



မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက်
ဝန်ဆောင်မှုများဌာနခွဲ

အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

ဖြည့်စွက်ပြီးသား လျှောက်လွှာကို သင်၏ ဒေသန္တရ ကောင်တီရုံးသို့ လူကိုယ်တိုင်ဖြစ်စေ ဖက်စ်ဖြင့်ဖြစ်စေ စာတိုက်မှဖြစ်စေ ပေးပို့ရပါမည်။

ဤစာရွက်စာတမ်းကို ဖတ်ရှုရန် သို့မဟုတ် ဖြည့်စွက်ရန် အကူအညီလိုအပ်ပါက သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့နှင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရန် အကူအညီလိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့အား မေးမြန်းပါ သို့မဟုတ် (877) 423-4746 ကို ခေါ်ဆိုပါ။ စကားပြန်များအပါအဝင် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝန်ဆောင်မှုများသည် အခမဲ့ ဖြစ်ပါသည်။ အကယ်၍ သင်သည် နားမကြား၊ နားကြားရန် ခက်ခဲ၊ နားမကြား မျက်မမြင် သို့မဟုတ် စကားပြောရာတွင် အခက်အခဲရှိပါက သင့်အနေဖြင့် 711 (ဂျော်ဂျီယာ တဆင့်ခံ) ကို နှိပ်ခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့အား အထက်ရှိ ဖုန်းနံပါတ်တွင် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက် ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ (DFCS) တွင် မည်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ကျွန်ုပ်တို့ ကမ်းလှမ်းပေးနေပါသလဲ။

DFCS က အောက်ပါဝန်ဆောင်မှုများကို ကမ်းလှမ်းပေးနေပါသည် -



အစားအစာ အထောက်အကူ

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့်များကို EBT/Quest သင်္ကေတရှိသော မည်သည့်စတိုးဆိုင်မဆို၌ အစားအစာဝယ်ယူရာတွင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ သင်၏ အစားအစာဝယ်ယူမှု ဈေးနှုန်းကို သင်၏ အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကောင့်မှ ကျွန်ုပ်တို့ ဖြတ်နုတ်ပါမည်။



ငွေသား အထောက်အကူ/အလုပ်အကိုင်ဆိုင်ရာ ထောက်ကူရေး ဝန်ဆောင်မှုများ၊ လိုအပ်ချက်ရှိသည့် မိသားစုများအတွက် ယာယီ အထောက်အကူ (TANF) က မှီခိုသူကလေးများရှိသည့် မိသားစုများအတွက် ငွေသားအထောက်အကူကို ကန့်သတ်အချိန်တစ်ခုစာ ပေးအပ်ပါသည်။ ချီးမြှင့်မှုတွင်း ပါဝင်သည့် မိသားစုများ သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်သူများသည် အလုပ်အကိုင်အစီအစဉ်တစ်ခုအတွင်း ပါဝင်လုပ်ဆောင်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ ငွေသား အထောက်အကူ အစီအစဉ်က TANF အစီအစဉ်အတွက် သတ်မှတ်ချက် မပြည့်မီသည့် ဒုက္ခသည် အိမ်ထောင်စုများအား ငွေကြေးဆိုင်ရာ အထောက်အကူလည်း ပေးအပ်ပါသည်။

- **ဘိုးဘွားများက** မြေးများကို မြေတောင်မြှောက်ပေးခြင်း (GRG) က မဖြစ်မနေ အထောက်အကူများကို ပေးပါမည် သို့မဟုတ် ကလေးများအား ၎င်းတို့၏ ဘိုးဘွားများအိမ်တွင် စောင့်ရှောက်ပေးနိုင်ပါသည်။



ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ (Medical Assistance)

သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီသူများအတွက် Medicaid က ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများ၊ ဆရာဝန်ထံ သွားရောက်မှုများနှင့် Medicare ပရီမီယမ်ကြေးများကို ပေးချေနိုင်ပါသည်။

အသိုင်းအဝိုင်းတွင်း ရောက်ရှိရေး ဝန်ဆောင်မှုများ

အခြား DHS ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပတ်သက်၍ အချက်အလက် ပိုမိုရရှိရန် ကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝက်ဘ်ဆိုက် <http://dfcs.georgia.gov> ကို ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ သို့မဟုတ် ဖုန်းနံပါတ် (877) 423-4746 ကို ခေါ်ဆိုပေးပါ။



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် ကျွန်ုပ် မည်သို့လျှောက်ထားပါမလဲ။

အဆင့် 1 လျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ပါ။

မေးခွန်းများကို ဂရုတစိုက် ဖတ်ရှုပြီး တိကျသော အချက်အလက်များ ပေးအပ်ပါ။ လက်မှတ်ထိုးပါ ပြီးနောက် လျှောက်လွှာကို ရက်စွဲတပ်ပေးပါ။

အဆင့် 2 လျှောက်လွှာကို သင်၏ ဒေသန္တရရုံးသို့ ပေးအပ်ပါ။

သင့်အနေဖြင့် စာမျက်နှာ 1-2၊ 17-20 ကို ဖြုတ်ပြီး သင့်ဖာသာ သိမ်းထားရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာ၏ စာမျက်နှာ 3-16 ကို သင်၏ ဒေသန္တရ မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက် ဝန်ဆောင်မှုများဌာနခွဲ (DFCS) ရုံးသို့ စာတိုက်မှဖြစ်စေ ဖက်စ်ဖြင့်ဖြစ်စေ ကိုယ်တိုင်ဖြစ်စေ ပို့ဆောင်ပေးပါ။ သင်၏ ဒေသန္တရရုံးကို <http://dfcs.georgia.gov/locations> တွင် ရှာတွေ့နိုင်ပါသည်။



မေးလေ့မေးထရှိသော မေးခွန်းများ

အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် အချိန်မည်မျှ ကြာပါသလဲ။

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) -	ရက်ပေါင်း 30 အထိ
TANF -	45 ရက် အထိ
Medicaid -	10 ရက်မှ 60 ရက်

အကယ်၍ သင် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) ကို 7 ရက်အတွင်း ရရှိခွင့်ရရှိပါသည်။ စာမျက်နှာ 6 ကို ကြည့်ပါ။

ကျွန်ုပ် မည်မျှရရှိပါမလဲ။

သင်၏ဝင်ငွေ၊ ရင်းမြစ်များနှင့် မိသားစု အရွယ်အစားက အကျိုးခံစားခွင့် ပမာဏများကို ဆုံးဖြတ်ပါသည်။ သင်၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်ပြီးသည့်နှင့် သင့်အား သီးသန့်အချက်အလက်များ ပေးနိုင်စွမ်းရှိပါလိမ့်မည်။

ကျွန်ုပ်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ကျွန်ုပ် မည်သို့ ရရှိပါမည်လဲ။

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက် သင်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို အလွမ်းမီရယူရန် အီလက်ထရောနစ် အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းရေး (EBT) ကတ်တစ်ခုကို သင်ရရှိပါလိမ့်မည်။ TANF အတွက် သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်များကို အလွမ်းမီရယူရန် EPPIC Debit Master ကတ်တစ်ခု သင်ရရှိပါလိမ့်မည်။ Medicaid အတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးစီအတွက် Medicaid ကတ်တစ်ခုစီ သင်ရရှိပါလိမ့်မည်။

အောက်ပါအချက်အလက်များ ပေးအပ်ရန် သင့်အားတောင်းဆိုနိုင်ပါသည် -

- အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့်/သို့မဟုတ် TANF အတွက် လျှောက်ထားနေပါက လျှောက်ထားသူ၏ သက်သေခံအထောက်အထား လိုအပ်ပါသည်။ သက်သေအထောက်အထားကတ် (ID) သို့မဟုတ် ယာဉ်မောင်းလိုင်စင် (DL) တစ်ခုသည် လက်ခံနိုင်သည့် အတည်ပြုချက်ပုံစံတစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ (Medical Assistance) လျှောက်ထားသူများအတွက် သက်သေခံအထောက်အထား မလိုအပ်ပါ။
- အကျိုးခံစားခွင့်များ တောင်းဆိုသူတိုင်းအတွက် အမေရိကန်နိုင်ငံသား/အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ အဆင့်အတန်း အထောက်အထား၊ အကယ်၍ သင်သည် အရေးပေါ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ (EMA) အတွက်သာ လျှောက်ထားနေပါက သင့်အနေဖြင့် သင်၏ SSN သို့မဟုတ် သင်၏ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အခြေအနေနှင့် ပတ်သက်သည့်အချက်အလက်ကို ပေးအပ်ရန်မလိုပါ။
- အထောက်အကူ တောင်းဆိုနေသူတိုင်း၏ လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်များ။
- ဥပမာအားဖြင့် ဝင်ငွေအထောက်အထားအတွက် ငွေပေးဖြတ်ပိုင်း၊ ကလေးထောက်ပံ့စရိတ် ပေးချေမှုများနှင့် ဝင်ငွေချိတ်ဆက်မှု။ Medical Assistance လျှောက်ထားသူများအနေဖြင့် ကလေးထောက်ပံ့စရိတ် ပေးချေမှုများအတွက် အထောက်အထား မလိုအပ်ပါ။
- ကလေးစောင့်ရှောက်ရေးအတွက် ငွေလက်ခံဖြတ်ပိုင်းများ၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများ၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး ကုန်ကျစရိတ်များ၊ ငှားရမ်းခ/အပေါင်ချေးငွေအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များနှင့် ကလေးထောက်ပံ့ရေး ပေးချေမှုများကဲ့သို့သော အသုံးစရိတ်များအတွက် အထောက်အထား၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ (Medical Assistance) လျှောက်ထားသူများအတွက် ဤအချက်အလက် မလိုအပ်ပါ။

နိုင်ငံသား/ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ အဆင့်အတန်းနှင့် ဝင်ငွေအချက်အလက်များကို အီလက်ထရောနစ် ဒေတာရင်းမြစ်များမှတစ်ဆင့် အတည်ပြုရန် ကျွန်ုပ်တို့ ပထမအကြိမ် ကြိုးစားပါမည်။ လျှောက်လွှာတစ်စောင် တင်သွင်းရန် စာရွက်ဖြင့်အတည်ပြုချက် စာရွက်စာတမ်းများ မလိုအပ်ပါသော်လည်း စာရွက်စာတမ်းများကို လျှောက်လွှာနှင့်အတူ သင် ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ အီလက်ထရောနစ် ဒေတာရင်းမြစ်များမှတစ်ဆင့် ကျွန်ုပ်တို့ အတည်ပြုနိုင်စွမ်းမရှိပါကနှင့် ဤအချက်အလက်ကို ရရှိရန် သင့် အကူအညီလိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြပါ။

လျှောက်ထားသူ၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ မည်သို့ အသုံးပြုပါသလဲ။

သင်အနေဖြင့် အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် လျှောက်ထားလိုသူများအတွက်သာ



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီပါက အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့်များကို သင့်အမည်၊ လိပ်စာနှင့် လက်မှတ်ပါရှိသည့် လျှောက်လွှာကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံရရှိသည့် ရက်စွဲမှစတင်၍ ပေးအပ်ပါမည်။ TANF အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်လွှာအား အတည်ပြုလိုက်သည့် ရက်စွဲမှစ၍ ပေးအပ်ပါမည်။

အကယ်၍ သင်သည် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP)၊ TANF နှင့်/သို့မဟုတ် Medicaid ကို လျှောက်ထားပါက အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် လျှောက်လွှာတစ်စောင်ကို သင့်အမည်၊ လိပ်စာနှင့် လက်မှတ်တို့ဖြင့်သာ တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ သို့ပါသော်လည်း ဖောင်ပုံစံတစ်ခုလုံးကို သင်ဖြည့်စွက်ပေးပါက သင်၏လျှောက်လွှာကို ပို၍မြန်မြန် ပြင်ဆင်လုပ်ဆောင်ရန် ကျွန်ုပ်တို့အား ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ အစီအစဉ်တစ်ခုထက်ပိုပြီးအတွက် ပူးတွဲလျှောက်ရန် သို့မဟုတ် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အစီအစဉ် တစ်ခုတည်းအတွက် လျှောက်လွှာတစ်စောင် တင်သွင်းရန် ဤဖောင်ပုံစံကို သင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ အခြားအစီအစဉ်အတွက် သင်၏လျှောက်လွှာကို ငြင်းဆန်ခဲ့သည့်အကြောင်းတစ်ခုတည်းပေါ် အခြေပြု၍ သင်၏ (SNAP) လျှောက်လွှာကို ငြင်းဆန်မည်မဟုတ်ပါ။ သင်၏ အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) လျှောက်လွှာအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ သီးခြားဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုကို ကျွန်ုပ်တို့ ပြုလုပ်ပါမည်။ အကယ်၍ သင်သည် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုတွင်း ရှိနေပြီး အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) နှင့် SSI ကို တစ်ချိန်ထဲ လျှောက်ထားနေပါက သင်၏လျှောက်လွှာကို တင်သွင်းသည့်ရက်စွဲသည် သင့်အား အဖွဲ့အစည်းတွင်းမှ ထွက်ခွာခွင့်ပေးသည့် ရက်စွဲဖြစ်ပါသည်။

အဆင့် 3။ ကျွန်ုပ်တို့အား စကားပြောဆိုပါ။

ဝန်ထမ်းတစ်ဦးနှင့် အင်တာဗျူးတစ်ခု ဖြေဆိုရန် သင် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။ သို့ဖြစ်ပါက သင့်အား ချိန်းဆိုမှုတစ်ခု ကျွန်ုပ်တို့ ပေးပါမည်။ အဆိုပါ အင်တာဗျူးကို ဖုန်းဖြင့် ဖြေဆိုနိုင်ပါသည်။



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

(ဤလျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ပြီး ၎င်းကို သင်၏ ဒေသန္တရ ကောင်စီ DFCS ရုံးသို့ ပြန်ပို့ပေးပါ။)

ကျွန်ုပ် ဘာကိုလျှောက်ထားနေပါသလဲ။ (အကျိုးဝင်သက်ဆိုင်သမျှကို အမှတ်ခြစ်ပါ)

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (ဖြည့်စွက် အာဟာရအထောက်အကူ အစီအစဉ် (SNAP))

ယခင်က အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (Food Stamps) အဖြစ် သိရှိခဲ့သည့် ဖြည့်စွက် အာဟာရအထောက်အကူ အစီအစဉ် (SNAP) သည် ဝင်ငွေနိမ့် အိမ်ထောင်စုများအတွက် အစားအစာ ကုန်ကျစရိတ်ကို ကူညီပေးချေရန် လစဉ် အကျိုးခံစားခွင့်များ ပေးအပ်သည့် ပြည်ထောင်စုမှ ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့သော အစီအစဉ်တစ်ခုဖြစ်ပါသည်။ အစီအစဉ်က မိသားစုများအနေဖြင့် ၎င်းတို့၏ အစားအစာနှင့် အာဟာရ လိုအပ်ချက်များ ပြည့်မီစေရန် အာဟာရဆိုင်ရာ ပညာပေးများလည်း ပေးအပ်ပြီး မိသားစုများအနေဖြင့် SNAP အပေါ် မှီခိုအားထားမှု နည်းသွားစေနိုင်သည့် အလုပ်အကိုင်များရရှိအောင် ကူညီပေးရန် အလုပ်အကိုင်နှင့် လေ့ကျင့်သင်ကြားရေး အခွင့်အလမ်းများ ပေးအပ်ပါသည်။

လိုအပ်ချက်ရှိသော မိသားစုများအတွက် ယာယီ အထောက်အကူ (TANF)

လိုအပ်ချက်ရှိသော မိသားစုများအတွက် ယာယီ အထောက်အကူ (TANF) က ကလေးများရှိသော သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသည့် မိသားစုများ ကြိုခိုင်းစေရန်ယာယီ လစဉ် ငွေသားပေးချေမှုများ၊ တစ်ကြိမ်တစ်ခါ ငွေသားပေးချေမှုများ သို့မဟုတ် အခြား ထောက်ပံ့ရေး ဝန်ဆောင်မှုများပေးအပ်ပါသည်။ သင်သည် ချီးမြှင့်မှုတွင်း ပါဝင်လိုသည့် ကလေးတစ်ဦး၏ မိဘ သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်သူဖြစ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့် အလုပ်အကိုင် အစီအစဉ်တစ်ခုအတွင်း သင် ပါဝင်ရန် လိုအပ်စေနိုင်ပါသည်။

ဘိုးဘွားများက မြေးများကို မြေတောင်မြှောက်ပေးခြင်း (GRG)

ဘိုးဘွားများက မြေးများကို မြေတောင်မြှောက်ပေးခြင်း (GRG) က အပိုဆောင်း ငွေသားပေးချေပါမည် သို့မဟုတ် ကလေးများအား ၎င်းတို့၏ ဘိုးဘွားများအိမ်တွင် စောင့်ရှောက်ပေးနိုင်ပါသည်။ **GRG အတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီရန် လျှောက်ထားသူများသည် TANF လျှောက်ထားရပါမည်။**

ဒုက္ခသည် ငွေသား အထောက်အကူ

ဒုက္ခသည် ငွေသားအထောက်အကူ အစီအစဉ်က TANF အစီအစဉ်အတွက် သတ်မှတ်ချက် မပြည့်မီသည့် ဒုက္ခသည် အိမ်ထောင်စုများအား ငွေကြေးဆိုင်ရာ အထောက်အကူ ပေးအပ်ပါသည်။ ဒုက္ခသည်ဟူသော အခေါ်အဝေါ်တွင် ဒုက္ခသည်များ၊ ကျူးဘား/ဟေတီ နိုင်ငံသား ဝင်ရောက်သူများ၊ လူမှောင်ခိုကူးခြင်းမှ သားကောင်များ၊ အမေရိကန်အာရှသားများ၊ ခိုလှုံခွင့်တောင်းခံသူများ၊ အထူး ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု ဗီဇာ (SIV) သို့မဟုတ် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသည့် အာဖဂန် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ရထားသော အာဖဂန် သို့မဟုတ် အီရတ်နိုင်ငံသားများ ပါဝင်ပါသည်။

Medicaid

Medicaid က အသက်အရွယ်ကြီးသူများ၊ မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသည့် အရွယ်ရောက်သူများ၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင် အမျိုးသမီးများ၊ ကလေးများနှင့် မိသားစုများအား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကာအကွယ် ကမ်းလှမ်းပေးပါသည်။ သင်လျှောက်ထားချိန်တွင် Medicaid အစီအစဉ်များအားလုံးကို ကျွန်ုပ်တို့ ကြည့်ရှုပြီး မည်သည့်တစ်ခုကို လက်ခံရရှိရန် သင် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီကောင်း ဆုံးဖြတ်ပါမည်။

လျှောက်ထားသူနှင့် ပတ်သက်ပြီး အောက်ပါဇယားကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

ရှေ့ဆုံး အမည်	အလယ်အမည် အတိုကောက်	နောက်ဆုံး အမည်နောက်ဆက်တွဲအမည်
သင်နေထိုင်ရာ လမ်းလိပ်စာ		အိမ်ခန်း
မြို့တော်	ပြည်နယ်	စာပို့သင်္ကေတ (ဇစ်ကုတ်)
စာပို့လိပ်စာ (ကွဲပြားပါက)		
ပင်မ တယ်လီဖုန်းနံပါတ်	အခြား ဆက်သွယ်ရန် ဖုန်းနံပါတ်	
အီလက်ထရောနစ် နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး - အီးမေးလ် - ဟုတ် ___ မဟုတ် ___ (ဆန္ဒရှိပါက) စာတိုပို့ခြင်း - ဟုတ် ___ မဟုတ် ___ (ဆန္ဒရှိပါက)	အီးမေးလ် လိပ်စာ (ဆန္ဒရှိပါက) -	
သင်၏ ဦးစားပေး ဘာသာစကားက ဘာပါလဲ။		အင်တာဗျူးတစ်ခု လိုအပ်ပါက သင့်အနေဖြင့် စကားပြန်တစ်ဦး လိုအပ်ပါသလား။ လို___ မလို___

မသန်စွမ်းမှုများရှိသော အမေရိကန်လူမျိုးများ အက်ဥပဒေ - ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုတစ်ခု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူတစ်ခု တောင်းဆိုပုံ (သက်ဆိုင်ပါက) -
ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူတစ်ခု လိုအပ်မည့် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခု သင့်ထံတွင် ရှိပါသလား။ ရှိ___ မရှိ___ (အကယ်၍ရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍သင်တောင်းဆိုနေသည့်ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူကို ဖော်ပြပေးပါ) -
လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကား စကားပြန်___၊ TTY___၊ စာလုံးကြီးကြီး___၊ အီလက်ထရောနစ် နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှု (အီးမေးလ်)___၊ မျက်မမြင်သုံး ဘရေးလား (Braille)___၊ ဗီဒီယို တစ်ဆင့်ခံ___၊ အချက်ပြ စကားပြောဆိုသည့် စကားပြန်___၊ နှုတ်ဖြင့်စကားပြန်___၊ အထိအတွေ့ဖြင့် ပြောဆိုသည့် စကားပြန်___၊ အစီအစဉ် နောက်ဆုံးရက်များကို တယ်လီဖုန်းဖြင့် ခေါ်ဆို သတိပေးချက်___၊ တယ်လီဖုန်းဖြင့် လက်မှတ်ထိုးခြင်း (သက်ဆိုင်ပါက)___၊ မျက်နှာချင်းဆိုင် အင်တာဗျူးခြင်း (အိမ်တိုင်ရာရောက် လာရောက်မှု)___၊ အခြား - _____ **ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူ တစ်ကြိမ်တစ်ခါ သို့မဟုတ် ဆက်တိုက် လိုအပ်ပါသလား။ ဖြစ်နိုင်ပါက ဤမွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် အထောက်အကူကို မည်သည့်အချိန်နှင့် မည်မျှကြာကြာ သင်လိုအပ်ကြောင်းကို အကျဉ်းချုပ် ရှင်းပြပေးပါ။**



မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက်
ဝန်ဆောင်မှုများဌာနခွဲ

အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP)၊ TANF နှင့် Medicaid လျှောက်ထားသူ အားလုံးအတွက် -

အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားသူ (များ)သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား (များ) သို့မဟုတ် အမေရိကန်နိုင်ငံတွင် တရားဝင်ရောက်ရှိနေသည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ (များ) ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံး သိသလောက်နှင့် ယုံကြည်ချက်ဖြင့် လိမ်လည်မှု ပြစ်ဒဏ်အောက်တွင် ကြေညာအပ်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာအတွင်း ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်အားလုံးသည် မှန်ကန်ပြီး အမှားအယွင်းမရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်သိသလောက် အကောင်းဆုံး ထပ်ဆောင်း အတည်ပြုပါသည်။ DHS-DFCS၊ DCH နှင့် အာဏာရ ပြည်ထောင်စု အေဂျင်စီများက ဤလျှောက်လွှာပေါ်တွင် ကျွန်ုပ်ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်ကို အတည်ပြုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပြီး သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။ အချက်အလက်များကို ယခင် သို့မဟုတ် လက်ရှိ ဝန်ထမ်းများထံမှ ရယူနိုင်ပါသည်။ လုပ်ခဆိုရာ အချက်အလက်နှင့် အလုပ်အကိုင် လှုပ်ရှားမှုများအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ ပါဝင်လုပ်ဆောင်မှုကို ခြေရာခံရန် ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့်/သို့မဟုတ် TANF အစီအစဉ် လိုအပ်ချက်များအရ ကျွန်ုပ်၏ အခြေအနေရပ်များတွင် မည်သည့်အပြောင်းအလဲမဆိုကို ကျွန်ုပ် အစီရင်ခံပါမည်။ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် စုစုပေါင်း ပမာဏ \$4250 သို့မဟုတ် ထိုထက်ပိုသည့် (အခွန်မဆောင်မီ သို့မဟုတ် အခြားပမာဏများကို နုတ်ဖြတ်ထိန်းသိမ်းခြင်း မပြုမီ) ထီ သို့မဟုတ် လောင်းကစား အနိုင်ကြေးများ ရရှိပါကလည်း ကျွန်ုပ် အစီရင်ခံပါမည်။ အဆိုပါ အနိုင်ကြေးများကို ကျွန်ုပ်၏ မိသားစု လက်ခံရရှိသည့် ကုန်သည်မှ 10 ရက်အတွင်း အဆိုပါ နိုင်ငံကြေးများအကြောင်း ကျွန်ုပ် အစီရင်ခံပါမည်။ အချက်အလက်တစ်ခုခုသည် မမှန်ကန်ပါက ကျွန်ုပ်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှော့ချနိုင် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်နိုင်ကြောင်းနှင့် မမှန်ကန်သည့် အချက်အလက်ကို သိလျက်ပေးအပ်ခြင်းအတွက် ရာဇဝတ်မှုဖြင့် တရားစွဲခြင်း ခံရနိုင် သို့မဟုတ် DHS-DFCS အစီအစဉ်များတွင် အရည်အချင်း မပြည့်မီနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ မှားယွင်းသော အချက်အလက်ပေးအပ်ပါက သို့မဟုတ် အချက်အလက်ကို ကွယ်ဝှက်ထားပါက ကျွန်ုပ်အား တရားစွဲဆိုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ် လျှောက်ထားမှု သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုး လုပ်ငန်းစဉ် အတောအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ကုန်ကျစရိတ်အချို့အကြောင်း DHS-DFCS ကို ပြောဆိုရန် ပျက်ကွက်ပါက နှင့်/သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ကို အတည်ပြုရန် ပျက်ကွက်ပါက DHS-DFCS က အဆိုပါကုန်ကျစရိတ်ကို ကျွန်ုပ်၏ အစားအစား တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့်များ တွက်ချက်ရာတွင် ဘတ်ဂျက်ထည့်သွင်းမည် မဟုတ်ပါ။

အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် သင်၏ လျှောက်ထားမှုအတောအတွင်း ဂျော်ဂျီယာ လူသားရင်းမြစ်များ ဌာန ("DHS") သည် အမည်များ၊ လိပ်စာများ၊ တယ်လီဖုန်းနံပါတ်များ၊ အီးမေးလ် လိပ်စာများနှင့် မွေးနေ့ရက်စွဲများ စသည်တို့ကိုသိသော မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း ခွဲခြားဖော်ပြနိုင်သည့် အချက်အလက် (PII) ကို ကောက်ယူပါသည်။ မည်သည့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်မဆိုကို ကျွန်ုပ်တို့ တင်သွင်းခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် အဆိုပါ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်ကို DHS မူဝါဒများ၊ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအရနှင့် ဥပဒေ နှင့်/သို့မဟုတ် စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများမှ ခွင့်ပြုသလောက် သို့မဟုတ် လိုအပ်သလောက် စုဆောင်း၊ အသုံးပြုပြီး ဖွင့်ဟဖော်ထုတ်နိုင်ကြောင်း သင် သဘောတူပါသည်။

လက်မှတ်	ရက်စွဲ
'X' ဟု လက်မှတ်ထိုးပါက သက်သေ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ

အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ် -

လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုအား သင်၏ လျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ရန် သင်၏ အင်တာဗျူးကို ဖြေဆိုရန် နှင့်/သို့မဟုတ် စတိုးဆိုင်သို့ သင်မသွားနိုင်ချိန်တွင် သင်၏ EBT ကတ်ကို အသုံးပြုစေရန် သင်ဆန္ဒရှိမှသာ ဤအပိုင်းကို ဖြည့်ပါ။ ကျေးဇူးပြု၍ အစီအစဉ်တစ်ခုစီအတွက် အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးအဖြစ် မည်သူ့ကို သင်တာဝန်ပေးအပ်လိုကြောင်းကို မှတ်သားပေးပါ။ သင့်အနေဖြင့် အဆိုပါ လူပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းအား မည်သည့်တာဝန်များ ယူစေလိုကြောင်း ကျေးဇူးပြု၍ မှတ်သားပေးပါ။ သင်သည် Medicaid အတွက် လျှောက်ထားနေပါက သင့်ကိုယ်စား လုပ်ဆောင်ပေးရန် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုထက်ပို၍ သင် ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။

အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ် 1 ၏ အစီအစဉ် အမျိုးအစားများ - အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) TANF Medical Assistance
 အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ် 1 ၏ တာဝန်များ - လျှောက်ထားသူ၏ကိုယ်စား လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးရန် သက်တမ်းတိုး ဖောင်ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပြီး တင်သွင်းရန် အသိပေးစာများနှင့် အခြား ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုများအတွက် မိတ္တူ လက်ခံရရှိရန် အခြား အကြောင်းချင်းရာအားလုံးအတွက် လျှောက်ထားသူကိုယ်စား လုပ်ဆောင်ရန် TANF အကျိုးခံစားခွင့်ကတ် (EPPIC) တစ်ခု လက်ခံရယူရန်

လူပုဂ္ဂိုလ် အမည် 1 - _____
 အဖွဲ့အစည်း အမည် 1 (သက်ဆိုင်ပါက) - _____ ဖုန်းနံပါတ် - _____
 လိပ်စာ - _____ အခန်း - _____
 မြို့နယ် - _____ ပြည်နယ် - _____ ဇစ်ကုတ် - _____
 အီလက်ထရောနစ် နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး - အီးမေးလ် - ဟုတ် ___ မဟုတ် ___ (ဆန္ဒရှိပါက) စာတိုပို့ခြင်း - ဟုတ် ___ မဟုတ် ___ (ဆန္ဒရှိပါက)
 အီးမေးလ် လိပ်စာ (ဆန္ဒရှိပါက) _____
 ဦးစားပေး ဘာသာစကား - _____ စကားပြန်တစ်ဦး လိုအပ်ပါသလား။ လို ___ မလို ___

အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ် 2 ၏ အစီအစဉ် အမျိုးအစားများ - အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) TANF Medical Assistance
 ဖောင်ပုံစံ 297 (ပြင်ဆင်သည့်ရက်စွဲ - 10/2022)



မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက်
ဝန်ဆောင်မှုများဌာနခွဲ

အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ် 2 ၏ တာဝန်များ - လျှောက်ထားသူ၏ ကိုယ်စား လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးရန် သက်တမ်းတိုး ဖောင်ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပြီး တင်သွင်းရန် အသိပေးစာများနှင့် အခြား
ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုများအတွက် မိတ္တူ လက်ခံရရှိရန် အခြား အကြောင်းချင်းရာအားလုံးအတွက် လျှောက်ထားသူကိုယ်စား လုပ်ဆောင်ရန် TANF အကျိုးခံစားခွင့်ကတ် (EPPIC) တစ်ခုလက်ခံရယူရန်

လူပုဂ္ဂိုလ် အမည် 2 - _____
အဖွဲ့အစည်း အမည် 2 (သက်ဆိုင်ပါက) - _____ ဖုန်းနံပါတ် - _____
လိပ်စာ - _____ အခန်း - _____
မြို့တော် - _____ ပြည်နယ် - _____ ဇစ်ကုတ် - _____
အီလက်ထရောနစ် နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး - အီးမေးလ် - ဟုတ် ___ မဟုတ် ___ (ဆန္ဒရှိပါက)
စာတိုပိုခြင်း - ဟုတ် ___ မဟုတ် ___ (ဆန္ဒရှိပါက)
အီးမေးလ် လိပ်စာ (ဆန္ဒရှိပါက) _____
ဦးစားပေး ဘာသာစကား - _____ စကားပြန်တစ်ဦး လိုအပ်ပါသလား။ လို ___ မလို ___

မသန်စွမ်းမှုများရှိသော အမေရိကန်လူမျိုးများ အက်ဥပဒေ - အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်များအတွက် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုတစ်ခု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူတစ်ခု တောင်းဆိုခြင်း (သက်ဆိုင်ပါက) -

အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးထံတွင် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူတစ်ခု လိုအပ်မည့် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခု ရှိပါသလား။ ရှိ ___ မရှိ ___ (အကယ်၍ ရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ သင်တောင်းဆိုနေသည့် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူကို ဖော်ပြပေးပါ) -

လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကား စကားပြန် ___၊ TTY ___၊ စာလုံးကြီးကြီး ___၊ အီလက်ထရောနစ် နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှု (အီးမေးလ်) ___၊ မျက်မမြင်သုံး ဘရေးလား (Braille) ___၊ ဗီဒီယို တစ်ဆင့်ခံ ___၊ အချက်ပြ စကားပြောဆိုသည့် စကားပြန် ___၊ နှုတ်ဖြင့်စကားပြန် ___၊ အထိအတွေ့ဖြင့် ပြောဆိုသည့် စကားပြန် ___၊ အစီအစဉ် နောက်ဆုံးချက်များကို တယ်လီဖုန်းဖြင့် ခေါ်ဆို သတိပေးချက် ___၊ တယ်လီဖုန်းဖြင့် လက်မှတ်ထိုးခြင်း (သက်ဆိုင်ပါက) ___၊ မျက်နှာချင်းဆိုင် အင်တာဖျူးခြင်း (အိမ်တိုင်ရာရောက် လာရောက်မှု) ___၊ အခြား - _____

အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်က ဤ ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူကို တစ်ကြိမ်တစ်ခါ ___ သို့မဟုတ် ဆက်တိုက် ___ လိုအပ်ပါသလား။ ဖြစ်နိုင်ပါက ဤမွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် အထောက်အကူကို မည်သည့်အချိန်၌ မည်မျှကြာကြာ သင်လိုအပ်ကြောင်း အကျဉ်းချုပ် ရှင်းပြပေးပါ။ _____

ရုံးသုံးအတွက်သာ - _____ လက်ခံရရှိခဲ့သည့် ရက်စွဲ- _____

အမြန်လမ်းကြောင်းအတွက် အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု -

အမြန်လမ်းကြောင်းအတွက် အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု (ELE) ဆိုသည်မှာ ဖြည့်စွက် အာဟာရ အထောက်အကူ အစီအစဉ် (SNAP) သို့မဟုတ် လိုအပ်ချက်ရှိသော မိသားစုများအတွက် ယာယီ အထောက်အကူ (TANF) အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် အသက် 19 နှစ်အောက် ကလေးများအား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ အစီအစဉ်အတွင်း အလိုအလျောက် စာရင်းသွင်းရန် သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုးရန် လုပ်ငန်းစဉ်တစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ အကယ်၍ သင်၏ကလေးများသည် SNAP သို့မဟုတ် TANF အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက၊ မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက် ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ (DFCS) က SNAP သို့မဟုတ် TANF မှ အိမ်ထောင်စု အရွယ်အစား၊ နေရပ်နှင့် ဝင်ငွေအချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည်ဖြစ်သော်လည်း ကလေးများအား Medicaid သို့မဟုတ် PeachCare for Kids® အတွင်း စာရင်းသွင်းပေးရန် သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုးရန် ELE ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခု ပြုလုပ်ရန် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ စည်းမျဉ်းများကို အသုံးပြု၍ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းဝင်ရောက်မှု အဆင့်အတန်းကို DFCS က အတည်ပြုပါမည်။ အကယ်၍ သင်၏ကလေးများသည် PeachCare for Kids® အတွက် အရည်အချင်း ပြည့်မီပါက ၎င်းတို့အနေဖြင့် ပရီမီယမ်ကြေး ပေးရနိုင်ပါသည်။ DFCS က ဆုံးဖြတ်ချက်ဆိုင်ရာ အသိပေးစာတစ်စောင် သင့်ထံ ပို့ပေးမည်ဖြစ်ပြီး အပြောင်းအလဲများ သင် ပြုလုပ်ရန်နှင့် အချိန်မရွေး ထွက်ခွာရန် ရွေးချယ်ခွင့် ပေးအပ်ပါမည်။

သင်၏ ကလေးအား Medicaid သို့မဟုတ် PeachCare for Kids® တွင် စာရင်းသွင်းရန် သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုးရန် ELE ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခု ပြုလုပ်ရန် SNAP သို့မဟုတ် TANF မှ သင်၏ အချက်အလက်ကို DFCS မှ အသုံးပြုခြင်းအား ခွင့်ပြုရန် သင် သဘောတူပါသလား။

တူ မတူ



မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက်
ဝန်ဆောင်မှုများဌာနခွဲ



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) ကို မြန်မြန်ရရှိရန် ကျွန်ုပ် အရည်အချင်းပြည့်မီပါသလား။ (ဤအချက်အလက်ကို အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) လျှောက်ထားသူများအတွက်သာ လိုအပ်ပါသည်)

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) ကို 7 ရက်အတွင်း သင်ရရှိနိုင် မရရှိနိုင်သိရှိရန်အတွက် လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးနှင့် ပတ်သက်သည့် ဤမေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပေးပါ။

1. သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ သို့မဟုတ် ရာသီအလိုက် လယ်ယာ အလုပ်သမားတစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ဘယ်သူပါလဲ _____
2. ဤလအတွက် ရရှိမည့် အလုပ်မှအကြမ်းဖျဉ်းဝင်ငွေ စုစုပေါင်း - \$ _____
 အလုပ်ရှင် အမည် _____
 အလုပ်အကိုင် စတင်သည့် ရက်စွဲ _____ အလုပ်အကိုင် အဆုံးသတ်သည့် ရက်စွဲ _____
 ပေးချေ သည့် နှုန်းထား _____ အပတ်စဉ် အလုပ်လုပ်ချိန် နာရီများ _____
 အကြိမ်မည်မျှ သင့်အား ပေးချေပါသလဲ - အပတ်စဉ်/တစ်ပတ် နှစ်ကြိမ်/လတစ်ဝက် တစ်ကြိမ်/လစဉ် (တစ်ခုကို ဝိုင်းပေးပါ)
3. ဤလအတွက် ရရှိမည့် အလုပ်မလုပ်ပဲရသည့် အကြမ်းဖျဉ်းဝင်ငွေ စုစုပေါင်း - \$ _____
 အလုပ်မလုပ်ပဲရသည့် ဝင်ငွေအမျိုးအစား _____ ပမာဏ _____
 အကြိမ်မည်မျှ ရရှိပါသလဲ - အပတ်စဉ်/တစ်ပတ် နှစ်ကြိမ်/လတစ်ဝက် တစ်ကြိမ်/လစဉ် (တစ်ခုကို ဝိုင်းပေးပါ)
 အလုပ်မလုပ်ပဲရသည့် ဝင်ငွေအမျိုးအစား _____ ပမာဏ _____
 အကြိမ်မည်မျှ ရရှိပါသလဲ - အပတ်စဉ်/တစ်ပတ် နှစ်ကြိမ်/လတစ်ဝက် တစ်ကြိမ်/လစဉ် (တစ်ခုကို ဝိုင်းပေးပါ)
4. ဤလအတွက် အလုပ်မှရရှိသည့်ဝင်ငွေနှင့် အလုပ်မလုပ်ပဲရရှိသည့် ဝင်ငွေစုစုပေါင်း - \$ _____
5. သင်နှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးထံတွင် ငွေသား သို့မဟုတ် ဘဏ်တွင်း ငွေမည်မျှရှိပါသလဲ။ \$ _____
6. သင်၏ ငှားရမ်းခ၊ အပေါင်အတွက် ပေးချေမှု၊ အိမ်ခြံမြေ အခွန်များ နှင့်/သို့မဟုတ် အိမ်ပိုင်ရှင်အာမခံ လစဉ်ပမာဏက ဘယ်လောက်ပါလဲ။ \$ _____
7. ဤလအတွက် သင်၏ လျှပ်စစ်ဓာတ်အား၊ ရေ၊ ဂက်စ် နှင့်/သို့မဟုတ် အခြား အိမ်သုံးစရိတ်များ စုစုပေါင်းပမာဏက ဘယ်လောက်ပါလဲ။ \$ _____
(စုစုပေါင်းအတွင်း ယခင်က ပေးရန်ရှိခဲ့သော နှင့် နောက်ကျကြေး ပမာဏများကို ဖယ်ရှားပါ)
 - a. သင်၏ အိမ်ထောင်စု ပင်မ အဖူပေး သို့မဟုတ် အအေးပေးသည့်ရင်းမြစ်က ဘာပါလဲ။ အကျိုးဝင်သက်ဆိုင်သမျှကို အမှတ်ခြစ်ပါ
 လျှပ်စစ် _____ဂက်စ် _____ပြတင်း သို့မဟုတ် ဗဟို လေအေးပေးစနစ် _____ ရေနံဆီ _____ ထင်း _____
 - b. လွန်ခဲ့သော 12 လအတွင်း စွမ်းအင် အထောက်အကူ သင်ရရှိခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ရရှိခဲ့သော ပမာဏ \$ _____



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြပါ

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ (Medical Assistance) လျှောက်ထားသူများအတွက် - ကျေးဇူးပြု၍ သင်ကိုယ်တိုင်၊ သင်၏ အိမ်ထောင်ဖက်၊ သင်နှင့်အတူနေသော အသက် 21 နှစ်အောက် သင့်ကလေးများ (လင်ပါ မယားပါကလေးများအပါအဝင်) ကို ထည့်သွင်းပေးပါ။

ကျန်းမာရေး အကာအကွယ်လိုအပ်သည့် သင်၏ လက်မထပ်ထားသော လက်တွဲဖော်၊ ၎င်းတို့က သင်နှင့်အတူနေသည့်တိုင် သင်၏ အခွန်ပြန်အမ်းမှုပေါ်တွင် သင်ထည့်သွင်းထားသူ တစ်ဦးဦး နှင့် သင်မှ စောင့်ရှောက်နေပြီး သင်နှင့်အတူ နေထိုင်သော အသက် 21 နှစ်အောက်ရှိသူ တစ်ဦးဦး၊ ကျန်းမာရေး အကာအကွယ်မလိုအပ်သည့် သင်၏ လက်မထပ်ထားသည့် လက်တွဲဖော်၊ သင်၏ လက်မထပ်ထားသည့် လက်တွဲဖော်၏ ကလေးများ၊ သင်နှင့်အတူနေသော်လည်း ၎င်းတို့၏ကိုယ်ပိုင် အခွန်ပြန်အမ်းမှု တင်သွင်းသည့် သင်၏မိဘများ (သင်သည် အသက် 21 နှစ် အထက်ဖြစ်ပါက)၊ သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ကိုယ်ပိုင် အခွန်ပြန်အမ်းမှု တင်သွင်းသည့် အခြား အရွယ်ရောက် ဆွေမျိုးများကို သင် ထည့်သွင်းဖို့ မလိုပါ။ အကယ်၍ သင်သည် အရေးပေါ်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ (EMA) အတွက်သာ လျှောက်ထားနေပါက သင်၏ SSN သို့မဟုတ် သင်၏ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အခြေအနေနှင့် ပတ်သက်သည့်အချက်အလက်ကို ပေးအပ်ရန်မလိုပါ။

လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးနှင့် ပတ်သက်ပြီး အောက်ပါ ဇယားကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖြည့်စွက်ပေးပါ။ အောက်ပါ ဖယ်ဒရယ် 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 C.F.R. § 435.910, နှင့် 42 C.F.R. § 435.920 တို့က သင်နှင့် သင်၏ အိမ်ထောင်စုဝင်များ၏

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (များ) တောင်းဆိုရန် DFCS အား အခွင့်အာဏာပေးပါသည်။ သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်း နေထိုင်ပြီး အကျိုးခံစားခွင့်များ မလျှောက်ထားသူ မည်သူမဆိုအား မလျှောက်ထားသူတစ်ဦးအဖြစ် ဆက်ဆံနိုင်ပါသည်။ မလျှောက်ထားသူများအနေဖြင့် ၎င်းတို့၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်၊ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးရန် မလိုသည့်အပြင် အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် အရည်အချင်းမပြည့်မီပါ။ အခြားအိမ်ထောင်စုဝင်များသည် အခြားတစ်နည်းနည်းဖြင့် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်ခံရရှိနိုင်ပါသေးသည်။ အခြား အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် အရည်အချင်း ပြည့်မီမီ ကျွန်ုပ်တို့အား ဆုံးဖြတ်စေလိုပါက သင့်အနေဖြင့် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းနှင့် ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြရန်နှင့် ၎င်းတို့၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) ကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးရန် လိုအပ်ပါသေးသည်။ အိမ်ထောင်စု၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်အဆင့်ကို ဆုံးဖြတ်ရန် ၎င်းတို့၏ ဝင်ငွေနှင့် ရင်းမြစ်များအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြရန် လိုအပ်ပါသည်။ ၎င်းတို့၏ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းကို ကျွန်ုပ်တို့အား မပေးပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် လျှောက်ထားသူမဟုတ်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်များအား အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု နိုင်ငံသားနှင့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်ရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ (USCIS) ၏ အကျိုးဝင်မှုများရရှိရန် နိုင်ငံခြားသား စနစ်တကျ အတည်ပြုရေး (SAVE) စနစ်သို့ အစီရင်ခံတိုင်ကြားမည် မဟုတ်ပါ။ သို့ပါသော်လည်း သင်၏လျှောက်လွှာပေါ်တွင် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်း အချက်အလက်ကို တင်သွင်းထားပါက အဆိုပါအချက်အလက်ကို SAVE စနစ်မှတစ်ဆင့် အတည်ပြုခံရနိုင်ပြီး မိသားစု၏ အရည်အချင်းပြည့်မီရေးနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်အဆင့်အပေါ် သက်ရောက်နိုင်ပါသည်။ သင်၏ ဝင်ငွေနှင့် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို အတည်ပြုရန်သင်၏အချက်အလက်ကို အခြား ပြည်ထောင်စု၊ ပြည်နယ်နှင့် ဒေသန္တရ အေဂျင်စီများနှင့် တိုက်ဆိုင်ကြည့်ပါမည်။ ဥပဒေမှ ရှောင်ပြေးနေသူများအား ဖမ်းဆီးရာတွင် အသုံးပြုရန် ဤအချက်အလက်ကို တရားဥပဒေ စိုးမိုးရေးအရာရှိများ ထံသို့လည်း ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ သင်၏ အိမ်ထောင်စုတွင် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (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 ပျက်ကွက်သည့်အတွက်ကြောင့် လျှောက်ထားသူ အိမ်ထောင်စုဝင်များအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ငြင်းဆန်မည်မဟုတ်ပါ။

အမည်	တော်စပ်ပုံ	ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားနေပါသလား။	ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် ကျန်းမာရေး အကာအကွယ် လိုအပ်ပါသလား။	မွေးနေ့ ရက်စွဲ	လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်	လိင်	ဟစ္စပန်းနစ် သို့မဟုတ် လက်တီနို ဖြစ်ပါ သလား။	လူမျိုး ကုဒ် (ဆန္ဒရှိပါက) (ကုဒ်များကို အောက်တွင် ကြည့်ရှုပါ)	သင်သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား၊ အမေရိကန်ဖွား နိုင်ငံသား၊ အရည်အချင်းမီ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ သို့မဟုတ် စိတ်ကျေနပ်ဖွယ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းရှိသူ ဖြစ်ပါသလား။ (လျှောက်ထားသူများသာ)
ရှေ့ဆုံး အမည် အလယ်အမည် အတိုကောက် နောက်ဆုံး အမည်	ကိုယ်တိုင်			ဖောမက်ပုံစံ (လလ/ရရ/ရရ/နှစ်နှစ်)	(လျှောက်ထားသူ မဟုတ်သူများ အတွက် ဆန္ဒရှိက ရွေးချယ်နိုင်သည်)		(ဆန္ဒရှိပါက)		

လူမျိုး ကုတ်နံပါတ်များ (အကျိုးဝင်သည့် အရာအားလုံးကို ရွေးချယ်ပါ) -
AI - အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလာစကာ ဌာနေတိုင်းရင်းသား **AS** - အာရှတိုက်သား **BL** - လူမဲ့ သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်
HP - ဟာဝိုင်ယီ ဌာနေတိုင်းရင်းသား သို့မဟုတ် အခြား ပစိဖိတ် ကျွန်းသား **WH** - လူဖြူ
လူမျိုး/မျိုးနွယ်စုဆိုင်ရာ အချက်အလက်ကို ပေးအပ်ခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်များကို ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုသည့် ပုံစံဖြင့် ပေးအပ်ရာတွင် သင် ကူညီပါလိမ့်မည်။ သင့်အိမ်ထောင်စုအနေဖြင့် ဤအချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးရန် မလိုအပ်သည့်အပြင် ၎င်းက သင်၏ အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်အဆင့်ကို ထိခိုက်စေမည်မဟုတ်ပါ။



မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက်
ဝန်ဆောင်မှုများဌာနခွဲ



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် အခြား အိမ်ထောင်စုဝင် လျှောက်ထားသူများသည် အမေရိကန် နိုင်ငံသားများ သို့မဟုတ် အမေရိကန်ဖွား နိုင်ငံသားများ မဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်စွက်ပါ -

(ကျေးဇူးပြု၍ ထပ်ဆောင်းစာမျက်နှာများ လိုအပ်သလို ထည့်ပေးပါ)

အမည် ရှေးဆုံး အမည် အလယ်အမည် အတိုကောက် နောက်ဆုံး အမည်	ရွှေ့ပြောင်း နေထိုင်မှု စာရွက်စာတမ်း အမျိုးအစား	နိုင်ငံခြားသား/ အတည်ပြု လက်မှတ်/ စာရွက်စာတမ်း အိုင်ဒီဒီပါတ်	သင်သည် အမေရိကန် ပြည်ထောင်စုတွင် 1996 ခုနှစ် ကတည်းက နေထိုင်နေပါသလား။ (ဟုတ်/မဟုတ်)	နိုင်ငံသား ပြောင်းလဲခံယူသည်ရက်စွဲ/ အမေရိကန် ပြည်ထောင်စုတွင်း ဝင်ရောက်သည့် သို့မဟုတ် ဝင်ခွင့်ပြုသည့် ရက်စွဲ (သက်ဆိုင်ပါက) ဖောမက်ပုံစံ (လလ/ရက်ရက်/နှစ်နှစ်)	သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် မိဘသည် အမေရိကန် တပ်မတော်မှ စစ်မှုထမ်းဟောင်း သို့မဟုတ် လက်ရှိ တာဝန်ထမ်းဆောင် နေသူတစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။ (ဟုတ်/မဟုတ်)

လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပိုမို၍ ပြောပြပါ

အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် မည်သူသည် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီကြောင်း ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်များအားလုံးနှင့် ပတ်သက်သော အချက်အလက်များ ကျွန်ုပ်တို့ ပိုမိုလိုအပ်ပါသည်။ သင်ရရှိလိုသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့် ပတ်သက်သည့် မေးခွန်းများကိုသာ အောက်ရှိ စာမျက်နှာတွင် ကျေးဇူးပြု၍ ဖြေဆိုပေးပါ။

- တစ်စုံတစ်ဦးသည် အခြားနိုင်ငံ သို့မဟုတ် ပြည်နယ်အတွင်း အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရရှိပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့် TANF အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -
မည်သူ - _____
နေရာ - _____
အချိန် - _____
- 8/22/1996 နောက်ပိုင်း ဧရိယာတစ်ခုထက်ပို၍တွင် FS အကျိုးခံစားခွင့် အမြောက်အများရရှိရန် ၎င်းတို့ နေထိုင်သည့်နေရာနှင့် ၎င်းတို့မည်သူဆိုသည်နှင့် ပတ်သက်ပြီး အချက်အလက်အမှားများ ပေးကြောင်း ပြစ်မှုထင်ရှားခဲ့ပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -
မည်သူ - _____
နေရာ - _____
အချိန် - _____
- သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် လျှောက်ထားသည့်ရက်စွဲမှ ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း အလုပ်ထွက်ခဲ့ပါသလား သို့မဟုတ် သူ/သူမ၏ အလုပ်ချိန်နာရီကို တစ်ပတ်လျှင် နာရီ 30 အောက်သို့ ဆန္ဒအလျောက် လျှော့ချခဲ့ပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့် TANF အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက မည်သူ အလုပ်ထွက်ခဲ့ပါသလဲ။ _____
သူ/သူမက ဘာကြောင့် အလုပ်ထွက်ခဲ့ပါသလဲ။ _____
- တစ်ဦးဦးသည် ကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ (ဤမေးခွန်းက အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) လျှောက်ထားသူများအတွက် မသက်ဆိုင်ပါ) ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ခန့်မှန်းမွေးဖွားရက်က ဘာပါလဲ။ _____၊ ထို့အပြင် ကလေးဘယ်နှစ်ယောက်မွေးရန် မျှော်မှန်းထားပါသလဲ။ _____
အကယ်၍ မဟုတ်ပါက လွန်ခဲ့သော 12 လအတွင်း အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် ကလေးမီးဖွားခဲ့ပါသလား သို့မဟုတ် ကိုယ်ဝန်ဆောင်မှု အဆုံးသတ်ခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက မီးဖွားသည့်/ကိုယ်ဝန်အဆုံးသတ်ခဲ့သည့် ရက်စွဲက ဘာပါလဲ။ _____၊ ထို့အပြင် ကလေးဘယ်နှစ်ယောက် မွေးဖွားခဲ့/မွေးရန်မျှော်မှန်းခဲ့ပါသလဲ။ _____
ကိုယ်ဝန်ဆောင် အမျိုးသမီး၏ အမည် - _____ မမွေးဖွားခဲ့သော ကလေး၏ ဖခင်အမည် - _____
ဖခင်၏ လိပ်စာ - _____



မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက်
ဝန်ဆောင်မှုများဌာနခွဲ



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

5. Medicaid လျှောက်ထားသူများအတွက် လွန်ခဲ့သော 3 လအတွင်း တစ်ဦးဦးထံတွင်ငွေမပေးချေရသေးသည့် ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ
အကယ်၍ ရှိပါက သင့်ထံတွင် Medicaid ကိစ္စရပ်တစ်ခု ရှိလျှင် မပေးချေရသေးသည့် ငွေတောင်းခံလွှာများကို ကျေးဇူးပြု၍ ပို့ပေးပါ။
6. တစ်ဦးဦးသည် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) သို့မဟုတ် TANF အစီအစဉ်မှ အရည်အချင်းမမီ ဖြစ်သွားပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့် TANF အတွက်သာ)
 ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက** -
မည်သူ - _____
နေရာ - _____
7. တစ်ဦးဦးသည် ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် တရားစွဲခြင်း သို့မဟုတ် အကျဉ်းကျခြင်းမှ ရှောင်ကြဉ်ရန် တိမ်းရှောင်နေပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့် TANF အတွက်သာ)
 ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက** မည်သူပါလဲ - _____
8. တစ်ဦးဦးသည် အစမ်းလွှတ် သို့မဟုတ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ဆိုင်ရာ အခြေအနေများကို ချိုးဖောက်ထားပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့် TANF အတွက်သာ)
 ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက** ဘယ်သူပါလဲ - _____
9. တစ်ဦးဦးသည် 8/22/1996 နောက်ပိုင်းတွင် ထိန်းချုပ်ဆေးဝါးပစ္စည်းတစ်ခု ပိုင်ဆိုင် အသုံးပြု သို့မဟုတ် ဖြန့်ဖြူးမှုနှင့် ဆက်စပ်သော အပြုအမူကြောင့် ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီးတစ်ခု (ဥပမာ - ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီး) အတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားပါသလား (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) နှင့် TANF အတွက်သာ) သို့မဟုတ် အကြမ်းဖက်သည့် ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီးတစ်ခု ရှိပါသလား (TANF အတွက်သာ)။ ရှိ မရှိ
အကယ်၍ **ရှိပါက**-
မည်သူ - _____ အချိန် - _____
- a. ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ရာဇဝတ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းကြောင့် ရလဒ်အဖြစ် ကျခံရသည့် ပြစ်ဒဏ်တစ်ခုခုနှင့် သက်ဆိုင်သော အစမ်းလွှတ်ပေးထားမှုဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များကို သင် လိုက်နာပါသလား။
(အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
- b. ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ရာဇဝတ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းကြောင့် ရလဒ်အဖြစ် ကျခံရသည့် ပြစ်ဒဏ်တစ်ခုခုနှင့် သက်ဆိုင်သော လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များကို သင် လိုက်နာပါသလား။
(အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
- c. ဆေးဝါးနှင့်ဆက်စပ်၍ ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းတစ်ခုခုနှင့် ဆက်စပ်သော **အစမ်းလွှတ် သို့မဟုတ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များ**အားလုံးကို သင် အောင်အောင်မြင်မြင် ပြီးမြောက်ခဲ့ပါသလား။
(အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
10. 8/22/1996 နောက်ပိုင်းတွင် သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့်များကို လဲလှယ်ရောင်းချမှုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခဲ့ပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက** -
မည်သူ - _____ အချိန် - _____
11. 8/22/1996 နောက်ပိုင်းတွင် သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် \$500 ထက်ကျော်သည့် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့်များကို ဝယ်ယူခြင်း သို့မဟုတ် ရောင်းချခြင်းအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခဲ့ပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက** -
မည်သူ - _____
အချိန် - _____
12. 8/22/1996 နောက်ပိုင်းတွင် သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် သေနတ်များ၊ ခဲယမ်းမီးကျောက်များ သို့မဟုတ် ဖောက်ခွဲရေးပစ္စည်းများ ရရှိရန် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့်များကို လဲလှယ်ရောင်းချမှုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခဲ့ပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက** -
မည်သူ - _____
အချိန် - _____



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

13. 2/7/2014 နောက်ပိုင်းတွင် သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် ကြီးမားပြင်းထန်သော လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ အလွဲသုံးစားမှု၊ လူသတ်မှု၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ အမြတ်ထုတ်မှုနှင့် ကလေးများအား အခြားအလွဲသုံးစားမှု၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ စော်ကားမှုအပါအဝင် ပြည်ထောင်စု သို့မဟုတ် ပြည်နယ်ပြစ်မှု သို့မဟုတ် အဆိုပါ ပြစ်မှုတစ်ခုနှင့် သိသိသာသာ အလားတူညီသည်ဟု ပြည်နယ်ဥပဒေအရ ရှေ့နေချုပ်မှု ဆုံးဖြတ်သည့် ပြစ်မှုတစ်ခု ကျူးလွန်သည့် အရွယ်ရောက်လူကြီးတစ်ဦးအဖြစ် ပြစ်မှုထင်ရှားခဲ့ပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - _____

အချိန် - _____

- a. ရာဇဝတ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းကြောင့် ရလဒ်အဖြစ် ကျခံရသည့် ပြစ်ဒဏ်တစ်ခုခုနှင့် သက်ဆိုင်သော အစမ်းလွတ်ပေးမှုဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များကို သင် လိုက်နာပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
- b. ရာဇဝတ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းကြောင့် ရလဒ်အဖြစ် ကျခံရသည့် ပြစ်ဒဏ်တစ်ခုခုနှင့် သက်ဆိုင်သော လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များကို သင် လိုက်နာပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
- c. ရာဇဝတ်မှုကြီးတစ်ခုခုနှင့် ဆက်စပ်သော ပြစ်မှုထင်ရှားမှုတစ်ခုခုနှင့် ဆက်စပ်ပြီး အစမ်းလွတ်ပေး သို့မဟုတ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များအားလုံးကို သင် အောင်အောင်မြင်မြင် ပြီးမြောက်ခဲ့ပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (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 EPPIC ကတ်ကို နောက်တွင် ဖော်ပြထားသောနေရာများ၌ အသုံးပြုခဲ့ပါသလား - အရက်ပြင်း စတိုးဆိုင်များ၊ ကာစီနိုများ၊ ပိုကာ ကစားခန်းများ၊ လူကြီး ဖျော်ဖြေရေး လုပ်ငန်းများ၊ ခံဝန်ချက် ဘွန်းများ၊ နိုက်ကလပ်များ၊ အရက်ရောင်းသည့် ဆလွန်းများ/တာမန်များ၊ ဘင်ဂိုကစားခန်းမများ မြင်းပြိုင်ပွဲ လောင်းကစားခြင်းများ၊ သေနတ်/ခဲယမ်းမီးကျောက်ဆိုင်များ၊ အပန်းဖြေ သင်္ဘောများ၊ ဗေဒင်ဆရာများ၊ ဆေးလိပ်ဆိုင်များ၊ တက်တူး/နားနာခေါင်းဖောက်ဆိုင်များနှင့် စပါ/အနှိပ်ခန်းများ။

(TANF အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - _____ အချိန် - _____

16. အကျိုးခံစားခွင့်များ လျှောက်နေသူတစ်ဦးဦးသည် လတ်တလော၌ ထောက်ပံ့စရိတ် ရရှိနေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - _____

လစဉ် လက်ခံရရှိသည့် ပမာဏ - _____

ထောက်ပံ့စရိတ် သဘောတူညီချက်ကို အပြီးသတ်ခဲ့သည့် သို့မဟုတ် နောက်ဆုံးမွမ်းမံပြင်ဆင်ခဲ့သည့် ရက်စွဲ - _____

လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံး၏ ဝင်ငွေအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြပါ

သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်စုဝင် နေထိုင်သူတစ်ဦးသည် အောက်ပါတို့ကဲ့သို့သော ဝင်ငွေအမျိုးအစားတစ်ခုခု ရရှိပါသလား - လုပ်ခများ၊ အပိုဆုကြေးများ၊ ဘိုးနွမ်းများ၊ ကိုယ်ပိုင်အလုပ်၊ လူမှုဖူလုံရေး/ရထားလမ်းဌာန အငြိမ်းစား၊ အခြား မသန်စွမ်းမှု၊ ပင်စင်များ၊ အလုပ်လက်မဲ့ သို့မဟုတ် အခြား ဝင်ငွေတစ်ခုခု။ အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့် TANF အတွက် ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါတို့ကဲ့သို့သော ဝင်ငွေများကိုလည်း စာရင်းပေးပါ - VA ဝင်ငွေ၊ ကလေး ထောက်ပံ့ကြေး၊ အခြားသူများထံမှ ပိုက်ဆံများ သို့မဟုတ် အလုပ်သမားများအတွက် လျော်ကြေး။ အကယ်၍ ရှိပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။

ဝင်ငွေရှိသည့် အမည်	အိမ်ထောင်စုဝင်၏	ဝင်ငွေ အမျိုးအစား	အလုပ်ရှင် အမည် /ဝင်ငွေ ရင်းမြစ်	လစဉ် ပမာဏ (ဖြတ်နှုတ်မှုများ မတိုင်မီ)	ရရှိသည့် အကြိမ်ရေ (လစဉ်၊ တစ်ပတ်နှစ်ကြိမ်၊ အပတ်စဉ်)	နာရီလိုက် လုပ်ခ	အပတ်စဉ် အလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း	ပေးချေသည့် ရက်စွဲ (များ)

ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ဖြစ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ သင်၏ လစဉ်အသုံးစရိတ် ပမာဏကို စာရင်းပေးပါ - \$ _____



မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက်
ဝန်ဆောင်မှုများဌာနခွဲ



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်များအားလုံး၏ ရင်းမြစ်များအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြပါ - TANF လျှောက်ထားသူများအတွက် အိမ်ထောင်စုဝင်များအားလုံးနှင့် အသက်ကြီးသော (65 နှစ် သို့မဟုတ် အထက်) မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသော (သင်အလုပ်မလုပ်နိုင်အောင် တားဆီးထားသည့် အမြဲတမ်းချွတ်ယွင်းမှု) Medicaid လျှောက်ထားသူများအတွက် ရင်းမြစ်များအားလုံးကို စာရင်းပေးပါ

သင် သို့မဟုတ် သင်လျှောက်ထားပေးနေသည့် တစ်ဦးဦးသည် ရင်းမြစ်တစ်ခုခု ပိုင်ဆိုင်ပါသလား။ • ဟုတ် • မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါအချက်အလက်ကို ဖြည့်ပေးပါ (သင်၊ သင်၏ အိမ်ထောင်ဖက်၊ သင့်အား မိမိသို့များပိုင်ဆိုင်သည့် သို့မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦးမှ ပိုင်ဆိုင်သည့် ရင်းမြစ်များ (ပိုင်ဆိုင်မှုများ) အားလုံးကို အမှတ်ခြစ်ပေးပါ။ လိုအပ်ပါက ထပ်ဆောင်းစာမျက်နှာများ တွဲထည့်ပေးပါ။)

- ငွေသွင်း အကောင့်များ • ဟုတ် • မဟုတ် နာရေး အစီအစဉ်များ/ကြိုတင်ငွေပေးထားသည့် မြေမြှုပ်ရန် ကိစ္စ • ဟုတ် • မဟုတ်
- ငွေစုအကောင့်များ • ဟုတ် • မဟုတ် မြေမြှုပ်ရန် နေရာများ သို့မဟုတ် စာချုပ်များ • ဟုတ် • မဟုတ်
- အစိုးရ ဘွဲ့စာချုပ်များ • ဟုတ် • မဟုတ် စတော့ရှယ်ယာများနှင့် ဘွဲ့စာချုပ်များ • ဟုတ် • မဟုတ်
- ယုံကြည်မှုဖြင့်အပ်နှံသည့် ရန်ပုံငွေများ • ဟုတ် • မဟုတ် အခြား (IRA၊ CD၊ စသဖြင့်။) • ဟုတ် • မဟုတ်
- အမှန်တကယ် ပိုင်ဆိုင်မှု/အိမ်နေရာ ပိုင်ဆိုင်မှု ဖြစ်ပါသလား။ • ဟုတ် • မဟုတ်

သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်ဖက်သည် ပိုင်ဆိုင်မှုတစ်ခုခုကို ၎င်း၏တန်ဖိုးထက် လျော့နည်းပြီး ပေးပစ်ခဲ့ပါသလား။ • ဟုတ် • မဟုတ်

အကယ်၍ အဆိုပါမေးခွန်းများမှ တစ်ခုခုကို ဟုတ်သည်ဟု သင်ဖြေဆိုခဲ့ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အောက်တွင် ရှင်းလင်းဖော်ပြပါ။

ရင်းမြစ်ရှိသည့် အိမ်ထောင်စုဝင်၏ အမည်	ရင်းမြစ် အမျိုးအစား	အကောင်/ပေါ်လစီနံပါတ်	တန်ဖိုး	ဘယ်အမည်၊ အာမခံ ကုမ္ပဏီ၊ စသဖြင့်။

သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်ဖက်သည် ယာဉ်တစ်စီး ပိုင်ဆိုင်ပါသလား။ • ဟုတ် • မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အောက်တွင် ရှင်းလင်းဖော်ပြပေးပါ။

ယာဉ်ပိုင်ဆိုင်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်	ယာဉ် ထုတ်လုပ်သူ	မော်ဒယ်	ထုတ်သည့်နှစ်	အကြွေးတင်နေသည့် ပမာဏ

သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်ဖက်ထံတွင် အသက်အာမခံ ပေါ်လစီတစ်ခု ရှိပါသလား။ • ဟုတ် • မဟုတ်

အကယ်၍ ရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါအချက်အလက်ကို ဖြည့်ပေးပါ။

ပေါ်လစီ ပိုင်ဆိုင်သူ	အာမခံ ကုမ္ပဏီ	ပေါ်လစီနံပါတ်	အမြင် တန်ဖိုး	ငွေ တန်ဖိုး

လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံး၏ အသုံးစရိတ်များအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြပါ (Medicaid လျှောက်ထားသူများအတွက် ဆန္ဒရှိက ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်)

မိမိသို့ ကလေးတစ်ဦး သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသည့် အရွယ်ရောက် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးအား စောင့်ရှောက်ရေးအတွက် သင် ငွေပေးချေပါသလား။ • ဟုတ် • မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။

စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်သူ	စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေသူ	စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်သည့် အကြောင်းရင်း	ပံ့ပိုးသူ၏ အမည်/နံပါတ်	ပံ့ပိုးသူထံ ပေးချေခဲ့သည့် ပမာဏ	ဘယ်နှစ်ကြိမ် ပေးပါသလဲ



မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက်
ဝန်ဆောင်မှုများဌာနခွဲ



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

မိမိအဖို့ ကလေးတစ်ဦး သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသည့် အရွယ်ရောက် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးအတွက် သယ်ယူပို့ဆောင်မှု အသုံးစရိတ်များကို သင် ပေးချေပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ်
အဆိုပါ အသုံးစရိတ်များတွင် မိမိအဖို့ စောင့်ရှောက်မှု အသုံးစရိတ်များ ပါဝင်ပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ်
အကယ်၍ မဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ ဤမေးခွန်းကို ဖြေဆိုပေးပါ - **အပတ်စဉ် မောင်းနှင်သည့် မိုင်စုစုပေါင်း** - _____

သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် အိမ်ပြင်ပတွင် နေထိုင်သော တစ်စုံတစ်ဦးအား ကလေး ထောက်ပံ့စရိတ် ပေးနေပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။

ပေးချေရန် ဝတ္တရားရှိသည့် အိမ်ထောင်စုဝင်	ထောက်ပံ့စရိတ် ကလေး၏အမည်	ပေးချေရန် ဝတ္တရားရှိသည့် ပမာဏ	အမှန်တကယ် ပေးချေခဲ့သည့် ပမာဏ	ကလေးထောက်ပံ့စရိတ်ကို မည်သို့အား ပေးချေပါသလဲ။

လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံး၏ အသုံးစရိတ်များအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပိုမို၍ ပြောပြပါ (Medicaid လျှောက်ထားသူများအတွက် ဆန္ဒရှိက ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်)

အသက် 60 နှစ် သို့မဟုတ် အထက် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသူ တစ်ဦးအား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များ ရှိပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ်
အကယ်၍ ရှိပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။

အသုံးစရိတ်ရှိသည့် အိမ်ထောင်စုဝင်	အသုံးစရိတ် အမျိုးအစား (ဆရာဝန်ထံ သွားရောက်မှုများ၊ ဆေးရုံသို့ သွားရောက်မှု၊ ဆေးညွှန်းများ၊ Medicare သို့မဟုတ် ကုန်းမာရေးအာမခံ ပရီမီယမ်များ၊ မျက်မှန်များ)	အကြွေးတင်နေသည့် ပမာဏ	အကြွေးတင်နေပါသေးသလား။ ဟုတ်/မဟုတ်	ပေးချေခဲ့သည့် ရက်စွဲ	အာမခံက ငွေပေးချေပါမည်လား။ ဟုတ်/မဟုတ်

အသက် 60 သို့မဟုတ် အထက် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသူ တစ်ဦးအား သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးအတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များ ရှိပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ်
အကယ်၍ ရှိပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။

ခရီးသွားရသည့် ရည်ရွယ်ချက် (ဆရာဝန်ထံ သို့မဟုတ် ဆေးရုံသို့ သွားရောက်ခြင်း၊ ဆေးဆိုင် ဆေးသွားယူခြင်း)	မောင်းနှင်သည့် မိုင်စုစုပေါင်း -	တက်စီ၊ ဘတ်စ်ကား၊ ကားပါကင်အတွက် ကုန်ကျစရိတ် သို့မဟုတ် တည်းခိုနေထိုင်ရေး -

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးထံတွင် အမိုးအကာနှင့် ရေမီး အသုံးစရိတ်များ ရှိပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ်
အကယ်၍ ရှိပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။

အသုံးစရိတ်	ပမာဏ	ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။	မည်သို့က ပေးချေပါသလဲ။
အငှားခ/အပေါင်ကြေး			
အိမ်ခြံမြေ အခွန်များ			
အိမ်ခြံမြေ အာမခံ			
လျှပ်စစ်ဓာတ်အား			
ဂက်စ်			
အမှိုက်			
တယ်လီဖုန်း			
အခြား			



မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက်
ဝန်ဆောင်မှုများဌာနခွဲ



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

လစဉ် အိမ်ထောင်စု အသုံးစရိတ်များကို အိမ်ရှိ လူတစ်ဦးနှင့် သင်မှုပေးပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ဘယ်သူပါလဲ။ _____

မှတ်ချက်များ/စာရွက်စာတမ်းများ _____

မည်သည့် ပေးချေပါသလဲ _____ ပေးချေခဲ့သည့် ပမာဏ \$ _____ လျှင် _____

အိမ်ရှင်၏ အမည် _____

အိမ်ရှင်၏ လိပ်စာ - _____

ဤအိမ်ထောင်စု ငွေတောင်းခံလွှာများမှ တစ်ခုခုကို အခြားတစ်စုံတစ်ဦးက သင့်အတွက် ပေးချေပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ -

ငွေတောင်းခံလွှာကို မည်သူက ပေးချေပါသလဲ။	မည်သည့် ငွေတောင်းခံလွှာများကို ပေးချေပါသလဲ။
မည်သည့်ပမာဏကို ပေးချေပါသလဲ။	အဆိုပါသူက ယင်းငွေတောင်းခံလွှာများကို မည်သည့် ပေးချေပါသလဲ။

အကယ်၍ Medicaid အတွက် လျှောက်ထားနေပါက ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါအချက်အလက်ကို ဖြည့်ပေးပါ။

အခွန်လျှောက်ထားသူဆိုင်ရာ အချက်အလက်

1. အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် ရှေ့လာမည့်နှစ်တွင် ပြည်ထောင်စု ဝင်ငွေခွန် ပြန်အမ်းမှုတစ်ခု တင်သွင်းရန် စီစဉ်ထားပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက မည်သူပါလဲ။ (တင်သွင်းရန် စီစဉ်သူတစ်ဦးစီကို စာရင်းပေးပါ) _____
2. စာရင်းပေးထားသော အခွန်တင်သွင်းသူတစ်ဦးသည် အိမ်ထောင်ဖက်တစ်ဦးနှင့် ပူးတွဲတင်သွင်းပါမည်လား။ · ဟုတ် · မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ အိမ်ထောင်ဖက်၏အမည်ကို စာရင်းပေးပါ - _____
3. အခွန် တင်သွင်းသူတစ်ဦးသည် ၎င်းတို့၏ အခွန်ပြန်အမ်းမှုပေါ်တွင် မှီခိုသူတစ်ဦးဦး တောင်းဆိုပါမည်လား။ · ဟုတ် · မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ မှီခိုသူများ၏ အမည်(များ)ကို စာရင်းပေးပါ - _____
4. တစ်ဦးဦးသည် အခြားတစ်စုံတစ်ဦး၏ အခွန်ပြန်အမ်းမှုပေါ်တွင် မှီခိုသူတစ်ဦးအဖြစ် တောင်းဆိုပါမည်လား။ · ဟုတ် · မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အခွန်တင်သွင်းသူနှင့် မှီခိုသူ၏ အမည်ကို စာရင်းပေးပါ - (တင်သွင်းသူ) _____ (မှီခိုသူ) _____
အခွန်မှီခိုသူသည် အခွန်တင်သွင်းသူနှင့် မည်သို့ တော်စပ်ပါသလဲ။ _____

ဖြတ်နုတ်မှုများ - သက်ဆိုင်သမျှကို အမှတ်ခြစ်ပြီး ပမာဏနှင့် သင် ပေးသည့် အကြိမ်အရေအတွက်ကို ပေးအပ်ပါ။

- ထောက်ပံ့စရိတ် ပေးချေမှု \$ _____ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ _____ · ကျောင်းသားချေးငွေ အတိုး \$ _____ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ _____
- ကျန်းမာရေး အာမခံ ပရီမီယမ်ကြေးများ၊ 401K နှင့် အခြား အခွန်မဆောင်မီ ဖြတ်နုတ်မှုများ \$ _____ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ _____
- အခြား ဖြတ်နုတ်မှု အမျိုးအစား \$ _____ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါလဲ။ _____ အမျိုးအစား - _____

အခြား ကျန်းမာရေး အကာအကွယ်

1. တစ်ဦးဦးထံတွင် သင်၏ အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးအား အကာအကွယ်ပေးသည့် အခြား ကျန်းမာရေး အာမခံရှိပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ်
အထက်ရှိ မေးခွန်း 4 ကို ရှိသည်ဟု သင်ဖြေဆိုထားပါက ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါအချက်အလက်နှင့် နောက်ဆက်တွဲ A ကို ဖြည့်ပေးပါ -

ပေါ်လစီကိုင်ဆောင်သူ၏ အမည်	ကျန်းမာရေး အာမခံကုမ္ပဏီ၏ အမည်၊ လိပ်စာနှင့် တယ်လီဖုန်းနံပါတ်	အကာအကွယ် အမျိုးအစား (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ Medicare ဖြည့်စွက်၊ ဆေးဝါး၊ အဓိက ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ)	အကာအကွယ်ရရှိထားသူ၏ အမည်	သက်ရောက်သည့် ရက်စွဲ	ပေါ်လစီ နံပါတ်

2. ဤလျှောက်လွှာပေါ်တွင် စာရင်းပေးထားသူတစ်ဦးဦးအား အလုပ်အကိုင်တစ်ခုမှ ကျန်းမာရေး အကာအကွယ် ကမ်းလှမ်းပေးထားပါသလား။ အကာအကွယ်သည် မိဘတစ်ဦး သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်ဖက်ကဲ့သို့သော တစ်စုံတစ်ဦး၏ အလုပ်မှ ဖြစ်သည်တိုင် ဟုတ်သည်ကို အမှတ်ခြစ်ပေးပါ။
 - ဟုတ် · မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက သင့်အနေဖြင့် နောက်ဆက်တွဲ A ကို ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်ပါသည်။
 ဤအရာသည် ပြည်နယ်ဝန်ထမ်း အကျိုးခံစားခွင့်ပလန် တစ်ခု ဖြစ်ပါသလား။
 - ဟုတ် · မဟုတ်



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

- 3. သင် သို့မဟုတ် ဤလျှောက်လွှာပေါ်တွင် စာရင်းသွင်းထားသူ တစ်ဦးသည် လွန်ခဲ့သော 2 လအတွင်း ကျန်းမာရေးအကာအကွယ်တစ်ခုခုကို ဆုံးရှုံးသွားခဲ့ပါသလား။
 - a. ဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ၎င်းကို ဘာကြောင့် ဆုံးရှုံးခဲ့ပါသလဲ။ _____
 - b. မဟုတ်

4. မွေးစား စောင့်ရှောက်မှုတွင်း အသက် 18 နှစ်ရှိသူ တစ်ဦးသည် Medicaid လျှောက်ထားနေပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ်

5. သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးသည် အမေရိကန် သို့မဟုတ် အလာစကာ ဌာနသားဖြစ်ပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ်
အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက** နောက်ဆက်တွဲ B ကို ဖြည့်ပါ။

တစ်ဦးသည် အသက်အရွယ်ကြီးသူ (65 နှစ် သို့မဟုတ် အထက်)၊ မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသူ (သင့်အား အလုပ်မလုပ်နိုင်အောင် တားဆီးထားသည့် အမြဲတမ်း ချွတ်ယွင်းချက်) ဖြစ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ မေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပါ။ (ဆန္ဒရှိပါက)

1. ကျန်းမာရေး အာမခံရရှိရန် လျှောက်ထားသူတစ်ဦးသည် မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသူ ဖြစ်ပါသလား။
· ဟုတ် · မဟုတ် အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက** ကျေးဇူးပြု၍ အမည် စာရင်းပေးပါ _____

2. သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်ဖက်အား လက်ရှိတွင် Medicare မှ ကာကွယ်ပေးထားပါသလား။
· ဟုတ် · မဟုတ် အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက** ကျေးဇူးပြု၍ အမည် စာရင်းပေးပါ _____

3. ဖြည့်စွက် လုံခြုံရေးဝင်ငွေ (SSI) လျှောက်ထားမှုတစ်ခု မတိုင်မီ သုံးလမှ မပေးချေရသေးသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများကို ကာကွယ်ပေးရန် Medicaid ကို သင်လျှောက်ထားနေပါသလား။
· ဟုတ် · မဟုတ် အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက** SSI လျှောက်ထားသည့် နေ့စွဲ - _____

4. သင်သည် ယခုအခါ သေဆုံးသွားပြီဖြစ်ပြီး လွန်ခဲ့သော သုံး (3) လအတွင်း မပေးချေရသေးသည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများ ရှိသူတစ်ဦးအတွက် လျှောက်ထားနေပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ်

5. သင်သည် ဘိုးဘွားရိပ်သာတစ်ခုတွင်း ရှိနေသူတစ်ဦး၏ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ကူညီပေးချေရန် Medicaid ကို လျှောက်ထားနေပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ်

6. သင်သည် SSI ချက်လက်မှတ် ရပ်တန့်သွားသည့် အသက် 18 နှစ်အထက် ရှိသူတစ်ဦးအတွက် Medicaid လျှောက်ထားနေပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ်

7. သင်သည် အသိုင်းအဝိုင်း စောင့်ရှောက်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ၊ NOW/COMP၊ ဘဝအဆုံးသတ် စောင့်ရှောက်ရေး၊ လွတ်လပ်သော စောင့်ရှောက်မှု ကင်းလွတ်ခွင့် သို့မဟုတ် ကင်းလွတ်သည်ဟု မှတ်ယူခြင်း (Katie Beckett) ကဲ့သို့သော အသိုင်းအဝိုင်းအခြေပြု ကင်းလွတ်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ အတွက် ကူညီပေးချေရန် Medicaid ကို လျှောက်ထားနေပါသလား။ · ဟုတ် · မဟုတ်



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အစီအစဉ် ပြစ်ဒဏ်များ

သို့လျက်နှင့် အချက်အလက်အမှားများ ပေးအပ်ပါက သင်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးနိုင် သို့မဟုတ် ရာဇဝတ်မှုဆိုင်ရာ တရားစွဲဆိုမှု ခံရနိုင်ပါသည်။

- သင်၏ အိမ်ထောင်စုအနေဖြင့် မရသင့်သော အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် အချက်အလက်အမှားများ ပေးအပ်ခြင်းမပြုပါနှင့် သို့မဟုတ် အချက်အလက် မကွယ်ဝှက်ပါနှင့်။
- သင့်ကိုယ်ပိုင်မဟုတ်သည့် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) သို့မဟုတ် EBT ကတ်များကို အသုံးမပြုပါနှင့်။ ထို့အပြင် သင့်ကိုယ်ပိုင်ကတ်များကို အခြားသူတစ်ဦးအား ပေးသုံးပါနှင့်။
- အရက် သို့မဟုတ် စီးကရက်ကဲ့သို့သော အစားအစာမဟုတ်သည့် ပစ္စည်းများကို ဝယ်ယူရန် သို့မဟုတ် ခရက်ဒစ်ကတ်များအတွက် ငွေပေးရန် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့်များကို အသုံးမပြုပါနှင့်။
- လက်နက်များ၊ ခဲယမ်းမီးကျောက်များ သို့မဟုတ် ထိန်းချုပ်ပစ္စည်းများ (တရားမဝင်ဆေးဝါးများ) ဝယ်ယူရန် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) သို့မဟုတ် EBT ကတ်များကို ကုန်သွယ်ခြင်း သို့မဟုတ် ရောင်းခြင်း မပြုပါနှင့်။

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) စည်းမျဉ်းများကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် ချိုးဖောက်သည့် သင်၏ အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အစီအစဉ်မှ တစ်နှစ်မှသည် အပြီးအပိုင်အထိ တားမြစ်ခံရနိုင်ပါသည်။ \$250,000 အထိ ငွေဒဏ်အချခံရနိုင်ပါသည်။ ထောင်ဒဏ် အနှစ် 20 ကျခံရနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် နှစ်မျိုးလုံး ခံရနိုင်ပါသည်။ သူမ/သူသည် အခြား သက်ဆိုင်ရာ ပြည်ထောင်စုနှင့် ပြည်နယ် ဥပဒေများအရ တရားစွဲဆိုခြင်းလည်း ခံရနိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ တရားရုံးမှ အမိန့်ပေးပါက သူမ/သူအား အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အစီအစဉ်မှလည်း နောက်ထပ် 18 လကြာ တားမြစ်နိုင်ပါသည်။ သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ မည်သူ့ကိုမဆို စည်းမျဉ်းများကို တမင်ချိုးဖောက်ပါက ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် တစ်နှစ်၊ ဒုတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် နှစ်နှစ်နှင့် တတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) ကို အပြီးအပိုင် ရရှိနိုင်တော့မည်မဟုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် ထိန်းချုပ်ပစ္စည်းတစ်ခု ရောင်းချမှု ပါဝင်သည့် အရောင်းအဝယ်တစ်ခုအတွင်း အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့်များကို အသုံးပြု သို့မဟုတ် လက်ခံခြင်းအတွက် အပြစ်ရှိကြောင်း ဥပဒေတရားရုံးတစ်ခုမှ တွေ့ရှိပါက သင် သို့မဟုတ် ထိုအိမ်ထောင်စုဝင်သည် ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် နှစ်နှစ်နှင့် ဒုတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် ခံစားခွင့်များ အပြီးအပိုင် အရည်အချင်း ပြည့်မီတော့မည်မဟုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် သေနတ်များ၊ ခဲယမ်းမီးကျောက်များ သို့မဟုတ် ဖောက်ခွဲရေးပစ္စည်းများရောင်းချမှု ပါဝင်သည့် အရောင်းအဝယ်တစ်ခုအတွင်း အကျိုးခံစားခွင့်များကို အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် လက်ခံရခြင်းအတွက် အပြစ်ရှိကြောင်း ဥပဒေ တရားရုံးတစ်ခုမှတွေ့ရှိပါက သင် သို့မဟုတ် ထိုအိမ်ထောင်စုဝင်သည် ဤချိုးဖောက်မှုမျိုး ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်သည်နှင့် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အစီအစဉ်တွင်း ပါဝင်ရန် အပြီးအပိုင် အရည်အချင်း ပြည့်မီတော့မည် မဟုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် မှောင်ခိုကူးခြင်းမှ စုပေါင်းအကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏ \$500 သို့မဟုတ် အထက် ရရှိခြင်းအတွက် အပြစ်ရှိကြောင်း ဥပဒေ တရားရုံးတစ်ခုမှတွေ့ရှိပါက သင် သို့မဟုတ် ထိုအိမ်ထောင်စုဝင်သည် ဤချိုးဖောက်မှုမျိုး ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်သည်နှင့် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အစီအစဉ်တွင်း ပါဝင်ရန် အပြီးအပိုင် အရည်အချင်းပြည့်မီတော့မည် မဟုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့် အမြောက်အများ ရရှိရန် မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း အထောက်အထား (၎င်းတို့ မည်သူဖြစ်ကြောင်း) သို့မဟုတ် နေအိမ် (၎င်းတို့နေထိုင်ရာ နေရာ) နှင့်စပ်လျဉ်း၍ မှားယွင်းသောဖော်ပြချက် သို့မဟုတ် ကိုယ်စားပြုချက်တစ်ခု ပေးအပ်ခဲ့ကြောင်း တွေ့ရှိပါက သင် သို့မဟုတ် အဆိုပါ အိမ်ထောင်စုဝင်သည် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ရန် 10 နှစ်တာ အရည်အချင်းပြည့်မီတော့မည် မဟုတ်ပါ။

TANF အစီအစဉ် ပြစ်ဒဏ်များ

TANF အစီအစဉ်အတွင်း IPV (အစီအစဉ်ကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ချိုးဖောက်ခြင်း) တစ်ခုဆိုသည်မှာ လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးက အထောက်အကူယူနှစ် (AU) ၏ သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီမှုတစ်ခု ဖော်ဆောင်ရန် သို့မဟုတ် ထိန်းသိမ်းထားရန် သို့မဟုတ် မှားယွင်းသော သို့မဟုတ် အထင်အမြင်လွဲစေသည့် အချက်အလက်များ ပေးအပ်ခြင်း သို့မဟုတ် အချက်အလက်ကို ထိန်းချုပ်ခြင်းဖြင့် AU ၏အကျိုးခံစားခွင့်များ များလာစေရန်၊ သို့မဟုတ် လျော့ကျခြင်းကို တားဆီးကာကွယ်ရန် တမင်လုပ်သည့် လုပ်ဆောင်ချက်တစ်ခုဖြစ်ပါသည်။

- အချက်အလက်များကို ကွယ်ဝှက်ပြီး အပြောင်းအလဲများကို အချိန်မီ အစီရင်ခံစာသည့် သို့မဟုတ် အမှန်အတိုင်းမပြောသည့် မိသားစုဝင်တစ်ဦးသည် ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်ခြင်းအတွက် TANF အကျိုးခံစားခွင့်များကို ခြောက်လကြာ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ဒုတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် ဆယ်နှစ်လကြာနှင့် တတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် အပြီးအပိုင်ဆုံးရှုံးပါလိမ့်မည်။ ငွေသားထုတ်ယူရန် သို့မဟုတ် ကာစီနိုများ၊ အရက်ပြင်းဆိုင်များ၊ အရွယ်ရောက်ပြီးသူများအတွက် ဖျော်ဖြေရေး အဆောက်အအုံများ "အဖော်အချွတ် ကလပ်များ"၊ ပိုကာကစားခန်းများ၊ အာမခံ ဘွန်းစာချုပ်များ၊ နိုက်ကလပ်များ/အရက်ရောင်းသည့် ဆလွန်းများ/တမန်းများ၊ ဘင်ဂို ကစားခန်းများ၊ မြင်းပြိုင်ပွဲလောင်းကစားများ၊ ဂိမ်းဆိုင်များ၊ သေနတ်/ခဲယမ်းမီးကျောက်ဆိုင်များ၊ အပျော်စီးသင်္ဘောများ၊ ဗေဒင်ဆရာများ၊ ဆေးလိပ်ဆိုင်များ၊ တက်တူး/နားနားခေါင်း ဖောက်ဆိုင်များ၊ နှင့် စပါ/အနှိပ်ခန်းများသို့သွားရန် ငွေသားအထောက်အကူ ရန်ပုံငွေများ သို့မဟုတ် TANF DEBIT ကတ်ကို လွှဲပြောင်းအသုံးပြုခြင်းကို တင်းကြပ်စွာ တားမြစ်ထားပြီး ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်ခြင်းအတွက် TANF အကျိုးခံစားခွင့်များကို ခြောက်လကြာ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ဒုတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် ဆယ်နှစ်လကြာနှင့် တတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် အပြီးအပိုင်ဆုံးရှုံးပါလိမ့်မည်။
- သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် အချက်အလက်များကို ကွယ်ဝှက်ထားသည့် သို့မဟုတ် အပြောင်းအလဲများကို အချိန်မီ အစီရင်ခံစာ ဥပဒေရေးရာ တရားရုံးတစ်ခုမှ တွေ့ရှိပြီး ပြစ်မှုထင်ရှားစီရင်ခံရပါက ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်ခြင်းအတွက် TANF အကျိုးခံစားခွင့်များကို 6 လကြာ၊ ဒုတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် 12 လကြာ ရရှိနိုင်မည်မဟုတ်ဘဲ တတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် အပြီးအပိုင်ရရှိနိုင်တော့မည် မဟုတ်ပါ။
- ပြည်နယ်တစ်ခုထက်ပို၍ အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရရှိနိုင်ရန် သင်နေထိုင်သည့်နေရာနှင့် ပတ်သက်၍ အချက်အလက်များပေးခြင်းအတွက် သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် အပြစ်ရှိကြောင်း ဥပဒေရေးရာ တရားရုံးတစ်ခုက တွေ့ရှိပါက သင့်အား 10 နှစ်ကြာ တားမြစ်ထားပါမည်။
- အကယ်၍ တရားရုံးတစ်ခုက ဆေးဝါးနှင့် ဆက်စပ်သော စွဲဆိုးမှု၊ ထိန်းချုပ် ပစ္စည်း သို့မဟုတ် 1/1/1997 ရက်တွင် သို့မဟုတ် ယင်းနောက်ပိုင်းတွင် ပြင်းထန်ဆိုးရွားသည့် အကြမ်းဖက် ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီး တစ်ခုအတွက် သင့်အား စီရင်ခံပါက သင် သို့မဟုတ် အဆိုပါ အိမ်ထောင်စုဝင်သည် သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီမည်မဟုတ်ပါ နှင့်/သို့မဟုတ် အပြီးအပိုင် အရည်အချင်း ပြည့်မီတော့မည်မဟုတ်ပါ။



မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက်
ဝန်ဆောင်မှုများဌာနခွဲ



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP)၊ TANF နှင့် Medicaid လျှောက်ထားသူ အားလုံးအတွက် -

အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားသူ(များ)သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား(များ) သို့မဟုတ် အမေရိကန်နိုင်ငံတွင် တရားဝင်ရောက်ရှိနေသည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ(များ) ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံး သိသလောက်နှင့် ယုံကြည်ချက်ဖြင့် လိမ်လည်မှု ပြစ်ဒဏ်အောက်တွင် ကြေညာအပ်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာအတွင်း ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်အားလုံးသည် မှန်ကန်ပြီး အမှားအယွင်းမရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်သိသလောက် အကောင်းဆုံး ထပ်ဆောင်း အတည်ပြုပါသည်။ DHS-DFCS၊ DCH နှင့် အာဏာရ ပြည်ထောင်စု အေဂျင်စီများက ဤလျှောက်လွှာပေါ်တွင် ကျွန်ုပ်ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်ကို အတည်ပြုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပြီး သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။ အချက်အလက်များကို ယခင် သို့မဟုတ် လက်ရှိ ဝန်ထမ်းများထံမှ ရယူနိုင်ပါသည်။ လုပ်ခဆိုရာ အချက်အလက်နှင့် အလုပ်အကိုင် လှုပ်ရှားမှုများအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ ပါဝင်လုပ်ဆောင်မှုကို ခြေရာခံရန် ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့်/သို့မဟုတ် TANF အစီအစဉ် လိုအပ်ချက်များအရ ကျွန်ုပ်၏ အခြေအနေရပ်များတွင် မည်သည့်အပြောင်းအလဲမဆိုကို ကျွန်ုပ် အစီရင်ခံပါမည်။ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် စုစုပေါင်း ပမာဏ \$4250 သို့မဟုတ် ထို့ထက်ပိုသည့် (အခွန်မဆောင်မီ သို့မဟုတ် အခြားပမာဏများကို ဖြတ်နုတ်ထိန်းသိမ်းခြင်း မပြုမီ) ထိ သို့မဟုတ် လောင်းကစား နိုင်ငံကြေးများ ရရှိပါကလည်း ကျွန်ုပ် အစီရင်ခံပါမည်။ အဆိုပါ နိုင်ငံကြေးများကို ကျွန်ုပ်၏ မိသားစု လက်ခံရရှိသည့်လ ကုန်သည်မှ 10 ရက်အတွင်း အဆိုပါ နိုင်ငံကြေးများအကြောင်း ကျွန်ုပ် အစီရင်ခံပါမည်။ အချက်အလက်တစ်ခုခုသည် မမှန်ကန်ပါက ကျွန်ုပ်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှော့ချနိုင် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်နိုင်ကြောင်းနှင့် မမှန်ကန်သည့် အချက်အလက်ကို သိလျက်ပေးအပ်ခြင်းအတွက် ရာဇဝတ်မှုဖြင့် တရားစွဲခြင်း ခံရနိုင် သို့မဟုတ် DHS-DFCS အစီအစဉ်များတွင် အရည်အချင်း မပြည့်မီ ဖြစ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ အချက်အလက်အမှားများ ပေးအပ်ပါက သို့မဟုတ် အချက်အလက်ကို ကွယ်ဝှက်ထားပါက ကျွန်ုပ်အား တရားစွဲဆိုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ 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 လူသားရင်းမြစ်များ ဌာန ("DHS") သည် အမည်များ၊ လိပ်စာများ၊ တယ်လီဖုန်းနံပါတ်များ၊ အီးမေးလ် လိပ်စာများနှင့် မွေးနေ့ရက်စွဲများ စသည်တို့ကိုသို့မဟုတ် မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း ခွဲခြားဖော်ပြနိုင်သည့် အချက်အလက် (PII) ကို ကောက်ယူပါသည်။ မည်သည့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်မဆိုကို ကျွန်ုပ်တို့ထံ တင်သွင်းခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် အဆိုပါ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်ကို DHS မူဝါဒများ၊ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအရနှင့် ဥပဒေ နှင့်/သို့မဟုတ် စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများမှ ခွင့်ပြုသလောက် သို့မဟုတ် လိုအပ်သလောက် စုဆောင်း၊ အသုံးပြုပြီး ဖွင့်ဟဖော်ထုတ်နိုင်ကြောင်း သင် သဘောတူပါသည်။

လျှောက်ထားသူ၏လက်မှတ်	ရက်စွဲ
အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ

မဲထည့်သူ မှတ်ပုံတင်ရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်

သင်နေထိုင်သည့်နေရာတွင် မဲပေးရန် ယခုမှတ်ပုံမတင်ရသေးပါက မဲပေးရေးအတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် ဤနေရာတွင် ယနေ့ လျှောက်ထားလိုပါသလား။

_____ ဟုတ်

_____ မဟုတ်

_____ မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်ရေးဆိုင်ရာ မေးခွန်းကို ကျွန်ုပ် မဖြေဆိုလိုပါ

မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ရန် ငြင်းဆန်ခြင်းတို့က ဤအေဂျင်စီမှ သင့်အား ပေးအပ်မည့် အထောက်အကူပမာဏကို ထိခိုက်စေမည်မဟုတ်ပါ။

မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာပုံစံကို ဖြည့်စွက်ရာတွင် သင့်အနေဖြင့် အကူအညီလိုအပ်ပါက သင့်အား ကျွန်ုပ်တို့ ကူညီပေးပါမည်။ အကူအညီ ရှာဖွေမှု သို့မဟုတ် လက်ခံမှု လုပ်မလုပ်မှာ သင်၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ဖြစ်ပါသည်။ လျှောက်လွှာပုံစံကို သီးသန့် ဖြည့်သွင်းနိုင်ပါသည်။

မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို ငြင်းပယ်ရန် သင်၏အခွင့်အရေး၊ မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ရန် ငြင်းပယ်ခြင်း ပြုမပြု ဆုံးဖြတ်ရာတွင် သီးသန့်ဖြစ်ပိုင်ခွင့်၊ သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်ပိုင် နိုင်ငံရေးပါတီ သို့မဟုတ် အခြားနိုင်ငံရေး ဦးစားပေးမှုတစ်ခု ရွေးချယ်ရန် သင်၏အခွင့်အရေးကို တစ်စုံတစ်ဦးက စွက်ဖက်သည်ဟု သင်ယုံကြည်ပါက ပြည်နယ်အတွင်းရေးမှူးအား အောက်ပါလိပ်စာတွင် သင် တိုင်ကြားနိုင်ပါသည်။
2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 or by calling (404) 656-2871.

အကယ်၍ အကွက်တစ်ခုခုကို သင်အမှတ်မခြစ်ပါက ယခုအချိန်၌ မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံမတင်ရန် သင်ဆုံးဖြတ်ခဲ့သည်ဟု ယူဆမည်ဖြစ်ပါသည်။

ဂျော်ဂျီယာပြည်နယ် မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်ရေး လျှောက်လွှာ မိတ္တူတစ်စောင်ကို DFCS လျှောက်လွှာများ၊ သက်တမ်းတိုးများနှင့် လိပ်စာပြောင်းလဲရေး ဖောင်ပုံစံများနှင့်အတူ ထည့်သွင်းပေးထားပါမည်။ မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာတစ်စောင်ကို သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းထံမှလည်း တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာတစ်စောင်ကို သင်ဖြည့်စွက်ပါက မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာပေါ်တွင် ပေးအပ်ထားသော လမ်းညွှန်ချက်များအတိုင်း လိုက်နာ၍ ၎င်းအား ဂျော်ဂျီယာပြည်နယ် ပြည်နယ်အတွင်းရေးမှူးရုံးသို့ တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

(ဤစာရွက်စာတမ်းများကို သင်၏အချက်အလက်ရရှိရန်အတွက် သိမ်းထားပါ)

ဤလျှောက်လွှာအတွင်း အသုံးပြုထားသည့် စကားလုံးများက မည်သည့်အဓိပ္ပါယ် သက်ရောက်ပါသလဲ။

ဤဇယားက ဤလျှောက်လွှာအတွင်း ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုထားသည့် စကားလုံးများကို ရှင်းပြပေးပါသည်။

လျှောက်ထားသူ	အစိုးရအထောက်အကူ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရရှိရန် လျှောက်ထားသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး။
ထောက်ကူရေး ယူနစ် (AU)	ထောက်ကူရေး ယူနစ်တစ်ခုတွင် အတူတကွနေထိုင်ပြီး ပြည်သူ့ အထောက်အကူ/အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရရှိသော အရည်အချင်းပြည့်မီသည့်လူပုဂ္ဂိုလ်များ ပါဝင်ပါသည်။
ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ	သူ သို့မဟုတ် သူမ၏ စောင့်ရှောက်မှုအတွင်း ကလေးများပါဝင်၍ TANF ကို လျှောက်ထားပြီး လက်ခံရရှိသော မိဘ၊ ဆွေမျိုး သို့မဟုတ် တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူတစ်ဦး ဖြစ်သည်။
အရည်အချင်း မပြည့်မီ	လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးသည် အမှန်အတိုင်း မပြောဘဲ ၎င်း လက်ခံမရရှိသင့်သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်ခံရယူနေသောကြောင့် ၎င်းအား အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) သို့မဟုတ် TANF ကိစ္စတစ်ခုမှ ဖယ်ရှားရန် လုပ်ဆောင်ချက်တစ်ခု။
အကျိုးခံစားခွင့်ကို အီလက်ထရောနစ်နည်းဖြင့် လွှဲပြောင်းမှု (ETA)	အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်များအား အကျိုးခံစားခွင့်များ ပေးချေရန် ရော်ဂျီယာပြည်နယ်အတွင်း အသုံးပြုသောစနစ်။ ထောက်ကူမှုတစ်ခု လက်ခံရရှိနေသော လူပုဂ္ဂိုလ်များအတွက် EBT ငွေကြိုသွင်းကတ်တစ်ခု ထုတ်ပေးပြီး ယင်းကတ်ကို ၎င်းတို့၏ အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကောင့်များကို အလှမ်းမီရယူရာ၌ အသုံးပြုပါသည်။
အီလက်ထရောနစ်နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး	သင်၏အချက်အလက်နှင့် ပတ်သက်သည့် အသိပေးချက်များကို သင်မည်သို့ လက်ခံရရှိလိုကြောင်း ရွေးချယ်ရန် သင့်ထံတွင် ရွေးချယ်စရာရှိပါသည်။ သင့်အနေဖြင့် အီးမေးလ် သို့မဟုတ် စာသား အသိပေးချက်များ လက်ခံရရှိရန် ရွေးချယ်ပါက GA Gateway ဖောက်သည်ပေါ်တယ် (Customer Portal) တွင် တည်ရှိသော ကျွန်ုပ်၏ အသိပေးချက်များ (My Notices) တွင်း အသိပေးချက်တစ်ခုရှိကြောင်း အသိပေးသည့် မက်ဆေ့တစ်ခု သင်ရရှိပါလိမ့်မည်။ အီးမေးလ်ဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့အား သင်၏ အီးမေးလ်လိပ်စာ ပေးရမည်ဖြစ်ပြီး အကောင့်တစ်ခု သင်ဖန်တီးပြီးနောက်တွင် GA Gateway Customer Portal တွင်း 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 စီနွန်းထားများ သက်ရောက်နိုင်ပါသည်။ ၎င်းက ဖုန်းစနစ်ပံ့ပိုးသူများအလိုက် ကွဲပြားနိုင်ပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ သင်၏ပံ့ပိုးသူနှင့် စစ်ဆေးပါ။
EPPICard ငွေကြိုသွင်း မာစတာကတ် (debit MasterCard)	TANF လက်ခံရရှိသူများအနေဖြင့် EPPICard debit MasterCard သို့ခေါ်ဆိုရန်အတွက် ရော်ဂျီယာပြည်နယ်က လွယ်ကူအဆင်ပြေသည့် "အီလက်ထရောနစ်" ငွေပေးချေမှု ရွေးစရာတစ်ခုကို အကောင်အထည်ဖော်ထားပါသည်။ ဤငွေပေးချေမှု ရွေးစရာအောက်တွင် ပိုက်ဆံကို လက်ခံလက်ခံ ပထမဆုံး ပြက္ခဒိန်ရက်တွင် လက်ခံရရှိသူ၏အကောင့်အတွင်း ကြိုတင်ပေးပါသည်။ ပထမရက်က စနေတနင်္ဂနွေပိတ်ရက် သို့မဟုတ် အားလပ်ရက်ပေါ် ကျရောက်ပါက အကျိုးခံစားခွင့်များကို မတိုင်မီလ၏ နောက်ဆုံး အလုပ်လုပ်ရက်တွင် ရရှိအောင် ပြုလုပ်ပေးပါသည်။ ရန်ပုံငွေများကို debit MasterCard တွင်းသို့ အီလက်ထရောနစ် နည်းအားဖြင့် သွင်းပေးသောကြောင့် လက်ခံရရှိသူသည် သူ သို့မဟုတ် သူမ၏ ရန်ပုံငွေများကို ချက်ချင်း ရယူအသုံးပြုခွင့်ရှိပါသည်။
အာမခံပေးသည့် ဆွေမျိုး	ကလေးများကိုယ်စား သူ သို့မဟုတ် သူမ၏နာမည်ဖြင့် TANF ကို လျှောက်ထားပြီး လက်ခံရရှိသော မိဘ၊ ဆွေမျိုး သို့မဟုတ် တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူတစ်ဦး။
အကြမ်းဖျဉ်း ဝင်ငွေ	အခွန်များ မဖြတ်မီ သို့မဟုတ် အခြားဖြတ်နုတ်မှုများ ထည့်မတွက်မီ လူတစ်ဦး၏ စုစုပေါင်းဝင်ငွေ။
အိမ်ထောင်စုဝင်များ	သင်၏အိမ်တွင်း နေထိုင်သော လူပုဂ္ဂိုလ်များ အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက် အတူတကွနေထိုင်ပြီး ၎င်းတို့၏ စားဖွယ်ရာများကို အတူတကွ ဝယ်ယူ ပြင်ဆင်သည့် လူပုဂ္ဂိုလ်များ။
ဝင်ငွေ	လုပ်ခများ၊ လစာများ၊ ကော်မရှင်များ၊ ဘိုးနပ်စ်များ၊ အလုပ်သမား အစားလျော်ကြေးများ၊ မသန်စွမ်းမှု၊ ပင်စင်၊ အငြိမ်းစား အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ အတိုးများ၊ ကလေး ထောက်ပံ့စရိတ် သို့မဟုတ် အခြားပုံစံဖြင့် လက်ခံရရှိသော ပိုက်ဆံကဲ့သို့သော ငွေပေးချေမှုများ။
အလယ်အလတ် လူတန်းစားအတွက် အခွန် သက်သာခွင့် အက်ဥပဒေ 2012	ငွေသားထုတ်ယူရန် သို့မဟုတ် ကာစီနိုများ၊ အရက်ပြင်းဆိုင်များ၊ အရွယ်ရောက်ပြီးသူအတွက် ဖျော်ဖြေရေး အဆောက်အအုံများ၊ ပိုကာ ကစားခန်းများ၊ အာမခံ ဘွဲ့ခန်းစာချုပ်များ၊ နိုက်ကလက်များ/အရက်ရောင်းသည့် ဆလွန်းများ/တာမန်းများ၊ ဘင်ဂို ကစားခန်းမများ၊ မြင်းပြိုင်ပွဲ လောင်းကစားခြင်းများ၊ ဂိမ်းကစားသည့် နေရာများ၊ သေနတ်/ခဲယမ်းမီးကျောက်ဆိုင်များ၊ အပျော်စီး သင်္ဘောများ၊ ဗေဒင်ဆရာများ၊ ဆေးလိပ်ဆိုင်များ၊ တက်တူး/နားနာခေါင်းဖောက်ဆိုင်များနှင့် စပါ/အနိပ်ခန်း ဆလွန်းများ၌ အရောင်းအဝယ် ပြုလုပ်ရန်ငွေသားထောက်ကူရေး ရန်ပုံငွေများ သို့မဟုတ် TANF ကြိုတင်ငွေသွင်းကတ်များကို အသုံးပြုခြင်းအား ဤအက်ဥပဒေက တားမြစ်ပါသည်။ ငွေသားထောက်ကူရေး ရန်ပုံငွေများ သို့မဟုတ် TANF ငွေကြိုသွင်းကတ်များကို အဆိုပါ စီးပွားရေးလုပ်ငန်းများတွင် အသုံးပြုခြင်းက လက်ခံရရှိသူ၏အပိုင်းတွင် တမင်တကာ အစီအစဉ် ချိုးဖောက်မှု (လိမ်လည်မှု) တစ်ခုအဖြစ် ပေါင်းစည်းဖြစ်ပေါ်စေပါသည်။
ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သည့် အလုပ်သမားများ	ရာသီအလိုက် လယ်ယာ အလုပ်သမားများဖြစ်ကြပြီး အလုပ်လုပ်ရန် သို့မဟုတ် လယ်ယာအလုပ် ရှာဖွေရန် အခြေစိုက်နေရာတစ်ခုမှ အခြားတစ်ခုသို့ ရွှေ့ပြောင်းသူ လူပုဂ္ဂိုလ်များ။
လျှောက်ထားသူ မဟုတ်သူ	အစိုးရ အထောက်အကူ/အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခြင်း မရှိသူတစ်ဦး။ လျှောက်ထားသူ မဟုတ်သူများသည် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်တစ်ခု နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းကို ပေးအပ်ရန် မလိုအပ်ပါ။



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း

<p>အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် နိုင်ငံခြားသား/ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတစ်ဦး</p>	<p>အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် နိုင်ငံခြားသား/ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတစ်ဦး ဆိုသည်မှာ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုအတွင်း တရားဝင် နေထိုင်နေသူတစ်ဦးဖြစ်ပြီး အဆိုပါသူသည် အောက်ပါ အမျိုးအစားအုပ်စုများမှ တစ်ခုအတွင်း ကျရောက်သူ ဖြစ်ပါသည် -</p> <ul style="list-style-type: none"> ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှုနှင့် နိုင်ငံသား အက်ဥပဒေ (INA) အောက်တွင် အမြဲတမ်းနေထိုင်ခွင့် (LPR) ရရှိရန် တရားဝင် ဝင်ခွင့်ပေးထားသူတစ်ဦး၊ နိုင်ငံခြား လုပ်ငန်းများ၊ ပို့ကုန် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုများနှင့် ဆက်စပ်အစီအစဉ်များအတွက် လျာထားအက်ဥပဒေ 1988 ၏ ဆက်ရှင် 584 အရ အမေရိကန်အာရှလူမျိုး ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ၊ INA ၏ ဆက်ရှင် 208 အရ နှိပ်စွဲခွင့် ရရှိထားသူတစ်ဦး၊ INA ၏ ဆက်ရှင် 207 အရ ဝင်ခွင့်ပေးထားသည့် ဒုက္ခသည်များ၊ INA ၏ ဆက်ရှင် 212 (d)(5) အရ ဒုက္ခသည် သို့မဟုတ် ခိုလှုံခွင့်တောင်းခံသူတစ်ဦးအဖြစ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့် ရထားသူတစ်ဦး၊ 1997 ခုနှစ် ဧပြီလ 1 ရက်နေ့မှတိုင်မီ သက်ရောက်သည့် INA ၏ ဆက်ရှင် 243(h) အရ သို့မဟုတ် ပြင်ဆင်ထားသည့်အတိုင်း INA ၏ ဆက်ရှင် 241(b)(3) အရ နေရပ်ပြန်ပို့ခြင်းအား ဆိုင်းငံ့ထားရသူတစ်ဦး၊ 1980 ခုနှစ် ဧပြီလ 1 ရက်နေ့မှတိုင်မီ သက်ရောက်သည့်အတိုင်း INA ၏ ဆက်ရှင် 203(a)(7) အရ အခြေအနေအရ ဝင်ခွင့်ချီးမြှင့်ခံထားရသူတစ်ဦး၊ ဒုက္ခသည် ပညာရေး အထောက်အကူ အက်ဥပဒေ 1980 ၏ ဆက်ရှင် 501(e)တွင်း အဓိပ္ပာယ်သတ်မှတ်ထားသည့်အတိုင်း ကျူးဘား သို့မဟုတ် ဟေတီနိုင်ငံသား ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများ၊ မှောင်ခိုကူးခြင်း၏ သားကောင်များကို ကာကွယ်ပေးရေး 2000 ခုနှစ် အက်ဥပဒေ၏ ဆက်ရှင် 107(b)(1) အရ လူမှောင်ခိုကူးခြင်း၏ သားကောင်များ၊ ပြင်ဆင်ထားသည့်အတိုင်း တစ်ကိုယ်ရေ တာဝန်ဝတ္တရားနှင့် အလုပ်အကိုင် အခွင့်အလမ်း ပြန်လည်သင့်မြတ်ရေးအတွက် 1996 ခုနှစ် အက်ဥပဒေ၏ ဆက်ရှင် 431 (c) အတွင်း သတ်မှတ်ထားပြီးသည့် အခြေအနေများနှင့် ပြည့်မီသော လောကဓံထိုးနှက်မှုခံရသည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများ၊ INA ၏ ဆက်ရှင် 101(a)(27) အောက်တွင် အာဖဂန် သို့မဟုတ် အီရတ်လူမျိုး ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများအား အထူး ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်ခွင့် အဆင့်အတန်း ချီးမြှင့်ပေးပါသည် (သီးခြား အခြေအနေများ သက်ရောက်ပါသည်)၊ ကနေဒါနိုင်ငံတွင် မွေးဖွားပြီး အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင်း INA ၏ ဆက်ရှင် 289 အောက်တွင် နေထိုင်သော အမေရိကန် အင်းဒီးယန်းလူမျိုးများ သို့မဟုတ် အင်းဒီးယန်း ကိုယ်ပိုင်ပြဋ္ဌာန်းခွင့်နှင့် ပညာရေး အထောက်အကူ အက်ဥပဒေ၏ ဆက်ရှင် 4(e) အောက်ရှိ ပြည်ထောင်စုတွင်း အသိအမှတ်ပြုသည့် အင်းဒီးယန်း တိုင်းရင်းသား နိုင်ငံသားမဟုတ်သူများ၊ နှင့် ဗီယက်နမ် ခေတ်ကာလအချိန် (8/05/1964 - 5/07/1975) အတောအတွင်း စစ်တပ် သို့မဟုတ် ကယ်ဆယ်ရေး လုပ်ငန်းအတွင်း ပါဝင်လုပ်ဆောင်ခဲ့သော အမေရိကန်ဝန်ထမ်းများအား အထောက်အကူပေးခဲ့ကြသည့် မှန် (Hmong) သို့မဟုတ် ကုန်းမြင်နေ့ လာအိုတိုင်းရင်းသား အဖွဲ့ဝင်များ။
<p>ရင်းမြစ်များ</p>	<p>ငွေသား၊ အိမ်ခြံမြေ သို့မဟုတ် ဘဏ်အကောင့်များ၊ ယာဉ်များ၊ စတော့ရှယ်ယာများ၊ ဘွန်းစာချုပ်များနှင့် အသက်အာမခံ ကဲ့သို့သော ပိုင်ဆိုင်မှုများ။</p>
<p>ရာသီလိုက် လယ်ယာ အလုပ်သမားများ</p>	<p>နှစ်တစ်နှစ် အချိန်တချို့တွင် အပင်စိုက်ခြင်း၊ အသီးအပွင့်ခူးခြင်း သို့မဟုတ် ထွက်ကုန်များကို ထုတ်ပိုးခြင်း၊ လှုပ်ကိုင်သည့် လူပုဂ္ဂိုလ်များ။ အလုပ်တစ်ခုတွင် ပုံမှန်အခြေခံဖြင့် ရှိနေသည့် လယ်ယာဝန်ထမ်းများထက် အလုပ်သမားပိုများများ လိုအပ်ချိန်၌ ၎င်းတို့ကို ယာယီပုံစံတစ်ခုဖြင့် ငှားရမ်းပါသည်။</p>
<p>အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အစီအစဉ်တွင်း မှောင်ခိုကူးခြင်း</p>	<p>SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို မှောင်ခိုကူးခြင်း ဆိုသည်မှာ - (1) EBT ကတ်များမှတစ်ဆင့် ထုတ်ယူပြီး အလှမ်းမီရယူသော SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ကတ်နံပါတ်များနှင့် PIN နံပါတ်များ သို့မဟုတ် စာရွက် ဘောက်ချာနှင့် လက်မှတ်ဖြင့်၊ ငွေသားအတွက် သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် အစားအစာများကို အခြားသူများနှင့် ပူးပေါင်းကြိုစည်၍ သို့မဟုတ် အကွက်ချ၍ သို့မဟုတ် တစ်ဦးတည်းလုပ်ဆောင်၍ တိုက်ရိုက်ဖြစ်စေ၊ သွယ်ဝိုက်၍ဖြစ်စေ ဝယ်ယူခြင်း၊ ရောင်းချခြင်း၊ ခိုးယူခြင်း သို့မဟုတ် တစ်နည်းနည်းဖြင့် လဲလှယ်ခြင်း၊ (2) သေနတ်များ၊ ခဲယမ်းမီးကျောက်များ၊ ဖောက်ခွဲရေး ပစ္စည်းများ သို့မဟုတ် ထိန်းချုပ် ပစ္စည်းများနှင့် လဲလှယ်ခြင်း၊ (3) ဘူးခွဲပြန်အပ်ချိန်တွင် ကြိုတင်ငွေ ပြန်အမ်းသည့် ငွေသားရရှိရန်အတွက် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် ဘူးတွင်းပါပစ္စည်းကို စွန့်ပစ်ပြီး ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် ဘူးခွဲကို ပြန်အပ်ရန် ဘူးခွဲအတွက် ကြိုတင်ငွေလိုအပ်သည့် ကုန်ပစ္စည်းတစ်ခုကို SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ဝယ်ယူခြင်း၊ (4) ငွေသား သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သည့် အစားအစာမဟုတ်သည့် အခြားထည့်သွင်းစဉ်းစရာများအတွက် ပြန်လည်ရောင်းချရန် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ကုန်ပစ္စည်းကို SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ဝယ်ယူခြင်းနှင့် ဆက်၍ SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ဝယ်ယူထားသော ကုန်ပစ္စည်းများကို ငွေသား သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သည့် အစားအစာမဟုတ်သည့် အခြားအရာများနှင့် လဲလှယ်ရန် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် ပြန်ရောင်းခြင်း၊ (5) SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ကနဦး ဝယ်ယူထားသော ကုန်ပစ္စည်းများကို ငွေသား သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သော အစားအစာမှလွဲ၍ အခြားထည့်သွင်းစဉ်းစားစရာများအတွက် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ဝယ်ယူခြင်း၊ (6) အီလက်ထရွန်းနစ် အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းခြင်း (EBT) ကတ်များ၊ ကတ်နံပါတ်များနှင့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ သက်သေခံနံပါတ်များ (PIN) သို့မဟုတ် လက်စွဲဘောက်ချာနှင့် လက်မှတ်များမှတစ်ဆင့် ထုတ်ပေးပြီး ရယူအသုံးပြုသည့် SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို ငွေသားရရှိရန် သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သည့် အစားအစာမဟုတ်သည့် အခြားထည့်သွင်းစဉ်းစားစရာများရရှိရန်အတွက် တိုက်ရိုက်ဖြစ်စေ၊ သွယ်ဝိုက်၍ဖြစ်စေ အခြားသူတစ်ဦးနှင့် ပူးပေါင်းကြိုစည်၍ သို့မဟုတ် အကွက်ချ၍ သို့မဟုတ် တစ်ဦးတည်းလုပ်ဆောင်၍ ဝယ်ယူခြင်း၊ ရောင်းချခြင်း၊ ခိုးယူခြင်း သို့မဟုတ် လဲလှယ်ခြင်းအပေါ် အကျိုးသက်ရောက်စေခြင်း။</p>

Medicaid လျှောက်ထားသူများ အားလုံးအတွက် -

လက်ခံရရှိသူများ သို့မဟုတ် ပံ့ပိုးသူများအပေါ်သံသယရှိဖွယ် Medicaid လိမ်လည်မှုကို ရှာဖွေရန်အတွက် အသိုင်းအဝိုင်း ကျန်းမာရေးဌာန - အထွေထွေ စုံစမ်းစစ်ဆေးရေးမှူးရုံးသို့ (ဒေသတွင်း) အတွက် (404) 463-7590 သို့မဟုတ် (ဝင်ကြေး အခမဲ့) (800) 533-0686 တွင်ခေါ်ဆိုခြင်း၊ oinanonymous@dch.ga.gov သို့ အီးမေးလ်ပို့ခြင်း၊ department of Community Health, OIG PI Section, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303 လိပ်စာသို့ စာပို့ခြင်း သို့မဟုတ် <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud> ဝက်ဘ်ဆိုက်သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုခြင်းဖြင့် အစီရင်ခံရန်။



အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း



ADA/ဆက်ရှင် 504 အခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ အသိပေးချက်

မသန်စွမ်းမှုများ ရှိသူများအတွက် အကူအညီ

ကျော်ဂျီယာပြည်နယ် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာနနှင့် ကျော်ဂျီယာပြည်နယ် လူထုကျန်းမာရေးဌာန ("ဌာနများ") သည် ပြည်ထောင်စု ဥပဒေ*အရ 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 ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုကြောင်း သေချာစေရန် မသန်စွမ်းမှုများ ရှိသူများ သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသော ၎င်းတို့၏ အပေါင်းအဖော်များအား လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ စကားပြန်ကဲ့သို့ ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေးဆိုင်ရာ အထောက်အကူ ကျွန်ုပ်တို့ ပေးအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ အကူအညီသည် အခမဲ့ဖြစ်ပါသည်။ ဌာနများအနေဖြင့် ဝန်ဆောင်မှု၊ အစီအစဉ် သို့မဟုတ် လှုပ်ရှားမှုတစ်ခု၏ သဘောသဘာဝတွင်း အခြေခံပြောင်းလဲမှုတစ်ခု သို့မဟုတ် မဖြစ်သင့်သည့် ငွေကြေးနှင့် စီမံအုပ်ချုပ်ရေး ဝန်ထုပ်ဝန်ပိုးများ ရလဒ်ဖြစ်စေနိုင်သော မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုတစ်ခုခုကို လုပ်ရန် မလိုအပ်ပါ။

ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုတစ်ခု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူတစ်ခု တောင်းဆိုပုံ

သင့်ထံတွင် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခုရှိပြီး ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု၊ ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူ သို့မဟုတ် ထပ်ဆောင်းအကူအညီလိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းအား ဆက်သွယ်ပေးပါ။ ဥပမာ - ကူညီသူတစ်ဦး သို့မဟုတ် လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ စကားပြန်တစ်ဦးကဲ့သို့ ထိရောက်သည့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုရရှိရန် ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခု သင်လိုအပ်ပါက ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ သင်၏ တောင်းဆိုချက်ကိုပြုလုပ်ရန် သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းအား ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် DFCS အား ဖုန်းနံပါတ် (877) 423-4746 တွင် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် DCH Katie Beckett (KB) အဖွဲ့အား ဖုန်းနံပါတ် (678) 248-7449 တွင် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ DFCS ADA ၏ ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု တောင်းဆိုချက် ဖောင်ပုံစံကို အသုံးပြုလျှင် သင်၏တောင်းဆိုမှုကို ပြုလုပ်နိုင်ပြီး ယင်းဖောင်ပုံစံကို သင်၏ ဒေသန္တရ DFCS ရုံး သို့မဟုတ် အွန်လိုင်းပေါ်ရှိ <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> တွင် ရရှိနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် DFCS ADA ၏ ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု တောင်းဆိုချက် ဖောင်ပုံစံကို KB အဖွဲ့ သို့မဟုတ် အွန်လိုင်းပေါ်ရှိ <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> တွင် ရယူနိုင်ပါသော်လည်း သင့်အနေဖြင့် ဖောင်ပုံစံတစ်ခု သုံးကိုသုံးရမည်မဟုတ်ပါ။

တိုင်ကြားမှုတစ်ခု တင်သွင်းပုံ

သင်၏မသန်စွမ်းမှုကြောင့် ဌာနများက သင့်အား ခွဲခြားဆက်ဆံမှုပြုပါက သင့်ထံတွင် တိုင်ကြားပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ ဥပမာ သင်က ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ စကားပြန်တစ်ဦး တောင်းဆိုခဲ့ပြီး အဆိုပေးတောင်းဆိုချက်ကို ငြင်းဆန်ခဲ့ပါက သို့မဟုတ် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် အချိန်တစ်ခုအတွင်း မလုပ်ဆောင်ပေးခဲ့ပါက ခွဲခြားဆက်ဆံမှုဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်တစ်စောင် သင်တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်း၊ ဒေသန္တရ DFCS ရုံး သို့မဟုတ် 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746 ရှိ DFCS အရပ်သားအခွင့်အရေးရုံး၊ ADA/ဆက်ရှင် 504 ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးမှူးအား ဆက်သွယ်ပြီး တိုင်ကြားချက်ကို နှုတ်ဖြင့်ဖြစ်စေ စာဖြင့်ဖြစ်စေ တင်သွင်းပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ DCH အတွက် KB အဖွဲ့ ADA/ဆက်ရှင် 504 ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးမှူးအား နောက်ရှိ လိပ်စာတွင်ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ -2211 Beaver Ruin Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, or PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH ၏ အီးမေးလ်မှာ - dch.adarequests@dch.ga.gov ဖြစ်ပါသည်။

DFCS အရပ်သားအခွင့်အရေးများ၊ ADA/ဆက်ရှင် 504 တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံ မိတ္တူတစ်စောင် ရရှိရန် သင်၏အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းထံ တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံကို <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> တွင်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုအကြောင်း တိုင်ကြားချက်တစ်ခု ပြုလုပ်ရန် အကူအညီ သင်လိုအပ်ပါက အထက်တွင် စာရင်းပေးထားသော DFCS ဝန်ထမ်းအား ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ နားမကြားသည့် သို့မဟုတ် နားကြားရန်ခက်ခဲသည့် ပုဂ္ဂိုလ်များ သို့မဟုတ် စကားပြောမသန်စွမ်းမှု ရှိသူများအနေဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့နှင့်ဆက်သွယ်ပေးရန် အော်ပရေတာတစ်ဦးအား 711 တွင် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ DCH အရပ်သားအခွင့်အရေးများ တိုင်ကြားချက်အတွက် အီးမေးလ်မှာ - dch.civilrights@dch.ga.gov ဖြစ်ပါသည်။ DCH အရပ်သားအခွင့်အရေးများ လုပ်ငန်းစဉ်နှင့် တိုင်ကြားချက်ဖောင်ပုံစံ ရရှိရန် လင့်ခ်သည် <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> တွင် ရှိပါသည်။

သင့်အနေဖြင့် သင့်လျော်ရာ ပြည်ထောင်စုအဖျက်စီဖြင့် ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက်တစ်ခုကိုလည်း တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးရေးဌာန (USDA) နှင့် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန (HHS) အား ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်သည် အတွင်း၌ထည့်ပေးထားသည့် "ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုရေး ကြေငြာချက်" အတွင်း ပါရှိပါသည်။

*ပြန်လည်နာလန်ထူရေး အက်ဥပဒေ 1973 ၏ ဆက်ရှင် 504 ၊ မသန်စွမ်းမှုများရှိသော အမေရိကန်နိုင်ငံသားများ အက်ဥပဒေ 1990 နှင့် မသန်စွမ်းမှုများရှိသော အမေရိကန်နိုင်ငံသားများ အက်ဥပဒေ မွမ်းမံပြင်ဆင်ချက် အက်ဥပဒေ 2008 အရ မသန်စွမ်းမှုရှိသူများသည် ဥပဒေနှင့်မညီသော ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမှ လွတ်ကင်းကြောင်း သေချာစေပါသည်။

လူထုကျန်းမာရေးဌာန (DCH) မူဝါဒအရ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ အစီအစဉ်များအနေဖြင့် လူမျိုး၊ အသက်အရွယ်၊ လိင်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ ဇာတိနိုင်ငံ သို့မဟုတ် ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာပေါ် အခြေပြု၍ သင်၏ အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များကို မငြင်းဆန်နိုင်ပါ။



မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက်
ဝန်ဆောင်မှုများဌာန

အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် လျှောက်ထားခြင်း



လျှောက်လွှာကို USDA သို့မဟုတ် HHS သို့ မပို့ပါနှင့်

ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုရေး ကြေငြာစာတမ်း

ပြည်ထောင်စု အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ ဥပဒေနှင့် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးရေးဌာန (USDA) အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းများနှင့် မူဝါဒများအရ USDA၊ ၎င်း၏ အေဂျင်စီများ၊ ရုံးများနှင့် ဝန်ထမ်းများ နှင့် USDA အစီအစဉ်တွင်း ပါဝင်လုပ်ဆောင်သော သို့မဟုတ် စီမံအုပ်ချုပ်သော အဖွဲ့အစည်းများအနေဖြင့် မည်သည့်အစီအစဉ်တွင်းမဆို သို့မဟုတ် USDA မှ လုပ်ဆောင်သော သို့မဟုတ် ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့သော လှုပ်ရှားမှုများအတွင်း လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ဇာတိနှင့်၊ လိင် (ကျားမ ခွဲခြားသတ်မှတ်မှုနှင့် လိင်စိတ် တိမ်းညွတ်မှု အပါအဝင်)၊ ဘာသာရေး သက်ဝင်ယုံကြည်မှု၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်အရွယ်၊ နိုင်ငံရေး ယုံကြည်ချက်များကို အခြေပြု၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း သို့မဟုတ် ယခင် အရပ်သားအခွင့်အရေးဆိုင်ရာ လှုပ်ရှားမှုများအတွက် လက်တုံ့ပြန်ခြင်း သို့မဟုတ် လက်စားချေခြင်းတို့မပြုရန် တားမြစ်ထားပါသည်။ လိုအပ်ချက်ရှိသော မိသားစုများအတွက် ယာယီအထောက်အကူ (TANF) နှင့် HHS မှ တိုက်ရိုက် လုပ်ငန်းလုပ်ဆောင်သည့် အစီအစဉ်များကဲ့သို့သော အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန (HHS) မှ ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အကူရရှိရန် အခြား ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး နည်းလမ်းများ (ဥပမာ - မျက်မမြင်သုံး ဘရေးလား (Braille)၊ စာလုံးကြီးကြီး၊ အော်ဒီယိုတိုင်ပင်မှု အမေရိကန် လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကား) လိုအပ်သည့် မသန်စွမ်းမှုများ ရှိကြသူများအနေဖြင့် အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် ၎င်းတို့လျှောက်ထားသည့်နေရာမှ အေဂျင်စီ (ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရ) ထံ ဆက်သွယ်သင့်ပါသည်။ နားမကြားသူ၊ နားကြားရခက်ခဲသူ သို့မဟုတ် စကားပြော မသန်စွမ်းမှုများ ရှိသူများအနေဖြင့် ဖုန်းနံပါတ် (800) 877-8339 ရှိ ပြည်ထောင်စု တစ်ဆင့် ဝန်ဆောင်မှုမှတစ်ဆင့် USDA အား ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ ထို့အပြင် အစီအစဉ် အချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာမဟုတ်သည့် အခြားဘာသာစကားဖြင့်လည်း ရရှိနိုင်ဖွယ်ရှိပါသည်။

USDA အစီအစဉ်များ ပါဝင်သည့် အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်များ

USDA က ဖြည့်စွက် အာဟာရ အထောက်အကူအစီအစဉ် (SNAP)၊ အင်းဒီးယန်း ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ရေးဆိုင်ရာ အစားအစာ ဖြန့်ဖြူးရေး အစီအစဉ် (FDPIR) နှင့် အခြားအရာများကဲ့သို့ စားနပ်ရိက္ခာဖူလုံရေးနှင့် ဆာလောင်မှုလျှော့ချရေး အစီအစဉ်အများအပြားအတွက် ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ပေးအပ်ပါသည်။ အစီအစဉ်တွင်း ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက်တစ်စောင် တင်သွင်းရန် အစီအစဉ်တွင်း ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံ (AD-3027) ကို ဖြည့်စွက်သင့်ပြီး ယင်းဖောင်ပုံစံကို အွန်လိုင်း - [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR-P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf) တွင် တွေ့ရှိနိုင်ပြီး မည်သည့် USDA ရုံးမဆို သို့မဟုတ် USDA သို့လိပ်စာဖြင့် စာတစ်စောင်ရေးသားကာ ဖောင်ပုံစံတွင်း တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်အားလုံးကို စာအတွင်း ပေးအပ်ခြင်းဖြင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။ တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံ မိတ္တူတစ်စောင် တောင်းဆိုရန် ဖုန်းနံပါတ် (866) 632-9992 ကို ခေါ်ဆိုပါ။ သင်၏ ဖြည့်စွက်ပြီးသား ဖောင်ပုံစံ သို့မဟုတ် စာကို USDA သို့ တင်သွင်းရန်မှာ -

1. **စာတိုက်မှ** - Food and Nutrition Service, 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** - FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

SNAP ပြဿနာနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် အခြားအချက်အလက်တစ်ခုခုရရှိရန် လူများအနေဖြင့် USDA SNAP ဟော့တလိုင်းနံပါတ် (800) 221-5689 ကို ဆက်သွယ်သင့်ပြီး စပိန်ဘာသာစကားဖြင့်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် [ပြည်နယ် အချက်အလက်/ဟော့တလိုင်း နံပါတ်များ](#)ကို ခေါ်ဆိုသင့်ပါသည်။ (ပြည်နယ်မှ ပေးထားသော ဟော့တလိုင်းနံပါတ်များ စာရင်းတစ်ခုရရှိရန် လင့်ခ်ကိုနှိပ်လိုက်ပါ။) ၎င်းကို အွန်လိုင်း - [SNAP hotline](#) တွေ့ရှိနိုင်ပါသည်။

HHS အစီအစဉ်များ ပါဝင်သည့် အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်များ

HHS က ကျန်းမာရေးနှင့် ရွှင်လန်းရေးကို မြှင့်တင်ပေးရန် TANF၊ Head Start၊ ဝင်ငွေနှုန်းအိမ်များအတွက် စွမ်းအင်အထောက်အကူ အစီအစဉ် (LIHEAP) နှင့် အခြားအရာများ အပါအဝင် အစီအစဉ်အများအပြားအတွက် ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အကူ ပေးအပ်ပါသည်။ HHS မှ တိုက်ရိုက်လုပ်ပတ်သည့် သို့မဟုတ် HHS မှ ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ပေးထားသည့် အစီအစဉ်များ သို့မဟုတ် လှုပ်ရှားမှုများအတွင်း သင်၏ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ဇာတိနှင့်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်အရွယ်၊ လိင် (ကိုယ်ဝန်ဆောင်မှု၊ လိင်စိတ် တိမ်းညွတ်မှုနှင့် ကျားမ ခွဲခြားသတ်မှတ်မှု အပါအဝင်) သို့မဟုတ် ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာကြောင့် ခွဲခြားဆက်ဆံခံရသည်ဟု သင်ယုံကြည်ပါက သင်ကိုယ်တိုင်အတွက် သို့မဟုတ် အခြားတစ်ဦးဦးအတွက် အရပ်သားအခွင့်အရေးများရုံး (OCR) သို့ တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။

HHS မှတစ်ဆင့် ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ရရှိနေသည့် အစီအစဉ်တစ်ခုနှင့် စပ်လျဉ်းပြီး သင်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦးအတွက် ခွဲခြားဆက်ဆံကြောင်း တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းရန် OCR ၏ တိုင်ကြားရေး ပေါ်တယ်ဖြစ်သည့် <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> မှတစ်ဆင့် အွန်လိုင်း ဖောင်ပုံစံတစ်ခုကို ဖြည့်စွက်ပါ။ သင့်အနေဖြင့် OCR အား အောက်ပါအီးမေးလ်မှတစ်ဆင့်လည်း ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည် - ဗဟို အမှုကိစ္စ စီမံခန့်ခွဲရေး လုပ်ငန်းများ၊ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု 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။ ပိုမိုမြန်မြန် ဆက်လက်လုပ်ဆောင်ရန်အတွက် သင့်အနေဖြင့် တိုင်ကြားချက်ကို စာတိုက်မှတစ်ဆင့် တင်သွင်းမည့်အစား OCR အွန်လိုင်း ပေါ်တယ်ကို အသုံးပြု၍ တင်သွင်းရန် ကျွန်ုပ်တို့ တိုက်တွန်းအားပေးပါသည်။ အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းရာ၌ အထောက်အကူလိုအပ်သူများသည် OCR အား OCRAid@hhs.gov တွင် အီးမေးလ်ပို့နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် OCR အဝင်အခမဲ့ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 ကို ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ နားမကြားသူ၊ နားကြားရခက်ခဲသူ သို့မဟုတ် စကားပြောရာ၌ အခက်အခဲများရှိသူများအတွက် တယ်လီကွန်မြူနီကေးရှင်း တဆင့်ခန့်ဆောင်မှုများ အသုံးပြုရန် ကျေးဇူးပြု၍ 7-1-1 ကိုခေါ်ဆိုပါ။ တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းရန် ကျွန်ုပ်တို့သည် အခြား ဖောမက်ပုံစံများ (ဥပမာ - မျက်မမြင်သုံး ဘရေးလား (Braille) နှင့် စာလုံးကြီးကြီး)၊ အရန် အကူအညီများနှင့် ဘာသာစကား အထောက်အကူ ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ပေးအပ်ပါသည်။

ဤအဖွဲ့အစည်းသည် သာတူညီမျှ အခွင့်အလမ်း ပေးအပ်သူဖြစ်ပါသည်။

လူသားရေးရာ ရင်းမြစ်များဌာန (DHS) အောက်တွင် သင်၏ ဒေသန္တရ DFCS ရုံး သို့မဟုတ် 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746 ရှိ DFCS အရပ်သားအခွင့်အရေးရုံး၊ ADA/ဆက်ရှင် 504 ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးမှူးအား ဆက်သွယ်၍လည်း အခြား ခွဲခြားဆက်ဆံမှုများအတွက် တိုင်ကြားချက်ကို တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ အင်္ဂလိပ်စကားပြော သွက်လက်မှု အကန့်အသတ်ရှိခြင်းအပေါ် အခြေပြု၍ ခွဲခြားဆက်ဆံကြောင်း စွပ်စွဲတိုင်ကြားမှုများအတွက် 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303 ရှိ DHS အင်္ဂလိပ်စကားပြော သွက်လက်မှု အကန့်အသတ်ရှိခြင်းနှင့် အာရုံခံအစိတ်အပိုင်း ချွတ်ယွင်းမှုဆိုင်ရာအစီအစဉ်အား ဆက်သွယ်ပါ သို့မဟုတ် (877) 423-4746 ကို ခေါ်ဆိုပေးပါ။

လျှောက်လွှာကို USDA သို့မဟုတ် HHS သို့ မပို့ပါနှင့်