

Georgia मानव सेवा विभाग (Georgia Department of Human Services)
SNAP/MEDICAID/TANF रिन्यूअल फ़ॉर्म

यदि आपको इस दस्तावेज़ को पढ़ने या पूरा करने में सहायता चाहिए, या यदि आपको हमसे संवाद करने में सहायता चाहिए, तो हमसे पूछें या (877) 423-4746 पर कॉल करें। दुभाषिये की सेवा सहित हमारी सेवाएँ नि:शुल्क हैं। यदि आप बहरे हैं, कम सुनते हैं, अंधे-बहरे हैं या बोलने में कठिनाई है, तो आप 711 (Georgia रिले) डायल करके उपरोक्त नंबर पर हमें कॉल कर सकते हैं।

कार्यालय के उपयोग के लिए ही: प्राप्त तिथि _____ क्लाइंट आईडी # _____ शुरू करने की तिथि: _____
प्रोग्राम शुरू किए गए: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid

यदि आप SNAP के लिए दोबारा आवेदन कर रहे हैं या अपने TANF या Medicaid लाभों का रिन्यूअल कर रहे हैं, तो आप केवल अपने नाम, पते और हस्ताक्षर के साथ इस रिन्यूअल/आवेदन फ़ॉर्म को फ़ाइल कर सकते हैं। **हालाँकि, यदि आप पूरे फ़ॉर्म को पूरा करते हैं और अनुरोध किए जाने पर जानकारी का सत्यापन प्रदान करते हैं, तो यह आपके आवेदन को संसाधित करने, पुनः प्रमाणीकरण/नवीनीकरण को अधिक तेज़ी से संसाधित करने में हमारी सहायता करेगा।** आप इस फ़ॉर्म का उपयोग SNAP/Medicaid और/या TANF प्रोग्राम के लिए या केवल SNAP के लिए संयुक्त रिन्यूअल/आवेदन फ़ाइल करने के लिए कर सकते हैं। आपका SNAP रिन्यूअल केवल इस आधार पर समाप्त नहीं किया जाएगा कि आपका रिन्यूअल/किसी अन्य प्रोग्राम के लिए आवेदन अस्वीकार/समाप्त कर दिया गया है। हम आपके SNAP के रिन्यूअल के लिए एक अलग पात्रता निर्धारण करेंगे।

कृपया नीचे दिए गए स्थान पर उस व्यक्ति का नाम और पता प्रिंट करें जो लाभ के लिए फिर से आवेदन कर रहा है:

क्लाइंट का नाम:	जन्म तिथि:	सोशल सिक्योरिटी नंबर: (गैर-आवेदकों के लिए वैकल्पिक*)
क्या आप बेघर हैं? हाँ _____ नहीं _____	*नीचे नागरिकता अप्रवासन स्थिति और सोशल सिक्योरिटी नंबर देखें।	
गली का पता:		
मेल का पता:		
मुख्य फोन नंबर:	अन्य संपर्क नंबर:	
इलेक्ट्रॉनिक संचार: ईमेल: हाँ _____ या नहीं _____ (वैकल्पिक) टेक्स्ट भेजना: हाँ _____ या नहीं _____ (वैकल्पिक)	ईमेल पता: (वैकल्पिक)	
आपकी पसंदीदा भाषा क्या है?	यदि कोई इंटरव्यू ज़रूरी हो, तो क्या आपको दुभाषिये की ज़रूरत है? हाँ _____ या नहीं _____ पड़ेगी?	

विकलांग अमेरिकी अधिनियम: उचित संशोधन एवं संचार सहायता के लिए अनुरोध (यदि लागू हो):

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

सांकेतिक भाषा दुभाषिया _____; TTY _____; बड़ा प्रिंट _____; इलेक्ट्रॉनिक संचार (ईमेल) _____; ब्रेल _____;

वीडियो रिले _____; क्यूड (सांकेतिक) भाषण दुभाषिया _____; मौखिक दुभाषिया _____; टैक्टाइल (स्पर्शनीय) दुभाषिया _____; प्रोग्राम की समय सीमाओं का टेलीफ़ोन कॉल रिमाइंडर _____; टेलीफ़ोनिक हस्ताक्षर (यदि लागू हो) _____; आमने-सामने इंटरव्यू (घर का दौरा) _____; अन्य: _____

क्या आपको इस उचित संशोधन या संचार सहायता की एक-बारगी ज़रूरत है _____ या चालू _____? यदि संभव हो, तो संक्षेप में बताएँ कि आपको कब और कितने समय तक इस संशोधन या सहायता की ज़रूरत है?

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

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

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

हस्ताक्षर:

दिनांक

गवाह हस्ताक्षर यदि 'X' द्वारा हस्ताक्षरित है

दिनांक

पाथवेज़ चिकित्सा सहायता:

Pathways मेडिकल असिस्टेंस एक ऐसा प्रोग्राम है जो 19 से 64 वर्ष की आयु के व्यक्तियों को मुफ्त या कम लागत वाला Medicaid गृहवरेज प्रदान करता है, जिनकी घरेलू आय फ़ेडरल पॉवर्टी लेवल (संघीय गरीबी स्तर, FPL) के 100% तक है, जो अन्यथा Medicaid के लिए पात्र नहीं हैं और जो पात्रता आवश्यकताओं को पूरा करते हैं। यदि आप Pathways के लिए विचार करना चाहते हैं, तो कृपया अटैचमेंट D भी पूरा करें।

अधिकृत प्रतिनिधि:

इस अनुभाग को तभी पूरा करें जब आप चाहते हैं कि कोई व्यक्ति या कोई संगठन आपका आवेदन/नवीकरण भरें, SNAP या TANF के लिए अपना इंटरव्यू पूरा करें, और/या जब आप स्टोर पर नहीं जा सकते हों तो भोजन खरीदने के लिए आपके SNAP EBT कार्ड का उपयोग करें। कृपया प्रत्येक प्रोग्राम प्रकार की जाँच करें जिसे आप किसे अधिकृत प्रतिनिधि के रूप में नामित करना चाहते हैं। कृपया जाँच लें कि आप उस व्यक्ति या संगठन को कौन से कर्तव्य सौंपना चाहते हैं। यदि आप Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आप अपनी ओर से चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन करने के लिए एक से अधिक व्यक्तियों को चुन सकते हैं।

अधिकृत प्रतिनिधि 1 प्रोग्राम के प्रकार: SNAP TANF चिकित्सा सहायता

अधिकृत प्रतिनिधि 1 के कर्तव्य: आवेदक की ओर से आवेदन पर हस्ताक्षर करें रिन्यूअल फॉर्म को पूरा करें और जमा करें नोटिस और अन्य संचार की प्रतियां प्राप्त करें अन्य सभी मामलों में आवेदक की ओर से कार्यवाही करें TANF लाभ कार्ड (Way2Go) प्राप्त करें

व्यक्ति का नाम 1: _____

संगठन का नाम 1 (यदि लागू हो): _____ फ़ोन: _____

पता: _____ अपार्टमेंट: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____

इलेक्ट्रॉनिक संचार: ईमेल: हाँ _____ नहीं _____ (वैकल्पिक) टेक्स्ट भेजना: हाँ _____ नहीं _____ (वैकल्पिक)

ईमेल पता (वैकल्पिक) _____

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

अधिकृत प्रतिनिधि 2 प्रोग्राम के प्रकार: SNAP TANF चिकित्सा सहायता

अधिकृत प्रतिनिधि 2 के कर्तव्य: आवेदक की ओर से आवेदन पर हस्ताक्षर करें रिन्यूअल फॉर्म को पूरा करें और जमा करें नोटिस और अन्य संचार की प्रतियां प्राप्त करें अन्य सभी मामलों में आवेदक की ओर से कार्यवाही करें TANF लाभ कार्ड (Way2Go) प्राप्त करें

व्यक्ति का नाम 2: _____

संगठन का नाम 2 (यदि लागू हो): _____ फ़ोन: _____

पता: _____ अपार्टमेंट: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____

इलेक्ट्रॉनिक संचार: ईमेल: हाँ _____ नहीं _____ (वैकल्पिक) टेक्स्ट भेजना: हाँ _____ नहीं _____ (वैकल्पिक)

ईमेल पता (वैकल्पिक) _____

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

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

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

(यदि हाँ, तो कृपया उस उचित संशोधन या संचार सहायता का वर्णन करें जिसका आप अनुरोध कर रहे हैं):

सांकेतिक भाषा दुभाषिया _____; TTY _____; बड़ा प्रिंट _____; इलेक्ट्रॉनिक संचार (ईमेल) _____; ब्रेल _____; वीडियो रिले _____; क्यूड (सांकेतिक) भाषण दुभाषिया _____; मौखिक दुभाषिया _____; टैक्टाइल (स्पर्शनीय) दुभाषिया _____; प्रोग्राम की समय सीमा का टेलीफोन कॉल रिमाइंडर _____; टेलीफोनिक हस्ताक्षर (यदि लागू हो) _____; आमने-सामने इंटरव्यू (घर का दौरा) _____;

अन्य: _____

क्या अधिकृत प्रतिनिधि को इस उचित संशोधन या संचार सहायता की एक बार या निरंतर ज़रूरत है _____? यदि संभव हो, तो संक्षेप में बताएँ कि आपको कब और कितने समय तक इस संशोधन या सहायता की ज़रूरत है? _____

केवल Medicaid के लिए:

क्या आप अगले साल संघीय आयकर रिटर्न दाखिल करने की उम्मीद करते हैं? (आप अभी भी स्वास्थ्य बीमा के लिए आवेदन कर सकते हैं, भले ही आप संघीय आयकर रिटर्न फ़ाइल न करें।)

हाँ नहीं यदि हाँ, तो कृपया प्रश्न a, b, और c का उत्तर दें। यदि नहीं, तो कृपया इस प्रश्न c का उत्तर दें।

- a. क्या आप जीवनसाथी के साथ संयुक्त रूप से फाइल करेंगे? हाँ नहीं अगर हाँ, तो जीवनसाथी का नाम: _____
- b. क्या आप अपने कर रिटर्न पर किसी आश्रित पर दावा करेंगे? हाँ नहीं
यदि हाँ, तो आश्रितों के नाम बताएँ: _____
- c. क्या किसी को किसी और के रिटर्न पर निर्भर कर के रूप में दावा किया जाएगा? हाँ नहीं
यदि हाँ, तो कृपया कर फाइल करने वाले और आश्रितों का नाम बताएँ: _____
कर आश्रित, कर फाइल करने वाले से कैसे संबंधित है? _____

कम्युनिटी आउटरीच सर्विसेज

अन्य DHS सेवाओं के बारे में अधिक जानकारी के लिए, कृपया हमारी वेबसाइट www.dfcs.georgia.gov पर जाएँ या (877) 423 - 4746 पर कॉल करें।
कृपया सभी प्रश्नों के उत्तर दें और अनुरोध के अनुसार सभी आय और किसी भी खर्च का प्रमाण दें।

नागरिकता अप्रवासन स्थिति और सोशल सिव्योरिटी नंबर:

कृपया आवेदक और परिवार के सभी सदस्यों के बारे में नीचे दिए गए चार्ट को भरें। निम्नलिखित संघीय कानून और नियम: 2008 का खाद्य और पोषण अधिनियम, 7 U.S.C § 2011-2036, 71 C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910 और 2 C.F.R. § 435.920, DFCS को आपसे और आपके परिवार के सदस्यों के सोशल सिव्योरिटी नंबर(रों)

का अनुरोध करने के लिए अधिकृत करता है। कोई भी व्यक्ति जो आपके घर में रह रहा है और लाभ के लिए आवेदन नहीं कर रहा है, उसे गैर-आवेदक के रूप में माना जा सकता है। गैर-आवेदकों को हमें अपनी सोशल सिव्योरिटी नंबर, नागरिकता या आप्रवासन स्थिति के बारे में जानकारी देने की आवश्यकता नहीं है और वे लाभ के लिए पात्र नहीं हैं। घर के अन्य सदस्य तब भी लाभ प्राप्त करने में सक्षम हो सकते हैं यदि वे अन्यथा पात्र हों। यदि आप चाहते हैं कि हम यह तय करें कि क्या कोई घर का सदस्य लाभ के लिए पात्र है, तो भी आपको हमें उनकी नागरिकता या अप्रवासन स्थिति के बारे में बताना होगा और हमें उनका सोशल सिव्योरिटी नंबर (SSN) देना होगा। घर की पात्रता और लाभ के स्तर को निर्धारित करने के लिए आपको फिर भी हमें उनकी आय और संसाधनों के बारे में बताना होगा। हम किसी भी गैर-आवेदक वाले घर के सदस्य को यूनाइटेड स्टेट्स सिटिजनशिप एंड इमिग्रेशन सर्विसेज (USCIS) सिस्टैमेटिक एलियन वेरिफिकेशन फॉर एंटाइटेल्मेंट (SAVE) सिस्टम को रिपोर्ट नहीं करेंगे, अगर वे हमें अपनी नागरिकता या आब्रजन स्थिति नहीं देते हैं। हालाँकि, यदि आपके आवेदन में आब्रजन स्थिति की जानकारी प्रस्तुत की गई है, तो यह जानकारी SAVE प्रणाली के माध्यम से सत्यापन के अधीन हो सकती है और परिवार की पात्रता और लाभ के स्तर को प्रभावित कर सकती है। आपकी आय और योग्यता को सत्यापित करने के लिए हम आपकी जानकारी का मिलान अन्य संघीय, राज्य और स्थानीय एजेंसियों के साथ करेंगे। यह जानकारी कानून प्रवर्तन अधिकारियों को भी दी जा सकती है ताकि वे कानून से भाग रहे लोगों को पकड़ने के लिए उपयोग कर सकें। यदि आपके परिवार के पास SNAP का दावा है, तो SSN सहित इस आवेदन की जानकारी संघीय और राज्य एजेंसियों और प्राइवेट क्लेमस कलेक्शन एजेंसियों को दी जा सकती है, ताकि वे उसे क्लेम जमा करने में उपयोग कर सकें। हम आवेदक परिवार के सदस्यों को लाभ से वंचित नहीं करेंगे क्योंकि घर के अन्य सदस्य अपनी SSN, नागरिकता, या अप्रवासन स्थिति प्रदान करने में विफल रहते हैं। यदि आप केवल आपातकालीन चिकित्सा सेवाओं के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपको अपना SSN या अपनी अप्रवासन स्थिति के बारे में जानकारी प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है।

पहलानाम	बीच का नाम।	अंतिमनाम	जातीयता हिस्पैनिकया लातीनी? (वैकल्पिक)	जाति (वैकल्पिक)	लिंग पुरुष/महिला	जन्म तिथि फॉर्मेट (mm/dd/yy)	आप से सम्बन्ध	सोशल सिव्योरिटी नंबर (गैर-आवेदकों के लिए वैकल्पिक)	क्या आप एक U.S. नागरिक हैं, U.S. राष्ट्रीय, योग्य आप्रवासी या संतोषजनक आप्रवासन स्थिति में? (केवल आवेदक) (हाँ/नहीं)	क्या इस बच्चे की माँ घर में रहती है? (हाँ/नहीं)	क्या इस बच्चे के पिता घर में रहते हैं? (हाँ/नहीं)	क्या आप Medicaid चाहते हैं? (हाँ/नहीं)
			हाँ/नहीं				खुद		हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं
			हाँ/नहीं						हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं
			हाँ/नहीं						हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं
			हाँ/नहीं						हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं
			हाँ/नहीं						हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं
			हाँ/नहीं						हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं
			हाँ/नहीं						हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं

रेस कोड (लागू होने वाले सभी को चुनें):

AI – अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी

AS – एशियाई

BL – ब्लैक या अफ्रीकी अमेरिकी

नस्ल/जातीय जानकारी प्रदान करके, आप हमारे प्रोग्रामों को बिना किसी भेदभाव के संचालित करने में हमारी सहायता करेंगे। आपके परिवार के लिए हमें यह जानकारी देने की आवश्यकता नहीं है, और यह आपकी पात्रता या लाभ स्तर को प्रभावित नहीं करेगा। हालाँकि, यदि आप यह जानकारी प्रदान नहीं करते हैं, तो पहले आमने-सामने साक्षात्कार के दौरान जाति और जाति की दृढ़ पहचान की जाएगी।

यदि आप या अन्य घरेलू आवेदक एक देशीय नागरिक हैं, या एक योग्य विदेशी/अप्रवासी हैं, तो निम्न चार्ट को पूरा करें:

(कृपया आवश्यकतानुसार अतिरिक्त पृष्ठ जोड़ें)

नाम	आप्रवासन दस्तावेज़ प्रकार	एलियन/प्रमाण पत्र/दस्तावेज़ ID नंबर	क्या आप 1996 से U.S. में रहते हैं? (हाँ/नहीं)	दिनांक प्राकृतिककृत/U.S. में प्रवेश या दाखिले की तिथि (यदि लागू हो) फ़ॉर्मेट (mm/dd/yy)	क्या आप, या आपके पति या पत्नी या माता-पिता एक अनुभवी या U.S. सेना के एक्टिव-ड्यूटी सदस्य हैं? (हाँ/नहीं)

केवल Medicaid के लिए:

क्या आपके घर में 18 वर्ष की आयु में कोई फोस्टर केयर में था? हाँ नहीं

यदि आपके पास ऐसे कर आश्रित हैं जो आपके साथ घर में नहीं रहते हैं, तो कृपया नीचे सूची दें।

नाम: _____ सोशल सिक्योरिटी नंबर _____ लिंग: पुरुष महिला (कृपया एक सर्कल करें)

जन्म तिथि: _____ नागरिकता: _____

आप से सम्बन्ध: _____ (कृपया आवश्यकतानुसार अतिरिक्त पृष्ठ जोड़ें)

हमें आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में अधिक बताएँ

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

1. क्या किसी को दूसरे काउंटी या राज्य में कोई लाभ मिला है? (केवल SNAP और TANF के लिए)

हाँ नहीं

यदि हाँ:

कौन: _____

कहाँ पर: _____

कब: _____

2. क्या किसी को 22 अगस्त, 1996 के बाद एक से अधिक क्षेत्रों में एकाधिक SNAP लाभ प्राप्त करने के लिए अपने निवास स्थान तथा अपने व्यक्तित्व के बारे में गलत जानकारी देने का दोषी पाया गया है? (केवल SNAP के लिए) हाँ नहीं

यदि हाँ:

कौन: _____

कहाँ पर: _____

कब: _____

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

यदि हाँ, तो किसने छोड़ा? _____

उसने क्यों छोड़ दिया? _____

4. क्या कोई गर्भवती है? (यह प्रश्न SNAP आवेदकों पर लागू नहीं होता है) हाँ नहीं
- यदि हाँ, तो गर्भवती महिला का नाम: _____
 अनुमानित देय तिथि क्या है? _____; और कितने शिशुओं की उम्मीद है? _____
- यदि नहीं, तो क्या पिछले 12 महीनों के भीतर घर में किसी का प्रसव हुआ या गर्भावस्था समाप्त हुई? हाँ नहीं?
- यदि हाँ, तो गर्भवती महिला का नाम: _____
 डिलीवरी/समाप्ति की तारीख क्या थी? _____; और कितने बच्चों की डिलीवरी हुई/अपेक्षित थी? _____
- *केवल TANF आवेदकों के लिए कृपया निम्नलिखित प्रदान करें:
 अजन्मे बच्चे के पिता का नाम: _____ पिता का पता: _____
5. Medicaid आवेदकों के लिए, क्या किसी के पास पिछले 3 महीनों का कोई भुगतान न किया गया मेडिकल बिल है? हाँ नहीं
 यदि हाँ, तो कृपया भुगतान न किए गए बिल भेजें यदि आपके पास Medicaid का मामला है।
6. क्या किसी को SNAP या TANF प्रोग्राम से अयोग्य घोषित किया गया है? (केवल SNAP और TANF के लिए) हाँ नहीं
- यदि हाँ:
 कौन: _____
 कहाँ पर: _____
7. क्या कोई व्यक्ति किसी गंभीर अपराध के लिए अभियोजन या जेल से बचने के लिए भाग रहा है? (केवल SNAP और TANF के लिए) हाँ
 नहीं
 यदि हाँ, तो कौन? _____
8. क्या किसी ने परिवीक्षा या पैरोल की शर्तों का उल्लंघन किया है? (केवल SNAP और TANF के लिए) हाँ नहीं
 यदि हाँ, तो कौन? _____
9. क्या किसी को 22 अगस्त, 1996 (केवल SNAP और TANF के लिए) के बाद नियंत्रित नशीली दवाओं (यानी, नशीली दवाओं के अपराधी) के कब्जे, उपयोग या वितरण से संबंधित व्यवहार के कारण घोर अपराध का दोषी ठहराया गया है या हिंसक अपराध (केवल TANF के लिए)? हाँ नहीं
- यदि हाँ:
 कौन: _____ कब: _____
- a. क्या आप नशीली दवाओं के अपराध की सजा के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी भी सजा से संबंधित परिवीक्षा की शर्तों के अनुपालन में हैं?
 (केवल SNAP के लिए) हाँ नहीं
- b. क्या आप नशीली दवाओं के अपराध की सजा के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी सजा से संबंधित पैरोल की शर्तों का अनुपालन करते हैं?
 (केवल SNAP के लिए) हाँ नहीं
- c. क्या आपने **किसी ड्रग संबंधी दोषसिद्धि से संबंधित परिवीक्षा या पैरोल की सभी** शर्तों को सफलतापूर्वक पूरा कर लिया है?
 (केवल SNAP के लिए) हाँ नहीं
10. क्या आप या घर के किसी सदस्य को 8/22/1996 के बाद SNAP लाभों को नशीली दवाओं के लिए व्यापार करने का दोषी पाया गया है? (केवल SNAP के लिए) हाँ नहीं
- यदि हाँ:
 कौन: _____ कब: _____
11. क्या आप या आपके परिवार के किसी सदस्य को 22 अगस्त, 1996 के बाद \$500 से अधिक के SNAP लाभ खरीदने या बेचने का दोषी पाया गया है? (केवल SNAP के लिए) हाँ नहीं
- यदि हाँ:
 कौन: _____
 कब: _____

12. क्या आपको या घर के किसी सदस्य को 22 अगस्त, 1996 के बाद बंदूकों, गोला-बारूद, या विस्फोटकों के लिए SNAP लाभों के व्यापार के लिए दोषी ठहराया गया है? (केवल SNAP के लिए) हाँ नहीं

यदि हाँ:

कौन: _____

कब: _____

13. एक वयस्क के रूप में गंभीर यौन शोषण, हत्या, यौन शोषण, और बच्चों के अन्य दुर्व्यवहार, यौन उत्पीड़न से जुड़े एक संघीय या राज्य के अपराध, या अटॉर्नी जनरल द्वारा निर्धारित राज्य के कानून के तहत अपराध के लिए एक अपराध की सजा है, जो इस तरह के 2/7/2014 के बाद के अपराध के काफी हद तक समान है? (केवल SNAP के लिए) हाँ नहीं

यदि हाँ:

कौन: _____

कब: _____

a. क्या आप किसी गुंडागर्दी के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी सजा से संबंधित परिवीक्षा की शर्तों का अनुपालन करते हैं? (केवल SNAP के लिए) हाँ नहीं

b. क्या आप गुंडागर्दी के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी भी सजा से संबंधित पैरोल की शर्तों के अनुपालन में हैं? (केवल SNAP के लिए) हाँ नहीं

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

14. क्या आपने या घर के किसी सदस्य ने लॉटरी या जुए में पैसे जीते हैं? हाँ नहीं

यदि हाँ:

कौन: _____ कब: _____ प्राप्त राशि: _____

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

हाँ नहीं

यदि हाँ:

कौन: _____ कब: _____

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

यदि हाँ:

कौन: _____

प्राप्त मासिक राशि: _____

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

केवल SNAP और TANF के लिए:

उच्च शिक्षा में छात्र: क्या आपके घर में किसी ने कम से कम आधे समय के लिए कॉलेज, विश्वविद्यालय, व्यावसायिक या तकनीकी स्कूल में दाखिला लिया है? हाँ नहीं अगर हाँ, तो कौन: _____

स्कूल का नाम: _____ ग्रेड/स्टेटस: _____ ग्रेजुएशन की तारीख: _____

क्या छात्र नियोजित है? हाँ नहीं

कार्य अध्ययन में नामांकित है? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो प्रति सप्ताह काम के घंटे _____ (कृपया नीचे दिए गए रोजगार अनुभाग को भी पूरा करें।)

केवल SNAP के लिए:

क्या 60 वर्ष या उससे ज़्यादा उम्र के किसी व्यक्ति या विकलांग के कोई चिकित्सा खर्च है? हाँ नहीं

क्या आपके चिकित्सा व्यय जैसे Medicare प्रीमियम, प्रिस्क्रिप्शन दवा की लागत, या अस्पताल के बिल में परिवर्तन हुआ है? हाँ नहीं
यदि हाँ, तो नीचे दिए गए चार्ट पर खर्चों को सूचीबद्ध करें और सबसे हालिया महीनों के बिल संलग्न करें।

घरेलू सदस्य का बिल भेजा गया	खर्च का प्रकार (डॉक्टर, अस्पताल, प्रिस्क्रिप्शन)	बकाया राशि	बिल की तारीख	क्या बीमा भुगतान करेगा? हाँ/नहीं

क्या 60 वर्ष या उससे अधिक उम्र के या विकलांग या विकलांग व्यक्ति के परिवहन के लिए चिकित्सा व्यय है? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई जानकारी दें। यदि आप Medicaid प्राप्त कर रहे हैं, तो प्रमाण प्रदान करें:

यात्रा का उद्देश्य (डॉक्टर या अस्पताल का दौरा; फ़ार्मसी पिक-अप)	कुल मील संचालित:	टैक्सी, बस, पार्किंग या ठहरने का खर्च:
---	------------------	--

क्या कोई और आप के लिए इनमें से किसी घरेलू बिल का भुगतान करता है? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई जानकारी दें:

किस खर्च का भुगतान किया जाता है?	खर्च का भुगतान कौन करता है?
यह व्यक्ति बिलों का भुगतान किसको करता है?	पता:

केवल Medicaid के लिए:

अन्य स्वास्थ्य कवरेज

क्या अब निम्न में से किसी ने स्वास्थ्य बीमा में नामांकन किया है?

- Georgia का मानव सेवा विभाग Medicaid
- PeachCare for Kids®
- Medicare
- VA हेल्थकेयर प्रोग्राम
- TRICARE (जांच न करें यदि आप के पास सीधी देखभाल है या लाइन ऑफ़ ड्यूटी)
- नियोक्ता बीमा: बीमा का नाम _____ पॉलिसी नंबर _____
- अन्य: बीमा का नाम _____ पॉलिसी नंबर _____

क्या आपके पास Medicaid के अलावा कोई स्वास्थ्य बीमा है? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो हमें अपने बीमा कार्ड की एक कॉपी भेजें।

संसाधन:

(MAGI Medicaid के लिए ज़रूरी नहीं): क्या आपके घर में किसी व्यक्ति के पास निम्नलिखित में से कोई संसाधन है?

हाँ नहीं (यदि हाँ तो नीचे दी गई जानकारी प्रदान करें। यदि आप वृद्ध, नेत्रहीन या विकलांग Medicaid प्राप्त कर रहे हैं (केवल QMB, SLMB या QI-1 जैसी चिकित्सा बचत योजनाओं के अलावा) प्रमाण प्रदान करें।

संसाधन के प्रकार	मालिक	अकाउंट/पॉलिसी # (यदि आपका अकाउंट/पॉलिसी # आपके SSN के समान है तो पूरा न करें)	वैल्यू	बैंक, बीमा कंपनी आदि का नाम
नकद				

चेकिंग/ सेविंग				
ऋण संघ				
वार्षिकियाँ				
स्टॉक्स या बॉन्ड्स				
सुरक्षित डिपॉजिट बॉक्स				
रिटायरमेंट अकाउंट (गैर-MAGI के लिए)				
वाहन (गैर-MAGI के लिए)				
CD's / वार्षिकियाँ (गैर-MAGI के लिए)				
प्री-पेड अंतिम संस्कार योजनाएँ				
कब्रिस्तानके भूखंड (गैर-MAGI के लिए)				
ट्रस्ट फंड्स (गैर-MAGI के लिए)				
गैर-होम प्लेस प्रॉपर्टी				
होम प्लेस प्रॉपर्टी (गैर-MAGI के लिए)				
जीवन बीमा (गैर-MAGI के लिए)				
अन्य				

केवल वृद्ध, नेत्रहीन या विकलांग Medicaid के लिए:

क्या आपने, आपके जीवनसाथी या जिस किसी व्यक्ति के लिए आप आवेदन कर रहे हैं, पिछले 60 महीनों में कोई संसाधन बेचा है, व्यापार किया है, या किसी को दिया है। हाँ नहीं

यदि हाँ तो क्या ? _____ कब? _____

SNAP, TANF, और Medicaid के लिए:

रोज़गार: क्या आपके घर में कोई काम करता है? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो रोज़गार से नियोजित व्यक्ति के वेतन की जानकारी जैसे मज़दूरी, बोनस, और युक्तियों की सूची बनाएँ और पिछले 4 सप्ताह में प्राप्त सभी सकल आय का प्रमाण संलग्न करें।

काम करने वाला व्यक्ति	मालिक	प्रति भुगतान करें घंटा	घंटे प्रति हफ़्ता	कितनी बार भुगतान किया	भुगतान की गई तारीख(खें)	बोनस भुगतान	सलाह

क्या वर्तमान में कोई हड़ताल पर है? हाँ नहीं

केवल Medicaid के लिए:

कर-पूर्व व्यय:

☞ स्वास्थ्य बीमा \$ _____ कितनी बार? _____ ☞ दृष्टि बीमा \$ _____ कितनी बार? _____
☞ डेंटल इंश्योरेंस \$ _____ कितनी बार? _____ ☞ अन्य कटौती प्रकार \$ _____ कितनी बार? _____
☞ अन्य कटौती प्रकार \$ _____ कितनी बार? _____ ☞ अन्य कटौती प्रकार \$ _____ कितनी बार? _____
☞ अन्य कटौती प्रकार \$ _____ कितनी बार? _____

और? कृपया पेपर की एक अलग शीट पर संलग्न करें।

कर-पूर्व व्यय कर लागू होने से पहले आपकी आय में से की गई कटौती हैं। सभी कटौती कर-पूर्व नहीं होती हैं।

टैक्स रिटर्न कटौतियाँ:

लागू होने वाले सभी को चेक करें और राशि बताएँ और आप इसका कितनी बार भुगतान करते हैं।

टिप्पणी: आपको वह लागत शामिल नहीं करनी चाहिए जिस पर आपने स्व-रोज़गार के अपने उत्तर में पहले ही विचार कर लिया है।

☞ गुज़ारा भत्ता \$ _____ कितनी बार चुकाया गया? _____ ☞ छात्र ऋण ब्याज \$ _____ कितनी बार? _____
 ☞ अन्य कटौती प्रकार \$ _____ कितनी बार? _____ ☞ अन्य कटौती प्रकार \$ _____ कितनी बार? _____

SNAP, TANF, और Medicaid के लिए:

क्या किसी ने काम करना बंद कर दिया है? हाँ नहीं यदि हाँ, तो निम्नलिखित को पूरा करें और प्रमाण दें:

कौन सा काम बंद हो गया?	घर के उस सदस्य का नाम जिसने काम करना बंद कर दिया:	
रोज़गार की जगह:		
दिनांक वेतन रोक दिया गया:	अंतिम जांच की तारीख:	अंतिम वेतन की राशि (सकल):

क्या किसी ने काम करना शुरू किया है?

हाँ नहीं यदि हाँ, तो निम्नलिखित को पूरा करें और प्रमाण दें:

उस व्यक्ति का नाम जिसने काम करना शुरू किया:	आरंभ तिथि:	फ़ोन नंबर:
नियोक्ता/व्यवसाय का नाम:	वेतन की दर: \$	पहला चेक प्राप्त होने/प्राप्त होने की तारीख:
कितनी बार भुगतान किया गया (कृपया एक चेक करें): <input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> द्वि-साप्ताहिक <input type="checkbox"/> महीने में दो बार <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> अन्य		

स्व-रोज़गार:

क्या कोई स्व-व्यवसायी है? हाँ नहीं (यदि हाँ, तो कौन?) _____

कृपया कर फ़ाइलों, व्यवसाय रिकॉर्ड, रसीदों, बिलों या किसी स्थापित व्यवसाय के ग्राहकों के बयानों के ज़रिये स्व-रोज़गार आय का प्रमाण प्रदान करें।

क्या यह व्यवसाय निगमित है? हाँ नहीं

क्या इस व्यक्ति के पास स्व-रोज़गार के कोई खर्च हैं? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो इस व्यक्ति के किस प्रकार के खर्च हैं? _____

केवल Medicaid और TANF के लिए: स्व-रोज़गार खर्चों के लिए प्रमाण प्रदान करें।

अनर्जित आय:

क्या आपके घर में किसी को अंशदान, सामाजिक सुरक्षा, SSI, VA, बाल सहायता, बेरोज़गारी, सेवानिवृत्ति, या किसी अन्य आय से धन प्राप्त होता है? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो नीचे दी गई जानकारी को पूरा करें और पिछले 4 सप्ताहों में प्राप्त सभी आय या सबसे हाल के पुरस्कार पत्र का प्रमाण प्रदान करें।

नाम	स्रोत	अमाउंट	कितनी बार?

MAGI Medicaid के लिए: बाल सहायता, वयोवृद्ध के भुगतान, पूरक सुरक्षा आय (SSI), या श्रमिक मुआवज़े के लाभों से होने वाली आय शामिल नहीं की जाएगी।

आश्रित देखभाल की लागत:

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

वह व्यक्ति जिसे देखभाल की ज़रूरत है:		देखभाल के लिए भुगतान करने वाला व्यक्ति:	
प्रदाता का नाम:	प्रदाता को कितना भुगतान किया जाता है:	कितनी बार भुगतान किया जाता है:	
प्रोवाइडर का नाम #:	देखभाल का कारण:		

क्या आप एक आश्रित बच्चे या विकलांग वयस्क परिवार के सदस्य के लिए परिवहन खर्च का भुगतान करते हैं? हाँ नहीं

क्या इन खर्चों को आश्रित देखभाल खर्चों में शामिल किया गया है? हाँ नहीं

यदि नहीं, तो कृपया इस प्रश्न का उत्तर दें: साप्ताहिक तौर पर संचालित कुल मील: _____

आश्रय की लागत:

क्या आपने या घर के किसी सदस्य ने आश्रय की लागत का भुगतान करना शुरू कर दिया है या आपके आश्रय की लागत बदल गई है?

हाँ नहीं

यदि हाँ, तो नीचे दिया गया चार्ट पूरा करें /

व्यय	अमाउंट	कितनी बार?	किसने भुगतान किया?
किराया/बंधक			
प्रॉपर्टीकर			
प्रॉपर्टीबीमा			
बिजली			
गैस			
ईंधन तेल/लकड़ी/केरोसिन			
कुआँ/सेप्टिक टैंक/पानी/नाले			
कचरा			
टेलीफ़ोन			
अन्य			

घर का प्राथमिक ताप या शीतलन स्रोत क्या है? (बिजली, गैस, एयर कंडीशनर)

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

बिल का भुगतान कौन करता है?	किन बिलों का भुगतान किया जाता है?
कितनी राशि का भुगतान किया जाता है?	यह व्यक्ति बिलों का भुगतान किसको करता है?

क्या आपको पिछले 12 महीनों में ऊर्जा सहायता (LIHEAP) मिली है? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो प्राप्त राशि \$ _____

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

यदि **हाँ**, तो कौन? _____

टिप्पणियाँ/दस्तावेज़ीकरण _____

किसको भुगतान किया गया _____ भुगतान की गई राशि \$ _____ प्रति _____

मकान मालिक का नाम _____ मकान मालिक का पता _____

बाल सहायता भुगतान:

क्या आप या आपके परिवार में कोई घर से बाहर रहने वाले किसी व्यक्ति को बाल सहायता का भुगतान करता है? **हाँ** **नहीं**

यदि **हाँ**, तो नीचे दिया गया चार्ट पूरा करें:

भुगतान करने के लिए कौन बाध्य है?	अनिवार्य राशि कितनी है?
बाल सहायता का भुगतान किसके लिए किया जाता है?	भुगतान की गई वास्तविक राशि कितनी है?
बाल सहायता का भुगतान किसे किया जाता है?	कितनी बार बाल सहायता का भुगतान किया जाता है?

केवल SNAP के लिए: कृपया पिछले 3 महीनों में भुगतान की गई राशि और कानूनी रूप से भुगतान करने के लिए बाध्य राशि का प्रमाण दें।

यह अनुभाग केवल TANF प्राप्तकर्ताओं के लिए है – आपको निम्नलिखित को पूरा करना होगा:

शॉर्ट रिकॉर्ड्स:

क्या 7 वर्ष से कम आयु का कोई बच्चा है जो अभी तक विद्यालय में नामांकित नहीं हुआ है? (प्री-K को "स्कूल" नहीं माना जाता है।)

हाँ **नहीं**

यदि **हाँ**, 7 वर्ष से कम उम्र के प्रत्येक बच्चे के लिए फ़ॉर्म 3231- बाल देखभाल टीकाकरण फ़ॉर्म भेजें।

स्कूल आवश्यकताएँ:

क्या सभी बच्चे (6-18 वर्ष के) स्कूल जा रहे हैं? **हाँ** **नहीं**

यदि **हाँ**, तो बच्चे(चों) का(के) नाम _____

स्कूल(लों) का नाम _____

ग्रेड(ग्रेड्स) _____

क्या 16 वर्ष या उससे अधिक उम्र का कोई बच्चा है जो स्कूल में **नहीं** है? **हाँ** **नहीं**

यदि **हाँ**, तो बच्चे का/बच्चों के नाम? _____

कृपया वर्तमान चेक स्टब्स की एक प्रति प्रदान करें यदि यह बच्चा **कार्यरत** है या **किसी अन्य कार्य-संबंधी गतिविधि** में संलग्न होने पर प्रदाता से एक बयान प्रदान करें।

घरेलू हिंसा:

क्या आप या आपके घर का कोई सदस्य घरेलू हिंसा, यौन उत्पीड़न, यौन हमला या पीछा किए जाने का शिकार है?

हाँ **नहीं**

यदि **हाँ**, तो कृपया हमें पीड़ित का नाम बताएँ _____

मूल्यांकन के बाद, यदि आपका परिवार योग्य है, तो हम प्रोग्राम की कुछ आवश्यकताओं को माफ़ कर सकते हैं, जैसे कि, कार्य गतिविधियों में भाग लेना या बाल सहायता सेवाओं के विभाग के लिए रेफ़रल।

ऑटो व्यय:

क्या आप बच्चे (या बच्चों) के माता-पिता या रिश्तेदार हैं और क्या आप बच्चे के साथ (या बच्चों के साथ) TANF AU में शामिल हैं?

हाँ **नहीं**

यदि **हाँ**, तो निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें:

क्या आप या कोई अन्य वयस्क AU सदस्य ऑटोमोबाइल के मालिक हैं या खरीद रहे हैं? हाँ नहीं

यदि **हाँ**, तो कौन? (मालिक का नाम) _____

वाहन का वर्ष, मेक और मॉडल: _____

कृपया ऑटोमोबाइल नोट भुगतान, बीमा, रखरखाव, और अन्य संबंधित खर्चों की सूची बनाएँ:

क्या आपके पास कोई अन्य आवर्ती व्यय है (जैसे क्रेडिट कार्ड बिल) जिसका आप भुगतान कर रहे हैं? हाँ नहीं

यदि **हाँ**, तो कृपया सूचीबद्ध करें: _____

एक्सप्रेस लेन पात्रता:

एक्सप्रेस लेन पात्रता (ELE) 19 वर्ष से कम आयु के योग्य बच्चों को नामांकित करने या नवीनीकृत करने की एक स्वचालित प्रक्रिया है, जो पूरक पोषण सहायता प्रोग्राम (SNAP), ज़रूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF), शरणार्थी नकद सहायता (RCA), बाल देखभाल और माता-पिता सेवाएँ (CAPS), या महिलाओं, शिशुओं और बच्चों (WIC) को चिकित्सा सहायता प्रोग्राम में प्राप्त कर रहे हैं।

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

सभी प्रोग्रामों के लिए अधिकार और ज़िम्मेदारियाँ

आपको इसका अधिकार है:

- यदि आपको अंग्रेज़ी भाषा को पढ़ने, लिखने, बोलने या समझने में परेशानी होती है, तो इस फ़ॉर्म को भरने में सहायता का अनुरोध करें और मुफ्त भाषा सहायता सेवाएँ (दुभाषिए, अनुवादित सामग्री, या सीधे भाषा में सेवाएँ) दें।
- यदि आप या आपके परिवार में किसी को विकलांगता है तो सहायक उपकरणों और सेवाओं और उचित संशोधनों का अनुरोध करें।

सुनवाई का नोटिस: सभी प्रोग्रामों में आपको लिखित रूप में या व्यक्तिगत रूप से निष्पक्ष सुनवाई के लिए अनुरोध करने का अधिकार है। आप 1-877-423-4746 पर कॉल करके सुनवाई के लिए कह सकते हैं या यदि आप इस निर्णय से सहमत नहीं हैं तो आप राज्य के सुनवाई अधिकारी के समक्ष सुनवाई के लिए कह सकते हैं। सुनवाई में आपका प्रतिनिधित्व वकील, रिश्तेदार, दोस्त या आपके द्वारा चुने गए किसी भी व्यक्ति द्वारा किया जा सकता है। यदि आप सुनवाई चाहते हैं, तो आपको लिखित रूप में या एजेंसी से संपर्क करके सुनवाई के लिए पूछना चाहिए:

- **SNAP के लिए** इस नोटिस की तारीख से **90 दिन**
- **Medicaid और TANF के लिए** इस नोटिस की तारीख से **30 दिन**

आप इसके लिए जिम्मेदार हैं:

- अपने कार्यकर्ता को सही जानकारी देना और लाभ प्राप्त करने के लिए आवश्यक बयानों का प्रमाण प्रदान करना। जब आप इस फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करते हैं, तो आप अपने कर्मचारी को अपने नियोक्ता, बैंक, पड़ोसी या अन्य से जानकारी प्राप्त करने की अनुमति दे रहे हैं ताकि हम सुनिश्चित कर सकें कि आपको सही मात्रा में लाभ मिल रहे हैं।
- हर समय सच बोलना। यदि आप या आपके लिए आवेदन करने वाला कोई व्यक्ति गलत जानकारी प्रदान करता है, तो हो सकता है कि आप अपराध कर रहे हों, और आपको जेल भी हो सकती है।
- इस बात का प्रमाण देना कि आप या आपके परिवार में लाभ के लिए आवेदन करने वाला कोई भी व्यक्ति U.S. नागरिक या योग्य अप्रवासी है।
- राज्य और संघीय कर्मियों के साथ सहयोग करना जो धोखाधड़ी निवारण या जांच सेवाओं के कार्यालय के लिए काम करते हैं और जो विशेष मामले की समीक्षा कर रहे हैं। यदि आप सहयोग नहीं करते हैं और हम यह निर्धारित नहीं कर सकते हैं कि आप अभी भी SNAP के लिए योग्य हैं, तो आपका मामला अस्वीकार या बंद किया जा सकता है।
- (SNAP के लिए) गुणवत्ता नियंत्रण समीक्षकों के साथ सहयोग करना जब वे आपके केस मैनेजर को आपके द्वारा प्रदान की गई जानकारी के बारे में इंटरव्यू के लिए कॉल करते हैं या आपके घर आते हैं। यदि आप उनके साथ सहयोग नहीं करते हैं, तो आपके मामले को अस्वीकार या बंद किया जा सकता है।
- (SNAP और TANF के लिए) उन लाभों का पुनर्भुगतान जो आपको प्राप्त नहीं होने चाहिए थे।
- (Medicaid के लिए) Medicaid पात्रता गुणवत्ता नियंत्रण या प्रोग्राम की अखंडता के साथ सहयोग करते हुए जब वे आपके केस मैनेजर को दी गई जानकारी के बारे में आपका साक्षात्कार करने के लिए कॉल या आपके घर आते हैं।
- (Medicaid के लिए) सदस्य जो नर्सिंग होम, इंटरमीडिएट केयर फैसिलिटी, कम्युनिटी-बेस्ड सर्विस में हैं, या इस्टेट रिकवरी के साथ सहयोग करते हुए वेवर प्रोग्राम के ज़रिये नामांकित हैं और सेवाएँ प्राप्त करते हैं।

यदि आप **SNAP** प्राप्त करते हैं, तो अगर आपके परिवार की कुल मासिक सकल आय आपके घरेलू आकार के लिए संघीय गरीबी स्तर के 130% से अधिक हो जाए तो आपको रिपोर्ट करना होगा। आपको उस महीने के अंत से 10 दिनों के बाद आय में परिवर्तन की रिपोर्ट करनी चाहिए, जिसमें परिवर्तन हुआ था।

यदि आप एक कामकाजी वयस्क हैं और आपके बच्चे नहीं हैं, तो आपको रिपोर्ट करना होगा कि आपके काम के घंटे सप्ताह में 20 घंटे या प्रति माह 80 घंटे से कम हैं। आपको इन परिवर्तनों की रिपोर्ट उस महीने के अंत से 10वें दिन के बाद नहीं करनी चाहिए जिसमें परिवर्तन हुआ था।

आपको यह भी रिपोर्ट करना चाहिए कि आपके परिवार को लॉटरी और जुए में पर्याप्त जीत कब प्राप्त होती है। यह एक गेम में जीता जाने वाला नकद पुरस्कार है। अगर आपको या घर के किसी सदस्य को लॉटरी या जुए में जीत मिलती है, कुल \$4500 या उससे अधिक की राशि (कर या अन्य राशि रोके जाने से पहले), आपको **उस महीने के अंत से 10 दिनों के भीतर इन जीत की रिपोर्ट करनी होगी** जिसमें परिवार को जीत मिली है।

यदि आप **TANF या Medicaid** प्राप्त करते हैं, तो आपको परिवर्तन होने के 10 दिनों के भीतर अपनी स्थिति में होने वाले **सभी परिवर्तनों** की रिपोर्ट करनी होगी।

में समझता/समझती हूँ कि मेरे Medicaid मामले में किसी भी व्यक्ति को प्राप्त होने वाली किसी भी एकमुश्त या "अप्रत्याशित" भुगतान को पात्रता निर्धारित करने के लिए, किसी भी अन्य आय के साथ, जो हमारे पास हो सकती है, बजट में होना चाहिए।

Medicaid प्रोग्राम में, आपको निम्न का अधिकार है:

- Medicaid प्राप्त करें भले ही आपके पास अन्य स्वास्थ्य बीमा हो।
- अपना Medicaid डॉक्टर या प्रदाता चुनें।
- Medicaid के प्रकार के आधार पर, आपके द्वारा आवेदन करने की तारीख से 10, 45, या 90 दिनों के भीतर अपने Medicaid आवेदन को स्वीकृत या अस्वीकृत करें।

मेरी Medicaid पात्रता की एक शर्त के रूप में:

- मैं राज्य को चिकित्सा सहायता और किसी तीसरे पक्ष (अस्पताल और चिकित्सा लाभ) से चिकित्सा देखभाल के लिए भुगतान के सभी अधिकार सौंपने के लिए सहमत हूँ।
- मैं किसी तीसरे पक्ष को जो देखभाल और सेवाओं के लिए भुगतान करने के लिए उत्तरदायी हो सकता है, का पीछा करने में राज्य की सहायता करने के लिए जानकारी प्रदान करने में राज्य के साथ सहयोग करने के लिए सहमत हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे चिकित्सा देखभाल के लिए प्राप्त किसी भी भुगतान की सूचना दस दिनों के भीतर देनी होगी। (यदि आप किसी अन्य व्यक्ति की ओर से इस फ़ॉर्म को भर रहे हैं और उस व्यक्ति के लिए असाइनमेंट निष्पादित करने की शक्ति नहीं है, तो उस व्यक्ति को Medicaid के लिए अपनी पात्रता की शर्त के रूप में ऊपर वर्णित अधिकारों के असाइनमेंट को निष्पादित करने की आवश्यकता होगी)।
- मैं राज्य को यह अधिकार देने के लिए सहमत हूँ कि यदि उपलब्ध हो तो चिकित्सा बीमा प्रदान करने के लिए एक अनुपस्थित माता-पिता की आवश्यकता है। मैं समझता/समझती हूँ कि यदि अनुपस्थित माता-पिता उपलब्ध हैं तो मुझे उनसे चिकित्सा सहायता प्राप्त करनी चाहिए और इस सहायता को प्राप्त करने में बाल सहायता सेवाओं के प्रभाग का सहयोग करना चाहिए। अगर मैं सहयोग नहीं करता हूँ, तो मैं समझता हूँ कि मैं अपने Medicaid लाभों को खो सकता हूँ और केवल मेरे बच्चों को ही लाभ मिलेगा जब तक कि अच्छा कारण स्थापित नहीं हो जाता।

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

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

आपके घर में कोई भी व्यक्ति जो जानबूझकर इनमें से किसी भी नियम का उल्लंघन करता है, उसे SNAP से एक वर्ष से स्थायी रूप से प्रतिबंधित किया जा सकता है, उसे \$ 250,000 तक का जुर्माना, 20 साल की कैद या दोनों हो सकता है। वह अन्य लागू संघीय और राज्य कानूनों के तहत अभियोजन के अधीन हो सकती है और अदालत के आदेश पर उसे अतिरिक्त 18 महीनों के लिए SNAP से प्रतिबंधित भी किया जा सकता है।

आपके घर में जो कोई भी जानबूझकर नियम तोड़ता है, उसे पहले अपराध के लिए एक वर्ष, दूसरे अपराध के लिए दो साल और तीसरे अपराध के लिए स्थायी रूप से फ़ूड स्टैम्प (SNAP) नहीं मिल सकता है।

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

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

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

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

मैं समझता हूँ कि अगर मैं गलत जानकारी देता हूँ या जानकारी वापस लेता हूँ, तो मुझ पर धोखाधड़ी के लिए मुकदमा चलाया जा सकता है।

TANF प्रोग्राम जुर्माना चेतावनी: TANF प्रोग्राम में, AU की योग्यता को स्थापित करने या बनाए रखने के लिए झूठी या भ्रामक जानकारी प्रदान करके,

लाभ में वृद्धि, लाभों में कमी को रोकने, किसी नकारात्मक कार्रवाई से बचने के लिए जानकारी को रोकना या निषिद्ध स्थानों पर नकद सहायता का उपयोग करना जानबूझकर प्रोग्राम का उल्लंघन माना जाता है।

अपराध की गंभीरता के आधार पर अपना दंड निर्धारित करने के लिए आपको महानिरीक्षक के कार्यालय में भेजा जा सकता है यदि आप:

- समय पर परिवर्तन की रिपोर्ट न करें या सच न बताएँ या नकद सहायता निधि या TANF डेबिट कार्ड का उपयोग नकद निकालने या कैसीनो, शराब की दुकानों, वयस्क-उन्मुख मनोरंजन सुविधाओं "स्ट्रिप क्लब", पोकर रूम, जमानत बांड पर लेन देन करने के लिए न करें। नाइट क्लब/सैलून/सराय, बिंगो हॉल, रेस ट्रैक, गेमिंग प्रतिष्ठान, बंदूक/गोला-बारूद स्टोर, क्रूज जहाज, मानसिक पाठक, धूम्रपान की दुकानें, टैटू/छेदने की दुकानें, और स्पा/मालिश सैलून सख्त वर्जित हैं, जहाँ आप लाइव ताकि आप 1/1/97 को या उसके बाद एक से अधिक राज्यों में लाभ प्राप्त कर सकें और नशीली दवाओं से संबंधित आरोप या गंभीर हिंसक अपराध के दोषी पाए जा सकें।

आपके घर में कोई भी व्यक्ति जो जानबूझकर इन नियमों को तोड़ता है, उसे TANF प्रोग्राम से छह महीने से स्थायी रूप से प्रतिबंधित किया जा सकता है।

MEDICAID के लिए धोखाधड़ी या दुर्यवहार करना कानून के खिलाफ़ है। आपको Medicaid और PeachCare for Kids® प्रोग्राम इंटीग्रेटी यूनिट में भेजा जा सकता है। उल्लंघनकर्ताओं को एक प्रदाता का उपयोग करने तक सीमित किया जा सकता है, प्रोग्राम से समाप्त किया जा सकता है, या प्रदान की गई चिकित्सा सेवाओं के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग की प्रतिपूर्ति करने के लिए कहा जा सकता है। धोखाधड़ी जानबूझकर किया गया एक बेईमान कार्य है। दुर्यवहार एक ऐसा कार्य है जो अच्छे व्यवहारों का पालन नहीं करता है।

सहभागी धोखाधड़ी और दुर्यवहार के उदाहरण हैं:

- किसी और को अपने Medicaid, PeachCare for Kids® या CMO स्वास्थ्य बीमा कार्ड का उपयोग करने देना
- नशीली दवाओं का दुरुपयोग करने या बेचने के इरादे से नुस्खे प्राप्त करना
- सेवा प्राप्त करने के लिए जाली दस्तावेजों का उपयोग करना
- बच्चों के लिए Medicaid या PeachCare for Kids® द्वारा प्रदान किए गए उपकरण का दुरुपयोग या दुरुपयोग करना
- Medicaid या PeachCare for Kids® पात्रता प्राप्त करने के लिए गलत जानकारी प्रदान करना या दूसरों को ऐसा करने की अनुमति देना
- आय, रहने की व्यवस्था या संसाधनों में होने वाले परिवर्तनों की रिपोर्ट करने में विफलता

प्राप्तकर्ताओं या प्रदाताओं पर संदिग्ध Medicaid धोखाधड़ी की रिपोर्ट करने के लिए, Georgia डिपार्टमेंट ऑफ़ कम्युनिटी हेल्थ-ऑफिस ऑफ़ इंस्पेक्टर जनरल को (स्थानीय) (404) 463-7590 या (टोल फ्री) (800) 533-0686 पर कॉल करें; oiganonymous@dch.ga.gov पर ईमेल द्वारा; सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग, OIG PI Section, 2 पर जाएँ। ड्राइव SE, 30334 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334; या <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud> पर जाएँ।

मतदाता पंजीकरण जानकारी

यदि आप अभी जहाँ रहते हैं वहाँ मतदान करने के लिए रजिस्टर्ड नहीं हैं, तो क्या आप आज यहाँ मतदान हेतु रजिस्टर करने के लिए आवेदन करना चाहेंगे?

___हाँ

___नहीं

___मैं मतदाता पंजीकरण प्रश्न का उत्तर नहीं देना चाहता हूँ

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

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

यदि आप मानते हैं कि किसी ने मतदान करने के लिए पंजीकरण करने या पंजीकरण करने से इनकार करने के आपके अधिकार में हस्तक्षेप किया है, तो मतदान करने के लिए पंजीकरण करने या आवेदन करने के लिए निजता के अधिकार में, या अपना खुद का राजनीतिक दल या अन्य राजनीतिक वरीयता चुनने का अधिकार, आप राज्य सचिव के पास शिकायत दर्ज कर सकते हैं

2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 या (404) 656-2871 पर कॉल करके।

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

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

यदि आप अपने MEDICAID और SNAP या TANF को रिन्यू कर रहे हैं, तो आपको उस बॉक्स में साइन और डेट करना होगा जो आपकी स्थिति के लिए सबसे उपयुक्त हो।

कृपया रिन्यूअल प्रोसेस शुरू करने के लिए प्रमाणीकरण समाप्ति तिथि से पहले यह फॉर्म वापस कर दें।

• केवल Medicaid के लिए - आवेदक/सदस्य/कानूनी अभिभावक के पूरा होने पर यहाँ हस्ताक्षर करें:

अगर मैं अपने लिए Medicaid के लिए आवेदन कर रहा/रही हूँ, तो मैं झूठी गवाही के दंड के तहत घोषित करता हूँ कि मैं एक U.S. नागरिक, U.S. संयुक्त राज्य अमेरिका में मौजूद राष्ट्रीय और/या योग्य आप्रवासी। अगर मैं माता-पिता या कानूनी अभिभावक हूँ, तो मैं घोषणा करता हूँ कि आवेदक U.S. नागरिक, U.S. संयुक्त राज्य अमेरिका में राष्ट्रीय और/या योग्य आप्रवासी। मैं यह भी प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही है।

(हस्ताक्षर)

(दिनांक)

• केवल Medicaid के लिए - यहाँ हस्ताक्षर करें जब आवेदक/सदस्य/माता-पिता/कानूनी अभिभावक के अलावा कोई अन्य व्यक्ति हो:

मैं अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार प्रमाणित करता/करती हूँ कि जिस व्यक्ति (व्यक्तियों) के लिए मैं Medicaid के लिए आवेदन/नवीनीकरण कर रहा/रही हूँ, वह U.S. नागरिक है, U.S. राष्ट्र(राष्ट्रों) और/या योग्य आप्रवासी या संयुक्त राज्य अमेरिका में कानूनी रूप से मौजूद है। मैं यह भी प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही है।

(हस्ताक्षर)

(दिनांक)

फ़ोन जिस पर आप तक पहुँचा जा सकता है _____

यदि आवेदक/सदस्य/माता-पिता/कानूनी अभिभावक इस व्यक्ति को व्यक्तिगत प्रतिनिधि के रूप में चाहते हैं, तो उसे यहाँ चेक करना होगा और नीचे हस्ताक्षर करने होंगे हाँ नहीं

(आवेदक/सदस्य/माता-पिता/कानूनी अभिभावक)

(दिनांक)

• SNAP और/या TANF के लिए - जब आवेदक/प्राप्तकर्ता/कानूनी अभिभावक पूरा कर रहे हों:

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

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

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

(हस्ताक्षर)

(दिनांक)

(इन दस्तावेज़ों को अपनी जानकारी के लिए अपने पास रखें)

यह चार्ट इस फ़ॉर्म में प्रयुक्त कुछ शब्दों की व्याख्या करता है।

आवेदक	एक व्यक्ति जो सार्वजनिक सहायता या लाभ प्राप्त करने के लिए आवेदन करता है।
सहायता इकाई (AU)	सहायता इकाई में ऐसे पात्र व्यक्ति शामिल होते हैं जो एक गर्भवती व्यक्ति और एक अजन्मे बच्चे सहित एक साथ रहते हैं, और सार्वजनिक सहायता/लाभ प्राप्त करते हैं।
देखभाल करने वाला	एक माता-पिता, गर्भवती व्यक्ति, रिश्तेदार या कानूनी अभिभावक जो अपनी देखभाल में बच्चों के साथ TANF के लिए आवेदन करता है और प्राप्त करता है, जिसमें एक अजन्मा बच्चा भी शामिल है।
ग्राहक ID	सार्वजनिक सहायता/लाभ प्राप्त करने वाले व्यक्ति को दिया गया एक विशिष्ट नंबर।
अयोग्य घोषित	SNAP या TANF मामले से किसी व्यक्ति को हटाने के लिए की गई कार्रवाई क्योंकि उन्होंने सच नहीं बताया और उन्हें ऐसे लाभ मिले जो उन्हें नहीं मिलने चाहिए थे।
घरेलू हिंसा	घरेलू हिंसा में मारा जाना, लात मारना, पीटा जाना, बलात्कार करना, गला घोटना, धमकाना, नियंत्रित करना, या जीने के लिए आपको जो चाहिए (जैसे भोजन, दवा, या घर) प्राप्त करने से रोकना शामिल हो सकता है, पति या पत्नी, प्रेमी/प्रेमिका, साथी, या "पूर्व" द्वारा।
इलेक्ट्रॉनिक लाभ अंतरण (EBT)	Georgia में SNAP के लिए पात्र व्यक्तियों को लाभ देने के लिए इस्तेमाल की जाने वाली प्रणाली। सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्तियों को एक EBT डेबिट कार्ड जारी किया जाता है, जिसका उपयोग उनके SNAP अकाउंट्स को एक्सेस करने के लिए किया जाता है।
इलेक्ट्रॉनिक संचार	आपके पास यह चुनने का विकल्प है कि आप अपनी जानकारी के बारे में सूचनाएँ कैसे प्राप्त करना चाहते हैं। यदि आप ईमेल या टेक्स्ट सूचनाएँ प्राप्त करना चुनते हैं, तो आपको एक मैसेज प्राप्त होगा जो आपको सूचित करेगा कि आपके पास GA गेटवे कस्टमर पोर्टल में स्थित माई नोटिस में एक नोटिस है। ईमेल संचार के लिए, आपको हमें अपना ईमेल पता प्रदान करना होगा और खाता बनाने के बाद GA गेटवे कस्टमर पोर्टल में स्थित कागज रहित नोटिस के लिए नियम और शर्तें स्वीकार करनी होंगी। कृपया अपनी अधिसूचना सेटिंग अपडेट करने के लिए GA गेटवे ग्राहक पोर्टल वेबसाइट www.gateway.ga.gov पर जाएं। टेक्स्टिंग संचार के लिए, आपको हमें अपना फ़ोन नंबर प्रदान करना होगा। मानक संदेश और डेटा दरें। यह वाहकों द्वारा भिन्न हो सकता है, कृपया अपने प्रदाता से संपर्क करें।
अनुदान प्राप्तकर्ता रिश्तेदार	एक माता-पिता, गर्भवती व्यक्ति, रिश्तेदार या कानूनी अभिभावक, जो बच्चों की ओर से अपने नाम से TANF के लिए आवेदन करता है और प्राप्त करता है, जिसमें एक अजन्मा बच्चा भी शामिल है।
सकल आय	कर या अन्य कटौती को ध्यान में रखने से पहले किसी व्यक्ति की कुल आय।
बेघर व्यक्ति	एक व्यक्ति जिसके पास निश्चित और नियमित रात्रि निवास का अभाव है या एक व्यक्ति जिसका प्राथमिक रात्रि निवास है: <ul style="list-style-type: none"> अस्थायी आवास प्रदान करने के लिए डिज़ाइन किया गया एक पर्यवेक्षित आश्रय (जैसे कि एक कल्याण होटल या सामूहिक आश्रय); एक आधा घर या इसी तरह की संस्था जो संस्थागत होने वाले व्यक्तियों के लिए अस्थायी निवास प्रदान करती है; किसी अन्य व्यक्ति के निवास में 90 दिनों से अधिक के लिए अस्थायी आवास नहीं; या ऐसी जगह जो मनुष्यों के लिए नियमित शयन आवास के रूप में डिज़ाइन नहीं की गई है, या आमतौर पर उपयोग नहीं की जाती है (एक दालान, एक बस स्टेशन, एक लॉबी, या इसी तरह की जगहें)।
घर के सदस्य	जो व्यक्ति आपके घर में रहते हैं। SNAP के लिए, वे व्यक्ति जो एक साथ रहते हैं और एक साथ अपना भोजन खरीदते और तैयार करते हैं।
आय	वेतन, वेतन, कमीशन, बोनस, कर्मचारी का मुआवज़ा, विकलांगता, पेंशन, सेवानिवृत्ति लाभ, ब्याज, बच्चे का समर्थन या प्राप्त धन के किसी अन्य रूप जैसे भुगतान।
2012 का मध्यम वर्ग कर राहत अधिनियम	यह अधिनियम नकद सहायता निधि या TANF डेबिट कार्ड के उपयोग को नकद निकालने या कैसीनो, शराब की दुकानों, वयस्क-उन्मुख मनोरंजन सुविधाओं, पोकर रूम, जमानत बांड, नाइट क्लब / सैलून / सराय, बिगो हॉल, रेस ट्रैक, गेमिंग प्रतिष्ठान, बंदूक / गोला बारूद स्टोर, क्रूज जहाज, मानसिक पाठक, धूम्रपान की दुकानें, टैटू / भेदी की दुकानें, और स्पा / मालिश सैलून पर लेनदेन करने के लिए प्रतिबंधित करता है। इन व्यवसायों में नकद सहायता निधि या TANF डेबिट कार्ड का उपयोग प्राप्तकर्ता की ओर से एक जानबूझकर प्रोग्राम का उल्लंघन (धोखाधड़ी) होगा।
गैर-आवेदक	एक व्यक्ति जो सार्वजनिक सहायता/लाभ के लिए आवेदन नहीं करता या प्राप्त नहीं करता। गैर-आवेदकों को एक सोशल सिव्योरिटी नंबर, नागरिकता, या अप्रवास स्थिति प्रदान करने की ज़रूरत नहीं है।
आदाता	प्राप्तकर्ता वह व्यक्ति होता है जो AU की ओर से नकद सहायता प्राप्त करने और धन खर्च करने की ज़िम्मेदारी स्वीकार करता है। एक प्राप्तकर्ता AU सदस्य हो सकता है या नहीं भी हो सकता है।
कर-पूर्व व्यय	कर-पूर्व व्यय कर लागू होने से पहले आपकी आय में से की गई कटौतियाँ हैं। सभी कटौतियाँ कर-पूर्व नहीं होती हैं। सबसे आम कर-पूर्व

	कटौती स्वास्थ्य बीमा, दंत चिकित्सा बीमा, दृष्टि बीमा, आदि हैं। http://www.irs.gov
योग्य विदेशी/अप्रवासी	<p>एक <i>योग्य विदेशी/अप्रवासी</i> वह व्यक्ति है जो कानूनी रूप से अमेरिका में रह रहा है जो निम्नलिखित श्रेणियों में से एक में आता है:</p> <ul style="list-style-type: none"> आव्रजन और राष्ट्रीयता अधिनियम (INA) के तहत <i>स्थायी निवास के लिए कानूनी रूप से भर्ती (LPR)</i> कोई व्यक्ति; 1988 के विदेशी संचालन, निर्यात वित्तपोषण और संबंधित प्रोग्राम विनियोजन अधिनियम की धारा 584 के तहत <i>अमेरिकी</i> अप्रवासी; एक व्यक्ति जिसे INA की धारा 208 के तहत <i>शरण</i> दी गई है; INA की धारा 207 के तहत भर्ती <i>शरणार्थी</i>; INA की धारा 212 (d)(5) के तहत शरणार्थी या आश्रयदाता के रूप में पैरोल दिया गया एक व्यक्ति; एक व्यक्ति जिसका <i>निवासन</i> 1 अप्रैल 1997 से पहले लागू INA की धारा 243 (h) या संशोधित INA की धारा 241 (b)(3) के तहत रोक जा रहा है; एक व्यक्ति जिसे 1 अप्रैल 1980 से पहले INA की धारा 203 (a)(7) के तहत <i>सशर्त प्रविष्टि दी गई है</i>; 1980 के शरणार्थी शिक्षा सहायता अधिनियम की धारा 501 (e) में परिभाषित <i>क्यूबा या हाईटियन</i> अप्रवासी; 2000 के अवैध व्यापार पीड़ित संरक्षण अधिनियम की धारा 107(b)(1) के तहत <i>मानव तस्करी के शिकार</i>; व्यक्तिगत उत्तरदायित्व और कार्य अवसर सुलह अधिनियम 1996 की धारा 431 (c) में निर्धारित शर्तों को पूरा करने वाले <i>पस्त अप्रवासी</i>, जैसा कि संशोधित है; <i>अफगान या इराकी</i> अप्रवासियों को INA की धारा 101(a)(27) के तहत विशेष अप्रवासी का दर्जा दिया गया (निर्दिष्ट शर्तों के अधीन); भारतीय आत्मनिर्णय और शिक्षा सहायता अधिनियम की धारा 4(e) के तहत INA की धारा 289 या संघ द्वारा मान्यता प्राप्त भारतीय जनजाति के गैर- नागरिकों के तहत अमेरिका में रहने वाले कनाडा में जन्मे <i>अमेरिकी भारतीय</i> और; <i>हमोंग या हाईलैंड लाओटियन आदिवासी सदस्य</i> जिन्होंने वियतनाम युग (8/05/1964 - 5/07/1975) के दौरान सैन्य या बचाव अभियान में भाग लेकर अमेरिकी कर्मियों को सहायता प्रदान की। <p>केवल चिकित्सा सहायता आवेदकों के लिए, कॉम्पैक्ट ऑफ फ्री एसोसिएशन (COFA) माइक्रोनेशिया के संघीय राज्यों, मार्शल द्वीप गणराज्य और पलाऊ गणराज्य के नागरिक हैं। COFA प्रवासियों को 5-साल के बार से मिलने की ज़रूरत नहीं है।</p>
संसाधन:	नकद, संपत्ति, या संपत्ति जैसे बैंक खाते, वाहन, स्टॉक, बांड और जीवन बीमा।
यौन हमला	यौन हमला एक गैर-सहमति वाला यौन कृत्य है जिसे संघीय, जनजातीय या राज्य के कानून द्वारा प्रतिबंधित किया गया है, जिसमें पीड़ित के पास सहमति देने का अभाव भी शामिल है।
यौन उत्पीड़न	यौन उत्पीड़न शत्रुतापूर्ण, डराने-धमकाने वाला या यौन पर आधारित दमनकारी व्यवहार है जो एक आक्रामक कार्य वातावरण बनाता है।
पीछा करना	जानबूझकर और बार-बार किसी अन्य व्यक्ति का उन परिस्थितियों में पीछा करना या परेशान करना जो एक उचित व्यक्ति को विशेष रूप से व्यक्त या निहित खतरों के कारण चोट या मौत का डर पैदा करेगा।
करदायी आय	वेतन, वेतन, कमीशन, बोनस, विकलांगता, पेंशन, सेवानिवृत्ति लाभ, ब्याज, या किसी अन्य प्रकार से प्राप्त धन जैसे भुगतान।
टैक्स पर निर्भर	एक व्यक्ति जो कर दाखिल करने वाले के कर रिटर्न पर दावा किए जाने की उम्मीद करता है। http://www.irs.gov
टैक्स फ़ाइलर	एक व्यक्ति जो कर रिटर्न दाखिल करने की अपेक्षा करता है। http://www.irs.gov
टैक्स रिटर्न कटौतियाँ	टैक्स रिटर्न कटौतियाँ आपके टैक्स रिटर्न फ़ॉर्म 1040 पर पाई जाने वाली स्वीकार्य IRS कटौतियाँ हैं, जो लाइन 23 से लाइन 35 तक शुरू होती हैं। उनमें शामिल है: शिक्षक खर्च; फ़ॉर्म 2106; स्वास्थ्य बचत फ़ॉर्म 8889; व्यय प्रपत्र 3909; जुर्माना/बचत का शीघ्र आहरण; गुज़ारा भत्ता भुगतान; IRA कटौती; छात्र ऋण ब्याज; ट्यूशन और फ़ीस फ़ॉर्म 8917; घरेलू उत्पादन गतिविधियाँ फ़ॉर्म 8903. http://www.irs.gov
SNAP में ट्रेफ़िकिंग	<p><i>अवैध व्यापार SNAP लाभों का मतलब है:</i></p> <p>(1) EBT कार्ड्स, कार्ड नंबर और पिन नंबर या मैनुअल वाउचर और हस्ताक्षर के ज़रिये जारी किए गए और एक्सेस किए गए SNAP लाभों को खरीदना, बेचना, चोरी करना या अन्यथा एक्सचेंज करना, योग्य भोजन के अलावा नकद या प्रतिफल के लिए, या तो सीधे, अप्रत्यक्ष रूप से, दूसरों के साथ मिलीभगत या मिलीभगत या अकेले कार्य करना;</p> <p>(2) आग्नेयास्त्रों, गोला-बारूद, विस्फोटक, या नियंत्रित पदार्थों का आदान-प्रदान; (3) SNAP लाभों के साथ एक उत्पाद खरीदना जिसमें एक कंटेनर होता है, जिसमें उत्पाद को छोड़कर और जमा राशि के लिए कंटेनर वापस करके नकदी प्राप्त करने के इरादे से रिटर्न जमा की ज़रूरत होती है, जानबूझकर उत्पाद को छोड़ दिया जाता है, और जानबूझकर जमा राशि के लिए कंटेनर वापस किया जाता है; (4) प्राप्त करने के इरादे से SNAP लाभ के साथ एक उत्पाद खरीदना उत्पाद को फिर से बेचकर योग्य भोजन के अलावा नकद या प्रतिफल, और बाद में जानबूझकर योग्य भोजन के अलावा नकद या प्रतिफल के बदले SNAP लाभों के साथ खरीदे गए उत्पाद को फिर से बेचना; (5) योग्य भोजन के अलावा नकद या प्रतिफल के बदले मूल रूप से SNAP लाभों के साथ खरीदे गए उत्पादों को जानबूझकर खरीदना। (6) इलेक्ट्रॉनिक बेनिफ़िट ट्रांसफ़र (EBT) कार्ड्स, कार्ड नंबर और व्यक्तिगत पहचान संख्या (पिन), या मैनुअल वाउचर और हस्ताक्षर द्वारा जारी और एक्सेस किए गए SNAP लाभों के आदान-प्रदान को खरीदने, बेचने, चोरी करने या अन्यथा प्रभावित करने का प्रयास, नकद के लिए या योग्य भोजन के अलावा अन्य विचार, प्रत्यक्ष, अप्रत्यक्ष रूप से, दूसरों के साथ मिलीभगत या मिलीभगत में, या अकेले अभिनय करना।</p>
Way2Go डेबिट Mastercard	Georgia राज्य ने TANF प्राप्तकर्ताओं के लिए एक सुविधाजनक "इलेक्ट्रॉनिक" भुगतान विकल्प लागू किया है जिसे Way2Go डेबिट MasterCard कहा जाता है। इस भुगतान विकल्प के तहत, महीने के पहले कैलेंडर दिन प्राप्तकर्ता के खाते में पैसा जमा किया जाता है। यदि पहली बार सप्ताहोंत या छुट्टी पर पड़ता है, तो लाभ पिछले महीने के अंतिम व्यावसायिक दिन पर उपलब्ध

	कराए जाते हैं। प्राप्तकर्ता के पास अपने फंड्स तक तत्काल पहुंच होती है क्योंकि फंड्स इलेक्ट्रॉनिक तरीके से डेबिट MasterCard में लोड होते हैं।
--	--

ADA /धारा 504 अधिकारों का नोटिस

विकलांग लोगों के लिए सहायता

Georgia का मानव सेवा विभाग और Georgia सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग ("विभाग") विकलांग व्यक्तियों को विभागों के प्रोग्रामों, सेवाओं या गतिविधियों में भाग लेने और अर्हता प्राप्त करने के लिए समान अवसर प्रदान करने के लिए संघीय कानून* द्वारा आवश्यक हैं। इसमें SNAP, TANF और चिकित्सा सहायता जैसे प्रोग्राम शामिल हैं।

जब विकलांगता के आधार पर भेदभाव से बचने के लिए संशोधन आवश्यक होते हैं तो विभाग उचित संशोधन प्रदान करते हैं। उदाहरण के लिए, हम समान पहुंच प्रदान करने के लिए नीतियों, प्रथाओं या प्रक्रियाओं को बदल सकते हैं। समान रूप से प्रभावी संचार सुनिश्चित करने के लिए, हम विकलांग व्यक्तियों या उनके विकलांग साथियों को संचार सहायता प्रदान करते हैं, जैसे कि सांकेतिक भाषा दुभाषिए। हमारी मदद मुफ्त है। विभागों को ऐसा कोई संशोधन करने की ज़रूरत नहीं है जिसके परिणामस्वरूप किसी सेवा, प्रोग्राम या गतिविधि की प्रकृति में मूलभूत परिवर्तन हो या अनुचित वित्तीय और प्रशासनिक बोझ हो।

उचित संशोधन या संचार सहायता का अनुरोध कैसे करें

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

कोई शिकायत कैसे दर्ज करें

यदि आपकी अक्षमता के कारण विभागों ने आपके साथ भेदभाव किया है तो आपको शिकायत करने का अधिकार है। उदाहरण के लिए, यदि आपने एक उचित संशोधन या सांकेतिक भाषा दुभाषिया के लिए कहा है जिसे अस्वीकार कर दिया गया है या उचित समय के भीतर कार्रवाई नहीं की गई है, तो आप भेदभाव की शिकायत दर्ज कर सकते हैं। आप अपने केस वर्कर, अपने स्थानीय DFCS कार्यालय, या DFCS सिविल राइट्स, ADA/धारा 504 समन्वयक से 47 Trinity Avenue SW, 30334st Floor, Atlanta, GA 877, (423-4746) 657- 3735 से संपर्क करके मौखिक या लिखित रूप में शिकायत कर सकते हैं। DCH के लिए, KB टीम ADA/सेक्शन 504 समन्वयक से 2211 Beaver Ruin Road, Suite150 Norcross,30071 या P.O. पर संपर्क करें। Box 172, Norcross, GA.30091, (678) 248-7449 DCH ईमेल है: dch.adarequests@dch.ga.gov.

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

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

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

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

USDA या HHS को आवेदन न भेजें

अविवादितता बयान

संघीय नागरिक अधिकार कानूनों के अनुसार और U.S. अमेरिका के कृषि विभाग (USDA) के नागरिक अधिकार नियम और नीतियों के अनुसार, USDA, इसकी एजेंसियों, कार्यालयों, और कर्मचारी, और USDA प्रोग्रामों में भाग लेने वाले या उनका संचालन करने वाले संस्थान, जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, लिंग (जिसमें लिंग पहचान और यौन अभिविन्यास शामिल है), धार्मिक विश्वास, विकलांगता, आयु, राजनीतिक मान्यताओं, या किसी भी पूर्व नागरिक अधिकार गतिविधि के लिए प्रतिशोध या बदले के आधार पर भेदभाव करने से प्रतिबंधित हैं। किसी भी प्रोग्राम या गतिविधि में जो USDA द्वारा संचालित या वित्त पोषित होती है, भेदभाव नहीं किया जा सकता है। प्रोग्राम जो U.S. से वित्तीय सहायता प्राप्त करते हैं। स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (HHS), जैसे ज़रूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF), और HHS सीधे संचालित होने वाले प्रोग्राम भी संघीय नागरिक अधिकार कानूनों और HHS नियमों के तहत भेदभाव से प्रतिबंधित हैं।

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

USDA कार्यक्रमों से संबंधित नागरिक अधिकार शिकायतें

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

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

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

HHS कार्यक्रमों से संबंधित नागरिक अधिकार शिकायतें

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

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

यह संस्थान समान अवसर प्रदान करता है।

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

हानि प्रोग्राम से संपर्क करें या (877) 423-4746 पर कॉल करें।
USDA या HHS को आवेदन न भेजें