

Georgia ပြည်နယ် လူသားရေးရာဝန်ဆောင်မှုများဌာန၊မိသားစုနှင့် ကလေး များဝန်ဆောင်မှု ဆိုင်ရာဌာနခွဲ၏ ပြောင်းလဲမှု အစီရင်ခံစာ ဖောင်ပုံစံ

သင့် အိမ်ထောင်စုအခြေအနေ ပြောင်းလဲမှုများကို မိသားစုနှင့် ကလေးဝန်ဆောင်မှုဌာနသို့ တိုင်ကြားရန် ဤဖောင်ပုံစံကို အသုံးပြုပါ။ သင့် အနေဖြင့် ဤစာရွက်စာတမ်းကို ဖတ်ရှုရန် သို့မဟုတ် ဖြည့်စွက်ရန် အကူအညီလိုအပ်ပါက သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့နှင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရာတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့အား မေးမြန်းပါ။ သို့မဟုတ် **1-877-423-4746** သို့ခေါ်ဆိုပါ။ စကားပြန်များအပါအဝင် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝန်ဆောင်မှုများသည် အခမဲ့ ဖြစ်ပါသည်။ အကယ်၍ သင်သည် နားမကြား၊ နားကြားရန် ခက်ခဲ၊ မျက်မမြင်-နားမကြား သို့မဟုတ် စကားပြော ရာတွင် အခက်အခဲရှိပါက သင့်အနေဖြင့် **711 (Georgia တစ်ဆင့်ခံ)** ကို နှိပ်ခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ထံ အထက်ပါ ဖုန်းနံပါတ်သို့ ခေါ်ဆိုနိုင် ပါသည်။

အခြေအနေအရပ်ရပ်အပြောင်းအလဲများကို အစီရင်ခံခြင်း မှလွဲ၍ ဤဖောင်ကို ပြန်မပို့ပါနှင့်။

အမည်- _____ အမှုသည်ID နံပါတ် _____

လိပ်စာ- _____ အမှုတွဲ နံပါတ် _____

_____ အလုပ်သမား ဖုန်းနံပါတ် _____

- ရိုးရှင်းသော အစီရင်ခံခြင်းအသုံးပြုသည့် အိမ်ထောင်စုများသည် အောက်ပါတို့ကို အစီရင်ခံရမည်-
- ၎င်းတို့၏ လစဉ်စုစုပေါင်း ဝင်ငွေ သည် ၎င်းတို့၏ အိမ်ထောင်စုအရွယ်အစားအတွက် ဝင်ငွေအဆင့်၏ 130% ထက်ပိုသောအခါ။
 - မှီခိုသူမရှိသည့် အလုပ်လုပ်နိုင်သော လူကြီးတစ်ယောက်၏(ABAWD) အလုပ်ချိန်သည် တစ်ပတ်လျှင် နာရီ 20 သို့မဟုတ် တစ်လလျှင် နာရီ 80 အောက် လျော့နည်းသွားသည့်အခါ။ ဤပြောင်းလဲမှုများကို ပြောင်းလဲမှုဖြစ်ပွားသည့် လကုန်သည့်နေ့မှ နောက် **10** ရက်ထက် နောက်မကျစေဘဲ အစီရင်ခံရပါ မည်။
 - အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးသည် ထို သို့မဟုတ် လောင်းကစားဆုများကို စုစုပေါင်းငွေပမာဏ \$4500 သို့မဟုတ် ထို့ထက်ပို၍ ရရှိသောအခါ (အခွန် များ သို့မဟုတ် အခြားပေးဆောင်စရာများကို မပေးဆောင်မီ) အိမ်ထောင်စုများက အစီရင်ခံရပါမည်။ ၎င်းသည် ကစားပွဲတစ်ခုအတွင်း အနိုင်ရ ရှိသည့် ငွေသားဆုကြေးတစ်ခု ဖြစ်သည်။ အိမ်ထောင်စုဝင်မှ အနိုင်ရရှိသောဆုများကို လကုန်သည့်နေ့မှ နောက် 10 ရက်ထက် နောက်မကျစေဘဲ

**Georgia ပြည်နယ် လူသားရေးရာဝန်ဆောင်မှုများဌာန၊မိသားစုနှင့် ကလေး
များဝန်ဆောင်မှု ဆိုင်ရာဌာနခွဲ၏ ပြောင်းလဲမှု အစီရင်ခံစာ ဖောင်ပုံစံ**

သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် ရိုးရှင်းသော အစီရင်ခံခြင်းဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များသာရှိသော်လည်း သင်သည် အောက်ပါ ပြောင်းလဲမှုများထဲမှ တစ်ခုခုကို အစီရင်ခံနိုင်ပါသည်-

သင် အစီရင်ခံလျက်ရှိသည့် အပြောင်းအလဲများကို စစ်ဆေးပြီး ဤဖောင်ပေါ်ရှိ မေးခွန်းများကို ဖြည့်စွက်ပါ။

- တစ်စုံတစ်ယောက်ရွှေ့ပြောင်းလာခြင်း သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းသွားခြင်းကြောင့် အိမ်ထောင်စုတွင်းနေထိုင်သူတွင် အပြောင်းအလဲဖြစ်ခြင်း
- အိမ်ထောင်စုသည် လိပ်စာအသစ်သို့ ပြောင်းရွှေ့
- ခွဲသည် အိမ်ထောင်စုဝင်(များ) အလုပ်စတင်လုပ်သည်
- အိမ်ထောင်စုဝင်(များ) အလုပ်လုပ်ခြင်း ရပ်ဆိုင်းသည်
- အိမ်ထောင်စုဝင်(များ) ၏ နာရီအလိုက် လစာနှုန်းထား သို့မဟုတ် အလုပ်ချိန်နာရီများ အပြောင်းအလဲ ရှိသည်
- အိမ်ထောင်စုဝင်(များ) သည် SSI၊ လူမှုဖူလုံရေး၊ VA၊ ပင်စင်၊ အငြိမ်းစားယူမှု၊ မသန်စွမ်းမှု၊ မိတ်ဆွေ သို့မဟုတ် ဆွေမျိုးများထံမှ ငွေကြေး၊ ကလေးထောက်ပံ့မှု၊ အလုပ်လက်မဲ့ စသည်ဖြင့်ကို စတင်လက်ခံရရှိခဲ့သည် သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခြင်းကို ရပ်ဆိုင်းခဲ့သည်။
- တစ်စုံတစ်ဦးသည် အိမ်ထောင်စုအသုံးစရိတ်များနှင့် ငွေတောင်းခံလွှာများတွင် ပြောင်းလဲမှု ရှိခဲ့သည်
- သင် သို့မဟုတ်သင့် အိမ်ထောင်စုရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည်ဒေါ်လာ 3000 သို့မဟုတ် ထို့ထက်ပို၍ အရင်းအမြစ်များရှိသည်။ သက်ကြီးရွယ်အို

Georgia ပြည်နယ် လူသားရေးရာဝန်ဆောင်မှုများဌာန၊ မိသားစုနှင့် ကလေးများဝန်ဆောင်မှု ဆိုင်ရာဌာနခွဲ၏ ပြောင်းလဲမှု အစီရင်ခံစာ ဖောင်ပုံစံ

အိမ်ထောင်စု ဖွဲ့စည်းမှု
<ul style="list-style-type: none"> မည်သူတွေ ရွေးပြောင်းလာပါသလဲ။ _____ မည်သူတွေ ရွေးပြောင်းသွားပါသလဲ။ _____ ထိုသူသည် မည်သည့်အချိန်၌ ရွေးပြောင်းလာသို့မဟုတ် ရွေးပြောင်းသွားပါသလဲ။ _____

လိပ်စာ
<ul style="list-style-type: none"> ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုသည် လိပ်စာအသစ်သို့ ပြောင်းရွှေ့ခဲ့ပြီးဖြစ်သည်။ လိပ်စာအသစ် မှာ _____ _____ _____ အသစ်ငှားရမ်းခြင်း သို့မဟုတ် အိမ်ပေါင်နှံမှု ပမာဏ \$ _____ အိမ်ပေါင်နှံမှုတစ်ခုဖြစ်ပါက နှစ်စဉ် အိမ်ခြံမြေခွန် သည် _____ ဒေါ်လာ ဖြစ်ပြီး အိမ်ပိုင်ရှင်၏ အာမခံ ပမာဏမှာ ဒေါ်လာ ဖြစ်သည် _____။ သင့်အိမ်ငှားခ၊ အိမ်ပေါင်နှံမှု သို့မဟုတ် ရေ၊ မီးအသုံးစရိတ်များကို ပေးဆောင်ရန် တစ်စုံတစ်ဦးက ကူညီပေးပါသလား။ ဟုတ် _____ မဟုတ် _____ အကယ်၍ ဟုတ်ပါကဘယ်သူပါသလဲ။ _____ သင့် လိပ်စာအသစ် တွင်သင် မည်သည့် ရေ၊ မီး အသုံးစရိတ်များကို ပေးဆောင်ရမည်နည်း။ _____ အပူဓာတ်ပေးခြင်း သို့မဟုတ် အအေးဓာတ်ပေးခြင်းအတွက် ပေးဆောင်ရန်လိုအပ်ပါသလား။ ဟုတ် _____ မဟုတ် _____ (လျှပ်စစ်၊ ဓာတ်ငွေ့ သို့မဟုတ် နှစ်မျိုးလုံး)

ဝင်ငွေ
<ul style="list-style-type: none"> မည်သူ၏ဝင်ငွေ သို့မဟုတ် အလုပ်အကိုင်အပြောင်းအလဲ ရှိခဲ့ပါသလဲ။ _____ ဝင်ငွေ သို့မဟုတ် အလုပ်အကိုင်က မည်သည့်နေရာမှ ဖြစ်ပါသလဲ။ _____ _____ ဝင်ငွေကို ဘယ်နှကြိမ် လက်ခံရရှိပါသလဲ။ _____ ဝင်ငွေ သို့မဟုတ် အလုပ်အကိုင်က မည်သည့်အချိန်၌ စတင်ခဲ့ပါသလဲ။ _____ ဝင်ငွေ ပမာဏအသစ်က ဘယ်လောက်ပါသလဲ။ _____ ဝင်ငွေ သို့မဟုတ် အလုပ်အကိုင်က မည်သည့်အချိန်၌ ရပ်သွားခဲ့ပါသလဲ။ _____ လက်ခံရရှိသည့် နောက်ဆုံးပေးချေမှုပမာဏက ဘယ်လောက်ပါသလဲ။ _____

Georgia ပြည်နယ် လူသားရေးရာဝန်ဆောင်မှုများဌာန၊ မိသားစုနှင့် ကလေး
များဝန်ဆောင်မှု ဆိုင်ရာဌာနခွဲ၏ ပြောင်းလဲမှု အစီရင်ခံစာ ဖောင်ပုံစံ

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အသုံးစရိတ်များ				
အသက် 60 သို့မဟုတ် အထက် သို့မဟုတ် မသန်မစွမ်းဖြစ်သူ တစ်ဦးဦးတွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များ ရှိပါသလား။ ဟုတ် _____ မဟုတ် _____ ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။				
မည်သည့်အိမ်ထောင်စုဝင်အတွက် ငွေတောင်းခံရသည်	ကုန်ကျစရိတ် အမျိုးအစား (ဆရာဝန်၊ ဆေးရုံ၊ ညွှန်းဆေးများ၊ Medicare ပရီမီယံ)	ပေးဆောင်ရန်ရှိသည့် ပမာဏ	ငွေတောင်းခံသည့် ရက်စွဲ	အာမခံက ငွေပေးချေပါမည်လား။

ကလေး ထောက်ပံ့ကြေး ငွေပေးချေမှု
<ul style="list-style-type: none"> • သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုတွင်ရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် အိမ် ပြင်ပတွင် နေထိုင်သော တစ်စုံတစ်ဦးအား ကလေး ထောက်ပံ့စရိတ် ပေးနေပါသလား။ ဟုတ် _____ မဟုတ် _____ • မည်သူ့တွင် ပေးရန် တာဝန်ရှိပါသလဲ။ _____ • ပေးရန် တာဝန်ရှိသည့် ပမာဏက ဘယ်လောက်ပါသလဲ။ _____ • ကလေး ထောက်ပံ့ကြေးကို မည်သူ့အတွက် ပေးချေပါသလဲ။ _____ • ကလေး ထောက်ပံ့ကြေးကို မည်သူ့အားပေးချေပါသလဲ။ _____ • ကလေး ထောက်ပံ့ကြေးကို ဘယ်နှစ်ကြိမ် ပေးချေပါသလဲ။ _____ • အမှန်တကယ် ပေးချေသည့် ပမာဏက ဘယ်လောက်ပါသလဲ။ _____

မှီခိုသူ စောင့်ရှောက်မှု အသုံးစရိတ်များ			
စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်သူ -		စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေသူ-	
ပံ့ပိုးသူ၏ အမည်-		စောင့်ရှောက်မှုပံ့ပိုးသူအား မည်မျှ ပေးချေရပါသလဲ-	ဘယ်နှကြိမ်လဲ -
စောင့်ရှောက်မှုပံ့ပိုးသူ၏ ဖုန်း နံပါတ်-	စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်သည့် အကြောင်းရင်း-		

Georgia ပြည်နယ် လူသားရေးရာဝန်ဆောင်မှုများဌာန၊မိသားစုနှင့် ကလေး
များဝန်ဆောင်မှု ဆိုင်ရာဌာနခွဲ၏ ပြောင်းလဲမှု အစီရင်ခံစာ ဖောင်ပုံစံ

အရင်းအမြစ်များ		
သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ လူတစ်ဦးဦးတွင် အောက်ပါရင်းမြစ်များထဲမှ တစ်ခုခု ရှိပါသလား။ ဟုတ် _____ မဟုတ် _____ အကယ်၍ ရှိပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။		
ရင်းမြစ် အမျိုးအစား	ပိုင်ရှင်	ပမာဏ/တန်ဖိုး
ငွေသား		ဘဏ်အမည်
ငွေသွင်း/ငွေစု အကောင့်		
Credit Union		
စတော့ရှယ်ယာများ သို့မဟုတ် အာမခံ ဘွဲ့များ စာချုပ်များ		
ဘေးကင်းလုံခြုံသည့် အပ်ငွေသေတ္တာ		

ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုတွင် ဝင်ငွေ ကန့်သတ်ချက်၏ **130%** ထက် ပိုသော (နုတ်ယူခြင်းမပြုမီနှင့် အလုပ်မှမဟုတ်သော ကိုယ်ပိုင်ဝင်ငွေ) လ
စဉ် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ ရရှိထားသည်။

အိမ်ထောင်စု၏ ဝင်ငွေသည် 130% ပမာဏထက် မည်သည့် လ/ခုနှစ်တွင် ကျော်လွန်ခဲ့ပါသလဲ။ _____ / _____
လ ခုနှစ်

လစဉ် စုစုပေါင်း ဝင်ငွေဟာ ဘယ်လောက်ပါလဲ။ _____

လက်မှတ် _____ ရက်စွဲ _____

ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုတွင် အလုပ်ချိန် တစ်ပတ်လျှင် နာရီ **20** သို့မဟုတ် တစ်လလျှင် နာရီ 80 အောက် လျော့နည်းသွားသော **ABAWD** အဖွဲ့ဝင်တစ်
ဦး ရှိခဲ့သည်။

ကျွန်ုပ်သည် _____ တစ်ပတ်လျှင် နာရီ 20-29 မှ 80 နာရီ သို့မဟုတ် တစ်လလျှင် နာရီ 80 အလုပ်လုပ်နေခဲ့သော
အလုပ်လက်မဲ့ ABAWD တစ်ဦးဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ်၏အလုပ်ချိန်သည် _____ တစ်ပတ်လျှင် နာရီအထိ လျော့ကျသွားသည်။

လက်မှတ် _____ ရက်စွဲ _____

ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုတွင် ထိပေါက်သော သို့မဟုတ် လောင်းကစား ဆုကြေးများရရှိသော အိမ်ထောင်စု ဝင်တစ်ဦး ရှိသည်။

ထိုအိမ်ထောင်စုဝင်သည် မည်သည့် လ/ခုနှစ်တွင် ထိ/လောင်းကစားမှ ဝင်ငွေရရှိခဲ့သလဲ။ _____ / _____
လ ခုနှစ်

စုစုပေါင်း ထိ/လောင်းကစားမှ ဝင် ငွေပမာဏ ဘယ်လောက်ပါလဲ။ _____

လက်မှတ် _____ ရက်စွဲ _____

Georgia ပြည်နယ် လူသားရေးရာဝန်ဆောင်မှုများဌာန၊မိသားစုနှင့် ကလေး

များဝန်ဆောင်မှု ဆိုင်ရာဌာနခွဲ၏ ပြောင်းလဲမှု အစီရင်ခံစာ ဖောင်ပုံစံ

အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားသူ(များ)သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား(များ) သို့မဟုတ် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် တရားဝင်ရောက်ရှိနေသည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ(များ) ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်သိသမျှ နှင့် ယုံကြည်သမျှ လိမ်လည်မှု ပြစ်ဒဏ်ကို သိနားလည်လျှက်ကြေညာအပ်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာအတွင်းပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်အားလုံးသည် မှန်ကန်ပြီး အမှားအယွင်းမရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်သိသမျှ ထပ်ဆောင်း အတည်ပြုပါသည်။ DHS-DFCS၊ DCH နှင့် အခွင့်အာဏာရ အစိုးရ အေဂျင်စီများသည် ဤလျှောက်လွှာပေါ်တွင် ကျွန်ုပ်ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်ကို အတည်ပြုစစ်ဆေးနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပြီး သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။ အချက်အလက်များကို ယခင် သို့မဟုတ် လက်ရှိ အလုပ်ရှင်များထံမှ ရယူနိုင်ပါသည်။ လုပ်ခဆိုင်ရာ အချက်အလက်နှင့် အလုပ်အကိုင် လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်မှုများတွင်ကျွန်ုပ်၏ ပါဝင်လုပ်ဆောင်မှုကို ခြေရာခံရန် ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည် ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

SNAP/Medicaid နှင့်/သို့မဟုတ် TANF အစီအစဉ်လိုအပ်ချက်များအရ ကျွန်ုပ်၏ အခြေအနေတွင် ပြောင်းလဲမှု တစ်စုံတစ်ရာကို အစီရင်ခံပါမည်။ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုရှိ မည်သူမဆို ထိပါကခြင်း သို့မဟုတ် လောင်းကစားအနိုင်ရရှိခြင်းများတွင် စုစုပေါင်း ငွေပမာဏ \$4500 သို့မဟုတ် ထို့ထက်ပိုသောငွေ (အခွန်များ သို့မဟုတ် အခြားပေးဆောင်စရာများကို မပေးဆောင်မီ) ရရှိပါက ၎င်းကိုလည်း အစီရင်ခံပါမည်။ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုသည် အနိုင်ရရှိသောဆုကြေးများကို လက်ကိုင်ပြီးသည့်နေ့မှ နောက် 10 ရက် ထက် နောက်ကျစေဘဲ အစီရင်ခံပါမည်။ အချက်အလက်တစ်ခုခု မှားယွင်းနေပါက ကျွန်ုပ်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှော့ချ နိုင်သည် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ခံရနိုင်ပြီးကျွန်ုပ် နားလည်ပြီး မှားယွင်းသောအချက်အလက်များကို သိလျက်နှင့် ပေးကမ်းသောကြောင့် ရာဇဝတ်မှုဆိုင်ရာ တရားစွဲဆိုခြင်း သို့မဟုတ် DHS-DFCS အစီအစဉ်များမှ အရည်အချင်းမပြည့်မီစေခြင်း ခံရနိုင်သည်ကို နားလည်ပါသည်။ အချက်အလက်မှားများပေးခြင်း သို့မဟုတ် အချက်အလက်များ ဖုံးကွယ်ခြင်း ပြုပါက တရားစွဲခံရနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ် လျှောက်လွှာတင်ခြင်း၊ သက်တမ်းတိုးခြင်း၊ သို့မဟုတ် အခါအားလျော်စွာ အစီရင်ခံခြင်းလုပ်ငန်းစဉ် အတောအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ကုန်ကျစရိတ်အချို့အကြောင်း DHS-DFCS ကို ပြောဆိုရန် ပျက်ကွက်ပါက နှင့်/သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ကို အတည်ပြုရန် ပျက်ကွက်ပါက DHS-DFCS က အဆိုပါကုန်ကျစရိတ်ကို ကျွန်ုပ်၏ SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များ တွက်ချက်ရာတွင် ဘတ်ဂျက်ထည့်သွင်းမည် မဟုတ်ပါ။

လက်မှတ် _____ ရက်စွဲ _____

မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ခြင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်

သင်နေထိုင်သည့်နေရာတွင် မဲပေးရန် ယခုမှတ်ပုံမတင်ရသေးပါက မဲပေးရေးအတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် ဤနေရာတွင် ယနေ့ လျှောက်ထား လိုပါသလား။
_____ ဟုတ်
_____ မဟုတ်
_____ မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ခြင်းဆိုင်ရာ မေးခွန်းကို ကျွန်ုပ် မဖြေဆိုလိုပါ

မဲပေးရန် မှတ်ပုံတင် လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ရန် ငြင်းဆိုခြင်းသည် ဤ အေဂျင်စီက သင်အား ပေးအပ်မည့် ပုံပိုးမှုပမာဏအပေါ် သက်ရောက်မှု မရှိပါ။

မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာပုံစံကို ဖြည့်စွက်ရာတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါက သင်အား ကျွန်ုပ်တို့ ကူညီပေးပါမည်။ အကူအညီရှာဖွေခြင်း သို့မဟုတ် အကူအညီကို လက်ခံခြင်း မခံခြင်းသည် သင်၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ဖြစ်ပါသည်။ လျှောက်လွှာဖောင်ကို လျှို့ဝှက်စွာ ဖြည့်သွင်းနိုင်ပါသည်။

မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို ငြင်းပယ်ရန် သင်၏အခွင့်အရေး၊ မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ရန် ငြင်းပယ်ခြင်း ပြုမပြု ဆုံးဖြတ်ရာတွင် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ကိုင်ခွင့်/သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်ပိုင် နိုင်ငံရေးပါတီ သို့မဟုတ် အခြား နိုင်ငံရေး ဦးစားပေးမှုတစ်ခု ရွေးချယ်ရန် သင်၏ အခွင့်အရေးကို တစ်စုံတစ်ဦးက စွက်ဖက်သည်ဟု သင်ယုံကြည်ပါက ပြည်နယ်အတွင်းရေးမှူးအား အောက်ပါလိပ်စာတွင် သင်တိုင်ကြားနိုင်ပါသည် - 2 Martin Luther King Jr. Drive၊ Suite 802၊ West Tower၊ Atlanta၊ GA 30334 သို့မဟုတ် 404-656-2871 သို့ ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

အကယ်၍ အကွက်တစ်ခုကိုမျှ သင်အမှန်မဖြစ်ပါက ယခုအချိန်၌ မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံမတင်ရန် သင် ဆုံးဖြတ်ခဲ့သည်ဟု ယူဆမည်ဖြစ်ပါသည်။

Georgia ပြည်နယ် မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ခြင်း လျှောက်လွှာ မိတ္တူတစ်စောင်ကို DFCS လျှောက်လွှာများ၊ သက်တမ်းတိုးများနှင့် လိပ်စာ ပြောင်းလဲရေး ဖောင်ပုံစံများနှင့်အတူ ထည့်သွင်းပေးထားပါမည်။ သင့်အမှုတွဲဝန်ထမ်းထံမှလည်း မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာကို တောင်းဆိုနိုင်သည်။ အကယ်၍ သင်သည် မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင် လျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ပြီးပါကမဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာတွင်

Georgia ပြည်နယ် လူသားရေးရာဝန်ဆောင်မှုများဌာန၊မိသားစုနှင့် ကလေး
များဝန်ဆောင်မှု ဆိုင်ရာဌာနခွဲ၏ ပြောင်းလဲမှု အစီရင်ခံစာ ဖောင်ပုံစံ
ဖော်ပြထားသော ညွှန်ကြားချက်များအတိုင်း ၎င်းကို **Georgia** ပြည်နယ်အတွင်းရေးမှူးရုံးသို့ တင်သွင်းပေးပါ။

Georgia ပြည်နယ် လူသားရေးရာဝန်ဆောင်မှုများဌာန၊ မိသားစုနှင့် ကလေး များဝန်ဆောင်မှု ဆိုင်ရာဌာနခွဲ၏ ပြောင်းလဲမှု အစီရင်ခံစာ ဖောင်ပုံစံ

ADA/ပုဒ်မ 504 အခွင့်အရေးများ ဆိုင်ရာ အသိပေးချက်

မသန်မစွမ်းဖြစ်သူများအတွက် အကူအညီ

Georgia ပြည်နယ် လူသားရေးရာဝန်ဆောင်မှုများဌာနနှင့် Georgia ပြည်နယ် အသိုင်းအဝိုင်း ကျန်းမာရေးဌာန ("ဌာနများ") သည် ပြည်ထောင်စု ဥပဒေ* အရ မသန်မစွမ်းဖြစ်သူများအတွက် ဌာနများ၏ အစီအစဉ်များ၊ ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းများတွင် ပါဝင်လုပ်ဆောင်ရန်နှင့် အရည်အချင်းပြည့်မီစေရန် သာတူညီမျှ အခွင့်အရေးတစ်ခု ပေးအပ်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ ၎င်းတွင် SNAP၊ TANF နှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူကဲ့သို့သော အစီအစဉ်များ ပါဝင်သည်။

မသန်မစွမ်းဖြစ်သူအပေါ် အခြေခံ၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းကို ရှောင်ရှားရန် ပြုပြင်မွမ်းမံမှုများ လိုအပ်သည့်အခါ ဌာနများသည် ကျိုးကြောင်းဆီလျော်သော ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုများကို ဆောင်ရွက်ပေးပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် တန်းတူဝင်ရောက်ခွင့် ရရှိရန်မူဝါဒများ၊ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းစဉ်များကို ပြောင်းလဲနိုင်ပါသည်။ တန်းတူရည်တူ ထိရောက်သော ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှု ရရှိစေရန်အတွက်၊ ကျွန်ုပ်တို့သည် မသန်မစွမ်းဖြစ်သူများ သို့မဟုတ် ၎င်းတို့၏အဖော် မသန်မစွမ်းဖြစ်သူများအား လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ စကားပြန်များ ကဲ့သို့သော ပြောဆိုဆက်သွယ်မှု အကူအညီ ပေးပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ အကူအညီသည် အခမဲ့ဖြစ်ပါသည်။ ဌာနများအနေဖြင့် ဝန်ဆောင်မှု၊ အစီအစဉ် သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းမတစ်ခု၏ သဘောသဘာဝတွင် အခြေခံပြောင်းလဲမှုတစ်ခု သို့မဟုတ် ငွေကြေးနှင့် စီမံအုပ်ချုပ်ရေးဆိုင်ရာ ဝန်ထုပ်ဝန်ပိုးများ ကိုလွန်ကဲစွာဖြစ်စေနိုင်သော မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုတစ်ခုခုကို ပြုလုပ်ရန် မလိုအပ်ပါ။

ကျိုးကြောင်းဆီလျော်သည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု တစ်ခုသို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှု အကူအညီကို မည်သို့ တောင်းခံပါမည်လဲ

သင့်ထံတွင် မသန်မစွမ်းမှုတစ်ခုရှိပြီး ကျိုးကြောင်းဆီလျော်သည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု၊ ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှု အကူအညီ သို့မဟုတ် ထပ်ဆောင်း အကူအညီ လိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းအား ဆက်သွယ်ပေးပါ။ ဥပမာအားဖြင့်၊ လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ စကားပြန်ကဲ့သို့ ထိရောက်သော ဆက်သွယ်မှုအတွက် ဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် အကူအညီတစ်ခု သင်လိုအပ်ပါက ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ သင်၏တောင်းဆိုချက်ကို ပြုလုပ်ရန် သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းထံ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် DFCS ထံ ဖုန်းနံပါတ် (877) 423-4746 ဖြင့်ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် DCH Katie Beckett (KB) အဖွဲ့ထံ ဖုန်းနံပါတ် 678-248-7449 ဖြင့် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ သင့်ဒေသခံ DFCS ရုံးခန်းတွင် သို့မဟုတ် အွန်လိုင်း <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> တွင် ရရှိနိုင်သည့် DFCS ADA ကျိုးကြောင်းဆီလျော်သောမွမ်းမံမှု တောင်းဆိုချက်ပုံစံကို အသုံးပြု၍ သင့်တောင်းဆိုမှုကို ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် DCH ADA က ကျိုးကြောင်းဆီလျော်စွာ ပြုပြင်မွမ်းမံရန် တောင်းဆိုမှု ပုံစံကို KB အဖွဲ့တွင် သို့မဟုတ် အွန်လိုင်း <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> တွင် ရယူနိုင်ပါသည်။ သို့သော် ဖောင်တစ်ခုကို အသုံးပြုရန် မလိုအပ်ပါ။

တိုင်ကြားမှုကို မည်သို့ တင်သွင်းပါမည်လဲ

သင်၏ မသန်မစွမ်းဖြစ်မှုကြောင့် ဌာနများက သင့်အား ခွဲခြားဆက်ဆံမှုပြုပါက တိုင်ကြားမှု တစ်ခု တင်သွင်းပိုင်ခွင့် သင့်ထံတွင်ရှိပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့်၊ သင်က ကျိုးကြောင်းဆီလျော်သည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု တစ်ခုအတွက် သို့မဟုတ် လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ စကားပြန်တစ်ခု တောင်းဆိုခဲ့ပြီး အဆိုပါ တောင်းဆိုချက်ကို ငြင်းဆန်ခဲ့ပါက သို့မဟုတ် ကျိုးကြောင်းဆီလျော်သည့် အချိန်တစ်ခုအတွင်း လုပ်ဆောင်ခြင်းမရှိခဲ့ပါက သင်သည်ခွဲခြားဆက်ဆံမှုဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက် တစ်စောင် တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ သင်သည် သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်း၊ သင်၏ ဒေသန္တရ DFCS ရုံး သို့မဟုတ် 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 20334, (877) 423-4746 ရှိ DFCS ပြည်သူ့အခွင့်အရေးရုံး၊ ADA/ပုဒ်မ 504 ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးမှူးအား ဆက်သွယ်ပြီး တိုင်ကြားချက်ကို နှုတ်ဖြင့်ဖြစ်စေ စာဖြင့်ဖြစ်စေ တင်သွင်းပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ DCH အတွက် ၊ KB Team ADA/Section 504 Coordinator ထံ အောက်ပါလိပ်စာတွင်ဆက်သွယ်ပါ- 2211 Beaver Ruin Road၊ Suite 150၊ Norcross၊ GA 30071 သို့မဟုတ် PO Box 172, Norcross, GA. 30091, 678-248-7449 DCH ၏ အီးမေးလ်မှာ - dch.adarequests@dch.ga.gov ဖြစ်ပါသည်။

သင်သည် DFCS အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံမိတ္တူတစ်စောင် ရရှိရန် သင်၏အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းထံ တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံကို <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> တွင်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုအကြောင်း တိုင်ကြားချက်တစ်ခု ပြုလုပ်ရန် အကူအညီ လိုအပ်ပါက အထက်တွင် ဖော်ပြထားသော DFCS ဝန်ထမ်းထံ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ နားမကြားသည့် သို့မဟုတ် နားကြားရန် ခက်ခဲသည့် ပုဂ္ဂိုလ်များ သို့မဟုတ် စကားပြောရန် မသန်မစွမ်းဖြစ်သူများ အနေဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ နှင့်ဆက်သွယ်ပေးရန် အော်ပရေတာ တစ်ဦးထံ 711 သို့ ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ DCH ပြည်သူ့အခွင့်အရေးများ တိုင်ကြားရန် အီးမေးလ်မှာ - dch.civilrights@dch.ga.gov ဖြစ်ပါသည်။ DCH ပြည်သူ့ အခွင့်အရေးများ လုပ်ငန်းစဉ်နှင့် တိုင်ကြားချက်ဖောင်ပုံစံ ရရှိရန် လင့်ခ်သည် <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> တွင် ရှိပါသည်။

သင့်အနေဖြင့် သင့်လျော်ရာ ဖက်ဒရယ်အေဂျင်စီဖြင့် ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက်တစ်ခုကိုလည်း တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးရေးဌာန (Department of Agriculture) (USDA) နှင့် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေး နှင့် လူသားများဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာန (Department of Health and Human Services) (HHS) အား ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်သည် "ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုရေး ကြေငြာချက်" အတွင်းရှိပါသည်။

ပြန်လည်နာလန်ထူရေး အက်ဥပဒေ 1973 ၏ *ပုဒ်မ 504 ၊ မသန်မစွမ်းဖြစ်သော အမေရိကန်နိုင်ငံသားများ အက်ဥပဒေ 1990 နှင့် မသန်မစွမ်းဖြစ်သော အမေရိကန်နိုင်ငံသားများ အက်ဥပဒေ မွမ်းမံပြင်ဆင်ချက် အက်ဥပဒေ 2008 က မသန်မစွမ်းဖြစ်သူအား ဥပဒေနှင့်မညီသော ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမှ လွတ်ကင်းကြောင်း သေချာစေပါသည်။

Georgia ပြည်နယ် လူသားရေးရာဝန်ဆောင်မှုများဌာန၊မိသားစုနှင့် ကလေး
များဝန်ဆောင်မှု ဆိုင်ရာဌာနခွဲ၏ ပြောင်းလဲမှု အစီရင်ခံစာ ဖောင်ပုံစံ

Georgia ပြည်နယ် လူသားရေးရာဝန်ဆောင်မှုများဌာန၊ မိသားစုနှင့် ကလေး များဝန်ဆောင်မှု ဆိုင်ရာဌာနခွဲ၏ ပြောင်းလဲမှု အစီရင်ခံစာ ဖောင်ပုံစံ

လျှောက်လွှာများကို **USDA** သို့ မပို့ပါနှင့်

ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုရေး ကြေငြာစာတမ်း

ဖက်ဒရယ်ပြည်သူ့ အခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ ဥပဒေနှင့် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးရေးဌာန (Department of Agriculture) (USDA) အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းများနှင့် မူဝါဒများအရ USDA၊ ၎င်း၏ အေဂျင်စီများ၊ ရုံးများနှင့် ဝန်ထမ်းများ နှင့် USDA အစီအစဉ်တွင်း ပါဝင်လုပ်ဆောင်သော သို့မဟုတ် စီမံအုပ်ချုပ်သော အဖွဲ့အစည်းများအနေဖြင့် မည်သည့် အစီအစဉ်တွင်းမဆို သို့မဟုတ် USDA မှ လုပ်ဆောင်သော သို့မဟုတ် ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့သော ယခင် ပြည်သူ့ အခွင့်အရေးဆိုင်ရာ လှူဒါန်းမှုများအတွက် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ဇာတိနိုင်ငံ၊ လိင် (ကျားမ ခွဲခြားသတ်မှတ်မှုနှင့် လိင်စိတ် တိမ်းညွတ်မှု အပါအဝင်)၊ ဘာသာရေး သက်ဝင်ယုံကြည်မှု၊ မသန်မစွမ်းဖြစ်မှု၊ အသက်အရွယ်၊ နိုင်ငံရေး ယုံကြည်ချက်များကို အခြေပြု၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း သို့မဟုတ် လက်ထံပို့ခြင်း သို့မဟုတ် လက်စားချေခြင်းတို့မပြုရန် တားမြစ်ထားပါသည်။ အမေရိကန် ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန (HHS) ထံမှ ဖက်ဒရယ်ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာ အကူအညီရရှိသော အစီအစဉ်များ ဖြစ်သည့် Temporary Assistance for Needy Families (TANF) နှင့် HHS မှ တိုက်ရိုက် လုပ်ငန်းလုပ်ဆောင်သည့် အစီအစဉ်များ ကဲ့သို့သော အစီအစဉ်များ အနေဖြင့် ဖက်ဒရယ်ပြည်သူ့ အခွင့်အရေးများ ဥပဒေနှင့် HHS စည်းမျဉ်းများအရ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းမပြုရန် တားမြစ်ထားပါသည်။

အစီအစဉ် အချက်အလက်များရရှိရန် အခြား ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး နည်းလမ်းများ (ဥပမာ - မျက်မမြင်စာလုံး၊ စာလုံးအကြီး၊ အသံဖိုင်တိုင်ပင်ခေါ်၊ အမေရိကန် လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကား) လိုအပ်သည့် မသန်စွမ်းမှုများ ရှိကြသူများအနေဖြင့် အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် ၎င်းတို့လျှောက်ထားသည့်နေရာမှ အေဂျင်စီ (ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရ) ထံ ဆက်သွယ်သင့်ပါသည်။ နားမကြားသူ၊ နားကြားရခက်ခဲသူ သို့မဟုတ် စကားပြောဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှုများ ရှိသူများအနေဖြင့် ဖုန်းနံပါတ် (800) 877-8339 ရှိ ပြည်ထောင်စု တစ်ဆင့်ခံ ဝန်ဆောင်မှုမှတစ်ဆင့် USDA ထံဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ ထို့အပြင် အစီအစဉ် အချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာမဟုတ်သည့် အခြားဘာသာစကားဖြင့်လည်း ရရှိနိုင်ဖွယ်ရှိပါသည်။

USDA အစီအစဉ်များနှင့် ပတ်သက်သည့် အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်များ

USDA က Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)၊ အင်းဒီးယန်း ကမ်းရိုးတန်းကောက်ရေးဆိုင်ရာ အစားအာဟာရ အခြေအနေ အစီအစဉ် (Food Distribution Program on Indian Reservations) (FDPIR) နှင့် အခြားအရာများကဲ့သို့ စားနပ်ရိက္ခာဖူလုံရေးနှင့် အငတ်ဘေးလျှော့ချရေး အစီအစဉ်အများအပြားအတွက် ဖက်ဒရယ်ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ပေးအပ်ပါသည်။ အစီအစဉ်တွင်း ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက်တစ်စောင် တင်သွင်းရန် အစီအစဉ်တွင်း ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံ (AD-3027) ကို ဖြည့်စွက်ရမည်။ ယင်းဖောင်ပုံစံကို အွန်လိုင်း <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> တွင်နှင့် မည်သည့် USDA ရုံးမဆိုတွင် ရရှိနိုင်သည့် သို့မဟုတ် USDA သို့ လိပ်မူပြီး စာတစ်စောင်ရေးသားကာ ဖောင်ပုံစံတွင်း တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်အားလုံးကို စာတွင်ထည့်သွင်းရေးသားပါ။ တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံ ဝိတ္တုတစ်စောင် တောင်းဆိုရန် (866) 632-9992 ကို ခေါ်ဆိုပါ။ သင်၏ ဖြည့်စွက်ပြီးသား ဖောင်ပုံစံ သို့မဟုတ် စာကို USDA သို့ တင်သွင်းရန်-

- 1. စာတိုက်မှ- Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314၊ သို့မဟုတ်
- 2. ဖက်စ်- (833) 256-1665 သို့မဟုတ် (202) 690-7442၊ သို့မဟုတ်
- 3. ဖုန်း- (833) 620-1071၊ သို့မဟုတ်
- 4. အီးမေးလ်- FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

SNAP ပြဿနာများနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် အခြားအချက်အလက်တစ်ခုခုရရှိရန် လူများအနေဖြင့် USDA SNAP အရေးပေါ်နံပါတ် (800) 221-5689 ကို ဆက်သွယ်သင့်ပြီး ၎င်းတွင် စပိန်ဘာသာစကားဖြင့်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် [ပြည်နယ် အချက်အလက်/ဟော့တိုင်းနံပါတ်များ](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf)ကို ခေါ်ဆိုသင့်ပါသည် (ပြည်နယ်မှ ပေးထားသော အရေးပေါ်နံပါတ်များ စာရင်းတစ်ခုရရှိရန် လင့်ခ်ကိုနှိပ်လိုက်ပါ)။ ၎င်းကို အွန်လိုင်း- [SNAP hotline](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf) တွင်တွေ့ရှိနိုင်ပါသည်။

HHS အစီအစဉ်များနှင့် ပတ်သက်သည့် ပြင်ဆင်ရေးအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ ကိုင်ကြားချက်များ

HHS က TANF၊ Head Start၊ ဝင်ငွေနှင့်အိမ်များအတွက် စွမ်းအင်အထောက်အကူ အစီအစဉ် (Low Income Home Energy Assistance Program) (LIHEAP) နှင့် အခြားအရာများအပါအဝင် ကျန်းမာရေးနှင့် ရွှင်လန်းရေးကို မြှင့်တင်ရန်ပေးရန် အစီအစဉ်အများအပြား အတွက် ဖက်ဒရယ်ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီပေးအပ်ပါသည်။ HHS မှ တိုက်ရိုက်လုပ်ဆောင်ပေးသည့် သို့မဟုတ် HHS မှ ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ပေးထားသည့် အစီအစဉ်များ သို့မဟုတ် လှူဒါန်းမှုများအတွင်း သင်၏ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ဇာတိနိုင်ငံ၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်အရွယ်၊ လိင် (ကိုယ်ဝန်ဆောင်မှု၊ လိင်စိတ် တိမ်းညွတ်မှုနှင့် ကျားမ ခွဲခြားသတ်မှတ်မှု အပါအဝင်) သို့မဟုတ် ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာကြောင့် ခွဲခြားဆက်ဆံခံရသည်ဟု သင်ယုံကြည်ပါက သင်ကိုယ်တိုင်အတွက် သို့မဟုတ် အခြားတစ်ဦးဦးအတွက် ပြည်သူ့ အခွင့်အရေးများရုံး (OCR) သို့ တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။

HHS မကဆင် ပြင်ဆင်ရေး ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ရရှိရန်အတွက် အစီအစဉ်တစ်ခုခု စပ်လျဉ်းပြီး ဘင်ဂိုးဗီယို၊ ဘီယို၊ ကမ်ဘီအီး၊ အကူအညီ ခံခြားဆက်ဆံခြင်း ကိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းရန် OCR ၏ တိုင်ကြားရေး ပေါ်တယ်ဖြစ်သည့် <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> မှတစ်ဆင့် အွန်လိုင်း ဖောင်ပုံစံတစ်ခုကို ဖြည့်စွက်ပါ။ သင့်အနေဖြင့် OCR ထံ အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် လည်း ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်- ဗဟို အမှုကို စီမံခန့်ခွဲရေး လုပ်ငန်းများ၊ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု (Centralized Case Management Operations, U.S.) ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားများဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန (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 ဆက်လက်လုပ်ဆောင်မှု ပုံမှန်ဆန်းစစ်ရန်အတွက် သင့်အနေဖြင့် တိုင်ကြားချက်ကို စာတိုက်မှတစ်ဆင့် တင်သွင်းမည့်အစား OCR အွန်လိုင်း ပေါ်တယ်ကို အသုံးပြု၍ တင်သွင်းရန် ကျွန်ုပ်တို့က တိုက်တွန်းလိုပါသည်။ အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းရာ၌ အထောက်အကူလိုအပ်သူများသည် OCR ထံ OCRMail@hhs.gov တွင် အီးမေးလ်ပို့နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် OCR အခမဲ့ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 သို့ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ နားမကြားသူ၊ နားကြားရခက်ခဲသူ သို့မဟုတ် စကားပြောရာ၌ အခက်အခဲများရှိသူများအတွက် တယ်လီဆက်သွယ်ရေး တစ်ဆင့်ခံဝန်ဆောင်မှုများ အသုံးပြုရန် ကျေးဇူးပြု၍ 7-1-1 သို့ခေါ်ဆိုပါ။ တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းရန် ကျွန်ုပ်တို့သည် အခြား ပုံစံများ (ဥပမာ - မျက်မမြင်စာလုံး နှင့် ပုံနှိပ်စာလုံးအကြီး)၊ အရန် အကူအညီများနှင့် ဘာသာစကား အထောက်အကူ ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ပေးကမ်းပါသည်။

ဤအဖွဲ့အစည်းသည် သာတူညီမျှ အခွင့်အလမ်း ပေးကမ်းသည့် အဖွဲ့အစည်းဖြစ်ပါသည်။

သင့်ဒေသတွင်း DFCS ရုံး သို့မဟုတ် DFCS ပြည်သူ့ အခွင့်အရေးများနှင့် ADA/ပုဒ်မ 504 ညှိနှိုင်းရေးမှူးထံ ဆက်သွယ်ခြင်းဖြင့် ခွဲခြားဆက်ဆံမှုဆိုင်ရာ တိုင်ကြားစာများ တင်သွင်းနိုင်သည်- 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA, 30334, (877) 423-4746။ အင်္ဂလိပ်စကားကျွမ်းကျင်မှု အကန့်အသတ်ရှိခြင်းအပေါ် အခြေပြု၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း စွပ်စွဲတိုင်ကြားမှုများ အတွက် အင်္ဂလိပ်စကား ကျွမ်းကျင်မှု အကန့်အသတ်ရှိခြင်းနှင့် အာရုံခံနိုင်စွမ်း ချွတ်ယွင်းမှုဆိုင်ရာအစီအစဉ် (DHS Limited English Proficiency and Sensory Impairment Program)

Georgia ပြည်နယ် လူသားရေးရာဝန်ဆောင်မှုများဌာန၊ မိသားစုနှင့် ကလေး
များဝန်ဆောင်မှု ဆိုင်ရာဌာနခွဲ၏ ပြောင်းလဲမှု အစီရင်ခံစာ ဖောင်ပုံစံ

အား အောက်ပါအတိုင်းဆက်သွယ်ပါ- 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334 သို့မဟုတ် (877) 423-4746 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

လျှောက်လွှာများကို **USDA** သို့ မပို့ပါနှင့်