

जर्जिया मानव सेवा विभाग परिवार तथा बालबालिका सेवा  
विभाग परिवर्तन रिपोर्ट फाराम

परिवार र बालबालिका सेवा विभागमा आफ्नो घरपरिवारमा भएका परिवर्तनहरू रिपोर्ट गर्न कृपया यो फाराम प्रयोग गर्नुहोस्। तपाईंलाई यो कागजात पढ्न वा पूरा गर्न मद्दत चाहिन्छ वा हामीसँग सञ्चार गर्न मद्दत चाहिन्छ भने, हामीलाई सोध्नुहोस् वा **1-877-423-4746** मा फोन गर्नुहोस्। अनुवादकहरू लगायतका हाम्रा सेवाहरू निःशुल्क छन्। तपाईंलाई श्रवणहीन, सुन्नमा कठिनाइ भएका, श्रवणहीन-दृष्टीविहीन वा बोल्न गाह्रो हुन्छ भने, तपाईंले माथिको नम्बरमा **711** (जर्जिया रिले) डायल गरेर हामीलाई कल गर्न सक्नुहुन्छ।

**तपाईंले परिस्थितिमा भएको परिवर्तनको रिपोर्ट नगरेसम्म यो फाराम फिर्ता नगर्नुहोस्।**

नाम: \_\_\_\_\_ सेवाग्राहीको आइडी# \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_ मामिला# \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ कामदार फोन# \_\_\_\_\_

**सरलीकृत रिपोर्टिङ घरपरिवारहरूले रिपोर्ट गर्नुपर्छ:**

- उहाँहरूको कुल मासिक सकल आय उहाँहरूको घरपरिवारको आकारका लागि आय स्तरको 130%भन्दा बढी हुन्छ।
- जब आश्रितहरूविना काम गर्न सक्षम वयस्कहरू (ABAWD) कार्य घण्टा प्रति हप्ता 20 घण्टा वा प्रति महिना 80 घण्टाभन्दा कम हुन्छ। यी परिवर्तनहरू परिवर्तन भएको महिनाको अन्त्यबाट **10** दिन पछि रिपोर्ट गरिनु पर्छ।
- घरपरिवारको सदस्यले \$4500 वा त्योभन्दा बढीको सकल रकममा (कर वा अन्य रकम रोक्का गर्नुअघि) लोटेरी वा जुवा खेलमा जित प्राप्त गर्दा परिवारले रिपोर्ट गर्नुपर्छ। यो एकल खेलमा जितेको नगद पुरस्कार हो। जीतहरू घरपरिवारको सदस्यले जित प्राप्त गरेको महिनाको अन्त्यबाट 10 दिनपछि रिपोर्ट गर्नुपर्छ।

तपाईंको घरपरिवारसँग मात्र सरलीकृत रिपोर्टिङ आवश्यकताहरू भए तापनि, तपाईंले निम्न परिवर्तनहरू मध्ये कुनै पनि रिपोर्ट गर्न सक्नुहुन्छ:

तपाईंले रिपोर्ट गरिरहनुभएको परिवर्तनहरू जाँच गर्नुहोस् र यस फाराममा प्रश्नहरू पूरा गर्नुहोस्।

- कोही आएकाले वा सरेकाले घरपरिवारमा को बस्नेमा परिवर्तन
- घरपरिवार नयाँ ठेगानामा सर्नुभयो
- घरपरिवारका सदस्य(हरू) ले काम गर्न सुरु गर्नुभयो
- घरपरिवारका सदस्य(हरू) ले काम गर्न छोड्नुभयो
- परिवारका सदस्य(हरू) सँग प्रति घण्टा तलब दर वा घण्टामा परिवर्तन छ
- परिवारका सदस्य(हरू) ले SSI, सामाजिक सुरक्षा, VA, पेन्सन, सेवानिवृत्ति, अपाङ्गता, साथी वा आफन्तहरूबाट पैसा, बाल सहायता, बेरोजगारी, आदि प्राप्त गर्नसुरु वा बन्द गर्नुभयो।
- कसैले घरपरिवारको खर्च र बिलहरूमा परिवर्तन गर्नुभएको थियो
- तपाईं वा तपाईंको घरपरिवारमा कसैसँग \$3000 वा सोभन्दा बढी स्रोतहरू छन्। \$4500 वा बढी वृद्ध वा अपाङ्गता भएका व्यक्ति, स्रोतहरू छन् भने।

जर्जिया मानव सेवा विभाग परिवार तथा बालबालिका सेवा  
विभाग परिवर्तन रिपोर्ट फाराम

घरपरिवार संरचना

- को सर्नुभयो ? \_\_\_\_\_ को जानुभयो? \_\_\_\_\_
- त्यस व्यक्ति कहिले सर्नुभयो वा जानुभयो? \_\_\_\_\_

ठेगाना

- मेरो घरपरिवार नयाँ ठेगानामा सरेको छ । नयाँ ठेगाना \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- नयाँ भाडा वा धितो रकम \$ हो \_\_\_\_\_ धितो छ भने, वार्षिक सम्पत्ति कर \$ \_\_\_\_\_ हो र घर मालिकको बीमाका लागि रकम \$ हो \_\_\_\_\_ ।
- कसैले तपाईंलाई आफ्नो भाडा, धितो वा उपयोगिताहरू भुक्तान गर्न मदत गर्नुहुन्छ? गर्नुहुन्छ \_\_\_\_\_ गर्नुहुन्न \_\_\_\_\_ गर्नुहुन्छ भने, कसले?  
\_\_\_\_\_
- तपाईंको नयाँ ठेगानामा, तपाईंले कुन उपयोगिताहरू भुक्तान गर्नुहुन्छ? \_\_\_\_\_
- तपाईंले तताउने वा चिसो गर्ने लागतका लागि भुक्तान गर्नुपर्छ? गर्नुहुन्छ \_\_\_\_\_ पर्दैन \_\_\_\_\_ (बिजुली, ग्याँस वा दुवै)

आय

- कसको आय वा रोजगारीमा परिवर्तन भयो? \_\_\_\_\_
- आय वा रोजगारी कहाँबाट आउँछ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- आय कति पटक प्राप्त हुन्छ ? \_\_\_\_\_
- आय वा रोजगारी कहिलेबाट सुरु भयो? \_\_\_\_\_
- नयाँ आय रकम कति छ? \_\_\_\_\_
- आय वा रोजगारी कहिले रोकियो ? \_\_\_\_\_
- प्राप्त गरिएको पछिल्लो भुक्तानी रकम के हो? \_\_\_\_\_

जर्जिया मानव सेवा विभाग परिवार तथा बालबालिका सेवा  
विभाग परिवर्तन रिपोर्ट फाराम

चिकित्सा खर्च				
60 वर्ष वा सोभन्दा माथिका वा अपाङ्गता भएका व्यक्तिको चिकित्सा खर्च छ?      छ _____ गर्नुहुन्न _____      छ भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्।				
घरपरिवारको सदस्य बिल गरियो	खर्चको प्रकार (चिकित्सक, अस्पताल, प्रिस्क्रिप्शन, Medicare प्रिमियम)	तिरेको रकम	बिल को मिति	बीमा ले भुक्तान गर्ने छ? (छ/छैन)

बच्चा सहायता भुक्तानी
<ul style="list-style-type: none"> <li>तपाईंको घरपरिवारमा तपाईंले वा कसैले घर बाहिर बस्ने कसैलाई बाल सहायता भुक्तान गर्नुहुन्छ? गर्नुहुन्छ _____ गर्नुहुन्न _____</li> <li>भुक्तान गर्न को बाध्य हुनुहुन्छ? _____</li> <li>बाध्यकारी रकम कति हो? _____</li> <li>बाल सहायता का लागि भुक्तान गरिएको छ? _____</li> <li>बाल सहायता कसलाई भुक्तान गरिएको छ? _____</li> <li>बाल सहायता कति पटक भुक्तान गरिन्छ? _____</li> <li>वास्तविक रकम कति भुक्तान गरिएको छ? _____</li> </ul>

आश्रित स्याहार खर्चहरू			
स्याहार चाहिने व्यक्ति:		स्याहारका लागि भुक्तानी गर्ने व्यक्ति:	
प्रदायकको नाम:		प्रदायकलाई कति भुक्तानी गरिन्छ:	कति पटक भुक्तानी गरियो:
प्रदायकको फोन #:	स्याहारको कारण :		

जर्जिया मानव सेवा विभाग परिवार तथा बालबालिका सेवा  
विभाग परिवर्तन रिपोर्ट फाराम

स्रोतहरू			
तपाईंको परिवारको कुनै व्यक्तिसँग निम्न स्रोतहरू छन्? गर्नुहुन्छ _____ गर्नुहुन्न _____			
छ भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्।			
स्रोतको प्रकार	मालिक	रकम/मुल्य	बैंडको नाम
नगद			
जाँच/बचतहरू			
क्रेडिट युनियन			
स्टक वा बन्डहरू			
सुरक्षित निक्षेप बाकस			

<p>मेरो घरपरिवारसँग आय सीमाको <b>130%</b> भन्दा बढी भएको मासिक आय थियो (आर्जित - कटौतीभन्दा पहिले र अपरिचित आय)।</p> <p>कुन महिना/वर्षमा घरपरिवारको आय 130% रकमभन्दा बढी भयो? _____ / _____ महिना वर्ष</p> <p>कुल मासिक सकल आय रकम कति हो? _____</p> <p>हस्ताक्षर _____ मिति _____</p>
<p>मेरो घरपरिवारमा कार्य समय प्रति हप्ता <b>20</b> घण्टा वा प्रति महिना 80 घण्टाभन्दा कम भएको <b>ABAWD</b> सदस्य हुनुहुन्थ्यो।</p> <p>म, _____, प्रति हप्ता 20-29 घण्टा वा प्रति महिना 80 घण्टा काम गरिरहेको एक बेरोजगार ABAWD हुँ। मेरो कार्य समय प्रति हप्ता _____ घण्टाहरूमा घट्यो।</p> <p>हस्ताक्षर _____ मिति _____</p>
<p>मेरो घरपरिवारमा लोटर्री वा जुवा खेलको विजयी एक घरपरिवारको सदस्य हुनुहुन्थ्यो।</p> <p>कुन महिना/वर्षमा घरपरिवारको सदस्यले लोटर्री/जुवा खेलेर आएको आय प्राप्त गर्नुभयो? _____ / _____ महिना वर्ष</p> <p>कुल सकल लोटर्री/जुवा खेलेर आएको आय रकम कति हो ? _____</p> <p>हस्ताक्षर _____ मिति _____</p>

जर्जिया मानव सेवा विभाग परिवार तथा बालबालिका सेवा  
विभाग परिवर्तन रिपोर्ट फाराम

मैले मेरो ज्ञान र विश्वासको राम्रोसँग भुटो ठहरिएकोमा दण्ड अन्तर्गत मैले लाभहरूका लागि आवेदन गरिरहेको व्यक्ति (हरू) संयुक्त राज्यका नागरिक(हरू) हो वा कानुनी रूपमा संयुक्त राज्यमा उपस्थित छन् भनी घोषणा गर्दछु। मैले यस आवेदनमा उपलब्ध गराइएका सबै जानकारी मेरो जानकारीअनुसार सत्य र सही छन् भनी थप प्रमाणित गर्दछु। मैले DHS-DFCS, DCH र अधिकृत संघीय एजेन्सीहरूले मैले यो आवेदनमा दिएको जानकारी प्रमाणित गर्न सक्छन् भनी बुझ्छु र सहमत छु। जानकारी विगत वा वर्तमान रोजगारदाताहरूबाट प्राप्त गर्न सकिन्छ। मैले मेरो जानकारी ज्यालासम्बन्धी जानकारी र काम गतिविधिहरूमा मेरो सहभागिता ट्र्याक गर्न प्रयोग गरिने छ भनी बुझ्छु।

म SNAP/Medicaid र/वा TANF कार्यक्रम आवश्यकताहरू अनुसार मेरो स्थितिमा भएको कुनै पनि परिवर्तनको रिपोर्ट गर्ने छु। मैले मेरो परिवारमा कसैले लोटर वा जुवा जितेको छ भने, \$4500 वा सोभन्दा बढीको कुल रकममा (कर वा अन्य रकमहरू रोकिनुअघि) रिपोर्ट गर्ने छु। मेरो परिवारले जितेको महिनाको अन्त्यबाट 10 दिन पछि म यी जितहरू रिपोर्ट गर्ने छु। मैले कुनै जानकारी गलत छ भने, मेरा लाभहरू घटाउन वा अस्वीकार गर्न सकिन्छ र म आपराधिक अभियोगको अधीनमा हुन सक्छु वा जानाजानी गलत जानकारी प्रदान गरेकोमा DHS-DFCS कार्यक्रमहरूबाट अयोग्य हुन सक्छु भनी बुझ्छु। मैले मैले गलत जानकारी प्रदान गरे वा जानकारी लुकाएमा मलाई कारबाही गर्न सकिन्छ भनी बुझ्छु। मैले मैले मेरो आवेदन, नवीकरण वा आवधिक प्रतिवेदन प्रक्रियाको क्रममा DHS-DFCS लाई मेरा केही खर्चहरूबारे बताउन असफल भएँ र/वा तिनीहरूलाई प्रमाणीकरण गर्न असफल भएमा, DHS-DFCS ले मेरो SNAP लाभहरूको रकम गणना गर्दा त्यो खर्चको बजेट गर्दैन भनी बुझ्छु।

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

मिति \_\_\_\_\_

**मतदाता दर्ता जानकारी**

तपाईं अहिले बस्नुभएको ठाउँमा मतदान गर्न दर्ता हुनुहुन्न भने, तपाईंले आज यहाँ मतदान गर्न दर्ता गर्न आवेदन दिन चाहनुहुन्छ ?

\_\_\_\_\_ गर्नुहुन्छ

\_\_\_\_\_ गर्नुहुन्न

\_\_\_\_\_ म मतदाता दर्ता प्रश्नको जवाफ दिन चाहन्छु

दर्ताका लागि आवेदन दिन वा मतदान गर्न दर्ता गर्न अस्वीकार गर्दा यस एजेन्सीले तपाईंलाई प्रदान गर्ने सहयोगको रकमलाई असर गर्दैन।

तपाईं मतदाता दर्ता आवेदन फाराम भर्न मद्दत चाहनुहुन्छ भने, हामीले तपाईंलाई मद्दत गर्ने छौं। मद्दत खोज्ने वा स्वीकार गर्ने निर्णय तपाईंको हो। तपाईंले व्यक्तिगत रूपमा आवेदन फाराम भर्न सक्नुहुन्छ।

तपाईं कसैले तपाईंको दर्ता गर्ने अधिकारमा हस्तक्षेप गरेको छ वा मतदान गर्न दर्ता गर्न अस्वीकार गरेको छ भनी विश्वास गर्नुहुन्छ भने, तपाईंको दर्ता गर्ने वा मतदानका लागि दर्ता गर्न आवेदन गर्ने निर्णयमा तपाईंको गोपनीयताको अधिकार वा तपाईंको आफ्नै राजनीतिक दल वा अन्य राजनीतिक प्राथमिकता छनोट गर्ने तपाईंको अधिकार, तपाईंले निम्न राज्य सचिवमा उजुरी दर्ता गर्न सक्नुहुन्छ : 2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 वा 404-656-2871 मा फोन गरेर।

तपाईंले कुनै पनि बाकसमा चेक गर्नुभएन भने, तपाईंले यस समयमा मतदान गर्न दर्ता नगर्ने निर्णय गरेको मानिने छ।

**जर्जिया मतदाता दर्ता आवेदनको प्रतिलिपि DFCS आवेदन, नवीकरण र ठेगाना फाराम परिवर्तनका साथ समावेश छ। तपाईंले आफ्नो केसवर्करबाट मतदाता दर्ता आवेदन पनि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले मतदाता दर्ता आवेदन पूरा गर्नुभयो भने, मतदातादर्ता आवेदनमा दिइएको निर्देशनहरू पालना गर्दै यसलाई जर्जिया राज्य सचिवको कार्यालयमा बुझाउनुहोस्।**

जर्जिया मानव सेवा विभाग परिवार तथा बालबालिका सेवा  
विभाग परिवर्तन रिपोर्ट फाराम

## ADA/खण्ड 504 अधिकारको सूचना

### अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि मद्दत

जर्जिया मानव सेवा विभाग र जर्जिया सामुदायिक स्वास्थ्य विभागहरूलाई संघीय कानून\*द्वारा अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूलाई विभागका कार्यक्रम, सेवा वा गतिविधिहरूमा सहभागी हुन र योग्य हुने समान अवसर प्रदान गर्न आवश्यक छ। यसमा SNAP, TANF र चिकित्सा सहायता जस्ता कार्यक्रमहरू समावेश छन्।

अपाङ्गताको आधारमा भेदभावबाट बच्न परिमार्जनहरू आवश्यक हुँदा विभागहरूले उचित परिमार्जनहरू प्रदान गर्छन्। उदाहरणका लागि, हामीले समान पहुँच प्रदान गर्न नीति, अभ्यास वा प्रक्रियाहरू परिवर्तन गर्न सक्छौं। समान रूपमा प्रभावकारी सञ्चार सुनिश्चित गर्न, हामी अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरू वा उहाँहरूका साथीहरूलाई साङ्केतिक भाषा दोभासेहरू जस्ता सञ्चार सहायता प्रदान गर्छौं। हाम्रो मद्दत निःशुल्क छ। विभागहरूले सेवा, कार्यक्रम वा गतिविधिको प्रकृतिमा आधारभूत परिवर्तन वा अनुचित वित्तीय र प्रशासनिक भारमा परिमार्जन गर्न आवश्यक छैन।

### कसरी एक उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता अनुरोध गर्ने

तपाईंलाई अपाङ्गता छर उचित परिमार्जन, सञ्चार सहायता वा अतिरिक्त मद्दत चाहिन्छ भने कृपया आफ्नो केसवर्करलाई सम्पर्क गर्नुहोस्। उदाहरणका लागि, तपाईंलाई साङ्केतिक भाषा जस्तै प्रभावकारी सञ्चारका लागि सहायता वा सेवा चाहिन्छ भने कल गर्नुहोस्। तपाईंले आफ्नो अनुरोध गर्नका लागि आफ्नो केसकर्मीलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ वा DFCS लाई (877) 423-4746 मा वा DCH Katie Beckett (KB) टोलीलाई 678-248-7449 मा कल गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले आफ्नो अनुरोध DFCS ADA यथोचित परिमार्जन अनुरोध फारामको माध्यमबाट पनि गर्न सक्नुहुन्छ, जुन तपाईंको स्थानिय DFCS कार्यालयमा वा अनलाइन <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> मा उपलब्ध छ, अथवा तपाईं DCH ADA यथोचित परिमार्जन अनुरोध फारम KB टिममा वा अनलाइन <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> मा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ, तर तपाईंलाई फाराम प्रयोग गर्नुपर्छ भन्ने छैन।

### उजुरी कसरीदायर गर्ने

तपाईंको अपाङ्गताको कारण तपाईं विरुद्ध भेदभाव गरेको छ भने तपाईंलाई उजुरी गर्ने अधिकार छ। उदाहरणकालागि, तपाईंले उचित मागनुभएको छ भने तपाईंले भेदभाव उजुरी फाइल गर्न सक्नुहुन्छ परिमार्जन वा साङ्केतिक भाषा दोभासे वा अस्विकार गरिएको छ वा पुनः उपयुक्तसमय भित्र कार्य नगरिएको छ तपाईंले आफ्नो केस कार्यकर्ता तपाईंकोस्थानीय DFCS कार्यालय वा DFCS नागरिकअधिकार 47 ट्रिनिटी एभिन्स, SW, Atlanta, GA 20334, (877) 423-4746मा DFCS नागरिकअधिकार ADA/खण्ड 504 संयोजकलाई सम्पर्क गरेर मौखिक वा लिखित रूपमा उजुरी गर्न सक्नुहुन्छ। DCH का लागि, KB टोली ADA/सेक्शन 504 संयोजकलाई यहाँ सम्पर्क गर्नुहोस्: 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 वा P.O. Box 172, Norcross, GA. 30091, 678-248-7449. DCH इमेल निम्न छ: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov)।

तपाईंले आफ्नो केस कार्यकर्तालाई DFCS नागरिक अधिकार उजुरी फारामको प्रतिलिपि माग्न सक्नुहुन्छ। गुनासो फाराम at <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>मा पनि उपलब्ध छ। तपाईंलाई भेदभाव उजुरी गर्न न मद्दत आवश्यक छ भने तपाईंले माथिसूचीबद्ध DFCS DFCS कर्मचारीलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ। बहिरा वा सुन्न नसक्ने व्यक्तिहरू वा बोल्ने अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूले हामीसँग जडान हुन अपरेटरलाई 711 मा कल गर्न सक्छन्। DCH नागरिक अधिकार उजुरीहरूका लागि इमेल छ: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov)। DCH नागरिक अधिकार प्रक्रिया र उजुरी फारमको लिङ्क यहाँ रहेको छ: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>।

तपाईंले उपयुक्त संघीय एजेन्सीमा भेदभावको उजुरी पनि फाइल गर्न सक्नुहुन्छ। अमेरिकाकालागि सम्पर्क जानकारी कृषि विभाग (USDA) र US स्वास्थ्य र मानव सेवा विभाग (HHS) भित्र समावेश " गैरभेदभाव कथन" भित्र छ।

\*1973को पुनर्वास अधिनियम को धारा 504; 1990को अमेरिकी अपाङ्गता अधिनियम; र अमेरिकी अपाङ्गता ऐनसंशोधन ऐन 2008ले अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूलाई गैरकानूनी भेदभावबाट मुक्तभएको सुनिश्चित गर्दछ।

# जर्जिया मानव सेवा विभाग परिवार तथा बालबालिका सेवा विभाग परिवर्तन रिपोर्ट फाराम

## USDA मा आवेदनहरू नपठाउनुहोस्

### गैर-भेदभाव कथन

संघीय नागरिक अधिकार कानून र संयुक्त राज्यअनुसार कृषि विभाग (USDA) नागरिक अधिकार नियमहरू र नीतिहरू, USDA, यसका एजेन्सीहरू, कार्यालयहरू र कर्मचारीहरू र USDA कार्यक्रमहरूमा भाग लिने वा व्यवस्थापन गर्ने संस्थाहरूलाई जाति, रङ, राष्ट्रियता, लिङ्ग (लैङ्गिक पहिचान सहित) को आधारमा भेदभाव गर्न निषेध गरिएको छ। यौन अभिमुखीकरण), धार्मिक सम्प्रदाय, अपाङ्गता, उमेर, राजनीतिक विश्वास, वा USDA द्वारा संचालित वा आर्थिक सहायता पाएका कुनै पनि कार्यक्रम वा गतिविधिमा पूर्व नागरिक अधिकार गतिविधिको बदला वा प्रतिशोधभाव। US बाट संघीय आर्थिक सहायता प्राप्त गर्ने कार्यक्रमहरू स्वास्थ्य र मानव सेवा विभाग (HHS), जस्तै खोजीमा परेका परिवारहरूका लागि अस्थायी सहायता (TANF), र HHS प्रत्यक्ष रूपमा सञ्चालन हुने कार्यक्रमहरू पनि संघीय नागरिक अधिकार कानून र HHS नियमहरू अन्तर्गत भेदभावबाट निषेधित छन्।

कार्यक्रम जानकारी (जस्तै, ब्रेल, टूलो प्रिन्ट, अडियोटेप, अमेरिकी साङ्केतिक भाषा) को लागि सञ्चारको वैकल्पिक माध्यम चाहिने अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूले लाभहरूका लागि आवेदन गरेको एजेन्सी (राज्य वा स्थानीय) लाई सम्पर्क गर्नुपर्छ। बहिरो, सुन्न नसक्ने वा बोल्ने अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूले संघीय रिसे सेवा मार्फत USDA लाई (800) 877-8339 मा सम्पर्क गर्न सक्छन्। यसका अतिरिक्त, कार्यक्रम जानकारी अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषाहरूमा उपलब्ध गराउन सकिन्छ।

### USDA कार्यक्रमहरू समावेश गर्ने नागरिक अधिकारका उजुरीहरू

USDA ले धेरै खाद्य सुरक्षा र भोक न्यूनीकरण कार्यक्रमहरू जस्तै पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP), भारतीय आरक्षणमा खाद्य वितरण कार्यक्रम (FDPIR) र अन्यका लागि संघीय आर्थिक सहायता प्रदान गर्दछ। भेदभावको कार्यक्रम उजुरी दर्ता गर्न, कार्यक्रम भेदभाव उजुरी फारम पूरा गर्नुहोस्, (AD-3027) अनलाइन पाइन्छ: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, र कुनै पनि USDA कार्यालय वा USDA लाई सम्बोधन गरी पत्र लेख्नुहोस् र फारममा अनुरोध गरिएका सबै जानकारी पत्रमा उपलब्ध गराउनुहोस्। उजुरी फारमको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न, (866) 632-9992 मा फोन गर्नुहोस्। USDA मा तपाईंको पूरा फारम वा पत्र पेश गर्नुहोस्:

1. मेल: खाद्य तथा पोषण सेवा, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314 वा
2. फ्याक्स: (833) 256-1665 वा (202) 690-7442; वा
3. फोन: (833) 620-1071 वा
4. इमेल: [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

SNAP मुद्दाहरूको सम्बन्धमा कुनै पनि अन्य जानकारीका लागि, व्यक्तिहरूले या त USDA SNAP हटलाइन नम्बर (800) 221-5689 मा सम्पर्क गर्नुपर्छ, जुन स्पेनिशमा पनि छ वा [राज्य जानकारी/हटलाइन नम्बरहरूमा](#)फोन गर्नुहोस् (हटलाइन नम्बरहरूको सूचीका लागि लिङ्क क्लिक गर्नुहोस्। राज्य); अनलाइन फेला पर्यो: [SNAP हटलाइन](#)।

### HHS कार्यक्रमहरू समावेश गर्ने नागरिक अधिकारका उजुरीहरू

HHS ले TANF, Head Start, The Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP), र अन्य सहित स्वास्थ्य र कल्याण बढाउन धेरै कार्यक्रमहरूको लागि संघीय आर्थिक सहायता प्रदान गर्दछ। तपाईं विश्वास गर्नुहुन्छ कि तपाईं आफ्नो जाति, रङ, राष्ट्रिय मूल, अपाङ्गता, उमेर, लिङ्ग (गर्भावस्था, यौन भुकाव र लिङ्ग पहिचान सहित) वा HHS ले प्रत्यक्ष रूपमा सञ्चालन गर्ने कार्यक्रम वा गतिविधिहरूमा धर्मका कारणले भेदभाव गरिएको छ वा जसमा HHS संघीय आर्थिक सहायता प्रदान गर्दछ, तपाईंले आफ्नो वा अरू कसैका लागि नागरिक अधिकारका लागि कार्यालय (OCR) मा उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ।

HHS मार्फत संघीय आर्थिक सहायता प्राप्त गर्ने कार्यक्रमको सम्बन्धमा आफू वा अरू कसैका लागि भेदभावको उजुरी दर्ता गर्न, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>मा OCR को कम्प्लेन्ट पोर्टल मार्फत अनलाइन फारम भर्नुहोस्। तपाईंले OCR लाई मेल मार्फत यहाँ सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ: केन्द्रीकृत केस व्यवस्थापन सञ्चालन, संयुक्त राज्य अमेरिका स्वास्थ्य र मानव सेवा विभाग, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; फ्याक्स: (202) 619-3818 वा इमेल: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov)। छिटो प्रक्रियाका लागि, हामी तपाईंलाई मेल मार्फत फाइल गर्नुको सट्टा गुनासोहरू फाइल गर्न OCR अनलाइन पोर्टल प्रयोग गर्न प्रोत्साहन दिन्छौं। नागरिक अधिकार उजुरी दर्ता गर्न सहयोग चाहिने व्यक्तिहरूले [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) मा OCR इमेल गर्न सक्छन् वा OCR टोल-फ्री 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 मा कल गर्न सक्नुहुन्छ। कान नसुन्ने, सुन् कठिनाई हुने, वा बोल्न कठिनाई भएका व्यक्तिहरूका लागि, कृपया टेलिकम्युनिकेसन रिसे सेवाहरू पहुँच गर्न 7-1-1 डायल गर्नुहोस्। हामीले वैकल्पिक ढाँचाहरू (जस्तै ब्रेल र टूलो प्रिन्ट), सहायक सहायता र उजुरी दायर गर्नका लागि भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क उपलब्ध गराउँछौं।

यो संस्था समान अवसर प्रदायक हो।

---

तपाईंले आफ्नो स्थानीय DFCS कार्यालय वा DFCS नागरिक अधिकार र ADA/सेक्शन 504 संयोजकलाई यहाँ सम्पर्क गरेर पनि भेदभावको उजुरी फाइल गर्न सक्नुहुन्छ: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA, 30334, (877) 423-4746. सीमित अङ्ग्रेजी प्रवीणता भएकाहरूमा आधारित भेदभावको आरोप लागेका उजुरीहरूका लागि, DHS Limited English Proficiency and Sensory Impairment Program लाई यहाँ सम्पर्क गर्नुहोस्: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334 वा (877) 423-4746 मा फोन गर्नुहोस्।

## USDA मा आवेदनहरू नपठाउनुहोस्