

ဂျော်ဂျီယာပြည်နယ် လူသားရေးရာဝန်ဆောင်မှု ဌာန (Georgia Department of Human Services)

SNAP/MEDICAID/TANF သက်တမ်းတိုး ပုံစံ

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

ရုံးသုံးအတွက်သာ - လက်ခံရရှိသည့်ရက်စွဲ _____ ဖောက်သည် ID နံပါတ် _____ စတင်သည့်နေ့စွဲ - _____
 စတင်ခဲ့သည့်အစီအစဉ်များ - TANF SNAP Medicaid

သင်သည် SNAP အတွက် ပြန်လည်လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် သင်၏ TANF သို့မဟုတ် Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များကို သက်တမ်းတိုးခြင်းဖြစ်ပါက ဤသက်တမ်းတိုး/ လျှောက်လွှာ ပုံစံကို သင့်အမည်၊ လိပ်စာနှင့် လက်မှတ်ဖြင့်သာ တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ သို့သော် ဖောင်ပုံစံ တစ်ခုလုံးကို သင်ဖြည့်စွက်ပြီး၊ တောင်းဆိုသည့်အခါ အချက်အလက် များ၏ အတည်ပြုချက်ကို ပေးအပ်လျှင် သင်၏ လျှောက်လွှာ၊ ပြန်လည်အတည်ပြုခြင်း/သက်တမ်းတိုးခြင်းကို ပိုမိုမြန်မြန်ဆန်ဆန် လုပ်ဆောင်နိုင်ရန် ကျွန်ုပ်တို့အား အကူအညီ ပေးပါလိမ့်မည်။ SNAP/Medicaid နှင့်/သို့မဟုတ် TANF ပရိုဂရမ်အတွက် သို့မဟုတ် SNAP အတွက်သာ ပူးတွဲသက်တမ်းတိုးခြင်း/လျှောက်လွှာတင်ရန်အတွက် ဤပုံစံကို အသုံးပြု နိုင်ပါသည်။ အခြားပရိုဂရမ်အတွက် သင်၏ သက်တမ်းတိုးခြင်း/လျှောက်လွှာကို ငြင်းပယ်/ရပ်စဲခံရသည့်အပေါ်ကိုသာ အခြေခံ၍ သင်၏ SNAP သက်တမ်းတိုးခြင်းအား ရပ်စဲခံရ မည်မဟုတ်ပါ။ သင်၏ SNAP သက်တမ်းတိုးခြင်းအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ သီးခြား ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ ပြုလုပ်ပါမည်။

အကျိုးခံစားမှုများရရှိရန် ပြန်လည်လျှောက်ထားသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်နှင့် လိပ်စာ အပြည့်အစုံကို ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါကွက်လပ်အတွင်း ဖြည့်ပေးပါ -

အမှုသည် အမည် -	မွေးနေ့ရက်စွဲ -	လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ် - (လျှောက်ထားသူ* မဟုတ်သူများအတွက် ဆန္ဒရှိက ရွေးချယ်နိုင်သည်)
သင်သည် အိမ်ယာမဲ့ ဖြစ်ပါသလား။ ဟုတ် _____ မဟုတ် _____		*အောက်ပါ နိုင်ငံသား လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေနှင့် လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်များကို ကြည့်ပါ။
လမ်းလိပ်စာ -		
စာပို့ လိပ်စာ -		
ပင်မ ဖုန်းနံပါတ် -	အခြားဆက်သွယ်ရန် ဖုန်းနံပါတ် -	
အီလက်ထရောနစ်နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး - အီးမေးလ် - ဟုတ် _____ မဟုတ် _____(ဆန္ဒရှိပါက) စာတိုပို့ခြင်း - ဟုတ် _____ မဟုတ် _____(ဆန္ဒရှိပါက)	အီးမေးလ် လိပ်စာ- (ဆန္ဒရှိပါက)	
သင်၏ ဦးစားပေး ဘာသာစကားက ဘာပါလဲ။	အင်တာဗျူးတစ်ခု လိုအပ်ပါက သင့် အနေဖြင့် စကားပြန်တစ်ဦး လိုပါ သလား။	ဟုတ် _____ မဟုတ် _____

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

သင့်တွင် ကျိုးကြောင်းဆီလျော်သော မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူ လိုအပ်မည့် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခုရှိပါသလား။

ဟုတ် _____ မဟုတ် _____

(အကယ်၍ ဟုတ်ပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ သင်တောင်းဆိုနေသည့် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူကို ဖော်ပြပေးပါ) -

လက်သင်္ကေတပြ ဘာသာစကား စကားပြန် _____၊ ITTY _____၊ စာလုံးအကြီး _____၊ အီလက်ထရွန်းနစ်နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး (အီးမေးလ်) _____၊ မျက်မမြင်စာ _____၊

ဗီဒီယို တစ်ဆင့်ခံ _____၊ အချက်ပြ စကားပြောဆိုခြင်း စကားပြန် _____၊ နှုတ်ပြော စကားပြန် _____၊

အထိအတွေ့ စကားပြန် _____၊ အစီအစဉ် နောက်ဆုံးရက်များကို တယ်လီဖုန်းခေါ်ဆိုမှု သတိပေးခြင်း _____၊

တယ်လီဖုန်းဖြင့် လက်မှတ်ထိုးခြင်း (ရနိုင်ပါက) _____၊ မျက်နှာချင်းဆိုင် တွေ့ဆုံမေးမြန်းခြင်း (အိမ်သို့လာရောက်ခြင်း) _____၊

အခြား - _____

သင်သည် ဤကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူကို တစ်ကြိမ်တစ်ခါ _____ သို့မဟုတ် ဆက်တိုက် လိုအပ်ပါသလား။ _____။ ဖြစ်နိုင်ပါက ဤမွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် အထောက်အကူကို မည်သည့်အချိန်၌ မည်မျှကြာကြာ သင်လိုအပ်ကြောင်း အကျဉ်းချုပ်ရှင်းပြပေးပါ။

အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားသူ(များ)သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား(များ) သို့မဟုတ် အမေရိကန်နိုင်ငံတွင် တရားဝင်ရောက်ရှိနေသည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ(များ) ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံးသိသလောက်နှင့် ယုံကြည်ချက်ဖြင့် မုသားသက်သေခံခြင်း၏ ပြစ်ဒဏ်အောက်တွင် ကြေညာအပ်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာအတွင်း ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်အားလုံးသည် ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံးသိသလောက် မှန်ကန်ပြီး အမှားအယွင်းမရှိကြောင်း ထပ်ဆောင်းအတည်ပြုပါသည်။ DHS-DFCS၊ DCH နှင့် အခွင့်အာဏာရ အစိုးရအေဂျင်စီများသည် ဤလျှောက်လွှာပေါ်တွင် ကျွန်ုပ်ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်ကို အတည်ပြုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပြီး သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။ အချက်အလက်များကို ယခင် သို့မဟုတ် လက်ရှိ အလုပ်ရှင်များထံမှ ရယူနိုင်ပါသည်။ လုပ်ခဆိုင်ရာ အချက်အလက်နှင့် အလုပ်အကိုင် လုပ်ကိုင်မှုများအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ ပါဝင်လုပ်ဆောင်မှုကို ခြေရာခံရန် ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

SNAP နှင့်/သို့မဟုတ် TANF ပရိုဂရမ်လိုအပ်ချက်များ အရ ကျွန်ုပ်၏ အခြေအနေတွင် ပြောင်းလဲမှု တစ်စုံတစ်ရာရှိပါက အစီရင်ခံပါမည်။ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုရှိ မည်သူမဆို ထံ သို့မဟုတ် လောင်းကစားအနိုင်ရရှိမှုများ ရှိပါက စုစုပေါင်းငွေပမာဏ \$4500 သို့မဟုတ် ထို့ထက်ပိုသောပမာဏ (အခွန်များ သို့မဟုတ် အခြားပမာဏများကို ဆိုင်းငံ့ထားခြင်းမပြုမီ) ကိုလည်း ကျွန်ုပ် အစီရင်ခံပါမည်။ ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုသည် အနိုင်ရရှိသောဆုကြေးများကို လကုန် ပြီး 10 ရက် ထက် နောက်ကျစေဘဲ အစီရင်ခံပါမည်။ အချက်အလက်တစ်ခုခုသည် မမှန်ကန်ပါက ကျွန်ုပ်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှော့ချနိုင် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်နိုင်ကြောင်းနှင့် မမှန်ကန်သည့် အချက်အလက်ကို သိလျက်နှင့် ပေးအပ်ခြင်းအတွက် ရာဇဝတ်မှုဖြင့် တရားစွဲခြင်း ခံရနိုင် သို့မဟုတ် DHS-DFCS အစီအစဉ်များတွင်း အရည်အချင်းမပြည့်မီ ဖြစ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ အချက်အလက် အမှားများ ပေးအပ်ပါက သို့မဟုတ် အချက်အလက်ကို ကွယ်ဝှက်ထားပါက ကျွန်ုပ်အား တရားစွဲဆိုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ လျှောက်လွှာ သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုးခြင်းလုပ်ငန်း စဉ်အတွင်း ကျွန်ုပ်၏ ကုန်ကျစရိတ် အချို့ အကြောင်း DHS-DFCS အား ပြောပြ ရန် ပျက်ကွက် ပါက ၊ DHS-DFCS သည် ကျွန်ုပ်၏ SNAP အကျိုးခံစားခွင့် ပမာဏကို တွက်ချက် ရာတွင် ထိုကုန်ကျစရိတ်ကို ဘတ်ဂျက်တွင် ထည့်သွင်းမည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

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

လက်မှတ် - ရက်စွဲ

'X' ဟု လက်မှတ်ထိုးပါက သက်သေ၏ လက်မှတ် ရက်စွဲ

Pathways ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအကူအညီ -

Pathways Medical Assistance သည် Medicaid အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်း မရှိသော၊ အိမ်ထောင်စု၏ ဝင်ငွေသည် ဖက်ဒရယ်ဆင်းရဲမှုအဆင့် (FPL) (Federal Poverty Level) (FPL) ၏ 100% အထိရှိသော၊ အသက် 19 မှ 64 နှစ်ကြားဖြစ်ပြီး အရည်အချင်းပြည့်မီရန် လိုအပ်ချက်များနှင့် ကိုက်ညီသူ လူတစ်ဦးချင်းစီအား အခမဲ့ သို့မဟုတ် ကုန်ကျစရိတ်လျော့နည်းသည့် Medicaid လွှမ်းခြုံမှုအကာအကွယ်ကို ပံ့ပိုးပေးသော ပရိုဂရမ်တစ်ခုဖြစ်သည်။ သင့်ကို Pathways အတွက် ထည့်သွင်းစဉ်းစားစေလိုပါက တွဲစာ D ကို လည်းဖြည့်ပါ။

လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ် -

သင့်လျှောက်လွှာ/သက်တမ်းတိုးမှုကို ဖြည့်စွက်ရန်၊ SNAP သို့မဟုတ် TANF အတွက် သင့်အင်တာဗျူးကို ပြီးအောင်လုပ်ပေးရန် နှင့်/သို့မဟုတ် စတိုးဆိုင်သို့ သင်မသွားနိုင်သည့်အခါ သင့် SNAP EBT ကတ်ကို အသုံးပြု၍ အစားအစာကို ဝယ်ယူရန် လူတစ်ဦး သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုကို လုပ်ဆောင်စေလိုပါက ဤအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပါ။ ကျေးဇူးပြု၍ အစီအစဉ်တစ်ခုစီအတွက် လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးအဖြစ် မည်သူ့ကို သင်တာဝန်ပေးအပ်လိုကြောင်းကို မှတ်သားပေးပါ။ သင့်အနေဖြင့် အဆိုပါ လူပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းအား မည်သည့်တာဝန်များ ယူစေလိုကြောင်း ကျေးဇူးပြု၍ မှတ်သားပေးပါ။ သင့်သည် Medicaid အတွက် လျှောက်ထားနေပါက ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ (Medical Assistance) အတွက် သင့်ကိုယ်စား လျှောက်ထားပေးရန် လူပုဂ္ဂိုလ် တစ်ဦးထက်ပို၍ သင် ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။

လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ် 1 ၏ အစီအစဉ် အမျိုးအစားများ - SNAP TANF ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ
လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ် 1 ၏ တာဝန်များ - လျှောက်ထားသူ၏ကိုယ်စား လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးရန်
သက်တမ်းတိုး ဖောင်ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပြီး တင်သွင်းရန် အသိပေးစာများနှင့် အခြား ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုများအတွက် မိတ္တူများ လက်ခံရရှိရန် အခြား အကြောင်းချင်းရာအားလုံးအတွက် လျှောက်ထားသူကိုယ်စား လုပ်ဆောင်ရန် TANF အကျိုးခံစားခွင့်ကတ် (Way2Go) တစ်ခု လက်ခံရယူရန်

လူပုဂ္ဂိုလ် အမည် 1 - _____
အဖွဲ့အစည်း အမည် 1 (သက်ဆိုင်ပါက) - _____ ဖုန်း - _____
လိပ်စာ - _____ အခန်း - _____
မြို့ - _____ ပြည်နယ် - _____ စာပို့သင်္ကေတ - _____
အီလက်ထရောနစ်နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး - အီးမေးလ် - ဟုတ် _____ မဟုတ် _____ (ဆန္ဒရှိပါက)
စာတိုပို့ခြင်း - ဟုတ် _____ မဟုတ် _____ (ဆန္ဒရှိပါက)
အီးမေးလ် လိပ်စာ (ဆန္ဒရှိပါက) _____
ဦးစားပေး ဘာသာစကား - _____
စကားပြန်တစ်ဦး လိုအပ်ပါသလား။ ဟုတ် _____ မဟုတ် _____

လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ် 2 ၏ အစီအစဉ် အမျိုးအစားများ - SNAP TANF ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ
လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ် 2 ၏ တာဝန်များ - လျှောက်ထားသူ၏ကိုယ်စား လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးရန်
သက်တမ်းတိုး ဖောင်ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပြီး တင်သွင်းရန် အသိပေးစာများနှင့် အခြား ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုများအတွက် မိတ္တူများ လက်ခံရရှိရန် အခြား အကြောင်းချင်းရာအားလုံးအတွက် လျှောက်ထားသူကိုယ်စား လုပ်ဆောင်ရန် TANF အကျိုးခံစားခွင့်ကတ် (Way2Go) တစ်ခု လက်ခံရယူရန်

လူပုဂ္ဂိုလ် အမည် 2 - _____
အဖွဲ့အစည်း အမည် 2 (သက်ဆိုင်ပါက) - _____ ဖုန်း - _____
လိပ်စာ - _____ အခန်း - _____
မြို့ - _____ ပြည်နယ် - _____ စာပို့သင်္ကေတ - _____
အီလက်ထရောနစ်နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး - အီးမေးလ် - ဟုတ် _____ မဟုတ် _____ (ဆန္ဒရှိပါက)
စာတိုပို့ခြင်း - ဟုတ် _____ မဟုတ် _____ (ဆန္ဒရှိပါက)
အီးမေးလ် လိပ်စာ (ဆန္ဒရှိပါက) _____
ဦးစားပေး ဘာသာစကား - _____
စကားပြန်တစ်ဦး လိုအပ်ပါသလား။ ဟုတ် _____ မဟုတ် _____

မသန်စွမ်းမှုများရှိသော အမေရိကန်လူမျိုးများ အက်ဥပဒေ - လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ်များအတွက် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူ တောင်းဆိုခြင်း (သက်ဆိုင်ပါက) -

လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးထံတွင် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူတစ်ခု လိုအပ်မည့် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခု ရှိပါသလား။ ဟုတ် _____ မဟုတ် _____

(အကယ်၍ ဟုတ်ပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ သင်တောင်းဆိုနေသည့် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူကို ဖော်ပြပေးပါ) -
လက်သင်္ကေတပြ ဘာသာစကား စကားပြန် _____၊ TTY _____၊ စာလုံးကြီးကြီး _____၊ အီလက်ထရောနစ်နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး (အီးမေးလ်)
_____၊ မျက်မမြင်စာ _____၊ ဗီဒီယို တစ်ဆင့်ခံ _____၊ အချက်ပြ စကားပြောဆိုခြင်း စကားပြန် _____၊ နှုတ်အပြော စကားပြန် _____၊ အထိအတွေ့
စကားပြန် _____၊ အစီအစဉ်နောက်ဆုံးရက်များအတွက် တယ်လီဖုန်းခေါ်ဆိုမှု သတိပေးခြင်း _____၊ တယ်လီဖုန်းဖြင့် လက်မှတ်ထိုးခြင်း (ရနိုင်ပါက) _____၊
မျက်နှာချင်းဆိုင် တွေ့ဆုံမေးမြန်းခြင်း (အိမ်သို့လာရောက်ခြင်း) _____၊

အခြား - _____

လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးထားသော ကိုယ်စားလှယ်က ဤကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူကို တစ်ကြိမ်
သို့မဟုတ် တောက်လျှောက်လိုအပ်ပါသလား။ _____။ ဖြစ်နိုင်ပါက ဤမွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် အထောက်အကူကို မည်သည့်အချိန်၌ မည်မျှကြာကြာ သင်
လိုအပ်ကြောင်း အကျဉ်းချုပ် ရှင်းပြပေးပါ။ _____

Medicaid အတွက်သာ -

နောက်နှစ်အတွက် ပြည်ထောင်စု ဝင်ငွေခွန် တင်ပြမှုကို တင်သွင်းရန် သင်မျှော်မှန်းထားပါသလား။ (ပြည်ထောင်စု ဝင်ငွေခွန်ပြန်အမ်းငွေ ကြေညာလွှာကို သင် မတင်
သွင်းသည့်တိုင် ကျန်းမာရေးအာမခံအတွက် သင်လျှောက်ထားနိုင်ပါသေးသည်။)

ဟုတ် မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ မေးခွန်း a၊ b နှင့် c တို့ကို ဖြေဆိုပေးပါ။ အကယ်၍ မဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ မေးခွန်း c ကို ဖြေဆိုပေးပါ။

a. သင်သည် အိမ်ထောင်ဖက်နှင့် ပူးတွဲ တင်သွင်းမှာပါလား။ ဟုတ် မဟုတ် ဟုတ်ပါက အိမ်ထောင်ဖက်အမည် - _____

b. သင်သည်သင်၏ အခွန်ပြန်အမ်းငွေ ကြေညာလွှာပေါ်တွင် မှီခိုသူတစ်ဦးဦးကို ထည့်သွင်းတောင်းဆိုပါမည်လား။ ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက မှီခိုသူများ၏ အမည်(များ)ကို စာရင်းပေးပါ - _____

c. တစ်စုံတစ်ယောက်၏ ပြန်အမ်းငွေအပေါ်၌ အခွန်မှီခိုသူအဖြစ် တစ်ဦးဦးကို ထည့်သွင်းတောင်းဆိုမည်လား။ ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အခွန်တင်သွင်းသူနှင့် အခွန်မှီခိုသူများ၏ အမည်ကို စာရင်းပေးပါ - _____
အခွန်မှီခိုသူသည် အခွန်တင်သွင်းသူနှင့် မည်သို့ တော်စပ်ပါသလဲ။ _____

အသိုင်းအဝိုင်းတွင်း ရောက်ရှိရေး ဝန်ဆောင်မှုများ -

အခြား DHS ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပတ်သက်၍ အချက်အလက် ပိုမိုရရှိရန် ကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝက်ဘ်ဆိုက် www.dfcs.georgia.govကို ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ သို့မဟုတ် ဖုန်းနံပါတ် (877) 423-4746 ကို ခေါ်ဆိုပေးပါ။

ကျေးဇူးပြု၍ မေးခွန်းအားလုံးကို ဖြေဆိုပေးပြီး တောင်းဆိုသည့်အတိုင်း ဝင်ငွေနှင့် ကုန်ကျစရိတ်များအားလုံးအတွက် သက်သေအထောက်အထား ပေးအပ်ပါ။

နိုင်ငံသား ရွှေ့ပြောင်းဝင်ရောက်မှု အဆင့်အတန်းနှင့် လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်များ -

လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးနှင့် ပတ်သက်ပြီး အောက်ပါ ဇယားကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖြည့်စွက်ပေးပါ။ အောက်ပါ ဖက်ဒရယ် ဥပဒေများနှင့် စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများ - အစားအစာနှင့် အာဟာရ အက်ဥပဒေ 2008, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R.

§ 205.52၊ 42 CFR § 435.910 နှင့် 42 CFR § 435.920၊ သင်နှင့် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်များ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်(များ)ကို တောင်းဆိုရန် DFCS ကို လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးပါ။ သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် နေထိုင်ပြီး အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်ထားခြင်းမရှိသူ မည်သူမဆို လျှောက်ထားသူမဟုတ်အဖြစ် သတ်မှတ်ခံရနိုင်သည်။ လျှောက်ထားသူ မဟုတ်သူများသည် ၎င်းတို့၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်၊ နိုင်ငံသားဖြစ်မှု သို့မဟုတ် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးအခြေအနေနှင့် ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်တို့အား အချက်အလက်များ ပေးဆောင်ရန် မလိုအပ်ဘဲ အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် အရည်အချင်းမပြည့်မီပါ။ အခြားအိမ်ထောင်စုဝင်များသည် အခြားတစ်နည်းနည်းဖြင့် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်ခံရရှိနိုင်ပါသေးသည်။ အခြားအိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိရန် အရည်အချင်း ပြည့်မီမီ ကျွန်ုပ်တို့အား ဆုံးဖြတ်စေလိုပါက သင့်အနေဖြင့် ၎င်းတို့၏ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းနှင့် ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြရန်နှင့် ၎င်းတို့၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) ကို ပေးရန် လိုအပ်ပါသေးသည်။ အိမ်ထောင်စု၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်အဆင့်ကို ဆုံးဖြတ်ရန် ၎င်းတို့၏ ဝင်ငွေနှင့် ရင်းမြစ်များကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြရန် လိုအပ်ပါသေးသည်။ ၎င်းတို့၏ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းကို ကျွန်ုပ်တို့အား မပေးပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် လျှောက်ထားသူမဟုတ်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်များအား အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု နိုင်ငံသား နှင့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်ရေး ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ (United States Citizenship and Immigration Services) (USCIS) ၏ အကျိုးဝင်မှုများရရှိရန် နိုင်ငံခြားသား စနစ်တကျ အတည်ပြုရေး (Systematic Alien Verification for Entitlements) (SAVE) စနစ်သို့ အစီရင်ခံတိုင်ကြားမည် မဟုတ်ပါ။ သို့ပါသော်လည်း သင်၏လျှောက်လွှာပေါ်တွင် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်း အချက်အလက်ကို တင်သွင်းထားပါက အဆိုပါအချက်အလက်ကို SAVE စနစ်မှတစ်ဆင့် အတည်ပြုခံရနိုင်ပြီး မိသားစု၏ အရည်အချင်းပြည့်မီရေးနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်အဆင့်အပေါ် သက်ရောက်နိုင်ပါသည်။ သင်၏ ဝင်ငွေနှင့် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို အတည်ပြုရန် သင်၏အချက်အလက်ကို အခြား ပြည်ထောင်စု၊ ပြည်နယ်နှင့် ဒေသန္တရ အေဂျင်စီများနှင့် ကျွန်ုပ်တို့ တိုက်ဆိုင်ကြည့်ပါမည်။ ဥပဒေမှ ရှောင်ပြေးနေသူများအား ဖမ်းဆီးရာတွင် အသုံးပြုရန် ဤအချက်အလက်ကို တရားဥပဒေ စိုးမိုးရေး အရာရှိများထံသို့လည်း ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ သင်၏ အိမ်ထောင်စုတွင် SNAP တောင်းဆိုချက်တစ်ခု ရှိပါက SSN အပါအဝင် ဤလျှောက်လွှာပေါ်ရှိ အချက်အလက်ကို ပြည်ထောင်စုနှင့် ပြည်နယ် အေဂျင်စီများနှင့် ပုဂ္ဂလိက တောင်းဆိုချက်များ စုဆောင်းရေး အေဂျင်စီများအနေဖြင့် တောင်းဆိုချက်ကို စုဆောင်းကောက်ယူရာတွင် အသုံးပြုရန် ၎င်းတို့ထံ ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ အခြားအိမ်ထောင်စုဝင်များက ၎င်းတို့၏ SSN၊ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းကို ပေးအပ်ရန် ပျက်ကွက်သည့် အတွက်ကြောင့် လျှောက်ထားသူ အိမ်ထောင်စုဝင်များအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ငြင်းဆန်မည်မဟုတ်ပါ။ အကယ်၍ သင်သည် အရေးပေါ်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်သာ လျှောက်ထားနေပါက သင့်အနေဖြင့် သင်၏ SSN သို့မဟုတ် သင်၏ ရွှေ့ပြောင်းဝင်ရောက်မှု အခြေအနေနှင့် ပတ်သက်သည့်အချက်အလက်ကို ပေးအပ်ရန်မလိုပါ။

ရှေ့ဆုံးအမည်	အလယ်အမည် အတိုကောက်	နောက်ဆုံးအမည်	ဟစ္စပန်းနစ် သို့မဟုတ် လက်တင် မျိုးနွယ်စု ဖြစ်ပါသလား။ (ဆန္ဒရှိပါက)	လူမျိုး (ဆန္ဒရှိပါက)	လိင် ကျား/မ	မွေးနေ့ရက်စွဲ (လ/လ/ရက်ရက်/နှစ် နှစ်)	သင်နှင့် တော်စပ် ပုံ	လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (လျှောက်ထားသူ မဟုတ်သူများအတွက် ဆန္ဒရှိပါက)	သင်သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား၊ အမေရိကန်ပိုင်နက်တွင်းဖွားသည့် နိုင်ငံသား၊ အရည်အချင်းပြည့်မီ သော ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ သို့မဟုတ် ကျေးဇူးပြုလောက်သော လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေ တွင် ရှိပါသလား။ (လျှောက်ထား သူများသာ) (ဟုတ်/မဟုတ်)	ဤ ကလေး၏ မိခင်သည် အိမ်တွင် နေထိုင်ပါ သလား။ (ဟုတ်/မဟုတ်)	ဤ ကလေး၏ မိခင်သည် အိမ်တွင် နေထိုင်ပါ သလား။ (ဟုတ်/မဟုတ်)	Medicaid ကို သင် လိုချင်ပါသလား။ (ဟုတ်/မဟုတ်)
			(ဟုတ်/မဟုတ်)				ကိုယ်တိုင်		(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)
			(ဟုတ်/မဟုတ်)						(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)
			(ဟုတ်/မဟုတ်)						(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)
			(ဟုတ်/မဟုတ်)						(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)
			(ဟုတ်/မဟုတ်)						(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)
			(ဟုတ်/မဟုတ်)						(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဟုတ်/မဟုတ်)

သင် သို့မဟုတ် အခြားအိမ်ထောင်စုဝင် လျှောက်ထားသူများသည် နိုင်ငံသားဖြစ်ခွင့် ပြောင်းလဲခံယူသူ သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် နိုင်ငံခြားသား/ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတစ်ဦး ဖြစ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်စွက်ပါ -
(ကျေးဇူးပြု၍ ထပ်ဆောင်းစာမျက်နှာများကို လိုအပ်သလို ထပ်ထည့်ပေးပါ)

အမည် ရှေ့ဆုံး အလယ်အမည် အတိုကောက် နောက်ဆုံး	ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား	နိုင်ငံခြားသား/အသိအမှတ်ပြု လက်မှတ်/စာရွက်စာတမ်း IDနံပါတ်	သင်သည် အမေရိကန် ပြည်ထောင်စုတွင် 1996 ခုနှစ် ကတည်းက နေထိုင်နေပါ သလား။ (ဟုတ်/မဟုတ်)	နိုင်ငံသားဖြစ်ခွင့်ရသည့် ရက်စွဲ/အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု တွင်း ဝင်ရောက်သည့် သို့မဟုတ် ဝင်ခွင့်ပြုသည့် ရက်စွဲ (သက်ဆိုင်ပါက) ဖောမက်ပုံစံ (လလ/ရက်ရက်/နှစ် နှစ်)	သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် မိဘသည် အမေရိကန် တပ်မတော်မှ စစ်မှုထမ်းဟောင်း သို့မဟုတ် လက်ရှိတာဝန်ထမ်း ဆောင်နေသည့် အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။ (ဟုတ်/မဟုတ်)

Medicaid အတွက် သာ

သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် အသက် 18 နှစ်၌ မွေးစားစောင့်ရှောက်မှုတွင်း ရှိခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
သင်နှင့်အတူ အိမ်တွင်မနေထိုင်သော အခွန်မှီခိုသူများရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ အောက်တွင် စာရင်းပေးပါ။

အမည် - _____ လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ် ___ လိင် - ကျား မ (ကျေးဇူးပြု၍ တစ်ခုကို ဝိုင်းပါ)
မွေးနေ့ရက်စွဲ - _____ နိုင်ငံသား - _____
သင်နှင့် တော်စပ်ပုံ - _____ (ကျေးဇူးပြု၍ ထပ်ဆောင်းစာမျက်နှာများ လိုအပ်သလို ထပ်ထည့်ပေးပါ)

လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ထပ်၍ပြောပြပါ။

အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် မည်သူသည် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီကြောင်း ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်များအားလုံးနှင့် ပတ်သက်၍ အချက်အလက် များ ကျွန်ုပ်တို့ ပိုမိုလိုအပ်ပါသည်။ သင်ရရှိလိုသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့် ပတ်သက်သည့် မေးခွန်းများကိုသာ အောက်ရှိ စာမျက်နှာတွင် ကျေးဇူးပြု၍ ဖြေဆိုပေးပါ။

1. တစ်စုံတစ်ဦးသည် အခြားကောင်တီ သို့မဟုတ် ပြည်နယ်အတွင်း အကျိုးခံစားခွင့် တစ်စုံတစ်ရာ လက်ခံရရှိပါသလား။
(SNAP နှင့် TANF အတွက် သာ)
 ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -
မည်သူ - _____
နေရာ - _____
အချိန် - _____
2. တစ်စုံတစ်ယောက်သည် 8/22/1996 နောက်ပိုင်း၌ ရေယာ တစ်ခုထက်ပို၍တွင် SNAP အကျိုးခံစားခွင့် အမြောက်အများရရှိရန် ၎င်းတို့ နေထိုင်သည့်နေရာနှင့် ၎င်းတို့မည်သူဆိုသည်နှင့် ပတ်သက်ပြီး မှားယွင်းသောအချက်အလက်များ ပေးကြောင်း ပြစ်မှုထင်ရှားခဲ့ပါသလား။ (SNAP အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -
မည်သူ - _____
နေရာ - _____
အချိန် - _____
3. သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် လျှောက်ထားသည့်ရက်စွဲမှ ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း ဆန္ဒအလျောက် အလုပ်ထွက်ခဲ့ပါသလား သို့မဟုတ် သူ/သူမ၏

အလုပ်ချိန်နာရီကို တစ်ပတ်လျှင် နာရီ 30 အောက်သို့ ဆန္ဒအလျောက် လျှော့ချခဲ့ပါသလား။ (SNAP နှင့် TANF အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက မည်သူ အလုပ်ထွက်ခဲ့ပါသလဲ။ _____

သူ/သူမက ဘာကြောင့် အလုပ်ထွက်ခဲ့ပါသလဲ။ _____

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

ဟုတ်ပါက ကိုယ်ဝန်ဆောင်အမျိုးသမီး၏ အမည်- _____

ခန့်မှန်းမီးဖွားရက်က ဘယ်လောက်ပါလဲ။ _____၊ နှင့် ကလေးဘယ်နှစ်ဦး မျှော်လင့်ထားပါသလဲ။ _____

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

ဟုတ်ပါက ကိုယ်ဝန်ဆောင်အမျိုးသမီး၏ အမည်- _____

မီးဖွားသည့်/ကိုယ်ဝန်ဆောင်ပြီးဆုံးသည့် ရက်စွဲက ဘယ်လောက်ပါလဲ။ _____

နှင့် ကလေးဘယ်နှစ်ဦး မွေးဖွားခဲ့ပါသလဲ/ဘယ်နှစ်ဦး မွေးဖွားမည်ဟု မျှော်လင့်ထားပါသလဲ။ _____

*TANF လျှောက်ထားသူများအတွက်သာ ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါတို့ကို ဖြည့်ပေးပါ -

မွေးဖွားလာမည့်ကလေး၏ ဖခင်အမည် - _____ ဖခင်၏ လိပ်စာ - _____

5. Medicaid လျှောက်ထားသူများအတွက် တစ်ဦးဦးထံတွင် လွန်ခဲ့သော 3 လအတွင်း ငွေမပေးချေရသေးသည့် ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများရှိပါသလား။ ဟုတ်

မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက သင့်ထံတွင် Medicaid ကျွတ်တစ်ခု ရှိလျှင် မပေးချေရသေးသည့် ငွေတောင်းခံလွှာများကို ကျေးဇူးပြု၍ ပို့ပေးပါ။

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

ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - _____

နေရာ - _____

7. တစ်ဦးဦးသည် ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် အပြစ်ဒဏ်ပေးခြင်း သို့မဟုတ် အကျဉ်းကျခြင်းမှ ရှောင်ကြဉ်ရန် တိမ်းရှောင်နေပါသလား။ (SNAP နှင့် TANF

အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ဘယ်သူပါလဲ - _____

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

ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ဘယ်သူပါလဲ - _____

9. တစ်ဦးဦးသည် 8/22/1996 နောက်ပိုင်းတွင် ထိန်းချုပ်ဆေးဝါးပစ္စည်းတစ်ခုကို ပိုင်ဆိုင်၊ အသုံးပြု သို့မဟုတ် ဖြန့်ဖြူးမှုနှင့် ဆက်စပ်သော အပြုအမူကြောင့် ရာဇဝတ်

ပြစ်မှုကြီးတစ်ခု (ဥပမာ - ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီး) တစ်ခုရှိပါသလား (SNAP နှင့် TANF အတွက်သာ) သို့မဟုတ် အကြမ်းဖက်သည့် ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီး တစ်ခု ရှိပါသလား (TANF အတွက်သာ)။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - _____ အချိန် - _____

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

ဟုတ် မဟုတ်

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

ဟုတ် မဟုတ်

c. မူးယစ်ဆေးဝါးနှင့် ဆက်စပ်၍ ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းကြောင့် အကျဉ်းချခြင်း သို့မဟုတ် လွတ်ငြိမ်းခွင့်ဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များ အားလုံးကိုအောင်မြင်စွာ ပြီးမြောက်ခဲ့ဖူးပါသလား။ (SNAP အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

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

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - _____ အချိန် - _____

11. 8/22/1996 နောက်ပိုင်းတွင် သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် \$500 ထက်ကျော်သည့် SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို ဝယ်ယူ သို့မဟုတ် ရောင်းချကြောင်း ပြစ်မှုထင်ရှားခဲ့ပါသလား။ (SNAP အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - _____

အချိန် - _____

12. 8/22/1996 နောက်ပိုင်းတွင် သေနတ်များ၊ ခဲယမ်းမီးကျောက်များ သို့မဟုတ် ဖောက်ခွဲရေးပစ္စည်းများ ရရှိရန် SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရောင်းဝယ်ခြင်းအတွက် သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် ပြစ်မှုထင်ရှားစီရင်ခြင်း ခံရဖူးပါသလား။ (SNAP အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - _____

အချိန် - _____

13. သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် 2/7/2014 နောက်ပိုင်းတွင် ကြီးမားပြင်းထန်သော လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ အလွဲသုံးစားမှု၊ လူသတ်မှု၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ အမြတ်ထုတ်မှုနှင့် ကလေးများအား အခြားအလွဲသုံးစားမှု၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ စော်ကားမှုအပါအဝင် ပြည်ထောင်စု သို့မဟုတ် ပြည်နယ် ပြစ်မှု၊ သို့မဟုတ် ပြည်နယ်ဥပဒေအရ အဆိုပါ ပြစ်မှုတစ်ခုနှင့် သိသိသာသာ အလားတူညီသည်ဟု ရှေ့နေချုပ်မှ ဆုံးဖြတ်သည့် ပြစ်မှုတစ်ခုကိုကျူးလွန်သည့် အရွယ်ရောက်လူကြီး တစ်ဦးဖြစ်ကြောင်း ပြစ်မှုထင်ရှားခဲ့ပါသလား။ (SNAP အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - _____

အချိန် - _____

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

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

ဟုတ် မဟုတ်

C. ရာဇဝတ်မှုပြစ်ကြီးနှင့် ဆက်စပ်၍ ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းတစ်ခုနှင့် ဆက်စပ်ပြီး ခံဝန်ဖြင့်လွတ်ပေးခြင်း သို့မဟုတ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များ အားလုံးကို သင် အောင်အောင်မြင်မြင် ပြီးမြောက်ခဲ့ပါသလား။ (SNAP အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

14. သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် ထို သို့မဟုတ် လောင်းကစား အနိုင်ကြေးများ ရရှိခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - _____ အချိန် - _____ လက်ခံရရှိခဲ့သည့် ပမာဏ - _____

15. တစ်ဦးဦးသည် TANF ရန်ပုံငွေများ သို့မဟုတ် Way2Go ကတ်ကို နောက်တွင် ဖော်ပြထားသောနေရာများ၌ အသုံးပြုခဲ့ပါသလား - အရက်ပြင်း စတိုးဆိုင်များ၊ ကာစီနိုများ၊ ပိုကာ ကစားခန်းများ၊ အရွယ်ရောက်လူကြီး ဖျော်ဖြေရေးလုပ်ငန်းများ၊ အာမခံ ဘွန်းစာချုပ်များ၊ နိုက်ကလပ်များ၊ အရက်ရောင်းသည့် ဆလွန်းများ/တာဗန်များ၊ ဘင်ဂိုကစားခန်းမများ၊ မြင်းပြိုင်ပွဲ လောင်းကစားခြင်းများ၊ သေနတ်/ခဲယမ်းမီးကျောက် စတိုးဆိုင်များ၊ အပန်းဖြေ သင်္ဘောများ၊ ဗေဒင်ဆရာများ၊ ဆေးလိပ်ဆိုင်များ၊ ထက်တူး/နားနှာခေါင်း ဖောက်ဆိုင်များနှင့် အနားယူစပါ/အနှိပ်ခန်းများ။ (TANF အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - _____ အချိန် - _____

16. အကျိုးခံစားခွင့်လျှောက်ထားသူ တစ်ဦးဦးသည် လက်ရှိတွင် ထောက်ပံ့စရိတ် လက်ခံရရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - _____

လစဉ် လက်ခံရရှိသည့် ပမာဏ - _____

ထောက်ပံ့စရိတ် သဘောတူညီချက်ကို အပြီးသတ်ခဲ့သည့် သို့မဟုတ် နောက်ဆုံးမွမ်းမံပြင်ဆင်ခဲ့သည့် ရက်စွဲ - _____

SNAP နှင့် TANF အတွက်သာ-

အဆင့်မြင့်ပညာရေးအတွင်း ရှိနေသော ကျောင်းသားများ - သင်၏ အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် ကောလိပ်ကျောင်း၊ တက္ကသိုလ်၊ အသက်မွေးဝမ်းကြောင်းပညာ သို့မဟုတ် နည်းပညာဆိုင်ရာ ကျောင်းတစ်ခုတွင် အနည်းဆုံးအနေဖြင့် အတန်းတစ်ဝက် စာရင်းသွင်း အပ်နှံထားပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

ဟုတ်ပါက ဘယ်သူပါလဲ - _____

ကျောင်း အမည် - _____ အတန်း/အခြေအနေ - _____ ကျောင်းပြီး ရက်စွဲ - _____

ကျောင်းသားက အလုပ်ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် ကျောင်းတက်ရင်း အလုပ်လုပ်သည့်အစီအစဉ်တွင် စာရင်းသွင်းထားပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက တစ်ပတ်လျှင် အလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း _____ (ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ရှိ အလုပ်အကိုင် အခန်းကဏ္ဍကိုလည်း ဖြည့်စွက်ပေးပါ။)

SNAP အတွက်သာ -

အသက် 60 သို့မဟုတ် အထက် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူတစ်ဦးဦးတွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များ ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

Medicare ပရီမီယံကြေးများ၊ ဆေးညွှန်းဆေးဝါးကုန်ကျစရိတ် သို့မဟုတ် ဆေးရုံစရိတ်များကဲ့သို့သော သင်၏ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကုန်ကျစရိတ်များ ပြောင်းလဲသွားပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

ဟုတ်ပါက အောက်ပါ ဇယား တွင် ကုန်ကျစရိတ်များကို စာရင်းပြုစုပြီး လတ်တလော လ(များ) အတွက် ဘေလ်များ ပူးတွဲပါ။

ငွေတောင်း ခံရသည့် မိသားစုဝင်	ကုန်ကျစရိတ်အမျိုးအစား (ဆရာဝန်၊ ဆေးရုံ၊ ညွှန်ကြားသည့်ဆေး)	အကြွေးတင်နေသည့် ပမာဏ	ငွေတောင်းခံလွှာ ရက်စွဲ	အာမခံက ငွေပေးချေပါမည်လား။ ဟုတ်/မဟုတ်

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

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အချက်အလက်ကို အောက်တွင်ပေးအပ်ပါ။ အကယ်၍ သင်သည် Medicaid ရရှိနေပါက သက်သေပေးအပ်ပါ -

ခရီးသွားရသည့် ရည်ရွယ်ချက် (ဆရာဝန်ထံ သို့မဟုတ် ဆေးရုံသို့ သွားရောက်ခြင်း၊ ဆေးသွားယူခြင်း)	သွားလာမောင်းနှင်သည့် မိုင် စုစုပေါင်း -	တက်စီ၊ ဘတ်စ်ကား၊ ကားပါကင်ရပ်ခ သို့မဟုတ် တည်းခိုနေထိုင်မှု အတွက် ကုန်ကျစရိတ် -
--	---	---

အဆိုပါ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အသုံးစရိတ်များမှ တစ်ခုခုကို အခြား တစ်စုံတစ်ဦးက သင့်အတွက် ပေးချေနေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အချက်အလက်ကို အောက်တွင်ပေးအပ်ပါ-

မည်သည့် ကုန်ကျစရိတ်များကို ပေးချေခဲ့ပါသလဲ။	မည်သူက ကုန်ကျစရိတ်ကို ပေးချေပါသလဲ။
အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ်က ယင်းငွေတောင်းခံလွှာများကို မည်သူထံ ပေးချေပါသလဲ။	လိပ်စာ -

Medicaid အတွက်သာ -

အခြား ကျန်းမာရေးအကာအကွယ်

အောက်ဖော်ပြပါ ကျန်းမာရေးအာမခံတွင် ယခုစာရင်းသွင်းထားသူ တစ်စုံတစ်ဦးရှိပါသလား။

- Georgia Department of Human Services Medicaid PeachCare for Kids® Medicare
- VA ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပရိုဂရမ်များ TRICARE (သင့် တွင် တိုက်ရိုက်စောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် Line of Dutyရှိပါက အမှတ်မခြစ်ပါနှင့်)
- အလုပ်ရှင် အာမခံ - အာမခံ၏ အမည် _____ ပေါ်လစီနံပါတ် _____
- အခြား - အာမခံ၏ အမည် _____ ပေါ်လစီနံပါတ် _____

သင့်ထံ၌ Medicaid အပြင် အခြား ကျန်းမာရေးအာမခံ တစ်ခုခု ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက သင်၏ အာမခံကတ် မိတ္တူတစ်စောင်ကို ကျွန်ုပ်တို့ထံ ပို့ပေးပါ။

ရင်းမြစ်များ -

(MAGI Medicaid အတွက် မလိုအပ်ပါ) - သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ လူတစ်ဦးဦးသည် အောက်ပါရင်းမြစ်များမှ တစ်ခုခု ရှိပါသလား။

- ဟုတ် မဟုတ် (ဟုတ်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်များကို ပေးပါ။ အကယ်၍ သင်သည် အသက်အရွယ်ကြီးမှု၊ မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူအတွက် **Medicaid (QMB၊ SLMB** သို့မဟုတ် **QI-1** တို့ကဲ့သို့သာဖြစ်သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စုငွေများ အစီအစဉ်များအပြင်) ရရှိနေပါက သက်သေအထောက်အထား ပေးအပ်ပါ။

ရင်းမြစ် အမျိုးအစား	ပိုင်ရှင်	အကောင့်/မူဝါဒ နံပါတ် (သင့်အကောင့်/မူဝါဒ နံပါတ် သည် သင့် SSN နှင့် တူညီနေပါက မဖြည့်စွက်ပါနှင့်)	တန်ဖိုး	ဘဏ်၊ အာမခံ ကုမ္ပဏီ စသည်တို့၏ အမည်
ငွေသား				
ငွေသွင်း/ငွေစု အကောင့်များ				
ခရက်ဒစ် ယူနိုက်				
နှစ်စဉ်ကြေးများ				
စတော့ရှယ်ယာများ သို့မဟုတ် အာမခံ ဘွန်းစာချုပ်များ				
ဘေးကင်းလုံခြုံသည့် အပ်ငွေသေတ္တာ				
အငြိမ်းစား အကောင့် (MAGI မဟုတ်သူများအတွက်)				
ယာဉ်များ (MAGI မဟုတ်သူများအတွက်)				
CD များ/နှစ်စဉ်ကြေးများ (MAGI မဟုတ်သူများအတွက်)				
ကြိုတင်ငွေပေးထား သည့် နှာရေး အစီအစဉ် များ				
သင်္ချိုင်း မြေနေရာကွက်များ (MAGI မဟုတ်သူများအတွက်)				
ယုံကြည်မှုဖြင့်အပ်နှံသည့် ရန်ပုံငွေများ (MAGI မဟုတ်သူများအတွက်)				
အိမ်မဟုတ်သည့် နေရာပိုင်ဆိုင်မှု				
အိမ် နေရာ ပိုင်ဆိုင်မှု (MAGI မဟုတ်သူများအတွက်)				
အသက် အာမခံ (MAGI မဟုတ်သူများအတွက်)				

အခြား				
-------	--	--	--	--

အသက်အရွယ်ကြီး၊ မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ **Medicaid** အတွက်သာ -

သင်၊ သင်၏အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် သင်လျှောက်ထားပေးနေသည့် တစ်စုံတစ်ဦးသည် လွန်ခဲ့သောလပေါင်း 60 အတွင်း ရင်းမြစ်တစ်ခုကို ရောင်းချ၊ ဖလှယ် သို့မဟုတ် ပေးပစ်ခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ဘာပါလဲ။ _____ ဘယ်အချိန်ကလဲ။ _____

SNAP၊ TANF နှင့် Medicaid အတွက် -

အလုပ်အကိုင် - သင့်အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် အလုပ်လုပ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ လုပ်ပါက လုပ်ခများ၊ ဘိုးနစ်များနှင့် အပိုဆုကြေးများ ကဲ့သို့သော အလုပ်လုပ်သူ၏ အလုပ်အကိုင်မှ ရရှိသော လခဆိုင်ရာ အချက်အလက်ကို စာရင်းပေးပြီး လွန်ခဲ့သော 4 ပတ်အတွင်း ရရှိခဲ့သော အကြမ်းဖျဉ်းဝင်ငွေ အားလုံးအတွက် သက်သေအထောက်အထားကို တွဲပေးပါ။

အလုပ်လုပ်နေသူ	အလုပ်ရှင်	နာရီအလိုက် ပေးချေခြင်း	တစ်ပတ် ချင်း အလိုက် နာရီများ	ပေးချေသည့် အကြိမ်ရေ	ပေးချေသည့် ရက်စွဲ(များ)	ဘိုးနစ် ပေးချေမှု	အပို ဆုကြေး များ

တစ်စုံတစ်ဦးသည် လက်ရှိတွင် သပိတ်မှောက်နေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

Medicaid အတွက်သာ -

အခွန်မဆောင်မီ အသုံးစရိတ်များ -

- ကျန်းမာရေး အာမခံ \$ _____ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ _____ အမြင်အာရုံအာမခံ \$ _____ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ _____
- သွားဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံ \$ _____ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ _____ အခြား နုတ်ယူမှု အမျိုးအစား \$ _____ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ _____
- အခြား နုတ်ယူမှု အမျိုးအစား \$ _____ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ _____ အခြား နုတ်ယူမှု အမျိုးအစား \$ _____ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ _____
- အခြား နုတ်ယူမှု အမျိုးအစား \$ _____ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ _____
 နောက်ထပ်ရှိသေးပါသလား။ ကျေးဇူးပြု၍ သီးခြား စာရွက်တစ်ရွက်ပေါ်တွင် ပူးတွဲပေးပါ။

အခွန်မဆောင်မီ အသုံးစရိတ်များ ဆိုသည်မှာ အခွန်များမဖြတ်မီ သင်၏ဝင်ငွေတွင်းမှ နုတ်ယူမှုများဖြစ်ပါသည်။ နုတ်ယူမှုများ အားလုံးသည် အခွန်မဆောင်မီ မဟုတ်ပါ။

အခွန်ပြန်အမ်းငွေ ကြေညာလွှာအတွက် နုတ်ယူခြင်းများ -

သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကို အမှတ်ခြစ်ပြီး ၎င်းကို သင်ပေးချေသည့် ပမာဏနှင့် အကြိမ်ရေကို ဖော်ပြပါ။

မှတ်ချက် - သင်၏ ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အတွက် အဖြေအတွင်း သင် ထည့်သွင်းစဉ်းစားပြီးသော ကုန်ကျစရိတ်တစ်ခုကို မထည့်သွင်းသင့်ပါ။

- ထောက်ပံ့စရိတ် ပေးချေမှု \$ _____ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ _____ ကျောင်းသားချေးငွေ အတိုး \$ _____ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ _____
- အခြားသော နုတ်ယူခြင်း အမျိုးအစား \$ _____ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ _____ အခြား နုတ်ယူခြင်း အမျိုးအစား \$ _____ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ _____

SNAP၊ TANF နှင့် Medicaid အတွက် -

တစ်ယောက်ယောက်သည် အလုပ်လုပ်ရာမှ ရပ်ခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် ဟုတ်ပါက အောက်ပါတို့ကိုဖြည့်ပြီး သက်သေပေးအပ်ပါ -

မည်သည့် အလုပ်ကို ရပ်လိုက်ပါသလဲ။	အလုပ်လုပ်ရာမှ ရပ်လိုက်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်အမည် -
အလုပ်နေရာ -	

ငွေပေးမှု ရပ်လိုက်သည့် ရက်စွဲ -	နောက်ဆုံး ချက်လက်မှတ် ရက်စွဲ -	နောက်ဆုံးပေးချေမှုပမာဏ (စုစုပေါင်း) -
---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

တစ်ယောက်ယောက်သည် အလုပ်စတင်လုပ်ခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် ဟုတ်ပါက အောက်ပါတို့ကိုဖြည့်ပြီး သက်သေပေးအပ်ပါ -

အလုပ် စတင်သူ၏ အမည် -	စတင်သည့်ရက်စွဲ -	ဖုန်းနံပါတ် -
အလုပ်ရှင်/လုပ်ငန်း၏ အမည် -	ပေးချေမှု နှုန်းထား - \$	ပထမဆုံး ချက်လက်မှတ် ရရှိခဲ့သည့်/ရရှိမည့် ရက်စွဲ -
ဘယ်နှစ်ကြိမ် ပေးချေပါသလဲ။ (တစ်ခုကို အမှတ်ခြစ်ပါ) - <input type="checkbox"/> တစ်ပတ်လျှင်တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> တစ်ပတ်လျှင်နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> တစ်လလျှင်နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> အခြား		

ကိုယ်ပိုင် အလုပ်အကိုင် -

တစ်ဦးဦးသည် ကိုယ်ပိုင်အလုပ် လုပ်ပါသလား- ဟုတ် မဟုတ် (ဟုတ်ပါက ဘယ်သူပါလဲ) _____

အခွန်ပိုင်များ၊ လုပ်ငန်းမှတ်တမ်းများ၊ ပြေစာများ၊ ငွေတောင်းခံလွှာများ သို့မဟုတ် တည်ထောင်ထားသော လုပ်ငန်းတစ်ခု၏ ဖောက်သည်များထံမှ ရှင်းတမ်းများ မှတစ်ဆင့် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းဝင်ငွေ အထောက်အထားများ ကျေးဇူးပြု၍ ပေးအပ်ပါ။ ။

ဤလုပ်ငန်းသည် တရားဝင်မှတ်ပုံတင်ကာ ဖွဲ့စည်းထားခြင်းဖြစ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

ဤပုဂ္ဂိုလ်တွင် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း အသုံးစရိတ်များ ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ရှိပါက အဆိုပါသူထံတွင် မည်သို့သော အသုံးစရိတ်မျိုး ရှိပါသလဲ။ _____

Medicaid နှင့် TANF အတွက်သာ - ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းအတွက် အသုံးစရိတ်များဆိုင်ရာ သက်သေအထောက်အထား ပေးအပ်ပါ။

အလုပ်မလုပ်ပဲရသည့် ဝင်ငွေ-

သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် ထောက်ပံ့ကြေးများ၊ လူမှုဖူလုံရေး၊ **SSI၊ VA၊** ကလေး ထောက်ပံ့ကြေး၊ အလုပ်လက်မဲ့ ထောက်ပံ့ကြေး၊ အငြိမ်းစား သို့မဟုတ် အခြားဝင်ငွေတစ်ခုခု ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါအချက်အလက်ကို ဖြည့်စွက်ပြီး လွန်ခဲ့သော 4 ပတ်အတွင်း ရရှိခဲ့သည့် ဝင်ငွေအားလုံးအတွက် သက်သေ အထောက်အထား သို့မဟုတ် လတ်တလောအဖြစ်ဆုံး ချီးမြှင့်စာကိုဖော်ပြပါ။

အမည်	ရင်းမြစ်	ပမာဏ	ဘယ်နှစ် ကြိမ်ပါလဲ။

MAGI Medicaid အတွက် - ကလေးထောက်ပံ့ကြေးမှ ဝင်ငွေ၊ စစ်မှုထမ်းဟောင်း ထောက်ပံ့ကြေး၊ ဖြည့်စွက်ဖူလုံရေးဝင်ငွေ (SSI) သို့မဟုတ် အလုပ်သမား၏ လျော်ကြေးခံစားခွင့်များကို ထည့်သွင်းရေတွက်မည်မဟုတ်ပါ။

မှီခိုသူ စောင့်ရှောက်စရိတ်များ-

သင်သည် မှီခိုသူ ကလေးတစ်ဦး သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသည့် အရွယ်ရောက် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးအား စောင့်ရှောက်ရေးအတွက် ငွေပေးချေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါမေးခွန်းများကို ဖြည့်စွက်ဖြေဆိုပါ။

စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်သူ -	စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေသူ -		
စောင့်ရှောက်မှုပံ့ပိုးသူ၏ အမည်-	စောင့်ရှောက်မှုပံ့ပိုးသူအား ပေးချေရသည့်ပမာဏ -	ဘယ်နှကြိမ် ပေးပါသလဲ -	
စောင့်ရှောက်မှုပံ့ပိုးသူ၏ ဖုန်း နံပါတ် -	စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်သည့် အကြောင်းရင်း -		

မှီခိုသူ ကလေးတစ်ဦး သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသည့် အရွယ်ရောက် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးအတွက် သယ်ယူပို့ဆောင်မှု အသုံးစရိတ်များကို သင် ပေးချေပါသလား။
ဟုတ် မဟုတ်

အဆိုပါ အသုံးစရိတ်များသည် မှီခိုသူ စောင့်ရှောက်မှု အသုံးစရိတ်များတွင် ပါဝင်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ မဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ ဤမေးခွန်းကို ဖြေဆိုပေးပါ - အပတ်စဉ် မောင်းနှင်သည့် မိုင်စုစုပေါင်း - _____

နေရေးစရိတ်များ -

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် နေထိုင်ရေးစရိတ်များကို စတင်ပေးအပ်ပါသလား သို့မဟုတ် သင်၏နေထိုင်ရေးစရိတ်က ပြောင်းလဲခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။

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

အိမ်၏ ပင်မ အပူပေးစနစ် သို့မဟုတ် အအေးပေးစနစ် ရင်းမြစ်က ဘာပါလဲ။ (လျှပ်စစ်ဓာတ်အား၊ ဂက်စ် သို့မဟုတ် နှစ်မျိုးလုံး)

ဤအိမ်ထောင်စု ငွေတောင်းခံလွှာများမှ တစ်ခုခုကို အခြားတစ်စုံတစ်ဦးက သင့်အတွက် ပေးချေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်စွက်ပါ-

ငွေတောင်းခံလွှာကို မည်သူက ပေးချေပါသလဲ။	မည်သည့် ငွေတောင်းခံလွှာများကို ပေးချေပါသလဲ။
မည်သည့်ပမာဏကို ပေးချေပါသလဲ။	အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ်က ယင်းငွေတောင်းခံလွှာများကို မည်သူထံ ပေးချေပါသလဲ။

ပြီးခဲ့သော 12 လအတွင်း စွမ်းအင်အကူအညီ (LIHEAP) ကို သင်ရရှိခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက လက်ခံရရှိခဲ့သည့် ပမာဏ \$ _____

လစဉ် အိမ်ထောင်စု အသုံးစရိတ်များကို အိမ်ရှိ လူတစ်ဦးဦးနှင့် သင်မျှဝေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ဘယ်သူပါလဲ။ _____

မှတ်ချက်များ/စာရွက်စာတမ်း: _____

မည်သူထံ ပေးချေပါသလဲ _____ ပေးချေခဲ့သည့် ပမာဏ \$ _____ လျှင် _____

အိမ်ရှင် အမည် _____ အိမ်ရှင် လိပ်စာ _____

ကလေး ထောက်ပံ့စရိတ် ပေးချေမှု -

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် အိမ်ပြင်ပတွင် နေထိုင်သူတစ်ဦးဦးအား ကလေးထောက်ပံ့ကြေး ပေးချေနေပါသလား။ ဟုတ်

မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ-

မည်သူသည် ပေးချေရန်ဝတ္တရား ရှိပါသလဲ။	ပေးရန် ဝတ္တရားရှိသည့် ပမာဏကဘယ်လောက်ပါလဲ။
ကလေးထောက်ပံ့ကြေးကို မည်သူအတွက် ပေးချေပါသလဲ။	အမှန်တကယ် ပေးချေသည့် ပမာဏက ဘယ်လောက်ပါလဲ။

ကလေးထောက်ပံ့ကြေးကို မည်သူအား ပေးချေပါသလဲ။	ကလေးထောက်ပံ့ကြေးကို ဘယ်နှကြိမ် ပေးချေပါသလဲ။
---	---

SNAP အတွက်သာ - ကျေးဇူးပြု၍ ပြီးခဲ့သော **3** လအတွင်း ပေးချေရမည့်ပမာဏနှင့် တရားဝင်ပေးချေရမည့်ပမာဏအတွက် သက်သေအထောက်အထားပေးပါ။

ဤအပိုင်းသည် **TANF** လက်ခံရရှိသူများအတွက်သာ ဖြစ်ပါသည် - အောက်ပါတို့ကို သင်ဖြည့်စွက်ရပါမည် -

- ဆေးထိုးနှံခြင်း မှတ်တမ်းများ -
 ကျောင်းမအပ်ရသေးသည့် အသက် 7 နှစ်အောက် ကလေးတစ်ဦးဦး ရှိပါသလား။ (မူကြို-သူငယ်တန်း (Pre-K) ကို "ကျောင်း" အဖြစ် မသတ်မှတ်ပါ။)
 ဟုတ် မဟုတ်
- အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အသက် 7 နှစ်အောက် ကလေးတစ်ဦးစီအတွက် ဖောင် 3231 - ကလေးစောင့်ရှောက်ရေး ကာကွယ်ဆေးပေးခြင်း ဖောင်ပုံစံ (Child Care Immunization form) ကို ပေးပို့ပါ။

ကျောင်းဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များ -

ကလေး (6-18 နှစ်အရွယ်) အားလုံးသည် ကျောင်းတက်နေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကလေး(များ)၏ အမည်(များ) _____

ကျောင်း(များ)၏ အမည် _____

အတန်း(များ) _____

ကျောင်းမတက်နေသည့် 16 နှစ်အရွယ် သို့မဟုတ် အထက် ကလေးတစ်ဦးဦးရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကလေး/ကလေးများ၏ အမည်က ဘာပါလဲ။ _____

အဆိုပါကလေးသည် အလုပ်လုပ်နေပါက ကျေးဇူးပြု၍ လက်ရှိ လုပ်ခချက်လက်မှတ်ဖြတ်ပိုင်း မိတ္တူတစ်စုံ ပေးအပ်ပါ သို့မဟုတ် အခြားသော အလုပ်နှင့် ဆက်စပ်သည့် လှုပ်ရှားမှုတစ်ခုခုတွင် ပါဝင်လုပ်ဆောင်ပါက ပံ့ပိုးသူထံမှ ရှင်းတန်းတစ်ခု ပေးအပ်ပါ။

အိမ်တွင်း အကြမ်းဖက်မှု -

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှု၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ နှောင့်ယှက်မှု၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ ဖော်ကားမှု သို့မဟုတ် နောက်ယောင်ခံလိုက်မှု၏ သားကောင် တစ်ဦးဖြစ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ ခံရသူ သားကောင်၏အမည်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား အသိပေးပါ _____

အကဲဖြတ်ပြီးနောက် သင့်အိမ်ထောင်စုသည် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့်

လုပ်ငန်းလှုပ်ရှားမှုများတွင် ပါဝင်ခြင်း သို့မဟုတ် ကလေးပံ့ပိုးမှုဝန်ဆောင်မှုဌာနခွဲသို့ လွှဲပြောင်းပေးခြင်းတို့ကဲ့သို့ အချို့သော အစီအစဉ်လိုအပ်ချက်များ ကို ကင်းလွတ်ခွင့်ပေးနိုင်သည်။

မော်တော်ယာဉ် အသုံးစရိတ် -

သင်သည် ကလေး (သို့မဟုတ် ကလေးများ) ၏ မိဘ ဖြစ်ပါသလား သို့မဟုတ် အမျိုးတစ်ဦးဖြစ်ပြီး သင်သည် ကလေးနှင့်အတူ (သို့မဟုတ် ကလေးများနှင့်အတူ) TANF AU တွင် ပါဝင်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါမေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပါ -

သင် သို့မဟုတ် အခြားအရွယ်ရောက် AU အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးသည် မော်တော်ယာဉ် တစ်စီး ပိုင်ဆိုင်ပါသလား သို့မဟုတ် ဝယ်ယူတော့မည်လား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ဘယ်သူပါလဲ။ (ပိုင်ရှင်၏ အမည်) _____

ယာဉ် ထုတ်သည့်နှစ်၊ ထုတ်သည့်ကုမ္ပဏီနှင့် မော်ဒယ် အမျိုးအစား - _____

ကျေးဇူးပြု၍ မော်တော်ယာဉ်အတွက် လစဉ်ပေးချေမှု၊ အာမခံ၊ ပြုပြင်ထိန်းသိမ်းမှု နှင့် အခြားဆက်စပ် အသုံးစရိတ်များကို စာရင်းပေးပါ -

သင် ပေးဆောင်နေသည့် အခြားသော ထပ်တလဲလဲ အသုံးစရိတ်များ (ဥပမာ - အကြွေးဝယ်ကတ် ငွေတောင်းခံလွှာများ) ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အမြန်လမ်းကြောင်း (Express Lane) ရရှိရန် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု -

Express Lane Eligibility (ELE) ဆိုသည်မှာ ဖြည့်စွက်အာဟာရအကူအညီအစီအစဉ် (SNAP)၊ လိုအပ်ချက်ရှိနေသော မိသားစုများအတွက် ယာယီအကူအညီ (TANF)၊ ခိုလှုံ့သူ ငွေသားအထောက်အကူ (RCA)၊ ကလေးစောင့်ရှောက်မှု နှင့် မိဘ ဝန်ဆောင်မှုများ (CAPS) သို့မဟုတ် အမျိုးသမီးများ၊ မွေးကင်းစကလေးများနှင့် ကလေးသူငယ်များ (WIC) လက်ခံ ရရှိနေသော သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသည့် အသက် 19 နှစ်အောက် ကလေးများအား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူပရိုဂရမ်တွင်းသို့ အမည်စာရင်းသွင်းရန် သို့မဟုတ် သက်တမ်း တိုးရန် အလိုအလျောက်လုပ်ငန်းစဉ်တစ်ခု ဖြစ်သည်။

မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက် ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ (Division of Family and Children Services) (DFCS) က SNAP၊ TANF၊ RCA၊ CAPS သို့မဟုတ် WIC မှ အိမ်ထောင်စု အရွယ်အစား၊ နေရပ်နှင့် ဝင်ငွေအချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည်ဖြစ်သော်လည်း ကလေးများအား Medicaid သို့မဟုတ် PeachCare for Kids® အတွင်း အလိုအလျောက် အမည် စာရင်းပေးသွင်းရန် သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုးရန် ELE ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခု ပြုလုပ်ရန်အတွက် DFCS က ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူပေးခြင်း စည်းမျဉ်းများကို အသုံးပြု၍ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းဝင်ရောက်မှု အဆင့်အတန်းကို အတည်ပြုပါမည်။ DFCS သည် ပြီးပြည့်စုံသည်နှင့်တစ်ပြိုင်နက် ဆုံးဖြတ်ချက်အသိပေးစာကို ပေးပို့မည်ဖြစ်ပြီး အဖွဲ့ ဝင်များအား အပြောင်းအလဲတစ်ခုခု ပြုလုပ်ခွင့်ပေးကာ ELE လုပ်ငန်းစဉ်တွင်း မပါဝင်ရန် သို့မဟုတ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအကူအညီကိစ္စအား အချိန်မရွေး ရပ်စဲခွင့်ပြုမည်ဖြစ်သည်။

သင့်ထံတွင်ရှိသည့် ရပိုင်ခွင့်များမှာ -

- သင်သည် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားကို ဖတ်ခြင်း၊ စာရေးခြင်း၊ ပြောခြင်း၊ သို့မဟုတ် နားလည်ရန် အခက်အခဲရှိပါက ဤဖောင်ဖြည့်ခြင်းနှင့် အခမဲ့ဘာသာစကား အကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများ (စကားပြန်များ၊ ဘာသာပြန်ပစ္စည်းများ သို့မဟုတ် တိုက်ရိုက်ဘာသာစကားဖြင့် ဝန်ဆောင်မှုများ) ကို တောင်းခံရန်။
- အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်စုံတစ်ဦးထံတွင် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခုရှိပါက အကူအညီပစ္စည်းများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ကျိုးကြောင်း လျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုများ တောင်းခံရန်။

ကြားနာမှုဆိုင်ရာ အသိပေးချက် - အစီအစဉ် အားလုံးအတွင်းတွင် တရားမျှတသည့် ကြားနာမှုတစ်ခုကို စာဖြင့်ရေးသား သို့မဟုတ် လူကိုယ်တိုင်တောင်းဆိုရန် သင့်ထံတွင် အခွင့်အရေးရှိပါသည်။ ဤဆုံးဖြတ်ချက်နှင့် ပတ်သက်၍ သင် သဘောမတူပါက ဖုန်းနံပါတ် 1-877-423-4746 ကို ခေါ်ဆို၍ ကြားနာစစ်ဆေးမှုတစ်ခု သင်တောင်းဆိုနိုင်သည်။ သို့မဟုတ် ပြည်နယ် ကြားနာစစ်ဆေးမှုများဆိုင်ရာ အရာရှိတစ်ဦး၏ ရှေ့မှောက်တွင် ကြားနာစစ်ဆေးမှုတစ်ခု သင်တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ကြားနာမှုတွင် သင့်အား ရှေ့နေ၊ ဆွေမျိုး၊ သူငယ်ချင်းတစ်ဦး သို့မဟုတ် သင်ရွေးချယ်သူ တစ်ဦးမှ ကိုယ်စားပြုပေးနိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ ကြားနာမှုတစ်ခု သင်ရရှိလိုပါက ကြားနာမှုပေးရန် စာဖြင့်ရေးသား၍ သို့မဟုတ် အောက်ဖော်ပြပါအတိုင်း အေဂျင်စီထံ ဆက်သွယ်၍ ဖော်ပြပါ ရက်အတွင်း သင်တောင်းဆိုရမည် -

- SNAP အတွက် ဤအသိပေးစာပါ ရက်စွဲမှ ရက်ပေါင်း 90 အတွင်း
- Medicaid နှင့် TANF အတွက် ဤအသိပေးစာပါ ရက်စွဲမှ ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း

သင် တာဝန်ရှိသည့် အရာမှာ -

- သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းအား မှန်ကန်သည့်အချက်အလက်ပေးရန်နှင့် အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် လိုအပ်သော ဖော်ပြချက်များအတွက် သက်သေအထောက်အထား ပေးအပ်ရန်။ ဤဖောင်ကို သင် လက်မှတ်ရေးထိုးသောအခါ သင်၏အလုပ်ရှင်၊ ဘဏ်၊ အိမ်နီးချင်း သို့မဟုတ် အခြားသူများထံမှ အချက်အလက်ရယူရန် သင်၏ အမှု ကိုင်ဝန်ထမ်းအား ခွင့်ပြုချက်ပေးနေခြင်း ဖြစ်သည်။ သို့မှသာ သင့်အနေဖြင့် အကျိုးခံစားခွင့် ပမာဏ မှန်မှန်ကန်ကန် လက်ခံရရှိကြောင်းသေချာအောင် ကျွန်ုပ်တို့ လုပ် နိုင်မည်ဖြစ်သည်။
- အချိန်တိုင်းတွင် အမှန်အတိုင်းပြောရန်။ အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် သင့်အတွက် လျှောက်ထားပေးသည့် တစ်စုံတစ်ဦးသည် မမှန်ကန်သည့် အချက်အလက်များ ပေးအပ်ပါက ရာဇဝတ်မှုတစ်ခု သင်ကျူးလွန်နေခြင်း ဖြစ်နိုင်ပြီး ထောင်ကျခံရနိုင်ပါသည်။
- သင် သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များ လျှောက်ထားနေသည့် သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတစ်ဦး ဖြစ်ကြောင်း သက်သေအထောက်အထား ပေးအပ်ရန်။
- လိမ်လည်မှု ကာကွယ်တားဆီးရေး သို့မဟုတ် စုံစမ်းစစ်ဆေးရေး ဝန်ဆောင်မှုများဆိုင်ရာ ရုံးအတွက် အလုပ်လုပ်သူများနှင့် အမှုကိစ္စအတွက် အထူးစိစစ်သုံးသပ်မှု များ ပြုလုပ်နေသည့် ပြည်နယ်နှင့် ပြည်ထောင်စုဆိုင်ရာ ဝန်ထမ်းများနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန်။ သင်ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်းမပြုပါက SNAP အတွက် သင့် တွင် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု ဆက်ရှိမရှိ ကျွန်ုပ်တို့မဆုံးဖြတ်နိုင်ဘဲ သင့်အမှုကို ငြင်းဆိုခံရခြင်း သို့မဟုတ် ပိတ်သိမ်းခံရခြင်း ဖြစ်လာနိုင်သည်။
- (SNAP အတွက်) သင်၏အမှုကိုင်မန်နေဂျာအား သင်ပေးအပ်ခဲ့သည့် အချက်အလက်များနှင့် ပတ်သက်ပြီး အရည်အသွေးထိန်းချုပ်ရေး သုံးသပ်သူများမှ သင့်အားအင်တာ ဗျူးလုပ်ရန် ခေါ်ဆိုချိန် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်သို့လာရောက်ချိန်တွင် ၎င်းတို့နှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန်။ ၎င်းတို့နှင့် သင် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု မပြုပါက သင်၏အမှုကိစ္စကို ငြင်းဆန် သို့မဟုတ် ပိတ်လိုက်နိုင်ပါသည်။
- (SNAP နှင့် TANF အတွက်) သင်မရရှိခဲ့သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပြန်ပေးအပ်ရန်။
- (Medicaid အတွက်) သင်၏အမှုကိုင်မန်နေဂျာအား သင်ပေးအပ်ခဲ့သည့် အချက်အလက်များနှင့် ပတ်သက်ပြီး Medicaid အကျိုးဝင်မှုဆိုင်ရာ အရည်အသွေး ထိန်းချုပ်ရေး သို့မဟုတ် အစီအစဉ် သမာဓိရှိရေးမှ သင့်အား အင်တာဗျူးလုပ်ရန် ခေါ်ဆိုချိန် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်သို့လာချိန်တွင် ၎င်းတို့နှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက် ရန်။
- (Medicaid အတွက်) ဘိုးဘွားရိပ်သာ၊ ကြားအဆင့် စောင့်ရှောက်ရေးဌာန၊ အသိုင်းအဝိုင်းအခြေပြု ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုတွင်းရှိ အဖွဲ့ဝင်များ သို့မဟုတ် Estate Recovery နှင့် ပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်၍ ကင်းလွတ်ခွင့်ပေးသည့် အစီအစဉ်တစ်ခုအတွင်း စာရင်းသွင်းထားပြီး ၎င်းမှတစ်ဆင့် ဝန်ဆောင်မှုများရရှိနေသူ အဖွဲ့ဝင် များ။

SNAP ကို သင်လက်ခံရရှိပါက သင့် အိမ်ထောင်စု၏ လစဉ်စုစုပေါင်းဝင်ငွေသည် သင့်အိမ်ထောင်စုအရွယ်အစားအတွက် ဖက်ဒရယ်ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်၏ 130% ထက် ပို သည့်အခါ အစီရင်ခံရပါမည်။ ပြောင်းလဲမှုဖြစ်ပွားသည့်လ ကုန်ချိန်မှ 10 ရက်ထက် နောက်မကျစေဘဲ ဝင်ငွေအပြောင်းအလဲကို အစီရင်ခံရမည်။

အကယ်၍ သင်သည် ကလေးမရှိသော အလုပ်လုပ်နေသည့် အရွယ်ရောက်သူတစ်ဦးဖြစ်ပါက သင်၏အလုပ်ချိန်နာရီများသည် တစ်ပတ်လျှင် 20 နာရီ သို့မဟုတ် တစ်လလျှင် နာရီ 80 ထက် လျော့နည်းသွားပါက သတင်းပို့ရပါမည်။ သင်သည် ဤအပြောင်းအလဲများကို အပြောင်းအလဲ ပေါ်ပေါက်ခဲ့သည့်လ ကုန်ချိန်မှ 10 ရက်ထက် နောက်မကျစေဘဲ သတင်းပို့ရပါမည်။

သင်၏ အိမ်ထောင်စုသည် သိသာများပြားသည့် ထိန်းသိမ်းရေးနှင့် လောင်းကစား အနိုင်ကြေးများ ရရှိပါကလည်း သင် သတင်းပို့ရပါမည်။ ၎င်းသည် ကစားပွဲတစ်ခုအတွင်း အနိုင်ရရှိ သည့် ငွေသားဆုကြေးတစ်ခု ဖြစ်သည်။ အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးသည် ထီ ပေါက် သို့မဟုတ် လောင်းကစားအနိုင်ရရှိမှုမှ စုစုပေါင်း ပမာဏ \$4500 သို့မဟုတ် ထို့ထက်ပိုသောပမာဏ (အခွန်များ သို့မဟုတ် အခြားပမာဏများကို ထုတ်ယူထားခြင်းမပြုမီ) တွင်းရရှိပါက သင်သည် အဆိုပါအနိုင်ရရှိမှုများကို အိမ်ထောင်စု လက်ခံရရှိသောလ ကုန်ချိန်မှ 10 ရက်ထက် နောက်မကျစေဘဲ အစီရင်ခံရပါမည်။

အကယ်၍ သင်သည် **TANF** သို့မဟုတ် **Medicaid** ကို လက်ခံရရှိပါက အပြောင်းအလဲ ပေါ်ပေါက်ခဲ့သည်မှ 10 ရက်အတွင်း သင်၏အခြေအနေတွင်းရှိ အပြောင်းအလဲအားလုံးကို သတင်းပို့ရပါမည်။

အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု ရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် ကျွန်ုပ်၏ Medicaid အမှုကိစ္စအတွင်းမှ တစ်ဦးဦး လက်ခံရရှိသော တစ်လုံးတစ်ခဲတည်း သို့မဟုတ် “ကံကောင်းထောက်မ ပွပေါက်တိုး” ရရှိသည့် ပေးချေမှု တစ်ခုခုကို ကျွန်ုပ်တို့ထံတွင် ရှိနိုင်သည့် အခြားဝင်ငွေတစ်ခုခုနှင့် အတူတကွ ဘတ်ဂျက်အတွင်း ထည့်တွက်ရမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

Medicaid အစီအစဉ်အတွင်း သင်၏ရပိုင်ခွင့်မှာ -

- သင့်ထံတွင် အခြား ကျန်းမာရေး အာမခံတစ်ခုရှိသည့်တိုင် Medicaid ရရှိနိုင်ပါသည်။
- သင်၏ Medicaid ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ပံ့ပိုးပေးသူကို ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။
- Medicaid အမျိုးအစားပေါ်မူတည်၍ သင်လျှောက်ထားသည့် ရက်စွဲမှ 10 ရက်၊ 45 ရက် သို့မဟုတ် ရက် 90 အတွင်း သင်၏ Medicaid လျှောက်ထားချက်ကို အတည်ပြု သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်မှု ရရှိနိုင်ခြင်း။

ကျွန်ုပ်၏ Medicaid အရည်အချင်း ပြည့်မီစေသော အခြေအနေတစ်ရပ်အဖြစ် -

- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကူညီပံ့ပိုးမှုနှင့် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းတစ်ခုခုမှ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးစောင့်ရှောက်မှု (ဆေးရုံနှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကျိုးခံစားခွင့်) အတွက် ပေးချေရန် အခွင့်အရေးအားလုံးကို ပြည်နယ်အား တာဝန်ပေးအပ်ရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။
- စောင့်ရှောက်မှုနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ပေးဆောင်ရန် တာဝန်ရှိနိုင်သည့် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းတစ်ခုခုကို လိုက်လံရှာဖွေရာတွင် ပြည်နယ်ကို ကူညီရန် သတင်း အချက်အလက်များ ဖော်ထုတ်ခြင်းနှင့် ပံ့ပိုးပေးရာတွင် ပြည်နယ်နှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။ ဆေးကုသမှုအတွက် လက်ခံရရှိသည့်ငွေ များနှင့်ပတ်သက်၍ ဆယ်ရက်အတွင်း ကျွန်ုပ် သတင်းပို့ရမည်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ (သင့်သည် အခြား လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး၏ကိုယ်စား ဤ ဖောင်ကိုဖြည့်နေပြီး အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်အတွက် လုပ်ဆောင်ရမည့် တာဝန်တစ်ခုကို လုပ်ဆောင်ရန် အခွင့်အာဏာမရှိပါက အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်သည် Medicaid အတွက် သူ/သူမ၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ အခြေအနေတစ်ရပ်အဖြစ် အထက်ဖော်ပြပါ အခွင့်အရေးများအတွက် လုပ်ဆောင်ရမည့် တာဝန်တစ်ခုကို လုပ်ဆောင် ရန် လိုအပ်ပါလိမ့်မည်။)
- အကယ်၍ ရရှိနိုင်ပါက အနားတွင်မရှိသော မိဘတစ်ဦးမှ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအာမခံကို ပေးဖို့လိုအပ်စေရန် အခွင့်အရေးကို ပြည်နယ်သို့ပေးရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူ ပါသည်။ ရရှိနိုင်ပါက အနားတွင်မရှိသော မိဘထံမှ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာပံ့ပိုးမှု ကျွန်ုပ် ရယူရမည်ကို နားလည်ပြီး ဤပံ့ပိုးမှုကို ရယူရန်အတွက် ကလေးသူငယ် ထောက်ပံ့ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ (Division of Child Support Services) နှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်မှ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်း မပြုပါက ကျွန်ုပ်၏ Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးနိုင်ကြောင်းနှင့် ကောင်းမွန်သော အကြောင်းပြချက်မရှိပါ က ကျွန်ုပ်၏သားသမီးများသာ အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိမည်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။

SNAP ပြစ်ဒဏ်သတိပေးချက်များ - သိလျက်နှင့် အချက်အလက်အမှားများ ပေးအပ်ပါက သင်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးနိုင် သို့မဟုတ် ရာဇဝတ်မှုဆိုင်ရာ တရားစွဲဆိုမှု ခံရနိုင်ပါသည်။

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

ဤစည်းမျဉ်းများအနက် တစ်ခုခုကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ချိုးဖောက်သည် သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ မည်သူမဆို **SNAP** မှ တစ်နှစ်မှသည် အပြီးအပိုင်အထိ တားမြစ်ခံရနိုင်သည်။ **\$250,000** အထိ ငွေဒဏ်ချမှတ်ခံရနိုင်သည်။ ထောင်ဒဏ် အနှစ် **20** ကျခံရနိုင်သည် သို့မဟုတ် နှစ်မျိုးလုံး ကျခံရနိုင်သည်။ သူမ/သူသည် အခြားသော တည်ဆဲ ပြည်ထောင်စုနှင့် ပြည်နယ်ဥပဒေများအရ တရားစွဲ ခံရနိုင်ပြီး တရားရုံးမှ အမိန့်ချခဲ့ပါက **SNAP** အစီအစဉ်မှလည်း နောက်ထပ် **18** လကြာ တားမြစ်ခံရနိုင်သည်။

သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ စည်းမျဉ်းများကို တမင်ချိုးဖောက်သူ မည်သူမဆိုသည် ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် တစ်နှစ်၊ ဒုတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် နှစ်နှစ်နှင့် တတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် အပြီးအပိုင် **SNAP** ကို ရရှိနိုင်တော့မည်မဟုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် ထိန်းချုပ်ပစ္စည်းတစ်ခု ရောင်းချမှု ပါဝင်သည့် အရောင်းအဝယ်တစ်ခုအတွင်း အကျိုးခံစားခွင့်များကို အသုံးပြု သို့မဟုတ် လက်ခံခြင်းအတွက် အပြစ်ရှိကြောင်း တရားရုံးတစ်ခုမှ တွေ့ရှိပါက သင် သို့မဟုတ် ထိုအိမ်ထောင်စုဝင်သည် ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် နှစ်နှစ်နှင့် ဒုတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် ခံစားခွင့်များ အပြီးအပိုင် အရည်အချင်း ပြည့်မီတော့မည်မဟုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် သေနတ်များ၊ ခဲယမ်းမီးကျောက်များ သို့မဟုတ် ဖောက်ခွဲရေးပစ္စည်းများ ရောင်းချမှုပါဝင်သည့် အရောင်းအဝယ်တစ်ခုအတွင်း အကျိုးခံစားခွင့်များကို အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခြင်းအတွက် တရားရုံးတစ်ခုမှ အပြစ်ရှိကြောင်း တွေ့ရှိပါက သင် သို့မဟုတ် ထိုအိမ်ထောင်စုဝင်သည် ဤချိုးဖောက် မှုမျိုး ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်သည်နှင့် **SNAP** တွင် ပါဝင်ရန် အပြီးအပိုင် အရည်အချင်းပြည့်မီတော့မည် မဟုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် စုပေါင်း ပမာဏ **\$500** သို့မဟုတ် အထက် အတွက် အကျိုးခံစားခွင့်များကို မှောင်ခိုကူးခြင်းအတွက် အပြစ်ရှိကြောင်း ဥပဒေ တရားရုံးတစ်ခုမှ တွေ့ရှိပါက သင် သို့မဟုတ် ထိုအိမ်ထောင်စုဝင်သည် ဤချိုးဖောက်မှုမျိုး ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်သည်နှင့် **SNAP** တွင် ပါဝင်ရန် အပြီးအပိုင် အရည်အချင်း ပြည့်မီတော့မည် မဟုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် **SNAP** အကျိုးခံစားခွင့် အမြောက်အများ ရရှိရန် မည်သူမည်ဝါကြောင်း အထောက်အထား (၎င်းတို့ မည်သူဖြစ်ကြောင်း)

သို့မဟုတ် နေအိမ် (၎င်းတို့နေထိုင်ရာ နေရာ) နှင့်စပ်လျဉ်း၍ မှားယွင်းသောဖော်ပြချက် သို့မဟုတ် ကိုယ်စားပြုချက်တစ်ခု ပေးအပ်ခဲ့ကြောင်း တွေ့ရှိပါက သို့မဟုတ် အဆိုပါ အိမ်ထောင်စုဝင်သည် SNAP တွင် ပါဝင်ရန် 10 နှစ်တာ အရည်အချင်းပြည့်မီတော့မည် မဟုတ်ပါ။

ကျွန်ုပ်တို့သည် အချက်အလက်အမှားများ ပေးအပ်ပါက သို့မဟုတ် အချက်အလက်များ ထိန်းချုပ်ထားပါက လိမ်လည်မှုအတွက် တရားစွဲခံရနိုင်သည်ကို နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

TANF အစီအစဉ် ပြစ်ဒဏ်ဆိုင်ရာ သတိပေးချက်များ - TANF အစီအစဉ်တွင် AU ၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုတစ်ခု ဖော်ဆောင်ရန် သို့မဟုတ် ထိန်းသိမ်းထားရန်၊ အကျိုးခံစားခွင့် များလာစေရန်၊ အကျိုးခံစားခွင့်များ လျော့ကျခြင်းကို တားဆီးကာကွယ်ရန် အချက်အလက်အမှား သို့မဟုတ် အလွဲများ ပေးအပ်ခြင်း၊ အပျက်သဘောဆောင်သည့် အရေးယူမှုကို ရှောင်ရှားရန် အချက်အလက် ထိန်းချုပ်ခြင်း သို့မဟုတ် တားမြစ်ထားသောနေရာများတွင် ငွေသား အထောက်အပံ့ကို အသုံးပြုခြင်းဖြင့် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ လုပ်ဆောင်မှုတစ်ခုကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ အစီအစဉ်ချိုးဖောက်မှုဟု ယူဆပါသည်။

သင်သည် အောက်ပါတို့ကို လုပ်ဆောင်ပါက ပြစ်မှု၏ ပြင်းထန်မှုပေါ် အခြေခံ၍ သင်၏ပြစ်ဒဏ်ကို ဆုံးဖြတ်ရန် သင့်အား စစ်ဆေးရေးဥက္ကဋ္ဌ (Office of Inspector General) သို့ ရည်ညွှန်းလွှဲပြောင်းခံရနိုင်သည် -

- သင်သည် အပြောင်းအလဲများကို အချိန်မီ အစီရင်ခံစာခြင်း သို့မဟုတ် အမှန်အတိုင်း မပြောခြင်း သို့မဟုတ် တင်းကျပ်စွာထားမြစ်ထားသောကစီနီများ၊ ယမကာဆိုင် များ၊ အရွယ်ရောက်ပြီးသူများအတွက် ဖျော်ဖြေရေး အဆောက်အအုံများ "အဖော်အချွတ် ကလပ်များ"၊ ပိုကာကစားခန်းများ၊ အာမခံ ဘွန်းစာချုပ်များ၊ နိုက်ကလပ် များ/အရက်ရောင်းသည့် ဆလွန်းများ/တစ်ဖန်းများ၊ ဘင်ဂို ကစားခန်းမများ၊ မြင်းပြိုင်ပွဲ လောင်းကစားများ၊ ဂိမ်းဆိုင်များ၊ သေနတ်/ခဲယမ်းမီးကျောက်ဆိုင်များ၊ အပျော်စီးသဘောများ၊ ဗေဒင်ဆရာများ၊ ဆေးလိပ်ဆိုင်များ၊ တက်တူး/နားနာခေါင်း ဖောက်ဆိုင်များ၊ နှင့် အပန်းဖြေစပါး/အနှိပ်ခန်းများ၌ ငွေသုံးစွဲရန် ငွေသား အထောက်အကူ ရန်ပုံငွေများ သို့မဟုတ် TANF Debit ကတ်ကို အသုံးပြုခြင်း၊ ပြည်နယ် တစ်ခုထက်ကျော်လွန်၍ အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရယူနိုင်ရန် သင် နေထိုင်ရာနေရာနှင့် ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်အမှားများ ပေးအပ်ခြင်းနှင့် 1/1/97 ရက်တွင် သို့မဟုတ် ၎င်းရက်နောက်ပိုင်းတွင် ဆေးဝါးနှင့် ပတ်သက်သည့် စွဲချက်ဖြင့် သို့မဟုတ် ပြင်းထန်ဆိုးရွားသည့် အကြမ်းဖက်ပြစ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားအရေးယူခံရခြင်း။

ဤစည်းမျဉ်းများကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ချိုးဖောက်သည့် သင့်အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးကို TANF အစီအစဉ်မှ ခြောက်လမှသည် အပြီးအပိုင်အထိ တားမြစ်နိုင်ပါသည်။

MEDICAID အတွက်၊ လိမ်လည်မှု ကျူးလွန်ခြင်း သို့မဟုတ် အလွဲသုံးစားလုပ်ခြင်းသည် ဥပဒေနှင့် ဆန့်ကျင်ပါသည်။ သင့်အား Medicaid နှင့် PeachCare for Kids[®] အစီအစဉ် သမာဓိရှိရေး ယူနစ် (Program Integrity Unit) သို့ လွှဲပြောင်းနိုင်ပါသည်။ ချိုးဖောက်သူများအနေဖြင့် ပံ့ပိုးသူတစ်ဦးသာ အသုံးပြုရန် ကန့်သတ်ခြင်း၊ အစီအစဉ် မှ ရပ်ဆိုင်းခြင်း သို့မဟုတ် ပေးအပ်ခဲ့သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အသိုင်းအဝိုင်း ကျန်းမာရေးဌာန (Department of Community Health) သို့ ပြန် အစားလျော်ပေးရန် တောင်းဆိုခြင်း ခံရနိုင်ပါသည်။

လိမ်လည်မှုသည် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် ပြုလုပ်သည့် မရှိသေးသော လုပ်ဆောင်မှုတစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ အလွဲသုံးစားပြုခြင်းသည် ကောင်းမွန်သောအလေ့အထများကို မလိုက်နာသည့် လုပ်ရပ်တစ်ခု ဖြစ်သည်။

ပါဝင်လုပ်ဆောင်သူ လိမ်လည်မှုနှင့် အလွဲသုံးစားမှု ဥပမာများမှာ -

- သင်၏ Medicaid၊ PeachCare for Kids[®] သို့မဟုတ် CMO ကျန်းမာရေး အာမခံကတ်ကို အခြားသူတစ်ဦးဦးအား အသုံးပြုစေခြင်း
- အလွဲသုံးစားပြုရန် သို့မဟုတ် ဆေးဝါးများကို ရောင်းချရန် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ဆေးညွှန်းများ ရယူခြင်း
- ဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိရန် စာရွက်စာတမ်းအတုများ အသုံးပြုခြင်း
- Medicaid သို့မဟုတ် PeachCare for Kids[®] မှ ပေးအပ်သည့် ကိရိယာကို လွဲမှားသုံးစွဲခြင်း သို့မဟုတ် အလွဲသုံးစားပြုခြင်း
- Medicaid သို့မဟုတ် PeachCare for Kids[®] အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု ရယူရန် မမှန်ကန်သည့် အချက်အလက်များ ပေးအပ်ခြင်း သို့မဟုတ် ထိုသို့လုပ်ရန် အခြား သူများအား ခွင့်ပေးခြင်း
- ဝင်ငွေ၊ နေထိုင်ရေး အစီအမံများ သို့မဟုတ် ရင်းမြစ်များတွင် ပေါ်ပေါက်သော အပြောင်းအလဲများကို အစီရင်ခံစာ ပျက်ကွက်ခြင်း

လက်ခံရရှိသူ သို့မဟုတ် ပေးအပ်သူများနှင့် ပတ်သက်၍ သံသယဖြစ်ဖွယ် Medicaid အလွဲသုံးစားပြုမှုကို သတင်းပို့ရန် ဂျော်ဂျီယာပြည်နယ် လူထုကျန်းမာရေးဌာန - စုံစမ်း စစ်ဆေးရေးမှူးရုံးအား ဖုန်းနံပါတ် (ဒေသတွင်း) (404) 463-7590 သို့မဟုတ် (ဝင်ကြေး အခမဲ့) (800) 533-0686 ၌ ခေါ်ဆိုပါ။ oiganonymous@dch.ga.gov သို့ အီးမေးလ်ပို့ပါ။ Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334 သို့ စာတိုက်မှတစ်ဆင့် ပေးပို့ပါ။ သို့မဟုတ် <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud> သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။

မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်

အကယ်၍ သင်သည် ယခုနေထိုင်သည့်နေရာတွင် မဲပေးရန် စာရင်းသွင်းထားခြင်း မရှိပါက ဤနေရာတွင် မဲပေးဖို့မှတ်ပုံတင်ရန် ယနေ့လျှောက်ထားလိုပါသလား။

___ ဟုတ်

___ မဟုတ်

___ မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ရေးဆိုင်ရာ မေးခွန်းကို မဖြေဆိုလိုပါ

မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ရန် ငြင်းဆန်ခြင်းတို့က ဤအေဂျင်စီမှ သင့်အား ပေးအပ်မည့် အထောက်အကူပမာဏကို ထိခိုက်စေ မည်မဟုတ်ပါ။

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

မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို ငြင်းပယ်ရန် သင်၏အခွင့်အရေး၊ မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ရန် လျှောက်ထားခြင်း ပြုမပြု ဆုံးဖြတ်ရာတွင် သင်၏ သီးသန့်ဖြစ်ပိုင်ခွင့်၊ သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်ပိုင် နိုင်ငံရေးပါတီ သို့မဟုတ် အခြား နိုင်ငံရေး ဦးစားပေးချက်တစ်ခု ရွေးချယ်ရန် သင်၏အခွင့်အရေးကို တစ်စုံတစ်ဦးက စွက်ဖက်သည်ဟု သင်ယုံကြည်ပါက ပြည်နယ်အတွင်းရေးမှူးအား အောက်ပါလိပ်စာ 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 သို့ စာပို့ခြင်းဖြင့် သို့မဟုတ် (404) 656-2871 ကိုခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် တိုင်ကြားနိုင်ပါသည်။

အကယ်၍ အကွက်တစ်ခုကိုမျှ သင်အမှတ်မခြစ်ပါက ယခုအချိန်၌ မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံမတင်ရန် သင်ဆုံးဖြတ်ခဲ့သည်ဟု ယူဆမည်ဖြစ်ပါသည်။

Georgia ပြည်နယ် မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ရေး လျှောက်လွှာ မိတ္တူတစ်စောင်ကို **DFCS** လျှောက်လွှာများ၊ သက်တမ်းတိုးများနှင့် လိပ်စာပြောင်းလဲရေး ဖောင်ပုံစံများ နှင့်အတူ ထည့်သွင်းပေးထားပါမည်။ မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာတစ်စောင်ကို သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းထံမှလည်း တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သင်သည် မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင် လျှောက်လွှာတစ်စောင်ကို ဖြည့်စွက်ပါက မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာပေါ်တွင် ပေးအပ်ထားသော လမ်းညွှန်ချက်များကို လိုက်နာ၍ ၎င်းအား

Georgia ပြည်နယ်အတွင်းရေးမှူးရုံးသို့ တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။

အကယ်၍ သင်သည် သင်၏ MEDICAIDနှင့် SNAP သို့မဟုတ် TANF ကို သက်တမ်းတိုးမည်ဆိုပါက သင့်အခြေအနေနှင့် အကိုက်ညီဆုံးသော ဘောင်ကွက်တွင် လက်မှတ်ထိုးပြီး ရက်စွဲတပ်ရပါမည်။

သက်တမ်းတိုး လုပ်ငန်းစဉ်ကို စတင်ရန် အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ် သက်တမ်းကုန်ဆုံးသည့် ရက်စွဲမတိုင်မီ ဤဖောင်ပုံစံကို ကျေးဇူးပြု၍ ပြန်ပို့ပေးပါ။

● **Medicaid အတွက်သာ - လျှောက်ထားသူ/အဖွဲ့ဝင်/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူမှ ဖြည့်စွက်နေပါက ဤနေရာတွင် လက်မှတ်ထိုးပါ -**

အကယ်၍ ကျွန်ုပ်သည် ကိုယ်တိုင်အတွက် Medicaid လျှောက်ထားသက်တမ်းတိုးခြင်းဖြစ်ပါက၊ ကျွန်ုပ်သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား၊ အမေရိကန်ပိုင်နက်တွင် မွေးဖွားသော နိုင်ငံသားတစ်ဦး ဖြစ်ကြောင်း နှင့်/သို့မဟုတ် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုအတွင်းရှိနေသော အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတစ်ဦးဖြစ်ကြောင်း မုသားသက်သေခံခြင်း ပြစ်ဒဏ်အောက်တွင် ကြေညာအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူတစ်ဦးဖြစ်ပါက လျှောက်ထားသူ(များ)သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား၊ အမေရိကန်ပိုင်နက်တွင် မွေးဖွားသော နိုင်ငံသားတစ်ဦး ဖြစ်ကြောင်း နှင့်/သို့မဟုတ် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုအတွင်း အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတစ်ဦးဖြစ်ကြောင်း ကြေညာအပ်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာအတွင်းပေးအပ်ထားသော အချက်အလက် အားလုံးသည် ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံးသိသလောက် မှန်ကန်ပြီး အမှားအယွင်းမရှိကြောင်း ထပ်ဆောင်းအတည်ပြုပါသည်။

_____ (လက်မှတ်) _____ (ရက်စွဲ)

● **Medicaid အတွက်သာ - လျှောက်ထားသူ/အဖွဲ့ဝင်/မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူမှလွဲ၍ အခြားသူတစ်ဦးမှ ဖြည့်စွက်နေပါက ဤနေရာတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါ -**

Medicaid လျှောက်ထားရန်/သက်တမ်းတိုးရန်အတွက် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားပေးနေသည့် ပုဂ္ဂိုလ်(များ)သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား(များ)၊ အမေရိကန်ပိုင်နက်တွင် မွေးဖွားသော နိုင်ငံသား(များ) ဖြစ်ကြောင်း နှင့်/သို့မဟုတ် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုအတွင်း အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ သို့မဟုတ် ဥပဒေနှင့်အညီ ရှိနေသူများဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံးသိသလောက် နှင့် ယုံကြည်မှုဖြင့် အတည်ပြုပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာအတွင်းပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်အားလုံးသည် ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံးသိသလောက် မှန်ကန်ပြီး အမှားအယွင်းမရှိကြောင်း ထပ်ဆောင်း အတည်ပြုပါသည်။

_____ (လက်မှတ်) _____ (ရက်စွဲ)

သင့်ထံဆက်သွယ်နိုင်သော ဖုန်းနံပါတ် _____

လျှောက်ထားသူ/အဖွဲ့ဝင်/မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူသည် ဤပုဂ္ဂိုလ်အား ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ကိုယ်စားလှယ်အဖြစ် လိုလားပါက သူမ သို့မဟုတ် သူသည် ဤနေရာတွင် အမှတ်ခြစ်ပြီး အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးရမည် ၎င်း ၎င်း မဟုတ်

_____ (လျှောက်ထားသူ/အဖွဲ့ဝင်/မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ) _____ (ရက်စွဲ)

● **SNAP နှင့်/သို့မဟုတ် TANF အတွက် - ဖြည့်စွက်သူမှာ လျှောက်ထားသူ/လက်ခံရရှိသူ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူဖြစ်ပါက -**

အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားသူ(များ)သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား(များ) သို့မဟုတ် အမေရိကန်နိုင်ငံတွင် တရားဝင်ရောက်ရှိနေသည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ(များ) ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံးသိသလောက်နှင့် ယုံကြည်ချက်ဖြင့် မုသားသက်သေခံခြင်း၏ ပြစ်ဒဏ်အောက်တွင် ကြေညာအပ်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာအတွင်းပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်အားလုံးသည် မှန်ကန်ပြီး အမှားအယွင်းမရှိကြောင်း ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံးသိသလောက် ထပ်ဆောင်းအတည်ပြုပါသည်။ DHS-DFCS၊ DCH နှင့် အာဏာရ ပြည်ထောင်စု အေဂျင်စီများက ဤလျှောက်လွှာပေါ်တွင် ကျွန်ုပ်ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်ကို အတည်ပြုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပြီး သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။ အချက်အလက်များကို ယခင် သို့မဟုတ် လက်ရှိ အလုပ်ရှင်များထံမှ ရယူနိုင်ပါသည်။ လုပ်ခဆိုင်ရာ အချက်အလက်နှင့် အလုပ်အကိုင် လုပ်ကိုင်မှုများအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ ပါဝင်လုပ်ဆောင်မှုကို ခြံရာခံရန် ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

SNAP နှင့်/သို့မဟုတ် TANF ပရိုဂရမ် လိုအပ်ချက်များအရ ကျွန်ုပ်၏အခြေအနေတွင် ပြောင်းလဲမှုတစ်စုံတစ်ရာရှိပါက အစီရင်ခံပါမည်။ ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုရှိ မည်သူမဆို ထိ သို့မဟုတ် လောင်းကစားအနိုင်ရရှိမှုများ ရရှိပါက စုစုပေါင်း ငွေပမာဏ \$4500 သို့မဟုတ် ထို့ထက်ပိုသောပမာဏ (အခွန်များ သို့မဟုတ် အခြားပမာဏများ မပေးမီ) ကို လည်း အစီရင်ခံပါမည်။ ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စု အနိုင်ရရှိသောဆုကြေးများကို လကုန်ပြီး 10 ရက်ထက် နောက်ကျစေဘဲ အစီရင်ခံပါမည်။ အချက်အလက်တစ်ခုခုသည် မမှန်ကန်ပါက ကျွန်ုပ်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှော့ချနိုင် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်နိုင်ကြောင်းနှင့် မမှန်ကန်သည့် အချက်အလက်ကို သိလျက်ပေးအပ်ပါက ရာဇဝတ်မှုဖြင့် တရားစွဲခံရနိုင် သို့မဟုတ် DHS-DFCS အစီအစဉ်များအတွင်း အရည်အချင်းမပြည့်မီ ဖြစ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ အချက်အလက်များ ပေးအပ်ပါက သို့မဟုတ် အချက်အလက် ကွယ်ဝှက်ပါက ကျွန်ုပ်အား တရားစွဲဆိုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ကျွန်ုပ် လျှောက်ထားမှု သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုး လုပ်ငန်းစဉ် အတောအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ကုန်ကျစရိတ်အချို့အကြောင်း DHS-DFCS ကို ပြောဆိုရန် ပျက်ကွက်ပါက နှင့်/သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ကို အတည်ပြုရန် ပျက်ကွက်ပါက DHS-DFCS က အဆိုပါကုန်ကျစရိတ်ကို ကျွန်ုပ်၏ SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များ တွက်ချက်ရာတွင် ဘတ်ဂျက်ထည့်သွင်းမည် မဟုတ်ပါ။

အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် သင်၏ လျှောက်ထားမှုအတောအတွင်း ဂျော်ဂျီယာ လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန (Georgia Department of Human Services) (“DHS”) သည် အမည်များ၊ လိပ်စာများ၊ တယ်လီဖုန်းနံပါတ်များ၊ အီးမေးလ် လိပ်စာများနှင့် မွေးနေ့ရက်စွဲများ စသည်တို့ကဲ့သို့သော မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း ခွဲခြားဖော်ပြနိုင်သည့်

အချက်အလက် (Personally Identifiable Information) (PII) ကို ကောက်ယူပါသည်။ မည်သည့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်မဆိုကို ကျွန်ုပ်တို့ထံ တင်သွင်းခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် အဆိုပါ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်ကို DHS မူဝါဒများ၊ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအရနှင့် ဥပဒေ နှင့်/သို့မဟုတ် စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများမှ ခွင့်ပြု သလောက် သို့မဟုတ် လိုအပ်သလောက် စုဆောင်း၊ အသုံးပြုကာ ဖွင့်ဟဖော်ထုတ်နိုင်ကြောင်း သင် သဘောတူပါသည်။

(လက်မှတ်)

(ရက်စွဲ)

(ဤစာရွက်စာတမ်းများကို သင်၏ အချက်အလက်အတွက် သိမ်းဆည်းထားပါ)

ဤဇယားကွက်သည် ဤဖောင်တွင်းအသုံးပြုသော ဝေါဟာရအချို့ကို ရှင်းပြထားခြင်းဖြစ်သည်။ ။

လျှောက်ထားသူ	အစိုးရအထောက်အကူ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရရှိရန် လျှောက်ထားသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး။
အထောက်အကူ ယူနစ် (AU)	အထောက်အကူ ယူနစ်တစ်ခုတွင် ကိုယ်ဝန်ဆောင်နှင့် မမွေးသေးသောကလေး အပါအဝင် အတူတကွနေထိုင်သူများနှင့် အစိုးရ အထောက်အကူ/အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိသော အရည်အချင်းပြည့်မီသူများ ပါဝင်သည်။
ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ	မမွေးသေးသောကလေး အပါအဝင် သူ သို့မဟုတ် သူမ၏ စောင့်ရှောက်မှုအောက်ရှိ ကလေးများနှင့်အတူ TANF ကို လျှောက်ထားကာ လက်ခံရရှိ ထားသည့် မိဘ၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင်သည်။ ဆွေမျိုး သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ။
အမှုသည် ID	အစိုးရ အထောက်အကူ/အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရရှိသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးအတွက် ပေးအပ်ထားသည့် သီးသန့်နံပါတ်။
အရည်အချင်း မပြည့်မီဖြစ်ခြင်း	လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးသည် အမှန်အတိုင်း မပြောခဲ့ဘဲ ၎င်း လက်ခံရရှိသင့်သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်ခံရယူနေသောကြောင့် ၎င်းအား SNAP သို့မဟုတ် TANF အမှုကိစ္စတစ်ခုမှ ဖယ်ရှားရန် လုပ်ဆောင်ချက်။
အိမ်တွင်း အကြမ်းဖက်မှု	အိမ်တွင်း အကြမ်းဖက်မှုဆိုသည်မှာ အိမ်ထောင်ဖက်က ရိုက်နှက်ခြင်း၊ ကန်ကျောက်ခြင်း၊ ထုနှက်ခြင်း၊ မုဒိမ်းကျင့်ခြင်း၊ လည်ပင်းညှစ်ခြင်း၊ ခြိမ်းခြောက်ခြင်း၊ ထိန်းချုပ်ခြင်း သို့မဟုတ် အသက်ရှင်နေထိုင်ရန် သင်လိုအပ်သည့်အရာများ (အစားအစာ၊ ဆေးဝါး သို့မဟုတ် နေအိမ်တစ်ခု) မရရှိအောင်ထားခြင်းတို့ ပါဝင်နိုင်ပါသည်။ ချစ်သူကောင်လေး/ချစ်သူကောင်မလေး၊ လက်တွဲဖော် သို့မဟုတ် "ချစ်သူဟောင်း"။
အကျိုးခံစားခွင့်ကို အီလက်ထရောနစ် နည်းဖြင့် လွှဲပြောင်းခြင်း (EBT)	SNAP အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်များအား အကျိုးခံစားခွင့်များ ပေးချေရန် Georgia ပြည်နယ်အတွင်းအသုံးပြုသော စနစ်။ အထောက်အကူ လက်ခံရရှိသူများအား ၎င်းတို့၏ SNAP အကောင့်များကို ဝင်ရောက်ရန် အသုံးပြုသည့် EBT ကြိုတင်ငွေဖြည့်ကတ်ကို ထုတ်ပေးထား ပါသည်။
အီလက်ထရောနစ်နည်းဖြင့် ဆက်သွယ် ပြောဆိုမှုများ	သင်၏အချက်အလက်နှင့် ပတ်သက်သည့် အသိပေးချက်များကို သင်မည်သို့ လက်ခံရရှိလိုကြောင်း ရွေးချယ်ရန် သင့်ထံတွင် ရွေးချယ်စရာရှိပါသည်။ သင့်အနေဖြင့် အီးမေးလ် သို့မဟုတ် စာသား အသိပေးချက်များ လက်ခံရရှိရန် ရွေးချယ်ပါက GA Gateway ဖောက်သည်ပေါ်တယ် (GA Gateway Customer Portal) တွင် တည်ရှိသော ကျွန်ုပ်၏ အသိပေးချက်များ (My Notices) တွင် အသိပေးချက်တစ်ခုရှိကြောင်း အသိပေးသည့် မက်ဆေ့တစ်ခု သင်ရရှိပါလိမ့်မည်။ အီးမေးလ်ဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့အား သင်၏ အီးမေးလ်လိပ်စာ ပေးရမည်ဖြစ်ပြီး အကောင့်တစ်ခု သင်ဖန်တီးပြီးနောက်တွင် GA Gateway Customer Portal တွင် တည်ရှိသော စာရွက်ဖြင့်မဟုတ်သည့် အသိပေးချက်များရရှိရန် စည်းမျဉ်းများနှင့် စည်းကမ်းများကို သင် လက်ခံရပါမည်။ သင်၏ အသိပေးချက်ဆက်တင်များကို ပြင်ဆင်ရန် ကျေးဇူးပြု၍ GA Gateway Customer Portal ဝက်ဘ်ဆိုက် www.gateway.ga.gov ကို ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။ စာသားပို့ ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုအတွက် သင်၏ဖုန်းနံပါတ်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးရပါမည်။ မက်ဆေ့နှင့် ဒေတာ ပုံမှန်နှုန်းထားများ ကုန်ကျနိုင် ပါသည်။ ၎င်းက ဆက်သွယ်ရေးစနစ် ပံ့ပိုးသူများအလိုက် ကွဲပြားနိုင်ပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ သင်၏ပံ့ပိုးသူနှင့် စစ်ဆေးပါ။
အာမခံပေးသည့် ဆွေမျိုး	မမွေးဖွားသေးသောကလေး အပါအဝင် ကလေးများကိုယ်စား သူ သို့မဟုတ် သူမ၏ အမည်ဖြင့် TANF ကို လျှောက်ထားကာ လက်ခံရရှိသော မိဘ၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင်သည်။ ဆွေမျိုး သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူတစ်ဦး။
အကြမ်းဖျဉ်း ဝင်ငွေ	အခွန်များ မပေးဆောင်မီ သို့မဟုတ် အခြားနတ်ယူမှုများ ထည့်မတွက်မီ လူတစ်ဦး၏ စုစုပေါင်းဝင်ငွေ။
အိမ်ယာမှ ဖြစ်နေသူ	ညဘက်နေထိုင်ရာနေရာ ပုံသေ နှင့် ပုံမှန် မရှိသူ သို့မဟုတ် အောက်ပါနေရာများတွင် ညအချိန်အဓိက နေထိုင်သူ - <ul style="list-style-type: none"> • ယာယီနေရာထိုင်ခင်းအဖြစ် ပံ့ပိုးပေးရန် စီစဉ်ထားသော ကြီးကြပ်မှုတစ်ခုအောက်တွင်ရှိသော ဂေဟာ (ဥလူမှုလုံခြုံရေး ဟိုတယ် သို့မဟုတ် အများနှင့်စုဝေးနေထိုင်သည့်ဂေဟာ ကဲ့သို့) • လူနေမှုအဖွဲ့အစည်းတစ်ခုတွင်ထားရန် ရည်ရွယ်ထားသူများအတွက် ယာယီနေထိုင်ရာနေရာကို ပံ့ပိုးပေးထားသော လူ့အသိုင်းအဝိုင်းထဲ ပြန်မဝင်မီ တစ်ထောက်စခန်း သို့မဟုတ် အလားတူနေရာ • အခြားလူတစ်ဦး၏ နေအိမ်တွင် ရက် 90 ထက်မကျော်သော ယာယီနေထိုင်ခင်းတစ်ခု၊ သို့မဟုတ် လူသားများအတွက် ပုံမှန်အိပ်စက်ရန် နေရာထိုင်ခင်းတစ်ခုအဖြစ် စီစဉ်ပြင်ဆင်ထားခြင်း မဟုတ်သော သို့မဟုတ် သာမန်အားဖြင့် အသုံးမပြုကြသောနေရာ (စင်္ကြံ၊ ဘတ်စ်ကား ဂိတ်၊ ဧည့်ခန်းနေရာတစ်ခု သို့မဟုတ် အလားတူနေရာများ)။

အိမ်ထောင်စုဝင်များ	သင်၏အိမ်တွင်း နေထိုင်သော လူပုဂ္ဂိုလ်များ။ SNAP အတွက်၊ အတူတကွ နေထိုင်ပြီး ၎င်းတို့၏ စားဖွယ်ရာများကို အတူတကွ ဝယ်ယူပြီး ပြင်ဆင်သည့် လူပုဂ္ဂိုလ်များ။
ဝင်ငွေ	လုပ်ခများ၊ လစာများ၊ ကော်မရှင်များ၊ အပိုဆုကြေးများ၊ အလုပ်သမား နှစ်နာကြေးများ၊ မသန်စွမ်းမှု၊ ပင်စင်၊ အငြိမ်းစား အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ အတိုး၊ ကလေး ထောက်ပံ့စရိတ် သို့မဟုတ် အခြားပုံစံဖြင့် လက်ခံရရှိသော ငွေကဲ့သို့သော ငွေပေးချေမှုများ။
အလယ်အလတ် လူတန်းစား အတွက် အခွန်သက်သာခွင့် အက်ဥပဒေ 2012	ကာစီနိုများ၊ ယမကာဆိုင်များ၊ အရွယ်ရောက်ပြီးသူအတွက် ဖျော်ဖြေရေး အဆောက်အအုံများ၊ ပိုကာ ကစားခန်းများ၊ အာမခံ ဘွဲ့စားစာချုပ်များ၊ နိုက်ကလက်များ/အရက်ရောင်းသည့် ဆလွန်းများ/တာဗန်းများ၊ ဘင်ဂို ကစားခန်းမများ၊ မြင်းပြိုင်ပွဲ လောင်းကစားခြင်းများ၊ ဂိမ်းကစားသည့် နေရာများ၊ သေနတ်/ခဲယမ်းစီးကျောက်ဆိုင်များ၊ အပျော်စီး သင်္ဘောများ၊ ဗေဒင်ဆရာများ၊ ဆေးလိပ် ဆိုင်များ၊ တက်တူ/နား၊ နှာခေါင်း ဖောက်ဆိုင်များ နှင့် အပန်းဖြေစပါ/အနိပ်ခန်း ဆလွန်းများ၌ သုံးစွဲရန် သို့မဟုတ် ငွေသားထုတ်ယူရန် ငွေသားအကူအညီ ထောက်ပံ့ကြေးများ သို့မဟုတ် TANF Debit ကတ်များကို အသုံးပြုခြင်းအား ဤအက်ဥပဒေက တားမြစ်ပါသည်။ အဆိုပါလုပ်ငန်းများတွင် ငွေသားအကူအညီရန်ပုံငွေများ သို့မဟုတ် TANF Debit ကတ်ကို အသုံးပြုခြင်းသည် လက်ခံသူဘက်မှ ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ အစီအစဉ်ချိုးဖောက်မှု (လိမ်လည်မှု) တစ်ခုအဖြစ် အကျိုးဝင်မည် ဖြစ်သည်။
လျှောက်ထားသူ မဟုတ်သူ	အစိုးရ အထောက်အကူ/အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခြင်း မရှိသူတစ်ဦး။ လျှောက်ထားသူ မဟုတ်သူများသည် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်တစ်ခု၊ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းကို ပေးအပ်ရန် မလိုအပ်ပါ။
ငွေလက်ခံရရှိသူ	ငွေလက်ခံရရှိသူတစ်ဦးဆိုသည်မှာ AU ကိုယ်စား ငွေသားအကူအညီကို လက်ခံရယူပြီး ထောက်ပံ့ကြေးများကို သုံးစွဲရန်တာဝန်ကို လက်ခံသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး ဖြစ်ပါသည်။ ငွေလက်ခံသူတစ်ဦးသည် AU အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦး ဖြစ်ချင်ဖြစ်နိုင်သလို မဖြစ်ချင်လည်း မဖြစ်နိုင်ပါ။
အခွန်မဆောင်မီ အသုံးစရိတ်များ	အခွန်မဆောင်မီ အသုံးစရိတ်များ ဆိုသည်မှာ အခွန်များမဖြတ်မီ သင်၏ဝင်ငွေတွင်းမှ နုတ်ယူမှုများဖြစ်ပါသည်။ နုတ်ယူမှုများ အားလုံးသည် အခွန်မဆောင်မီ မဟုတ်ပါ။ အဖြစ်အပျက်ဆုံး အခွန်မဆောင်မီ နုတ်ယူမှုများသည် ကျန်းမာရေး အာမခံ၊ သွားဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံ၊ အမြင်အာရုံဆိုင်ရာ အာမခံ၊ စသည်တို့ဖြစ်သည်။ http://www.irs.gov
အရည်အချင်းပြည့်မီသော နိုင်ငံခြားသား/ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ	<p>အရည်အချင်းပြည့်မီသော နိုင်ငံခြားသား/ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ တစ်ဦး ဆိုသည်မှာ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် အောက်ပါ အမျိုးအစားအုပ်စုများမှ တစ်ခုအတွင်း တရားဝင်နေထိုင်သူတစ်ဦး ဖြစ်သည် -</p> <ul style="list-style-type: none"> • လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးနှင့် နိုင်ငံသားဥပဒေ (INA) အရ အမြဲတမ်းနေထိုင်ခွင့် (LPR) အတွက် တရားဝင် ဝင်ခွင့်ရရှိထားသူတစ်ဦး ၊ • နိုင်ငံရပ်ခြား လုပ်ငန်းများ၊ ပို့ကုန် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုများနှင့် ဆက်စပ်အစီအစဉ်များအတွက် လျာထားအက်ဥပဒေ 1988 ၏ ပုဒ်မ 584 အရအမေရိကန်အာရှလူမျိုး ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ၊ • INA ၏ ပုဒ်မ 208 အရ ခိုလှုံခွင့် ရရှိထားသူ တစ်ဦး၊ • INA ၏ ပုဒ်မ 207 အရ ဝင်ခွင့်ရရှိထားသည့် ဒုက္ခသည်များ၊ • INA ၏ ပုဒ်မ 212 (d)(5) အရ ဒုက္ခသည် သို့မဟုတ် ခိုလှုံခွင့်တောင်းခံသူတစ်ဦးအဖြစ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့် ရထားသူတစ်ဦး၊ • 1997 ခုနှစ်၊ ဧပြီလ 1 ရက်နေ့ မတိုင်မီ သက်ရောက်သည့် INA ၏ ပုဒ်မ 243(h) အရ သို့မဟုတ် ပြင်ဆင်ထားသည့် အတိုင်း INA ၏ ပုဒ်မ 241(b)(3) အရ နေရပ်ပြန်ပို့ခြင်းအား ဆိုင်းငံ့ခံထားရသူတစ်ဦး၊ • 1980 ခုနှစ်၊ ဧပြီလ 1 ရက်နေ့ မတိုင်မီ သက်ရောက်သည့်အတိုင်း INA ၏ ပုဒ်မ 203(a)(7) အရ အခြေအနေအရ ဝင်ခွင့်ချိုးမြှင့်ခံထားရသူတစ်ဦး၊ • ဒုက္ခသည် ပညာရေး အထောက်အကူ အက်ဥပဒေ 1980 ၏ ပုဒ်မ 501(e) တွင် အဓိပ္ပာယ်သတ်မှတ်ထားသည့် အတိုင်း ကျူးသား သို့မဟုတ် ဟေတီနိုင်ငံသား ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများ၊ • လူကုန်ကူးခံရသူများကို ကာကွယ်ပေးရေးဆိုင်ရာ 2000 ခုနှစ် အက်ဥပဒေ၏ ပုဒ်မ 107(b)(1) အရ လူကုန်ကူးခံရသူများ၊ • 1996 ခုနှစ် ကိုယ်ပိုင်တာဝန်ယူမှုနှင့် အလုပ်အခွင့်အလမ်း ပြန်လည်ပေါင်းစည်းရေးအက်ဥပဒေ ပုဒ်မ 431 (c) တွင် ဖော်ပြထားသည့် အခြေအနေများနှင့် ကိုက်ညီသော လောကဓံထိုးနှက်မှုခံရသည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများ၊ • INA ၏ ပုဒ်မ 101(a)(27) အောက်တွင် အထူး ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်ခွင့် အနေအထား ရရှိထားသော အာဖရိက သို့မဟုတ် အီရတ် နိုင်ငံသား ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများ (သတ်မှတ်ထားသော အခြေအနေများနှင့် သက်ဆိုင်သည်)၊ • INA ၏ ပုဒ်မ 289 အရ ကနေဒါနိုင်ငံတွင် မွေးဖွားပြီး အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် နေထိုင်သော အမေရိကန် အင်းဒီးယန်းလူမျိုးများ သို့မဟုတ် အင်းဒီးယန်း ကိုယ်ပိုင်ပြဋ္ဌာန်းခွင့်နှင့် ပညာရေး အထောက်အကူဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေ၏ ပုဒ်မ 4(e) အရ ဖက်ဒရယ် အသိအမှတ်ပြုခံထားရသည့် အင်းဒီးယန်းလူမျိုးစုဝင် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူများ နှင့်၊ • ဗီယက်နမ် ခေတ်ကာလအချိန် (8/05/1964 - 5/07/1975) အတောအတွင်း စစ်တပ် သို့မဟုတ် ကယ်ဆယ်ရေး လုပ်ငန်းအတွင်း ပါဝင် လုပ်ဆောင်ခြင်းအားဖြင့် အမေရိကန်ဝန်ထမ်းများအား အထောက်အကူပေးခဲ့ကြသည့် မွန် (Hmong) သို့မဟုတ် ကုန်းမြင့်နေ (Highland) လာအိုလူမျိုးနွယ်စုဝင်များ။ <p>ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ လျှောက်ထားသူများအတွက်သာ၊ လွတ်လပ်သော အသင်းအဖွဲ့ဆိုင်ရာ သဘောတူညီချက် (Compact of Free</p>

	Association (COFA))ဆိုသည်မှာ မိုက်ခရိုနီးရှား ဖယ်ဒရယ် ပြည်ထောင်စု၊ မာရှယ်ကျွန်းစု သမ္မတနိုင်ငံနှင့် ပလာအို သမ္မတနိုင်ငံမှ နိုင်ငံသားများကို ဆိုလိုသည်။ COFA ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများအနေဖြင့် 5 နှစ် စောင့်ဆိုင်းကာလကို ပြည့်မီရန် မလိုပါ။
ရင်းမြစ်များ	ငွေသား၊ အိမ်ခြံမြေ သို့မဟုတ် ဘဏ်အကောင့်များ၊ ယာဉ်များ၊ စတော့ရှယ်ယာများ၊ ဘွန်းစာချုပ်များနှင့် အသက်အာမခံ ကဲ့သို့သော ပိုင်ဆိုင်မှုများ။
လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ စော်ကားမှု	နှစ်နာသူက သဘောတူခွင့်ပြုချက်ပေးနိုင်စွမ်း မရှိသည့်အချိန် အပါအဝင် ဖက်ဒရယ်၊ မျိုးနွယ်စု သို့မဟုတ် ပြည်နယ် ဥပဒေမှ တရားဝင်ထားခြစ် ပိတ်ပင်ထားသည့် ကြည်ဖြူသဘောတူခြင်းမရှိသည့် လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ လုပ်ဆောင်မှု။
လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ နှောင့်ယှက်မှု	ရိုင်းစိုင်းစော်ကားသည့် အလုပ်ဝန်းကျင်တစ်ခုအဖြစ် ဖန်တီးသည့် လိင်ပေါ်အခြေပြုသော ရန်လို၊ ခြိမ်းခြောက် သို့မဟုတ် ဖိနှိပ်သည့် အပြုအမူ။
နောက်ယောင်ခံလိုက်ခြင်း	ဖော်ထုတ်ပြသသည့် သို့မဟုတ် သွယ်ဝိုက်အဓိပ္ပါယ်သက်ရောက်သည့် ခြိမ်းခြောက်မှုများကြောင့် ကျိုးကြောင်းသင့်လျော်သည့် လူတစ်ဦးအနေဖြင့် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမည် သို့မဟုတ် အထူးသဖြင့် သေဆုံးမည်ဟု ကြောက်ရွံ့စေနိုင်သည့် အခြေအနေရပ်များအတွင်း အခြားလူတစ်ဦးအား စိတ်ဆန္ဒရှိ ရှိနှင့် ထပ်ခါထပ်ခါ နှောင့်ယှက်ခြင်း သို့မဟုတ် နှောင့်ယှက်ခြင်းပြုသည့် လုပ်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် ရာဇဝတ်မှု။
အခွန်ကောက်ခံနိုင်သည့် ဝင်ငွေ	လုပ်ခများ၊ လစာများ၊ ကော်မရှင်များ၊ အပိုဆုကြေးများ၊ မသန်စွမ်းမှု၊ ပင်စင်၊ အငြိမ်းစား အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ အတိုး သို့မဟုတ် အခြားပုံစံဖြင့် လက်ခံရရှိသော ငွေကဲ့သို့သော ငွေပေးချေမှုများ။
အခွန် မှီခိုသူ	အခွန် တင်သွင်းသူတစ်ဦး၏ အခွန်တင်ပြမှုပေါ်တွင် ဖော်ပြကြေငြာမည်ဟု မျှော်မှန်းရသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး။ http://www.irs.gov
အခွန် ကြေညာလွှာတင်သွင်းသူ	အခွန် ပြန်အမ်းငွေကြေညာလွှာ တင်သွင်းမည်ဟု မျှော်မှန်းရသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး။ http://www.irs.gov
အခွန်ပြန်အမ်းငွေ နုတ်ယူမှုများ	အခွန်ပြန်အမ်းငွေ ကြေညာလွှာ နုတ်ယူမှုများဆိုသည်မှာ သင်၏ အခွန်ကြေညာလွှာ ဖောင်ပုံစံ 1040 ပေါ်တွင် စာကြောင်းနံပါတ် 23 မှ စ၍ စာကြောင်းနံပါတ် 35 အတွင်း တွေ့ရှိရသည့် ခွင့်ပြုနိုင်သော IRS နုတ်ယူမှုများဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းတို့အတွင်း ပါဝင်သည်မှာ - ပညာရေးဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များ၊ ပုံစံ 2106၊ ကျန်းမာရေး စုငွေ ပုံစံ 8889၊ ရွှေ့ပြောင်းစရိတ်များ ပုံစံ 3909၊ ဒဏ်ငွေ/စုငွေများကို စောစောထုတ်ယူခြင်း၊ မယား ထောက်ပံ့စရိတ် ပေးချေခြင်း၊ IRA နုတ်ယူခြင်း၊ ကျောင်းသားချေးငွေ အတိုး၊ ကျူရှင်နှင့် အခကြေးငွေများ ပုံစံ 8917၊ အိမ်တွင်း ထုတ်လုပ်ရေး လုပ်ဆောင်မှုများ ပုံစံ 8903။ http://www.irs.gov
SNAP တွင် မှောင်ခို ရောင်းဝယ်ခြင်း	SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို မှောင်ခိုကူးခြင်း ဆိုသည်မှာ - (1) EBT ကတ်များ၊ ကတ်နံပါတ်များနှင့် PIN နံပါတ်များမှတစ်ဆင့် သို့မဟုတ် လက်ရေးဘောင်ချာနှင့် လက်မှတ်တို့ဖြင့် ထုတ်ယူရရှိသော SNAP ခံစားခွင့်များကို ငွေသားရရန်အတွက် သို့မဟုတ် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော အစားအစာမှလွဲ၍ ထည့်သွင်းစဉ်းစားရန်အတွက် တိုက်ရိုက်ဖြစ်စေ၊ သွယ်ဝိုက်၍ဖြစ်စေ၊ ပါဝင်ကျူးလွန်ခြင်း သို့မဟုတ် အခြားသူများနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်း၊ သို့မဟုတ် တစ်ဦးတည်း လုပ်ဆောင်ခြင်းဖြင့် ဝယ်ယူခြင်း၊ ရောင်းချခြင်း၊ ခိုးယူခြင်း သို့မဟုတ် အခြားတစ်နည်းနည်းဖြင့် လဲလှယ်ခြင်း။ (2) သေနတ်များ၊ ခဲယမ်းမီးကျောက်များ၊ ဖောက်ခွဲရေး ပစ္စည်းများ သို့မဟုတ် ထိန်းချုပ် ပစ္စည်းများနှင့် လဲလှယ်ခြင်း၊ (3)ဘူးတွင်းပါပစ္စည်းကို စွန့်ပစ်ပြီး ကြိုတင်ငွေရရှိရန် ဘူးခွဲကို ပြန်အပ်ခြင်း၊ ပစ္စည်းကိုရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် စွန့်ပစ်ခြင်း၊ ကြိုတင်ငွေ ပြန်ရရှိရန် ဘူးခွဲကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် ပြန်အပ်ခြင်းများအားဖြင့် ငွေသားရရှိရန်အတွက် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ဘူးခွဲပြန်အပ်ချိန်တွင် ကြိုတင်ငွေကို ပြန်အမ်းပေးရန် လိုအပ်သည့် ကုန်ပစ္စည်းတစ်ခုခုကို SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ဝယ်ယူခြင်း၊ (4) ငွေသား သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သည့် အစားအစာမဟုတ်သည့် အခြား ထည့်သွင်းစဉ်းစားရာများအတွက် ပြန်လည်ရောင်းချရန်သို့မဟုတ် ငွေသားရရှိရန် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ကုန်ပစ္စည်းကို SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ဝယ်ယူခြင်း နှင့် ဆက်၍ SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ဝယ်ယူထားသော ကုန်ပစ္စည်းများကို ငွေသား သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သည့် အစားအစာမဟုတ်သည့် အခြားအရာများနှင့် လဲလှယ်ရန် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် ပြန်ရောင်းခြင်း၊ (5) SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ကနဦး ဝယ်ယူထားသော ကုန်ပစ္စည်းများကို ငွေသားဖြင့် လဲလှယ်ခြင်း သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သော အစားအစာမှလွဲ၍ အခြား ထည့်သွင်းစဉ်းစားရာများ ရရှိရန်အတွက် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ဝယ်ယူခြင်း။ (6) အီလက်ထရွန်းနစ် အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းခြင်း (EBT) ကတ်များ၊ ကတ်နံပါတ်များနှင့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ သက်သေခံ နံပါတ်များ (PINs) သို့မဟုတ် လက်ဖြင့် ရေးထားသော ဘောက်ချာနှင့် လက်မှတ်များမှ တစ်ဆင့် ထုတ်ပေးပြီး ရယူအသုံးပြုသည့် SNAP ၏အကျိုးခံစားခွင့်များကို ငွေသား ရရှိရန် သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သည့် အစားအစာမဟုတ်သည့် အခြားထည့်သွင်းစဉ်းစားရာများ ရရှိရန်အတွက် တိုက်ရိုက်ဖြစ်စေ၊ သွယ်ဝိုက်၍ဖြစ်စေ အခြားသူတစ်ဦးနှင့် ပူးပေါင်းကြံစည်၍ သို့မဟုတ် အကွက်ချ၍ သို့မဟုတ် တစ်ဦးတည်းလုပ်ဆောင်၍ ဝယ်ယူခြင်း၊ ရောင်းချခြင်း၊ ခိုးယူခြင်း တို့ဆောင်ရွက်ရန် ကြိုးပမ်းခြင်း သို့မဟုတ် လဲလှယ်ခြင်းတစ်ခုအပေါ် အကျိုးသက်ရောက်စေခြင်း။
Way2Go ကြိုတင်ငွေဖြည့် မာစတာကတ် (debit MasterCard)	ဂျော်ဂျီယာ ပြည်နယ်အနေဖြင့် TANF လက်ခံရရှိသူများအတွက် Way2Go Debit MasterCard ဟုခေါ်သည့် လွယ်ကူအဆင်ပြေသော "အီလက်ထရွန်းနစ်" ငွေပေးချေမှု ရွေးစရာတစ်ခုခုကို အကောင်အထည်ဖော်ထားပါသည်။ ဤငွေပေးချေမှု ရွေးစရာအောက်တွင် ပိုက်ဆံကို လတစ်လ၏ ပထမဆုံး ပြက္ခဒိန်ရက်တွင် လက်ခံရရှိသူ၏အကောင့်အတွင်း ကြိုတင်ပေးပါသည်။ ပထမရက်သည် စနေတနင်္ဂနွေပိတ်ရက် သို့မဟုတ် အားလပ်ရက်ပေါ်ကျ ရောက်ပါက အကျိုးခံစားခွင့်များကို မတိုင်မီလ၏ နောက်ဆုံးအလုပ်လုပ်ရက်တွင် ရရှိအောင် ပြုလုပ်ပေးပါသည်။ Debit MasterCard သို့ အီလက်ထရောနစ် နည်းဖြင့် ငွေသွင်းပေးသောကြောင့် လက်ခံရရှိသူသည် ၎င်း၏ငွေများကို ချက်ချင်း ရယူအသုံးပြုနိုင်ပါသည်။

ADA/ပုဒ်မ 504 ပါ အခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ အသိပေးချက်

မသန်စွမ်းမှုများရှိသူများအတွက် အကူအညီ

ဂျော်ဂျီယာပြည်နယ် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန (Georgia Department of Human Services) နှင့် ဂျော်ဂျီယာပြည်နယ် အသိုင်းအဝိုင်း ကျန်းမာရေးဌာန (Georgia Department of Community Health) ("ဌာနများ") သည် ပြည်ထောင်စု ဥပဒေအရ မသန်စွမ်းမှုများ ရှိသူများအတွက် ဌာနများ၏ အစီအစဉ်များ၊ ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် လှုပ်ရှားမှုများတွင် ပါဝင်လုပ်ဆောင်ရန်နှင့် အရည်အချင်းပြည့်မီရန် သာတူညီမျှ အခွင့်အရေးတစ်ခု ပေးအပ်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ ယင်းအတွင်း SNAP၊ TANF နှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ (Medical Assistance) ကဲ့သို့သော အစီအစဉ်များ ပါဝင်ပါသည်။

မသန်စွမ်းမှုပေါ် အခြေပြု၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းကို ရှောင်ကြဉ်ရန် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုများ လိုအပ်ချိန်တွင် ဌာနများက ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုများ ပေးအပ်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် သာတူညီမျှ အသုံးပြုခွင့် ပေးအပ်ရန်အတွက် မူဝါဒများ၊ အလေ့အထများ သို့မဟုတ် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများကို ကျွန်ုပ်တို့ ပြောင်းလဲနိုင်ပါသည်။ ထပ်တူ သက်ရောက်မှုရှိသည့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုရှိကြောင်း သေချာစေရန် မသန်စွမ်းမှုများရှိသူများ သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုများရှိသော ၎င်းတို့၏ အပေါင်းအဖော်များအား လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ စကားပြန်ကဲ့သို့ ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေးဆိုင်ရာ အထောက်အကူ ကျွန်ုပ်တို့ ပေးအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ အကူအညီသည် အခမဲ့ ဖြစ်ပါသည်။ ဌာနများအနေဖြင့် ဝန်ဆောင်မှု၊ အစီအစဉ် သို့မဟုတ် လှုပ်ရှားမှုတစ်ခု၏ သဘောသဘာဝတွင် အခြေခံပြောင်းလဲမှုတစ်ခု သို့မဟုတ် မဖြစ်သင့်သည့် ငွေကြေးနှင့် စီမံအုပ်ချုပ်ရေး ဝန်ထုပ်ဝန်ပိုးများ ရလဒ်ဖြစ်စေနိုင်သော မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုတစ်ခုခုကို လုပ်ရန် မလိုအပ်ပါ။

ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုတစ်ခု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ရေးအထောက်အကူကို တောင်းခံပုံ

သင့်ထံတွင် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခုရှိပြီး ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု၊ ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူ သို့မဟုတ် ထပ်ဆောင်းအကူအညီလိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းအား ဆက်သွယ်ပေးပါ။ ဥပမာ အားဖြင့်၊ ထိရောက်သော ဆက်သွယ်မှုရရှိရန် လက်ဟန်ခြေဟန်ပြဘာသာစကား စကားပြန်ကဲ့သို့ ဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် အကူအညီတစ်ခု သင်လိုအပ်ပါက ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ သင်၏တောင်းဆိုချက်ကိုပြုလုပ်ရန်သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းအား ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် DFCS အား ဖုန်းနံပါတ် (877) 423-4746 တွင် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် DCH Katie Beckett (KB) အဖွဲ့အား ဖုန်းနံပါတ် 678-248-7449 တွင် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ သင်သည် DFCS ADA ၏ ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု တောင်းဆိုချက် ဖောင်ပုံစံကို အသုံးပြု၍လည်း သင်၏တောင်းဆိုမှုကို ပြုလုပ်နိုင်ပြီး ယင်းဖောင်ပုံစံကို သင်၏ ဒေသန္တရ DFCS ရုံး သို့မဟုတ် အွန်လိုင်းပေါ်ရှိ <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> သို့မဟုတ် DFCS ADA ၏ ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု တောင်းဆိုချက် ပုံစံကို KB ရုံး <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> တွင် အွန်လိုင်းမှ ရယူနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် သင်၏ မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုတောင်းဆိုချက်ကို DCH.ADAassistance@dch.ga.gov သို့ အီးမေးပို့နိုင်ပါသည်။

တိုင်ကြားချက် ဘယ်လို တင်ပါမလဲ။

သင်၏မသန်စွမ်းမှုကြောင့် ဌာနများက သင့်အား ခွဲခြားဆက်ဆံမှုပြုပါက တိုင်ကြားမှုတစ်ခု ဆောင်ရွက်ပိုင်ခွင့် သင့်ထံတွင်ရှိပါသည်။ ဥပမာ သင်က ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု တစ်ခု သို့မဟုတ် လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ စကားပြန်တစ်ဦး တောင်းဆိုခဲ့ပြီး အဆိုပါတောင်းဆိုချက်ကို ငြင်းဆန်ခဲ့ပါက သို့မဟုတ် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် အချိန်တစ်ခုအတွင်း မလုပ်ဆောင်ပေးခဲ့ပါက ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း တိုင်ကြားချက်တစ်စောင် သင် တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ သင်သည် သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်း၊ သင်၏ ဒေသန္တရ DFCS ရုံး သို့မဟုတ် 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746 ရှိ DFCS အရပ်သားအခွင့်အရေးရုံး၊ ADA/ပုဒ်မ 504 ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးမှူးအား ဆက်သွယ်ပြီး တိုင်ကြားချက်ကို နှုတ်ဖြင့်ဖြစ်စေ စာဖြင့်ဖြစ်စေ တင်သွင်းပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ DCH အတွက်၊ KB အဖွဲ့ ADA/ပုဒ်မ 504 ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးမှူးအား နောက်ရှိ လိပ်စာတွင် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည် - 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 သို့မဟုတ် P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449။ DCH ၏ အီးမေးလ်မှာ - dch.adarequests@dch.ga.gov ဖြစ်ပါသည်။

သင်သည် DFCS အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံအတွက် မိတ္တူတစ်စောင် ရရှိရန် သင်၏အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းထံ တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံကို <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> တွင်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုအကြောင်း တိုင်ကြားချက်တစ်ခု ပြုလုပ်ရန် အကူအညီ သင်လိုအပ်ပါက အထက်တွင်ဖော်ပြထားသော DFCS ဝန်ထမ်းအား ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ နားမကြားသည့် သို့မဟုတ် နားကြားရန် ခက်ခဲသည့် ပုဂ္ဂိုလ်များ သို့မဟုတ် စကားပြောမသန်စွမ်းမှု ရှိသူများ အနေဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့နှင့် ဆက်သွယ်ပေးရန် အော်ပရေတာတစ်ဦးအား 711 တွင် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ DCH အရပ်သားအခွင့်အရေးများ တိုင်ကြားချက်အတွက် အီးမေးလ်မှာ - dch.civilrights@dch.ga.gov ဖြစ်ပါသည်။ DCH အရပ်သားအခွင့်အရေးများ လုပ်ငန်းစဉ်နှင့် တိုင်ကြားချက်ပုံစံ ရရှိရန် လင့်ခ်သည် <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> တွင် ရှိပါသည်။

သင့်အနေဖြင့် သင့်လျော်ရာ ဖက်ဒရယ်အေဂျင်စီဖြင့် ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက် တစ်ခုကိုလည်း တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးရေးဌာန

(Department of Agriculture) (USDA) နှင့် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန (Department of Health and Human Services) (HHS) အား ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်သည် အတွင်း၌ပါရှိသည့် "ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုရေး ကြေငြာချက်" အတွင်း ရှိပါသည်။

*ပြန်လည်နာလန်ထူရေး အက်ဥပဒေ 1973 ၏ ပုဒ်မ 504 ၊ မသန်စွမ်းမှုများ ရှိသော အမေရိကန်နိုင်ငံသားများ အက်ဥပဒေ 1990 နှင့် မသန်စွမ်းမှုများ ရှိသော အမေရိကန် နိုင်ငံသားများ အက်ဥပဒေ မွမ်းမံပြင်ဆင်ချက် အက်ဥပဒေ 2008 အရ မသန်စွမ်းမှုရှိသူများသည် ဥပဒေနှင့်မညီသော ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမှ လွတ်ကင်းကြောင်း သေချာစေ ပါသည်။

လူထုကျန်းမာရေးဌာန (Department of Community Health) (DCH) မူဝါဒအရ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ အစီအစဉ်များတွင် သင်၏ အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များကို လူမျိုး၊ အသက်အရွယ်၊ လိင်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ ဇာတိနိုင်ငံ သို့မဟုတ် ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာပေါ် အခြေခံ၍ ငြင်းပယ်ခြင်း မပြုနိုင်ပါ။

လျှောက်လွှာကို USDA သို့မဟုတ် HHS သို့ မပို့ပါနှင့်

ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုကြောင်း ထုတ်ပြန်ချက်

ပြည်ထောင်စု အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ ဥပဒေနှင့် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးရေးဌာန (Department of Agriculture) (USDA) အရပ်သားအခွင့်အရေးများ ဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းများနှင့် မူဝါဒများအရ USDA၊ ၎င်း၏ အေဂျင်စီများ၊ ရုံးများနှင့် ဝန်ထမ်းများ နှင့် USDA အစီအစဉ်တွင်း ပါဝင်လုပ်ဆောင်သော သို့မဟုတ် စီမံအုပ်ချုပ်သော အဖွဲ့အစည်းများအနေဖြင့် မည်သည့်အစီအစဉ်တွင်းမဆို သို့မဟုတ် USDA မှ လုပ်ဆောင်သော သို့မဟုတ် ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့သော လှူဒါန်းမှုများအတွင်း လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ဇာတိနိုင်ငံ၊ လိင် (ကျားမ ခွဲခြားသတ်မှတ်မှုနှင့် လိင်စိတ် တိမ်းညွတ်မှု အပါအဝင်)၊ ဘာသာရေး သက်ဝင်ယုံကြည်မှု၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်အရွယ်၊ နိုင်ငံရေး ယုံကြည်ချက်များကို အခြေပြု၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း သို့မဟုတ် ယခင် အရပ်သားအခွင့်အရေးဆိုင်ရာ လှူဒါန်းမှုများအတွက် လက်တုံ့ပြန်ခြင်း သို့မဟုတ် လက်စားချေခြင်းတို့မပြုရန် တားမြစ်ထား ပါသည်။ အမေရိကန် ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန (HHS) ထံမှ ဖက်ဒရယ်ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာအကူအညီကိုရရှိသော အစီအစဉ်များ ဖြစ် သည့် Temporary Assistance for Needy Families (TANF) နှင့် HHS မှ တိုက်ရိုက် လုပ်ငန်းလုပ်ဆောင်သည့်အစီအစဉ်များ ကဲ့သို့သော အစီအစဉ်များ အနေဖြင့် ပြည်ထောင်စု အရပ်သားအခွင့်အရေးများ ဥပဒေနှင့် HHS စည်းမျဉ်းများအရ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းမပြုရန် တားမြစ်ထားပါသည်။

အစီအစဉ် အချက်အလက်များရရှိရန် အခြား ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး နည်းလမ်းများ (ဥပမာ - မျက်မမြင်စာ (Braille)၊ စာလုံးအကြီး၊ အသံဖိုင်တိပ်ခွေ၊ အမေရိကန် လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကား) လိုအပ်သည့် မသန်စွမ်းမှုများ ရှိသူများအနေဖြင့် အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် ၎င်းတို့လျှောက်ထားသည့်နေရာရှိ အေဂျင်စီ (ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရ) ထံ ဆက်သွယ်သင့်ပါသည်။

နားမကြားသူ၊ နားကြားရန်ခက်ခဲသူ သို့မဟုတ် စကားပြောဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှုများ ရှိသူများအနေဖြင့် ဖုန်းနံပါတ် (800) 877-8339 ရှိ ပြည်ထောင်စု တစ်ဆင့်ခံဝန်ဆောင်မှု မှ တစ်ဆင့် USDA အား ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ ထို့အပြင် အစီအစဉ် အချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာမဟုတ်သည့် အခြားဘာသာစကားဖြင့်လည်း ရရှိနိုင်ဖွယ်ရှိ ပါသည်။

USDA အစီအစဉ်များနှင့် ပတ်သက်သည့် အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်များ

USDA က ဖြည့်စွက် အာဟာရ အထောက်အကူအစီအစဉ် (Supplemental Nutrition Assistance Program) (SNAP)၊ အင်းဒီးယန်း ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ရေးဆိုင်ရာ အစားအစာ ဖြန့်ဖြူးရေး အစီအစဉ် (Food Distribution Program on Indian Reservations) (FDPIR) နှင့် အခြားအရာများကဲ့သို့ စားနပ်ရိက္ခာဖူလုံရေးနှင့် ဆာလောင်မှုလျော့ချ ရေး အစီအစဉ်အများအပြားအတွက် ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ပေးအပ်ပါသည်။ အစီအစဉ်တွင်း ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက်တစ်စောင် တင်သွင်းရန် အစီအစဉ် တွင်း ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက် ပုံစံ (AD-3027) ကို ဖြည့်စွက်သင့်ပြီး ယင်းပုံစံကို အွန်လိုင်း <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> တွင်နှင့် မည်သည့် USDA ရုံးမဆိုတွင် ရရှိနိုင်သည် သို့မဟုတ် USDA သို့လိပ်မူပြီး စာတစ်စောင်ရေးသားကာ ပုံစံတွင်း တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်အားလုံးကို စာအတွင်း ထည့်သွင်းပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံ မိတ္တူတစ်စောင် တောင်းဆိုရန် (866) 632-9992 ကို ခေါ်ဆိုပါ။ သင်၏ ဖြည့်စွက်ပြီးသား ဖောင်ပုံစံ သို့မဟုတ် စာကို USDA သို့ တင်သွင်းရန်မှာ -

- 1. စာဖြင့် - အစားအသောက်နှင့် အာဟာရဝန်ဆောင်မှု၊ USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314၊ သို့မဟုတ်
- 2. ဖက်စ်ဖြင့် - (833) 256-1665 သို့မဟုတ် (202) 690-7442၊ သို့မဟုတ်

- 3. ဖုန်းဖြင့် - (833) 620-1071၊ သို့မဟုတ်
- 4. အီးမေးလ်ဖြင့် - FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

SNAP ပြဿနာများနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် အခြားအချက်အလက်တစ်ခုခုရရှိရန် လူများအနေဖြင့် USDA SNAP ဟော့တ်လိုင်းနံပါတ် (800) 221-5689 ကို ဆက်သွယ်သင့်ပြီး စပိန်ဘာသာစကားဖြင့်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် [ပြည်နယ် အချက်အလက်/ဟော့တ်လိုင်း နံပါတ်များ](#)ကို ခေါ်ဆိုသင့်ပါသည် (ပြည်နယ်မှ ပေးထားသော ဟော့တ်လိုင်းနံပါတ်များ စာရင်းတစ်ခုရရှိရန် လင့်ခ်ကို နှိပ်လိုက်ပါ)။ ၎င်းကို အွန်လိုင်းရရှိနိုင်ပါသည် - [SNAP အရေးပေါ်ဖုန်းလိုင်း](#)။

HHS အစီအစဉ်များနှင့် ပတ်သက်သည့် အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်များ

HHS က TANFI Head Start၊ ဝင်ငွေနှည်းအိမ်များအတွက် စွမ်းအင်အထောက်အကူ အစီအစဉ် (Low Income Home Energy Assistance Program) (LIHEAP) နှင့် အခြားအရာများအပါအဝင် ကျန်းမာရေးနှင့် ရွှင်လန်းရေးကို မြှင့်တင်ပေးရန် အစီအစဉ်အများအပြားအတွက် ဖက်ဒရယ် ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီ ပေးအပ်ပါသည်။ HHS မှ တိုက်ရိုက်လည်ပတ်သည့် သို့မဟုတ် HHS မှ ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ပေးထားသည့် အစီအစဉ်များ သို့မဟုတ် လှုပ်ရှားမှုများအတွင်း သင်၏ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ဇာတိနိုင်ငံ၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်အရွယ်၊ လိင် (ကိုယ်ဝန်ဆောင်မှု၊ လိင်စိတ် တိမ်းညွတ်မှုနှင့် ကျားမ ခွဲခြားသတ်မှတ်မှု အပါအဝင်) သို့မဟုတ် ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာကြောင့် ခွဲခြားဆက်ဆံခံရသည်ဟု သင်ယုံကြည်ပါက သင်ကိုယ်တိုင်အတွက် သို့မဟုတ် အခြားသူတစ်ဦးအတွက် အရပ်သားအခွင့်အရေးများရုံး (OCR) သို့ တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။

HHS မှတစ်ဆင့် ဖက်ဒရယ် ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ရရှိနေသည့် အစီအစဉ်တစ်ခုနှင့် စပ်လျဉ်းပြီး သင်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦးအတွက် ခွဲခြားဆက်ဆံကြောင်း တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းရန် OCR ၏ တိုင်ကြားရေး ပေါ်တယ်ဖြစ်သည် <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> မှတစ်ဆင့် အွန်လိုင်း ဖောင်ပုံစံတစ်ခုကို ဖြည့်စွက်ပါ။ သင့်အနေဖြင့် OCR သို့ စာတိုက်မှတစ်ဆင့်လည်း နောက်ပါလိပ်စာ၌ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည် - 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။ ဖက်စ်ဖြင့် - (202) 619-3818၊ သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ဖြင့် - OCRmail@hhs.gov။ လုပ်ငန်းစဉ် ပိုမိုမြန်ဆန်စေရန်အတွက် သင့်အနေဖြင့် တိုင်ကြားချက်ကို စာတိုက်မှတစ်ဆင့် တင်သွင်းမည့်အစား OCR အွန်လိုင်းပေါ်တယ်ကို အသုံးပြု၍ တင်သွင်းရန် ကျွန်ုပ်တို့ တိုက်တွန်းအားပေးပါသည်။ နိုင်ငံသားအခွင့်အရေး တိုင်ကြားချက် တင်သွင်းရာတွင် အကူအညီ လိုအပ်သူများသည် OCRAid@hhs.gov တွင် အီးမေးလ်ပို့နိုင်သည် သို့မဟုတ် ဖုန်းနံပါတ် 1-800-368-1019၊ TDD 1-800-537-7697 တွင် OCR အား အခမဲ့ခေါ်ဆိုနိုင်သည်။ နားမကြားသူ၊ နားကြားရခက်ခဲသူ သို့မဟုတ် စကားပြောရာ၌ အခက်အခဲများရှိသူများအတွက် တယ်လီဆက်သွယ်ရေး တစ်ဆင့်ခံဝန်ဆောင်မှုများ အသုံးပြုရန် ကျေးဇူးပြု၍ 7-1-1 ကိုခေါ်ဆိုပါ။ တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းရန် ကျွန်ုပ်တို့သည် အခြားဖောမက်ပုံစံများ (ဥပမာ - မျက်မမြင်စာ (Braille) နှင့် စာလုံးအကြီး)၊ အရန် အကူအညီများနှင့် ဘာသာစကား အထောက်အကူ ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ပေးအပ်ပါသည်။

ဤအဖွဲ့အစည်းသည် တန်းတူအခွင့်အရေး ပေးသူတစ်ဦးဖြစ်သည်။

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

လျှောက်လွှာကို USDA သို့မဟုတ် HHS သို့ မပို့ပါနှင့်