

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग परिवार और बच्चों की सेवाओं  
का प्रभाग परिवर्तन रिपोर्ट फॉर्म

कृपया अपनी पारिवारिक परिस्थितियों में परिवर्तन की रिपोर्ट परिवार एवं बाल सेवाओं के विभाग को देने के लिए इस फॉर्म का उपयोग करें। अगर आपको इस दस्तावेज़ को पढ़ने या पूरा करने में सहायता चाहिए, तो कृपया हमसे पूछें या (1-877-423-4746) 423-4746 पर कॉल करें। दुभाषिये की सेवा सहित हमारी सेवाएँ मुफ्त दी जाती हैं। अगर आप बहरे हैं, कम सुनते हैं, अंधे हैं या बोलने में कठिनाई होती है, तो आप 711 (जॉर्जिया रिले) डायल करके उपरोक्त नंबर पर हमें कॉल कर सकते हैं।

**इस फॉर्म को वापस न भेजें जब तक आप परिस्थितियों में परिवर्तन की रिपोर्ट नहीं कर रहे हों।**

नाम: \_\_\_\_\_ ग्राहक आईडी # \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_ केस# \_\_\_\_\_

वर्कर का फ़ोन# \_\_\_\_\_

**सरलीकृत बनाई गई रिपोर्टिंग वाले परिवारों को निम्न की रिपोर्ट करनी होगी:**

- जब उनकी कुल मासिक सकल आय उनके परिवार में सदस्यों की संख्या के आय स्तर के 130%से अधिक हो।
- जब किसी आश्रितों के बिना वाले सक्षम शरीर वाले बालिग व्यक्ति (ABAWDs) के काम के घंटे प्रति सप्ताह 20 घंटे या प्रति महीने 80 घंटेसे कम हो जाते हैं। इन परिवर्तनों की सूचना उस महीने के अंत से **10** दिनों के भीतर दी जानी ज़रूरी है जिसमें परिवर्तन हुआ हो।
- परिवारों को तब रिपोर्ट करना आवश्यक है जब परिवार के किसी सदस्य को लॉटरी या जुआ जीतने पर \$4500 या उससे अधिक (टैक्स या अन्य कटौतियों से पहले) की राशि प्राप्त होती है। यह एक गेम में जीता जाने वाला नकद पुरस्कार है। जीत की राशि को उस महीने के अंत से अगले 10 दिनों के अंदर-अंदर रिपोर्ट करना आवश्यक है, जिसमें परिवार के सदस्य ने जीत हासिल की थी।

यद्यपि आपके परिवार के लिए केवल सरलीकृत रिपोर्टिंग आवश्यकताएँ लागू होती हैं, फिर भी आप निम्नलिखित परिवर्तनों में से किसी की भी रिपोर्ट कर सकते हैं:

आप जिन परिवर्तनों की रिपोर्ट कर रहे हैं उन्हें जाँचे और इस फॉर्म में दिए गए प्रश्नों को पूरा करें।

- किसी के घर में आने या घर से चले जाने के कारण परिवार में रहने वाले लोगों में परिवर्तन
- परिवार नए पते पर चला गया परिवार का(के)
- सदस्य काम करने लगे परिवार के सदस्य(यों)
- ने काम करना बंद कर दिया
- परिवार के सदस्य(यों) के प्रति घंटा वेतन दर या घंटों में परिवर्तन हुआ
- परिवार के सदस्य(यों) को SSI, सामाजिक सुरक्षा, वैंटरन प्रशासन, पेंशन, सेवानिवृत्ति, विकलांगता, मित्रों या रिश्तेदारों से धन, बच्चे के भरण-पोषण के लिए सहायता, बेरोज़गारी लाभ आदि मिलना शुरू हो गया या मिलना बंद हो गया।
- किसी के घर में खर्च और बिलों में बदलाव।
- आपके या आपके परिवार में किसी के पास \$3000 या उससे अधिक संसाधन हैं। अगर बुजुर्ग या विकलांग हैं, तो \$4500 या अधिक की संपत्तियाँ।

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग परिवार और बच्चों की सेवाओं  
का प्रभाग परिवर्तन रिपोर्ट फॉर्म

परिवार संयोजन

- कौन रहने आया? \_\_\_\_\_ कौन घर छोड़कर चला गया? \_\_\_\_\_
- व्यक्ति कब रहने आया या कब छोड़कर चला गया? \_\_\_\_\_

पता

- मेरा परिवार नये पतेपर रहने चला गया है। नया पता है \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- नया किराया या बंधक-ऋण की राशि \$ \_\_\_\_\_ अगर बंधक-ऋण है, तो वार्षिक संपत्ति टैक्स \$ \_\_\_\_\_ है और घर के मालिक केबीमे की राशि \$ है \_\_\_\_\_।
- क्या कोई आपको किराया, बंधक-ऋण राशि या उपयोगिता बिलों का भुगतान करने में मदद करता है? हाँ \_\_\_\_\_ नहीं \_\_\_\_\_ अगर हाँ, तो कौन?  
\_\_\_\_\_
- अपने नए पते पर आप किन सुविधाओं का भुगतान करते हैं? \_\_\_\_\_
- क्या आपको हीटिंग या कूलिंग लागत का भुगतान करना पड़ता है? हाँ \_\_\_\_\_ नहीं \_\_\_\_\_ (बिजली, गैस, या दोनों)

आय

- किस व्यक्ति की आय यारोज़गार में परिवर्तन हुआ है? \_\_\_\_\_
- आय या रोज़गार कहाँ से आता है? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- आय कितनी बार प्राप्त होती है? \_\_\_\_\_
- आय या रोज़गार कब शुरू हुआ? \_\_\_\_\_
- आय की नई राशि कितनी है? \_\_\_\_\_
- आय या रोज़गार कब बंद हो गया? \_\_\_\_\_
- पिछली बार प्राप्त हुई भुगतान राशि कितनी है? \_\_\_\_\_

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग परिवार और बच्चों की सेवाओं  
का प्रभाग परिवर्तन रिपोर्ट फॉर्म

| चिकित्सा खर्च  |  |            |              |                                    |
|--|--|------------|--------------|------------------------------------|
| क्या 60 वर्ष या उससे अधिक आयु के किसी व्यक्ति या विकलांग के कोई चिकित्सा खर्च हैं?      हाँ _____ नहीं _____      अगर हाँ, तो नीचे दिया गया पूरा चार्ट भरें। |  |            |              |                                    |
| परिवार का सदस्य जिसको बिलकिया गया  | खर्च की किस्म (डॉक्टर, अस्पताल, नुस्खे, Medicare प्रीमियम) | बकाया राशि | बिल की तारीख | क्या बीमा भुगतान करेगा? (हाँ/नहीं) |
|  |  |            |              |                                    |
|  |  |            |              |                                    |
|  |  |            |              |                                    |
|  |  |            |              |                                    |

| बच्चे के भरण-पोषण के लिए भुगतान   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>क्या आप या आपके परिवार में कोई घर से बाहर रहने वाले किसी व्यक्ति को बच्चे के भरण-पोषण का भुगतान करता है?<br/>हाँ _____ नहीं _____</li> <li>भुगतान करने के लिए कौन बाध्य है? _____</li> <li>बाध्यता राशि कितनी है? _____</li> <li>बच्चे के भरण-पोषण का भुगतान किसके लिए किया जाता है? _____</li> <li>बच्चे के भरण-पोषण का भुगतान किसे किया जाता है? _____</li> <li>कितनी बार बच्चे के भरण-पोषण का भुगतान किया जाता है? _____</li> <li>भुगतान की गई वास्तविक राशि कितनी है? _____</li> </ul> |

| आश्रित देखभाल खर्च                     |                 |   |                                |
|--|-----------------|---|--------------------------------|
| वह व्यक्ति जिसे देखभाल की आवश्यकता है: |                 | देखभाल के लिए भुगतान करने वाला व्यक्ति: |                                |
| प्रदाता का नाम:                        |                 | प्रदाता को कितना भुगतान किया जाता है:   | कितनी बार भुगतान किया जाता है: |
| प्रदाता का फ़ोन #:                     | देखभाल का कारण: |   |                                |

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग परिवार और बच्चों की सेवाओं  
का प्रभाग परिवर्तन रिपोर्ट फॉर्म

| संसाधन   |       |            |             |
|--|-------|------------|-------------|
| क्या आपके घर में किसी व्यक्ति के पास निम्नलिखित में से कोई संसाधन है? हाँ _____ नहीं _____ |       |            |             |
| अगर हाँ, तो नीचे दिया गया पूरा चार्ट करें।   |       |            |             |
| संसाधन के प्रकार   | मालिक | राशि/मूल्य | बैंक का नाम |
| नकद  |       |            |             |
| चेकिंग/ सेविंग   |       |            |             |
| क्रेडिट यूनियन   |       |            |             |
| स्टॉक या बांड  |       |            |             |
| सेफ़ डिपॉज़िट बॉक्स  |       |            |             |

|  |
|--|
| <p>मेरे परिवार की कुल मासिक सकल आय (अर्जित -कटौतियों और अनर्जित आय से पहले) आय सीमाके 130% से अधिक है।</p> <p>किसमहीने/वर्ष में परिवार की आय 130%से अधिक हो गई? _____ / _____<br/>महीना वर्ष</p> <p>कुल मासिक सकल आय राशि कितनी है? _____</p> <p>हस्ताक्षर _____ तारीख _____</p>   |
| <p>मेरे परिवार में एक <b>ABAWD</b> सदस्य था , जिसके काम के घंटे प्रति सप्ताह <b>20</b> घंटे या प्रति महीने 80 घंटे से कम हो गये।<br/>मैं एक बेरोज़गार ABAWD हूँ जो प्रति सप्ताह 20-29 घंटे या प्रति महीने 80 घंटे काम कर रहा था/थी। मेरे काम के घंटे घट गए हैं: _____ घंटे प्रति सप्ताह</p> <p>हस्ताक्षर _____ तारीख _____</p> |
| <p>मेरे परिवार में एक सदस्य था जिसे लॉटरी या जुए में जीत हुई।</p> <p>किस महीने/वर्ष में घर के सदस्य को लॉटरी/जुआ से आय प्राप्त हुई? _____ / _____<br/>महीना वर्ष</p> <p>कुल सकल लॉटरी/जुआ आय राशि कितनी है? _____</p> <p>हस्ताक्षर _____ तारीख _____</p>   |

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग परिवार और बच्चों की सेवाओं  
का प्रभाग परिवर्तन रिपोर्ट फॉर्म

मैं अपने ज्ञान और विश्वास के अनुसार झूठी गवाही के दंड के तहत घोषित करता/ती हूँ कि जिस व्यक्ति(व्यक्तियों) के लिए मैं लाभ के लिए आवेदन कर रहा/हूँ वह एक अमेरिकी नागरिक है या संयुक्त राज्य अमेरिका में कानूनी रूप से मौजूद है। मैं यह भी प्रमाणित करता/ती हूँ कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही है। मैं समझता/ती 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/ती हूँ कि मेरी जानकारी का इस्तेमाल वेतन संबंधी जानकारी और कार्य गतिविधियों में मेरी भागीदारी को ट्रैक करने के लिए किया जाएगा।

मैं (SNAP)/Medicaid और/या TANF प्रोग्राम की आवश्यकताओं के अनुसार अपनी स्थिति में किसी भी बदलाव की रिपोर्ट करूँगा/गी। मैं यह भी रिपोर्ट करूँगा/गी अगर मेरे परिवार में किसी को लॉटरी या जुए में \$4500 या उससे अधिक (टैक्स या अन्य कटौतियों से पहले की सकल राशि) की राशि प्राप्त होती है। मैं इन जीत को प्राप्त होने के महीने के अंत से लेकर 10 दिनों के भीतर रिपोर्ट करूँगा/गी। मैं समझता/ती हूँ कि अगर कोई जानकारी गलत होती है, तो मेरे लाभांशों में कटौती हो सकती है या उन्हें अस्वीकृत किया जा सकता है, और मुझे अपराधिक कार्यवाही का सामना करना पड़ सकता है या जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करने के लिए DHS-DFCS प्रोग्रामों से विलंबित किया जा सकता है। मैं समझता/ती हूँ कि अगर मैं गलत जानकारी देता/ती हूँ या जानकारी छुपाता/ती हूँ तो मुझ पर मुकदमा चलाया जा सकता है। मैं समझता/ती हूँ कि अगर मैं अपने आवेदन या नवीनीकरण प्रक्रिया के दौरान अपने कुछ खर्चों के बारे में DHS-DFCS को बताने में विफल रहता/ती हूँ और/या उन्हें सत्यापित करने में विफल रहता/ती हूँ, तो DHS-DFCS मेरे सैन्य लाभों की राशि की गणना में उस खर्च का बजट नहीं करेगा।

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

तारीख \_\_\_\_\_

**मतदाता पंजीकरण जानकारी**

अगर आप अभी जहाँ रहते हैं वहाँ मतदान करने के लिए पंजीकृत नहीं हैं, तो क्या आप आज यहाँ मतदान करने के लिए पंजीकरण के लिए आवेदन करना चाहेंगे?

\_\_\_\_\_ हाँ

\_\_\_\_\_ नहीं

\_\_\_\_\_ मैं मतदाता पंजीकरण प्रश्न का उत्तर नहीं देना चाहता/ती 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।

अगर 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।

अगर 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 स्वयं का राजनीतिक दल या अन्य राजनीतिक वरीयता चुनने का अधिकार, आप राज्य सचिव के पास इस पते पर शिकायत दर्ज कर सकते हैं: 2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 या 404-656-2871 पर कॉल करें।

अगर आप किसी भी बॉक्स पर निशान नहीं लगाते हैं, तो यह माना जाएगा कि आपने इस समय वोट देने के लिए पंजीकरण नहीं करने का निर्णय लिया है।

**जॉर्जिया 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। अगर आप एक मतदाता पंजीकरण आवेदन को पूरा करते हैं, तो मतदाता पंजीकरण आवेदन पर दिए गए निर्देशों का पालन करते हुए इसे जॉर्जिया राज्य सचिव के कार्यालय में जमा करें।**

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग परिवार और बच्चों की सेवाओं  
का प्रभाग परिवर्तन रिपोर्ट फॉर्म

## ADA / धारा 504 अधिकारों का नोटिस

### विकलांग लोगों के लिए सहायता

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग और जॉर्जिया समुदाय स्वास्थ्य विभाग ("विभागों") को संघीय कानून\* के अनुसार विकलांग व्यक्तियों को विभागों के प्रोग्रामों, सेवाओं, या गतिविधियों में भाग लेने और योग्य होने का समान अवसर प्रदान करना अनिवार्य है। इसमें SNAP, TANF और चिकित्सा सहायता जैसे प्रोग्राम शामिल हैं।

जब विकलांगता के आधार पर भेदभाव से बचने के लिए समायोजन आवश्यक होते हैं तो विभाग उचित समायोजन प्रदान करते हैं। उदाहरण के लिए, हम समान पहुँच 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 सहायता मुफ्त दी जाती है। विभागों को ऐसा कोई समायोजन प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है जिसके परिणामस्वरूप सेवा, प्रोग्राम, या गतिविधि की प्रकृति में मौलिक परिवर्तन हो या अनुचित वित्तीय और प्रशासनिक बोझ पड़ता हो।

### उचित समायोजन या संचार सहायता का अनुरोध कैसे करें

अगर आप विकलांग हैं और उचित समायोजन, संचार सहायता, या अतिरिक्त सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया अपने केस वर्कर से संपर्क करें। उदाहरण के लिए, अगर आपको प्रभावी संचार के लिए किसी सहायता या सेवा की आवश्यकता है, जैसे सांकेतिक भाषा दुभाषिया, तो कॉल करें। 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 पर कॉल कर सकते हैं। आप DFCS ADA उचित समायोजन अनुरोध फॉर्म 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 प्राप्त कर सकते हैं या आप DCH ADA उचित समायोजन अनुरोध फॉर्म KB कार्यालय से, ऑनलाइन <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> पर प्राप्त कर सकते हैं, या आप अपना समायोजन अनुरोध DCH.ADAassistance@dch.ga.gov पर ईमेल कर सकते हैं।

<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>

### शिकायत कैसे दर्ज करें

अगर आपकी विकलांगता के कारण विभाग ने आपके साथ भेदभाव किया है तो आपको शिकायत करने का अधिकार है। उदाहरण के लिए, अगर आपने एक उचित समायोजन या सांकेतिक भाषा दुभाषिया प्रदान किए जाने 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, 20334<sup>st</sup> 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/धारा 504 समन्वयक से संपर्क करें: 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 या P.O. Box 172, Norcross, GA.30091 ,(678) 248-7449 30091, 678-248-7449. DCH ईमेल है: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

आप अपने केस वर्कर से DFCS नागरिक अधिकार शिकायत फॉर्म की एक प्रति मांग सकते हैं। शिकायत फॉर्म <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> पर भी उपलब्ध है। अगर आपको भेदभाव की शिकायत करने में मदद चाहिए, तो आप ऊपर सूचीबद्ध किसी भी DFCS कर्मचारी से संपर्क कर सकते हैं। ऐसे व्यक्ति जो बहरे हैं या सुनने में कठिनाई होती है या जिन्हें बोलने में अक्षमता हो सकती है, वे हमारे साथ जुड़ने के लिए एक ऑपरिटर के लिए 711 पर कॉल कर सकते हैं। DCH नागरिक अधिकारों की शिकायतों के लिए ईमेल है: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). DCH नागरिक अधिकार प्रक्रिया और शिकायत फॉर्म के लिए लिंक यहाँ मौजूद है: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

आप उपयुक्त संघीय एजेंसी के साथ भेदभाव की शिकायत भी दर्ज कर सकते हैं। यू.एस. कृषि विभाग (USDA) और यू.एस. स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (HHS) की सम्पर्क जानकारी "गैर-भेदभाव संबंधी कथन" में शामिल है।

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

## जॉर्जिया मानव सेवा विभाग परिवार और बच्चों की सेवाओं का प्रभाग परिवर्तन रिपोर्ट फॉर्म

**USDA** को आवेदन-पत्र न भेजें

### गैर-भेदभाव संबंधी कथन

संघीय नागरिक अधिकार कानूनों के अनुसार और यू.एस. कृषि विभाग (USDA) के नागरिक अधिकार विनियमों और नीतियों के अनुसार, USDA, इसकी एजेंसियां, कार्यालय और कर्मचारी, और USDA कार्यक्रमों में भाग लेने वाली या प्रशासन करने वाली एजेंसियों को नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, लिंग (लिंग पहचान और यौन अभिविन्यास सहित), धार्मिक पंथ, विकलांगता, आयु, राजनीतिक मान्यताओं, या किसी भी पूर्व नागरिक अधिकार गतिविधि के लिए प्रतिशोध या बदले के आधार पर भेदभाव करने से प्रतिबंधित किया जाता है। प्रोग्राम जो यू.एस. स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (HHS), जैसे ज़रूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF) से वित्तीय सहायता प्राप्त करते हैं, और HHS द्वारा सीधे संचालित किए जाने वाले प्रोग्राम भी संघीय नागरिक अधिकार कानूनों और HHS नियमों के तहत भेदभाव किए जाने 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 जहां उन्होंने लाभों के लिए आवेदन किया था। ऐसे व्यक्ति जो बधिर हैं, सुनने में कठिनाई होती है या जिन्हें बोलने में अक्षमता है, वे फेडरल रिसे सेवा के जरिए (800) 877-8339 पर USDA से संपर्क कर सकते हैं। इसके अतिरिक्त, प्रोग्राम की जानकारी अंग्रेजी के अलावा अन्य भाषाओं में उपलब्ध कराई जा सकती है।

**USDA** प्रोग्रामों से संबंधित नागरिक अधिकार शिकायतें

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

1. डाक: Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; या
2. फैक्स: (833) 256-1665 या (202) 690-7442; या
3. फोन: (833) 620-1071; या
4. ईमेल: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

SNAP मुद्दों के संबंध में किसी भी अन्य जानकारी के लिए, व्यक्तियों को या तो USDA 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 मिल सकता है:

[SNAP हॉटलाइन](#)

**USDA** प्रोग्रामों से संबंधित नागरिक अधिकार शिकायतें

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

HHS से संघीय वित्तीय सहायता प्राप्त करने वाले प्रोग्राम के संबंध में अपने लिए या किसी और के लिए भेदभाव की शिकायत दर्ज करने के लिए, OCR के शिकायत पोर्टल के जरिए फॉर्म को ऑनलाइन भरें <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>। आप OCR से डाक द्वारा भी संपर्क कर सकते हैं: 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; फैक्स: (202) 619-3818; या ईमेल: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov)। शीघ्र कार्रवाई किए जाने के लिए, हम आपको डाक के जरिए दर्ज करने की बजाय शिकायत दर्ज करने के लिए OCR ऑनलाइन पोर्टल का उपयोग करने के लिए प्रोत्साहित करते हैं। जिन व्यक्तियों को नागरिक अधिकार शिकायत दर्ज करने में सहायता की आवश्यकता है, वे [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) पर OCR को एक मेल भेज सकते हैं या OCR को टोल-फ्री 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 पर कॉल कर सकते हैं। उन लोगों के लिए जो बहरे हैं, सुनने में कठिनाई होती है, या बोलने में कठिनाई होती 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 प्रदाता है।

आप अपने स्थानीय DFCS कार्यालय, या DFCS नागरिक अधिकार और ADA/धारा 504 समन्वयक से संपर्क करके भी भेदभाव की शिकायत दर्ज कर सकते हैं: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA, 30334, (877) 423-4746. सीमित अंग्रेजी दक्षता के आधार पर भेदभाव का आरोप लगाने वाली शिकायतों के लिए, DHS सीमित अंग्रेजी दक्षता और संवेदी क्षीणता प्रोग्राम से संपर्क करें: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334 या (877) 423-4746 पर कॉल करें।

**USDA** को आवेदन-पत्र न भेजें