એ સુનિશ્ચિત કરે છે કે વિકલાંગ વ્યક્તિઓ ગેરકાનૂની ભેદભાવથી મુક્ત છે.*

**ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ કોમ્યુનિટી હેલ્થ (DCH)** નીતિ હેઠળ, તબીબી સહાયતા કાર્યક્રમો તમારી જાતિ, ઉંમર, લિંગ, અપંગતા, રાષ્ટ્રીય મૂળ અથવા ધર્મના આધારે તમને પોત્રતા અથવા લાભોને નકારી શકતા નથી.

## USDA અથવા HHS અરજીઓ મોકલશો નહીં

### બિન-ભેદભાવ નિવેદન

ફેડરલ નાગરિક અધિકાર કાયદા અને U.S. ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ એગ્રીકલ્ચર (USDA, US ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ એગ્રીકલ્ચર) અનુસાર નાગરિક અધિકાર નિયમો અને નીતિઓ, USDA, તેની એજન્સીઓ, કચેરીઓ અને કર્મચારીઓ અને USDA, કાર્યક્રમોમાં ભાગ લેતી અથવા તેનું સંચાલન કરતી સંસ્થાઓ, જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, લિંગ (લિંગ ઓળખ, જાતીય અભિગમ સહિત) ધાર્મિક સંપ્રદાય, અપંગતા, ઉંમર, રાજકીય માન્યતાઓ અથવા USDA દ્વારા આયોજિત અથવા ભંડોળ પૂરું પાડવામાં આવેલ કોઈપણ કાર્યક્રમ અથવા પ્રવૃત્તિમાં અગાઉના નાગરિક અધિકારોની પ્રવૃત્તિ માટે વેર અથવા બદલાના આધારે ભેદભાવ કરવા પર પ્રતિબંધ ધરાવે છે. U.S. સ્વાસ્થ્ય અને માનવ સેવા વિભાગ (HHS, ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હેલ્થ એન્ડ હ્યુમન સર્વિસ) તરફથી સંઘીય નાણાકીય સહાય પ્રાપ્ત કરતાં પ્રોગ્રામ, જેમ કે જરૂરિયાતમંદ પરિવારો માટે અસ્થાયી સહાયક (TANF, ટેમ્પરરી અસસીસ્ટન્સ ફોર નીડી ફૅમિલીસ), અને HHS જે પ્રોગ્રામ્સને સીધી રીતે ચલાવે છે તે પણ ફેડરલ નાગરિક અધિકાર કાયદા અને HHS નિયમો હેઠળ ભેદભાવ કરવા પ્રતિબંધિત છે.

વિકલાંગ વ્યક્તિઓ કે જેમને કાર્યક્રમની માહિતી માટે સંચારના વૈકલ્પિક માધ્યમોની જરૂર હોય છે (દા.ત., બ્રેઇલ, મોટી પ્રિન્ટ, ઓડિઓટેપ, અમેરિકન સાઇન લેંગ્વેજ), તેઓએ જ્યાં લાભો માટે અરજી કરી હોય તે એજન્સી (રાજ્ય અથવા સ્થાનિક)નો સંપર્ક કરવો જોઈએ.

જે વ્યક્તિઓ બહેરા છે, સાંભળવામાં અસમર્થ છે અથવા જેમને બોલવામાં અસમર્થતા છે તેઓ (800) 877-8339 પર ફેડરલ રિલે સર્વિસ દ્વારા USDA નો સંપર્ક કરી શકે છે. વધુમાં, પ્રોગ્રામની માહિતી અંગ્રેજી સિવાયની અન્ય ભાષાઓમાં ઉપલબ્ધ કરાવી શકાય છે.

### USDA કાર્યક્રમોને શામિલ કરતી નાગરિક અધિકારોની ફરિયાદો

USDAએ ઘણા ખાદ્ય સુરક્ષા અને ભૂખ ઘટાડવાના કાર્યક્રમો માટે સંઘીય નાણાકીય સહાય પૂરી પાડે છે જેમ કે પૂરક પોષણ સહાય કાર્યક્રમ (SNAP), ભારતીય અનામત પર ખોરાક વિતરણ કાર્યક્રમ (FDPIR) અને અન્ય. ભેદભાવની ફરિયાદ નોંધાવવા માટે, ઓનલાઇન અને કોઈપણ USDA ઓફિસમાં ઉપલબ્ધ પ્રોગ્રામ ભેદભાવ ફરિયાદ ફોર્મ, (AD-3027) પૂર્ણ કરો: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, અને અથવા USDA ને સંબોધીને પત્ર લખો અને ફોર્મમાં વિનંતી કરેલી બધી માહિતી પ્રદાન કરો. ફરિયાદ ફોર્મની નકલની વિનંતી કરવા માટે, (866) 632-9992 પર કોલ કરો. આના દ્વારા USDA ને તમારું ભરેલું ફોર્મ અથવા પત્ર સબમિટ કરો:

1. **ટપાલ:** Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; અથવા
2. **ફેક્સ:** (833) 256-1665 અથવા (202) 690-7442; અથવા
3. **ફોન:** (833) 620-1071; અથવા
4. **ઈમેઇલ:** [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

SNAP સમસ્યાઓ સંબંધિત કોઈપણ અન્ય માહિતી માટે, વ્યક્તિઓએ USDA SNAP હોટલાઇન નંબર (800) 221-5689 પર સંપર્ક કરવો જોઈએ, જે સ્પેનિશમાં પણ છે, અથવા ઓનલાઇન ઉપલબ્ધ [state information/hotline numbers](https://www.usda.gov/state-information/hotline-numbers) પર કોલ કરવો જોઈએ (રાજ્ય અનુસાર હોટલાઇન નંબરોની સૂચિ માટે લિંક પર ક્લિક કરો): [SNAP હોટલાઇન](https://www.usda.gov/state-information/hotline-numbers).

### HHS કાર્યક્રમોને શામિલ કરતી નાગરિક અધિકાર ફરિયાદો

TANF, હેડ સ્ટાર્ટ, લો ઇન્કમ હોમ એનજી આસિસ્ટન્સ પ્રોગ્રામ (LIHEAP) અને અન્ય સહિત આરોગ્ય અને સુખાકારીને વધારવા માટે HHS ઘણા કાર્યક્રમો માટે સંઘીય નાણાકીય સહાય પૂરી પાડે છે. જો તમે માનતા હોય કે HHS જે પ્રોગ્રામ કે પ્રવૃત્તિઓ ચલાવે છે અથવા જેના માટે HHS ફેડરલ નાણાકીય સહાય પૂરી પાડે છે તેવી પ્રવૃત્તિઓ અથવા કાર્યક્રમોમાં તમારી જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, વિકલાંગતા, ઉંમર, લિંગ (ગર્ભાવસ્થા, જાતીય અભિગમ અને લિંગ ઓળખ સહિત), અથવા ધર્મના કારણે ભેદભાવ કરવામાં આવ્યો છે, તો તમે તમારા માટે અથવા અન્ય કોઈ વ્યક્તિ માટે ઓફિસ ફોર સિવિલ રાઇટ્સ (OCR) માં ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો.

HHS દ્વારા ફેડરલ નાણાકીય સહાય મેળવતા પ્રોગ્રામ અંગે તમારા અથવા અન્ય કોઈ વ્યક્તિ માટે ભેદભાવની ફરિયાદ નોંધાવવા માટે, OCR ના ફરિયાદ પોર્ટલ દ્વારા <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> પર ઓનલાઇન ફોર્મ ભરો. તમે નીચેના સરનામે ટપાલ દ્વારા પણ OCR નો સંપર્ક કરી શકો છો: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; ફેક્સ: (202) 619-3818; અથવા ઈમેઇલ: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). ઝડપી પ્રક્રિયા માટે, અમે તમને મેઇલ દ્વારા કૃતજ્ઞ કરવાને બદલે ફરિયાદો કૃતજ્ઞ કરવા માટે OCR ઓનલાઇન પોર્ટલનો ઉપયોગ કરવા પ્રોત્સાહિત કરીએ છીએ. જે વ્યક્તિઓને નાગરિક અધિકારની ફરિયાદ દાખલ કરવામાં સહાયની જરૂર હોય તેઓ OCR ને [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) પર ઈમેલ કરી શકે છે અથવા 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 પર ટોલ-ફ્રી કોલ કરી શકે છે. જે વ્યક્તિઓ બહેરા હોય, સાંભળવામાં તકલીફ હોય અથવા બોલવામાં તકલીફ હોય, તો કૃપા કરીને ટેલિફોનિકેશન રિલે સેવાઓની પહોંચ મેળવવા માટે 7-1-1 ડાયલ કરો. ફરિયાદ દાખલ કરવા માટે અમે વૈકલ્પિક ફોર્મટ્સ (જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટ), સહાયક સહાય અને ભાષા સહાય સેવાઓ પણ નિ:શુલ્ક પ્રદાન કરીએ છીએ.

આ સંસ્થા એક સમાન તક પ્રદાતા છે.

માનવ સેવા વિભાગ (DHS) હેઠળ, તમે તમારી સ્થાનિક DFCS ઓફિસનો સંપર્ક કરીને અન્ય ભેદભાવની ફરિયાદો પણ નોંધાવી શકો છો, અથવા DFCS નાગરિક અધિકાર, ADA/વિભાગ 504 Coordinator at Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. મર્યાદિત અંગ્રેજી પ્રાવીણ્યના આધારે ભેદભાવનો આક્ષેપ કરતી ફરિયાદો માટે, at Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746 ખાતે DHS લિમિટેડ અંગ્રેજી પ્રાવીણ્ય અને સંવેદનાત્મક ક્ષતિ કાર્યક્રમનો સંપર્ક કરો.

### USDA અથવા HHS અરજીઓ મોકલશો નહીં