



شما باید درخواست تکمیل شده را به دفتر محلی خود تحویل دهید، فکس یا پست کنید.

اگر برای خواندن یا تکمیل این سند به کمک نیاز دارید یا برای برقراری ارتباط با ما به کمک نیاز دارید، از ما بپرسید یا تماس بگیرید (877) 423-4746. خدمات ما، از جمله مترجم، رایگان است. اگر ناشنوا، کم شنوا، ناشنوا و نابینا هستید یا در صحبت کردن مشکل دارید، می توانید با شماره گیری 711 (رله گرجستان) با شماره فوق تماس بگیرید.

چه خدماتی را در بخش خدمات خانواده و کودکان (DFCS) ارائه می دهیم؟

DFCS خدمات زیر را ارائه می دهد:

کمک های غذایی
تمبر غذا (SNAP) از مزایا می توان برای خرید غذا در هر فروشگاهه که دارای علامت EBT/Quest است استفاده کرد. ما قیمت خرید غذای شما را کم می کنیم از حساب کوپن غذا (SNAP)



کمک های نقدی/خدمات پشتیبانی اشتغال کمک های موقت برای خانواده های نیازمند (TANF) به خانواده های دارای فرزندان تحت تکفل برای مدت محدود کمک نقدی ارائه می کند. والدین یا سرپرستانی که شامل کمک هزینه هستند، ملزم به شرکت در یک برنامه کاری هستند. برنامه کمک نقدی همچنین به خانواده های پناهنده ای که واجد شرایط برنامه TANF نیستند کمک مالی می کند.



- **پدر بزرگ ها و مادر بزرگ ها** که نوه ها را بزرگ می کنند (GRG) حمایت های لازم را ارائه می دهند تا بتوان از کودکان در خانه های پدر بزرگ و مادر بزرگ خود مراقبت کرد.

کمک های پزشکی
میدی کید، برای کسانی که واجد شرایط هستند، ممکن است به پرداخت قبوض پزشکی، ویزیت پزشک، و حق بیمه مدیگر کمک کند.



خدمات ارتباط با جامعه
برای اطلاعات بیشتر در مورد سایر خدمات DHS، لطفاً از وب سایت ما به آدرس <http://dfcs.georgia.gov> دیدن کنید یا با شماره (877) 4746-423 تماس بگیرید.

چگونه برای مزایا درخواست کنم؟

مرحله 1. درخواست را پر کنید.

سوالات را با دقت بخوانید و اطلاعات دقیق بدهید. امضاء کردن و تاریخ درخواست

گام 2. برنامه را به دفتر محلی خود تحویل دهید.

شما باید صفحات 1-2، 17-20 را جدا کنید و آنها را برای خود نگه دارید.

پست، فکس، یا صفحات 16-3 این برنامه را به دفتر محلی خود در بخش خدمات خانواده و کودکان (DFCS) بیاورید. می توانید دفتر محلی خود را در <http://dfcs.georgia.gov/locations> پیدا کنید.



اگر شما یا شخصی که برای آن درخواست می کنید واجد شرایط دریافت مزایا هستید، مزایای کوپن غذایی (SNAP) از تاریخی که درخواست را با نام، آدرس و امضای شما دریافت می کنیم، ارائه می شود. مزایای TANF از تاریخ تأیید درخواست ارائه می شود.

سوالات متداول
چقدر طول می کشد تا مزایا را دریافت کنید؟
کوپن غذا (SNAP): تا 30 روز
TANF: تا 45 روز
میدی کید 10 تا 60 روز
اگر واجد شرایط باشید، ممکن است بتوانید ظرف 7 روز کوپن غذا (SNAP) دریافت کنید. صفحه 6 را ببینید.

چقدر می گیرم؟
درآمد، منابع و اندازه خانواده شما تعیین کننده میزان سود است. هنگامی که واجد شرایط بودن شما را مشخص کردیم، قادر خواهیم بود اطلاعات خاصی را به شما ارائه دهیم.

چگونه مزایای خود را دریافت خواهیم کرد؟
برای کوپن غذا (SNAP)، یک کارت انتقال مزایای الکترونیکی (EBT) برای دسترسی به مزایای خود دریافت خواهید کرد. برای TANF، یک کارت EPPIC Debit Master برای دسترسی به مزایای خود دریافت خواهید کرد. برای میدیکید، برای هر عضو واجد شرایط یک کارت میدی کید دریافت خواهید کرد.

ممکن است از شما خواسته شود که اطلاعات زیر را ارائه دهید:

- مدرک هویت برای متقاضی در صورت درخواست برای کوپن های غذا (SNAP) و/یا TANF. کارت شناسایی (ID) یا گواهینامه رانندگی (DL) یک فرم قابل قبول تأیید است. ارائه مدرک هویت برای متقاضیان کمک پزشکی الزامی نیست.
- مدرک تابعیت ایالات متحده/وضعیت مهاجر واجد شرایط برای هر کسی که درخواست مزایا می کند. اگر فقط برای خدمات فوریت های پزشکی (EMA) درخواست می کنید، مجبور نیستید SSN یا اطلاعاتی در مورد وضعیت مهاجرت خود ارائه دهید.
- شماره تامین اجتماعی هر کسی که درخواست کمک دارد.
- اثبات درآمد برای مثال، فیش حقوق، پرداخت های حمایت از فرزند، و نامه های جایزه درآمد. برای متقاضیان کمک پزشکی به مدرکی مبنی بر پرداخت نفقه کودک نیازی نیست.
- اثبات هزینه هایی مانند رسید مراقبت از کودک، صورت حساب های پزشکی، هزینه های حمل و نقل پزشکی، هزینه های اجاره/رهن، و پرداخت های حمایت از کودک. این اطلاعات برای متقاضیان کمک پزشکی لازم نیست.

ابتدا سعی خواهیم کرد اطلاعات مربوط به وضعیت شهروندی/مهاجرت و درآمد را از طریق منابع داده الکترونیکی تأیید کنیم. مدارک تأیید کاغذی برای ارسال درخواست لازم نیست. با این حال، می توانید اسناد را همراه با درخواست ارائه دهید. اگر ما قادر به تأیید از طریق منابع داده الکترونیکی نیستیم و برای دریافت این اطلاعات به کمک نیاز دارید، لطفاً به ما بگویید.

چگونه از اطلاعات شخصی متقاضی استفاده کنیم؟

شما فقط باید شماره های تامین اجتماعی (SSN) و وضعیت شهروندی یا مهاجرت را برای افرادی که می خواهند برای مزایا درخواست کنند ارائه دهید. این اطلاعات برای بررسی سیستم تأیید درآمد و صلاحیت (IEVS) استفاده خواهد شد. ما همچنین اطلاعات شما را با سایر سازمان های فدرال، ایالتی و محلی تطبیق می دهیم تا درآمد و صلاحیت شما را تأیید کنیم، اطلاعات دستمزد و مشارکت در برنامه های دیگر را بررسی کنیم، و به شما کمک کنیم تا از مزایای خود استفاده کنید.

اگر برای کوپن غذا (SNAP)، TANF و/یا مید کید

درخواست می دهید، می توانید درخواست مزایا را فقط با نام، آدرس و امضای خود ثبت کنید. با این حال، اگر کل فرم را تکمیل کنید، ممکن است به ما در پردازش سریعتر درخواست شما کمک کند. شما می توانید از این فرم برای تشکیل یک درخواست مشترک برای بیش از یک برنامه با فقط یک نام، آدرس و امضای خود (SNAP) استفاده کنید.



درخواست برای مزایا

(این برنامه را تکمیل کنید و آن را به دفتر DFCS LOCAL COUNTY خود برگردانید.)

برای چه چیزی درخواست می‌کنم؟ (همه مواردی که اعمال می‌شوند را بررسی کنید)

کوپن های غذایی (برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP))
برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)، که قبلاً به عنوان کوپن غذا شناخته می‌شد، یک برنامه با بودجه فدرال است که برای کمک به پرداخت هزینه غذا به خانواده های کم درآمد کمک می‌کند. این برنامه همچنین آموزش تغذیه را به خانواده ها ارائه می‌کند تا نیازهای غذایی و تغذیه‌ای خود را برآورده کنند و فرصت‌های شغلی و آموزشی را برای کمک به خانواده‌ها برای دستیابی به شغلی فراهم می‌کند که منجر به وابستگی کمتر به اسنپ می‌شود.

کمک های موقت برای خانواده های نیازمند (TANF)
کمک‌های موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF) پرداخت‌های نقدی ماهانه موقت، پرداخت‌های نقدی تکی یا سایر خدمات حمایتی را برای تقویت خانواده‌های واجد شرایط دارای فرزند ارائه می‌کند. اگر والدین کودک یا سرپرستی هستند که مایلند در این کمک هزینه شرکت کنند، از شما می‌خواهیم در یک برنامه کاری شرکت کنید.

پدربزرگ و مادر بزرگ در حال بزرگ کردن نوه ها (GRG)
پدر بزرگ ها و مادر بزرگ ها که نوه ها را بزرگ می‌کنند (GRG) پرداخت‌های نقدی اضافی را ارائه می‌دهند تا بتوان از کودکان در خانه های پدر بزرگ و مادر بزرگ خود مراقبت کرد. متقاضیان باید برای TANF درخواست دهند تا برای GRG واجد شرایط باشند.

کمک نقدی پناهندگان

برنامه کمک نقدی پناهندگان به خانواده های پناهنده ای که واجد شرایط برنامه TANF نیستند کمک مالی می‌کند. اصطلاح پناهنده شامل پناهندگان، مهاجران کوبایی/ هائیتی، قربانیان قاچاق انسان، آمراسیایی‌ها، آسیلی‌ها، افغان‌ها یا عراقی‌های دارای ویزای مهاجرت ویژه (SIV) یا آزادی مشروط افغانی است.

مید کید

مید کید به افراد مسن، نابینا یا معلول، زنان باردار، کودکان و خانواده ها پوشش پزشکی ارائه می‌دهد. وقتی درخواست دادید، ما همه برنامه‌های مید کید را بررسی می‌کنیم و تصمیم می‌گیریم کدام برنامه‌ها را واجد شرایط دریافت کنید.

لطفاً نمودار زیر را در مورد متقاضی پر کنید.

نام کوچک	ابتدایی میانی	نام خانوادگی	پسونند
ادرس خیابان جایی که شما زندگی		اپارتمان	
شهر		کد پستی	
ارسال پستی ادرس (در صورت متفاوت بودن)			
شماره تلفن اصلی		دیگر شماره تماس	
ارتباطات الکترونیکی:		ادرس ایمیل (اختیاری):	
پست الکترونیک: بله ___ یا خیر ___ (اختیاری)			
ارسال پیامک: بله ___ یا خیر ___ (اختیاری)			
چه است از شما زبان ترجیحی؟		اگر یک مصاحبه است مورد نیاز است، آیا شما نیاز دارید مترجم؟ بلی ___ یا نه ___	

قانون آمریکایی های دارای معلولیت: درخواست برای اصلاح منطقی و کمک ارتباطی (در صورت وجود):

آیا معلولیتی دارید که نیاز به اصلاح معقول یا کمک ارتباطی داشته باشد؟ بله ___ خیر ___ (اگر بله، لطفاً اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی مورد درخواست خود را شرح دهید):

مترجم زبان اشاره: ___ TTY: ___ چاپ بزرگ: ___ ارتباطات الکترونیکی (ایمیل): ___ الفباء نابینایان: ___ رله ویدئو: ___ مترجم گفتار نشانه دار: ___ مترجم شفاهی: ___ مترجم لمسی: ___ یادآوری تماس تلفنی مهلت های برنامه: ___ امضای تلفنی (در صورت وجود): ___ مصاحبه حضوری (بازدید از منزل): ___ سایر موارد: ___ آیا یک بار به این اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی نیاز دارید؟ ___ یا در حال انجام ___ در صورت امکان، به طور خلاصه توضیح دهید که چه زمانی و چه مدت به این اصلاح یا کمک نیاز دارید؟



درخواست برای مزایا

برای همه متقاضیان تمیر غذا (SNAP)، TANF و مید کید:

من طبق جریمه شهادت دروغ با بهترین دانش و اعتقاد اعلام می‌کنم که شخص یا افرادی که برای آنها درخواست مزایا می‌کنم، شهروند (شهروندان) ایالات متحده هستند یا غیر شهروند (ها) به طور قانونی در ایالات متحده حضور دارند. من همچنین گواهی می‌دهم که تمام اطلاعات ارائه شده در این برنامه تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است. می‌دانم و موافقم که DHS-DFCS، DCH و آژانس‌های فدرال مجاز ممکن است اطلاعاتی را که من در این برنامه ارائه می‌دهم تأیید کنند. اطلاعات ممکن است از کارفرمایان گذشته یا فعلی بدست آید. می‌دانم که از اطلاعات من برای ردیابی اطلاعات دستمزد و مشارکت من در فعالیت‌های کاری استفاده می‌شود.

من هر گونه تغییر در وضعیت خود را با توجه به الزامات برنامه کوپن غذا (SNAP) و/یا TANF گزارش خواهم کرد. همچنین اگر کسی در خانواده من برنده بخت آزمایی یا قمار، مبلغ ناخالص 4250 \$ یا بیشتر (قبل از کسر مالیات یا سایر میالغ) باشد، گزارش خواهم داد. من این برنده‌ها را ظرف 10 روز از پایان ماهی که خانواده‌ام برنده‌ها را دریافت می‌کنند، گزارش خواهم کرد. می‌دانم که اگر اطلاعات نادرست باشد، ممکن است مزایای من کاهش یا رد شود، و ممکن است به دلیل ارائه آگاهانه اطلاعات نادرست، مشمول تعقیب کیفری یا محرومیت از برنامه‌های DHS-DFCS باشم. من درک می‌کنم که در صورت ارائه اطلاعات نادرست یا مخفی کردن اطلاعات، می‌توانم تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم. می‌دانم که اگر نتوانم در طول درخواست یا فرآیند تمدید برخی از هزینه‌هایم را به DHS-DFCS بگویم و/یا آنها را تأیید نکنم، DHS-DFCS آن هزینه را برای محاسبه میزان مزایای کوپن غذا (SNAP) من بوجه نخواهد داد.

دپارتمان خدمات انسانی جورجیا ("DHS") اطلاعات شناسایی شخصی (PII) مانند نام، آدرس، شماره تلفن، آدرس ایمیل، و تاریخ تولد و غیره را در طول درخواست شما برای مزایا جمع‌آوری می‌کند. با ارسال هرگونه اطلاعات شخصی به ما، موافقت می‌کنید که ما می‌توانیم چنین اطلاعات شخصی را مطابق با خط‌مشی‌ها، رویه‌های DHS و طبق قانون و/یا مقررات مجاز یا مورد نیاز جمع‌آوری، استفاده و افشا کنیم.

تاریخ	امضا
تاریخ	امضای شاهد در صورت امضای "X"

نماینده مجاز:

این بخش را فقط در صورتی تکمیل کنید که می‌خواهید شخص یا سازمانی درخواست شما را پر کند، مصاحبه شما را کامل کند و/یا زمانی که نمی‌توانید به فروشگاه بروید از کارت EBT برای خرید غذا استفاده کند. لطفاً هر نوع برنامه‌ای را که می‌خواهید به عنوان نماینده مجاز تعیین کنید بررسی کنید. لطفاً بررسی کنید که می‌خواهید شخص یا سازمان چه وظایفی داشته باشد. اگر برای مید کید درخواست می‌دهید، می‌توانید بیش از یک فرد یا سازمان را برای اقدام از جانب شما انتخاب کنید.

نماینده مجاز 1 انواع برنامه: کوپن غذا TANF (SNAP) کمک پزشکی

نماینده مجاز 1 وظایف: درخواست را از طرف متقاضی امضا کنید تکمیل و ارسال فرم تمدید دریافت کپی از اطلاعاتی ها و سایر ارتباطات از طرف متقاضی در سایر موارد اقدام کنید دریافت کارت مزایای (EPPIC) TANF

نام شخص 1: _____

نام سازمان 1 (در صورت وجود): _____ تلفن: _____

آدرس: _____ آپارتمان: _____

شهر: _____ کشور: _____ کد پستی: _____

ارتباطات الکترونیکی: پست الکترونیک: بله خیر (اختیاری) ارسال پیامک: بله خیر (اختیاری)

آدرس ایمیل (اختیاری): _____

زبان ترجیحی: _____ آیا مترجم نیاز است؟ بله یا نه



درخواست برای مزایا

نماینده مجاز 2 نوع برنامه: کوپن غذا TANF SNAP کمک پزشکی
نماینده مجاز 2 وظایف: درخواست را از طرف متقاضی امضا کنید تکمیل و ارسال فرم تمدید دریافت کپی از اطلاعاتی ها و سایر ارتباطات از طرف متقاضی در سایر موارد اقدام کنید دریافت کارت مزایای TANF (EPPIC)

نام شخص 2: _____
نام سازمان 2 (در صورت وجود): _____ تلفن: _____
آدرس: _____ آپارتمان: _____
شهر: _____ کشور: _____ کد پستی: _____
ارتباطات الکترونیکی: پست الکترونیک: بله خیر (اختیاری) ارسال پیامک: بله خیر (اختیاری)
آدرس ایمیل (اختیاری) _____
زبان ترجیحی: _____ آیا مترجم نیاز است؟ بله یا نه

قانون آمریکایی های دارای معلولیت: درخواست اصلاح منطقی و کمک ارتباطی برای نمایندگان مجاز (در صورت وجود):

آیا نماینده مجاز دارای معلولیتی است که نیاز به اصلاح معقول یا کمک ارتباطی داشته باشد؟ بله خیر (اگر بله، لطفاً تغییر معقول یا کمک ارتباطی مورد درخواست خود را توضیح دهید):

مترجم زبان اشاره: _____ TTY: _____ چاپ بزرگ: _____ ارتباطات الکترونیکی (ایمیل): _____ الفباء نابینایان: _____ رله ویدئو: _____ مترجم گفتار نشانه دار: _____ مترجم شفاهی: _____ مترجم لمسی: _____ یادآوری تماس تلفنی مهلت های برنامه: _____ امضای تلفنی (در صورت وجود): _____ مصاحبه حضوری (بازدید در منزل): _____ دیگر: _____

آیا نماینده مجاز به این اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی نیاز دارد؟
یک بار _____ یا در حال انجام _____؟ در صورت امکان، به طور خلاصه توضیح دهید که چه زمانی و چه مدت به این اصلاح یا کمک نیاز دارید؟

فقط برای استفاده در دفتر: _____ تاریخ اخذ شده: _____

واجد شرایط بودن خطوط اکسپرس:

واجد شرایط بودن خط اکسپرس (ELE) فرآیندی خودکار برای ثبت نام یا تمدید کودکان واجد شرایط زیر 19 سال است که برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP) یا کمک موقت برای خانواده های نیازمند (TANF) را در برنامه کمک پزشکی دریافت می کنند. اگر فرزندان شما واجد شرایط SNAP یا TANF باشند، بخش خدمات خانواده و کودکان (DFCS) از اندازه خانوار، محل اقامت و اطلاعات درآمد از SNAP یا TANF استفاده می کند، اما DFCS با استفاده از قوانین کمک پزشکی، وضعیت شهروندی یا مهاجرت را تأیید می کند. یک تصمیم ELE برای ثبت نام یا تمدید کودکان در میدی کید یا PeachCare برای Kids®. اگر فرزندان شما واجد شرایط PeachCare برای Kids® باشند، ممکن است مشمول یک حق بیمه شوند. DFCS برای شما یک اخطار تعیین کننده ارسال می کند، به شما اجازه می دهد هر گونه تغییری را اعمال کنید و به شما اجازه می دهد هر زمان که خواستید انصراف دهید.

آیا موافقت می کنید که DFCS از اطلاعات شما از SNAP یا TANF برای تصمیم گیری ELE برای ثبت نام یا تمدید فرزندان شما در میدی کید یا PeachCare برای Kids® استفاده کند؟

بلی نخیر

آیا واجد شرایط دریافت سریعتر کوپن غذا (SNAP) هستیم؟ (این اطلاعات فقط برای متقاضیان کوپن غذا (SNAP) مورد نیاز است)

به این سوالات در مورد متقاضی و همه اعضای خانواده پاسخ دهید تا ببینید آیا می توانید ظرف 7 روز کوپن غذا (SNAP) دریافت کنید.

1. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده کارگر فصلی یا مهاجر هستید؟ بله خیر



درخواست برای مزایا

اگر بله، چه کسی _____

2. کل درآمد ناخالص به دست آمده که برای این ماه دریافت می شود: \$ _____ نام کارفرما _____

تاریخ شروع استخدام _____ تاریخ پایان استخدام _____

نرخ دستمزد _____ ساعت کار هفتگی _____

چند وقت یکبار حقوق می گیرید: هفتگی / دو هفته ای / نیمه ماهانه / ماهانه (دایره اول)

3. مجموع درآمد ناخالص دریافت نشده برای این ماه: \$ _____ نوع درآمد کسب نشده _____ مبلغ _____
چند بار دریافت: هفتگی / دو هفته ای / نیمه ماهانه / ماهانه (دایره یک)

نوع درآمد کسب نشده _____ مبلغ _____
چند بار دریافت: هفتگی / دو هفته ای / نیمه ماهانه / ماهانه (دایره یک)

4. مجموع درآمدهای به دست آمده و به دست نیاورده در این ماه: \$ _____

5. شما و همه اعضای خانواده چقدر پول نقد یا در بانک دارید؟ \$ _____

6. مبلغ ماهانه اجاره، رهن، مالیات بر دارایی و/یا بیمه صاحب خانه شما چقدر است؟ \$ _____

7. مقدار کل برق، آب، گاز و/یا سایر خدمات برقی شما در این ماه چقدر است؟ \$ _____

(در مجموع مبالغ سررسید گذشته و دیرکرد را حذف کنید)

a. منبع اصلی گرمایش یا سرمایش خانه شما چیست؟ همه مواردی که اعمال می شوند را علامت بزنید

برق _____ گاز _____ کولر گازی پنجره ای یا مرکزی _____ روغن نفت سفید _____ چوب _____

b. آیا در 12 ماه گذشته کمک انرژی دریافت کرده اید؟ بله خیر اگر بله، مبلغ دریافتی \$ _____



بخش خدمات خانواده و
فرزندان



درخواست برای

درباره متقاضی و همه اعضای خانواده به ما بگویید

برای متقاضیان کمک پزشکی: لطفاً خود، همسران، فرزندان (از جمله فرزندان ناتنی) زیر 21 سال که با شما زندگی می‌کنند، بنویسید. شریک مجرد شما که نیاز به پوشش بهداشتی دارد، هر کسی که در اظهار نامه مالیاتی خود لحاظ می‌کنید، حتی اگر با شما زندگی نمی‌کند، و هر کس دیگری زیر 21 سال که از آنها مراقبت می‌کنید و با شما زندگی می‌کنند. شما مجبور نیستید شریک مجرد خود را که نیازی به پوشش بهداشتی ندارد، شامل کنید. فرزندان همسر مجرد، والدین شما که با شما زندگی می‌کنند اما اظهار نامه مالیاتی خود را ارائه می‌کنند (اگر شما بیش از 21 سال دارید)، یا سایر بستگان بزرگسالی که اظهار نامه مالیاتی خود را ارائه می‌کنند. اگر فقط برای خدمات فوریت‌های پزشکی (EMA) درخواست می‌کنید، مجبور نیستید SSN یا اطلاعاتی درباره وضعیت مهاجرت خود ارائه دهید.

لطفاً نمودار زیر را در مورد متقاضی و همه اعضای خانواده پر کنید. قوانین و مقررات فدرال زیر: قانون غذا و تغذیه سال

4292008, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910,

C.F.R. § 435.920، به DFCS اجازه دهید از شما و اعضای خانواده شما شماره (های) تامین اجتماعی درخواست کند. هر کسی که در خانه شما زندگی می‌کند و برای مزایا درخواست نمی‌کند، ممکن است به عنوان یک غیر متقاضی تلقی شود. افراد غیر متقاضی مجبور نیستند اطلاعاتی درباره شماره تامین اجتماعی، تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود به ما بدهند و واجد شرایط دریافت مزایا نیستند. اگر سایر اعضای خانواده واجد شرایط باشند، ممکن است همچنان بتوانند از مزایا بهره‌مند شوند. اگر می‌خواهید تصمیم بگیریم که آیا اعضای خانواده واجد شرایط دریافت مزایا هستند یا خیر، همچنان باید وضعیت شهروندی یا مهاجرت آنها را به ما بگویید و شماره تامین اجتماعی (SSN) آنها را به ما بدهید. برای تعیین صلاحیت و سطح مزایای خانوار، همچنان باید در مورد درآمد و منابع آنها به ما بگویید. ما هیچ‌یک از اعضای خانواده غیر متقاضی را به سیستم تأیید اعتبار سیستماتیک بیگانگان (حفظ خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده (USCIS) در صورتی که وضعیت شهروندی یا مهاجرت خود را به ما اعلام نکنند، گزارش نمی‌کنیم. با این حال، اگر اطلاعات وضعیت مهاجرت در درخواست شما ارسال شده باشد، این اطلاعات ممکن است از طریق سیستم SAVE تأیید شود و ممکن است بر واجد شرایط بودن و سطح مزایای خانواده تأثیر بگذارد. ما اطلاعات شما را با سایر سازمان‌های فدرال، ایالتی و محلی تطبیق می‌دهیم تا درآمد و واجد شرایط بودن شما را تأیید کنیم. این اطلاعات همچنین ممکن است به مقامات مجری قانون داده شود تا از آنها برای دستگیری افرادی که از قانون فرار می‌کنند استفاده کنند. اگر خانوار شما ادعای تمبر غذا (SNAP) داشته باشد، اطلاعات مربوط به این برنامه، از جمله SSN، ممکن است در اختیار آژانس‌های فدرال و ایالتی و آژانس‌های جمع‌آوری مطالبات خصوصی قرار گیرد تا از آنها در جمع‌آوری ادعا استفاده کنند. ما مزایا را برای اعضای خانواده متقاضی انکار نخواهیم کرد زیرا سایر اعضای خانواده از ارائه SSN، شهروندی یا وضعیت مهاجرت خود کوتاهی می‌کنند.

نام اولین ابتدایی میانی آخر	ارتباط	است این شخص متقاضی مزایا است؟	آیا این فرد نیاز به پوشش بهداشتی دارد؟	تولد تاریخ	شماره تامین اجتماعی	جنسی ت	اسپانیایی یا لاتین؟	کد نژاد	هستند شما یک شهروند ایالات متحده، ایالات متحده مهاجر ملی، واجد شرایط یا در وضعیت مهاجرت رضایت بخش؟ (فقط متقاضیان)
	خود			قالب (ماه/روز/سال)	(اختیاری برای غیر متقاضیان)		(اختیاری)	(اختیاری) رابطه‌ها (رابطه‌ها)	(Y/N)

کدهای مسابقه (همه مواردی که اعمال می‌شود را انتخاب کنید):

BL - سیاه پوست یا آفریقایی آمریکایی

AS - آسیایی

هوش مصنوعی - سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا

WH - سفید

HP - بومی هاوایی یا سایر جزایر اقیانوس آرام

با ارائه اطلاعات نژاد/قومیت، به ما در اجرای برنامه‌هایمان به شیوه‌ای بدون تبعیض کمک می‌کنید. خانواده شما ملزم به ارائه این اطلاعات به ما نیست و بر واجد شرایط بودن یا سطح مزایای شما تأثیری نخواهد داشت.



درخواست برای



اگر شما یا سایر متقاضیان خانواده ایالات متحده نیستند. شهروندان یا ایالات متحده ملی پوشان، نمودار زیر را کامل کنید:
(لطفاً در صورت نیاز صفحات اضافی اضافه کنید)

نام	نوع سند مهاجرت	شماره شناسه بیگانه/گواهی/سند	آیا از سال 1996 در ایالات متحده زندگی می کنید؟	تاریخ طبیعی شدن/تاریخ ورود یا پذیرش در ایالات متحده (در صورت امکان)	آیا شما یا همسر یا والدینتان کهنه سرباز یا یکی از اعضای فعال ارتش ایالات متحده هستید؟
			(Y/N)	قالب (ماه/روز/سال)	(Y/N)

درباره متقاضی و همه اعضای خانواده به ما بگویید

ما به اطلاعات بیشتری در مورد متقاضی و همه اعضای خانواده نیاز داریم تا تصمیم بگیریم چه کسانی واجد شرایط دریافت مزایا هستند. لطفاً فقط به سوالات مربوط به مزایایی که می خواهید در صفحه زیر دریافت کنید پاسخ دهید.

1. آیا کسی در استان یا ایالت دیگری مزایایی دریافت کرده است؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP) و (TANF))

بلی نخیر

اگر بلی:

چه کسی؟

کجا: _____

چه وقت: _____

2. آیا کسی به دلیل ارائه اطلاعات نادرست در مورد محل زندگی خود و چه کسی برای دریافت مزایای FS متعدد در بیش از یک منطقه پس از 22/8/1996 محکوم شده است؟ (فقط برای کوپن غذا (SNAP))

بله خیر

اگر بلی:

چه کسی؟

کجا: _____

چه وقت: _____

3. آیا کسی در خانواده شما داوطلبانه کار خود را ترک کرده یا به طور داوطلبانه ساعات کار خود را به کمتر از 30 ساعت در هفته ظرف 30 روز از تاریخ درخواست کاهش داده است؟ (فقط برای کوپن غذا (SNAP) و (TANF))

بله خیر

اگر بله، چه کسی استعفا داد؟

چرا او دست از کار کشید؟ _____

4. آیا کسی باردار است؟ (این سوال برای متقاضیان کوپن غذا (SNAP) صدق نمی کند) بله خیر

اگر بله، تاریخ سررسید تخمینی چقدر است؟ _____؛ و چند نوزاد انتظار می رود؟ _____

اگر نه، آیا کسی در خانواده زایمان کرده یا در 12 ماه گذشته بارداری خاتمه یافته است؟ بله خیر

اگر بله، تاریخ تحویل/خاتمه چه زمانی بوده است؟ _____؛ و چند نوزاد به دنیا آمدند/انتظار داشتند؟ _____

نام زن باردار: _____ نام پدر نوزاد متولد نشده: _____

آدرس پدر: _____

5. برای متقاضیان مید کید، آیا کسی صورتحساب پزشکی پرداخت نشده در 3 ماه گذشته دارد؟ بله خیر

اگر بله، لطفاً صورتحساب های پرداخت نشده را در صورتی که مورد مید کید دارید ارسال کنید.



درخواست برای

6. آیا کسی از برنامه کوپن غذا (SNAP) یا TANF رد صلاحیت شده است؟ (فقط برای کوپن غذا (SNAP) و TANF) بله خیر
اگر بلی: _____
چه کسی؟ _____
کجا: _____
7. آیا کسی برای یک جنایت به یک پیگرد قانونی یا زندان باطل فرار می کند؟ (فقط برای کوپن غذا (SNAP) و TANF) بله خیر
اگر بله، چه کسی: _____
8. آیا کسی شرایط آزادی مشروط یا مشروط را نقض می کند؟ (فقط برای کوپن غذا (SNAP) و TANF) بله خیر
اگر بله، چه کسی: _____
9. آیا کسی به دلیل رفتار مربوط به داشتن، استفاده یا توزیع مواد مخدر کنترل شده (مثلاً جنایتکار مواد مخدر) پس از 22/8/1996 (فقط برای کوپن های غذا (SNAP) و TANF) یا یک جنایت خشونت آمیز محکوم به جرم شده است. فقط برای TANF)؟ بله خیر
اگر بله: _____
چه کسی؟ _____ چه وقت: _____
- a. آیا شما با شرایط مشروط مربوط به هر مجازاتی که در نتیجه محکومیت به جرم مواد مخدر دریافت شده است، رعایت می کنید؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP) بله خیر
- b. آیا شما با شرایط آزادی مشروط مربوط به هر حکمی که در نتیجه محکومیت به جرم مواد مخدر دریافت شده است، رعایت می کنید؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP) بله خیر
- c. آیا تمام شرایط مشروط یا آزادی مشروط مربوط به محکومیت مربوط به مواد مخدر را با موفقیت به پایان رسانده اید؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP) بله خیر
10. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده به دلیل تجارت مزایای کوپن غذا (SNAP) برای دارو پس از 1996/8/22 محکوم شده اید؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP) بله خیر
اگر بلی: _____
چه کسی: _____ چه وقت: _____
11. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده به خرید یا فروش مزایای کوپن غذا (SNAP) بیش از 500 دلار پس از 1996/22/8 محکوم شده اید؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP) بله خیر
اگر بلی: _____
چه کسی؟ _____
چه وقت: _____
12. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده پس از تاریخ 22/8/1996 به دلیل معامله مزایای کوپن غذا (SNAP) برای اسلحه، مهمات یا مواد منفجره محکوم شده اید؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP) بله خیر
اگر بلی: _____
چه کسی؟ _____
چه وقت: _____
13. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده تان به عنوان یک بزرگسال به دلیل تشدید سوء استفاده جنسی، قتل، بهره کشی جنسی، و سایر سوء استفاده از کودکان، یک جرم فدرال یا ایالتی شامل تجاوز جنسی، یا جرمی تحت قانون ایالتی که توسط دادستان کل تعیین شده است، محکوم شده اید. پس از 7/2/2014 به طور قابل ملاحظه ای مشابه چنین جرمی باشد؟ (فقط برای کوپن غذا (SNAP) بله خیر
اگر بله: _____
چه کسی؟ _____
چه وقت: _____



درخواست برای



- a. آیا شما با شرایط مشروط مربوط به هر نوع مجازاتی که در نتیجه محکومیت به جرم دریافت شده است، رعایت می کنید؟ (فقط برای کوپن غذا (SNAP))
بله نخیر
- b. آیا شما با شرایط آزادی مشروط مربوط به هر حکمی که در نتیجه محکومیت جنایی دریافت شده است، رعایت می کنید؟ (فقط برای کوپن غذا (SNAP))
بله نخیر
- c. آیا تمام شرایط مشروط یا آزادی مشروط مربوط به محکومیت های مرتبط با جنایت را با موفقیت به پایان رسانده اید؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP))
بله خیر

14. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده برنده های بخت آزمایی یا قمار را دریافت کرده اید؟ بله خیر
اگر بله:

چه کسی؟ _____ زمان: _____ مبلغ دریافتی: _____

15. آیا کسی از جوه TANF یا کارت EPPIC در مؤسسات زیر، مشروبفروشی ها، کازینو ها، اتاق های پوکر، کسب و کار سرگرمی بزرگسالان، وثیقه ها، کلوب های شبانه، سالن ها/میخانه ها، سالن های بینگو، مسیر های مسابقه، فروشگاه های اسلحه/مهمات، کشتی های کروز، روان خوان ها، مغازه های سیگار، مغازه های خالکوبی/سوراخ کاری، و سالن های اسپا/ماساژ استفاده کرده است؟

(فقط برای TANF) بله خیر

اگر بله:

چه کسی؟ _____ چه وقت: _____

16. آیا کسی که متقاضی دریافت مزایا است در حال حاضر نفقه دریافت می کند؟ بله خیر
اگر بله:

چه کسی؟ _____

مبلغ دریافتی ماهانه: _____

تاریخ نهایی شدن یا آخرین اصلاح قرارداد نفقه: _____

در مورد درآمد متقاضی و همه اعضای خانوار به ما بگویید

آیا شما یا هرکسی که در خانواده شما زندگی می کند، هر نوع درآمدی مانند دستمزد، انعام، پاداش، خوداشتغالی، بازنشستگی تامین اجتماعی/راه آهن، سایر معلولیت ها، مستمری ها، بیکاری یا هر درآمد دیگری دریافت می کنید؟ برای کوپن غذا (SNAP) و TANF، لطفاً درآمدهایی مانند: درآمد VA، حمایت از فرزندان، پول از افراد دیگر یا غرامت کارگران. اگر بله، نمودار زیر را کامل کنید.

نام اعضای خانواده با درآمد	نوع درآمد	نام کارفرما /منبع درآمد	مبلغ ماهانه (قبل از کسر)	تعداد دفعات دریافت (ماهانه، دو هفته ای، هفتگی)	پرداخت در هر ساعت	ساعت در هفته	تاریخ (ها) پرداخت شده

اگر خوداشتغال هستید، لطفاً مبلغ هزینه های ماهانه کسب و کار خود را ذکر کنید: \$ _____

درباره منابع متقاضی و همه اعضای خانواده به ما بگویید - برای متقاضیان TANF، همه منابع را برای همه اعضای خانواده و متقاضیان Medicaid که سن (65) یا بیشتر، نابینا یا ناتوان هستند (اختلالات دائمی که شما را از کار کردن باز می دارد) فهرست کنید.

آیا شما یا هرکسی که برای آن درخواست داده اید منابعی دارید؟ بله خیر

اگر بله، لطفاً اطلاعات زیر را تکمیل کنید (تمام منابع (دارایی) متعلق به شما، همسران، وابستگان یا مالکیت مشترک با شخص دیگری را بررسی کنید. در صورت لزوم صفحات اضافه را پیوست کنید).

چک کردن حساب ها بله خیر طرح های تشییع جنازه/اقلام تدفین پیش پرداخت بله خیر
حساب های پس انداز بله خیر زمین های دفن یا قراردادهای بله خیر



بخش خدمات خانواده و
فرزندان



درخواست برای

بله خیر
بله خیر

سهام و اوراق قرضه
سایر موارد (IRA، CD، و غیره)

اوراق قرضه دولتی
صندوق های اعتماد
املاک و مستغلات / املاک خانه؟
بله خیر

آیا شما یا همسرتان دارایی را به کمتر از ارزش آن هدیه داده اید؟
بله خیر
اگر پاسخ شما به هر یک از این سوالات مثبت است، لطفاً در زیر توضیح دهید.

نام اعضای خانواده با منبع	نوع منبع	شماره حساب/خط مشی	ارزش	نام بانک، شرکت بیمه و غیره

آیا شما یا همسرتان وسیله نقلیه دارید؟
بله خیر
اگر بله، لطفاً در زیر توضیح دهید.

عضو خانواده صاحب وسیله نقلیه	ساخت خودرو	مدل	سال	مبلغ قرض دار است

آیا شما یا همسرتان بیمه عمر دارید؟
بله خیر
اگر بله، لطفاً اطلاعات زیر را تکمیل کنید.

خط مشی مالک	شرکت بیمه	شماره خط مشی	صورت ارزش	پول نقد ارزش

در مورد هزینه های متقاضی و همه اعضای خانواده به ما بگویید (اختیاری برای متقاضیان مید کید)

آیا هزینه مراقبت از یک کودک وابسته یا یک عضو بزرگسال معلول خانواده را پرداخت می کنید؟
بله خیر
اگر بله، نمودار زیر را کامل کنید.

فردی که نیاز به مراقبت دارد	شخصی که هزینه مراقبت را	دلیل مراقبت	نام / شماره ارائه دهنده	مبلغ پرداختی به ارائه دهنده	چند بار پرداخت می شود

آیا هزینه ایاب و ذهاب برای یک فرزند وابسته یا عضو بزرگسال معلول خانواده را پرداخت می کنید؟
بله خیر
آیا این هزینه ها شامل هزینه های مراقبت وابسته می شود؟
بله خیر
اگر نه، لطفاً به این سوال پاسخ دهید: مجموع مایل های طی شده در هفته: _____

آیا کسی در خانواده به شخصی که خارج از خانه زندگی می کند، نفقه فرزند پرداخت می کند؟
بله خیر
اگر بله، نمودار زیر را کامل کنید.

عضو خانوار موظف به پرداخت	نام فرزندی که برای او حمایت پرداخت می	مبلغ واجب برای پرداخت	مبلغ واقعی پرداخت شده	حمایت از کودک به چه کسی پرداخت می شود؟



بخش خدمات خانواده و
فرزندان



درخواست برای

درباره هزینه های متقاضی و همه اعضای خانواده به ما بگویید (اختیاری برای متقاضیان مید کید)

آیا کسی 60 ساله یا بالاتر یا معلول هزینه های درمانی دارد؟ بله خیر
اگر بله، نمودار زیر را کامل کنید.

عضو خانواری که هزینه دارد	نوع هزینه (ویزیت پزشک، ویزیت بیمارستان، نسخه، حق بیمه مدیکر یا بیمه سلامت، عینک)	مقدار قرضداری	هنوز بدهکار است؟ بلی/خیر	تاریخ پرداخت	آیا بیمه پرداخت خواهد کرد؟ بلی/خیر

آیا کسی 60 سال به بالا یا معلول هزینه های درمانی برای حمل و نقل دارد؟ بله خیر
اگر بله، نمودار زیر را کامل کنید.

هدف از سفر (ملاقات پزشک یا بیمارستان؛ تحویل داروخانه)	مجموع مایل های طی شده:	هزینه تاکسی، اتوبوس، پارکینگ یا اقامتگاه:

آیا شما یا یکی از اعضای خانواده هزینه های سرپناه و آب و برق دارید؟ بله خیر
اگر بله، نمودار زیر را کامل کنید.

هزینه	مبلغ	چند وقت؟	چه کسی پرداخت کرد؟
اجاره / رهن			
دارایی مالیات			
دارایی بیمه			
برق			
گاز			
زباله			
تلفن			
دیگر			

آیا هزینه های ماهانه خانه را با کسی در خانه تقسیم می کنید؟ بله خیر
اگر بله، چه کسی؟

نظرات / مستندات

پرداخت برای چه کسانی مبلغ پرداخت شده \$ در هر

نام صاحبخانه

آدرس صاحبخانه:

آیا شخص دیگری هیچ یک از این بل ها خانه را برای شما پرداخت می کند؟ بله خیر اگر بله، نمودار زیر را کامل کنید::

چه کسی بل را پرداخت می کند؟	چه بل ها پرداخت می شود؟
چه مبلغی پرداخت می شود؟	این شخص بل ها را به چه کسی پرداخت می کند؟



درخواست برای

لطفاً در صورت درخواست مید کید اطلاعات زیر را تکمیل کنید.

اطلاعات پرونده مالیاتی

1. آیا کسی در خانواده قصد دارد در سال آینده اظهارنامه مالیات بر درآمد ارائه کند؟ بله خیر
اگر بله، چه کسی؟ (هر فردی که قصد تشکیل پرونده را دارد فهرست کنید)
2. آیا هر یک از پرونده های مالیاتی ذکر شده به صورت مشترک با همسر تشکیل پرونده خواهند داد؟ بله خیر اگر بله، لطفاً نام همسر را ذکر کنید:
3. آیا هیچ یک از تشکیلات مالیاتی در اظهارنامه مالیاتی خود ادعای وابستگی خواهند داشت؟ بله خیر اگر بله، لطفاً نام(های) وابستگان را ذکر کنید
4. آیا کسی به عنوان تحت تکفل اظهارنامه مالیاتی شخص دیگری ادعا می شود؟ بله خیر اگر بله، لطفاً نام پرونده مالیاتی و افراد وابسته را ذکر کنید:
(پرونده)
(وابسته)
وابستگی مالیاتی چگونه با پرونده مالیاتی مرتبط است؟

کسر: همه موارد مربوطه را بررسی کنید و مقدار و تعداد دفعات پرداخت آن را بفرمایید.

- نقشه پرداخت شده \$ چند وقت یکبار؟ سود قرض دانشجویی \$ هر چند وقت یکبار؟
حق بیمه سلامت، 401 هزار، و سایر کسرهای قبل از مالیات \$ هر چند وقت یکبار؟
سایر کسرها \$ هر چند وقت یکبار؟ نوع:

سایر پوشش های بهداشتی

1. آیا کسی بیمه درمانی دیگری دارد که افراد خانواده شما را تحت پوشش قرار دهد؟ بله خیر
اگر پاسخ شما به سوال 4 در بالا مثبت است، لطفاً اطلاعات زیر و پیوست A را تکمیل کنید:

نام دارنده بیمه نامه	نام شرکت بیمه سلامت، آدرس و شماره تلفن	نوع پوشش (بیمارستانی، مکمل میدیکنیر، دارو ها، عمده پزشکی)	نام افراد تحت پوشش	تاریخ اجرا	خط مشی شماره

2. آیا کسی که در این برنامه لیست شده است، از یک شغل پوشش بهداشتی ارائه می دهد؟ بله را بررسی کنید حتی اگر این پوشش از شغل شخص دیگری باشد، مانند والدین یا همسر.
 بله خیر اگر بله، باید پیوست A را تکمیل کنید.
آیا این یک طرح مزایای کارکنان دولتی است؟ بله خیر
3. آیا شما یا هرکسی که در این برنامه لیست شده است، در 2 ماه گذشته هیچ گونه پوشش بهداشتی را از دست داده اید؟
a. بله اگر بله، چرا گم شده است؟
b. نخیر
4. آیا کسی در سن 18 سالگی در Foster Care برای مید کید درخواست می داد؟ بله خیر
5. آیا کسی در خانواده شما بومی آمریکایی یا آلاسکا است؟ بله خیر
اگر بله، پیوست B را تکمیل کنید.

اگر کسی در سن (65 یا بیشتر)، نابینا یا ناتوان (اختلال دائمی که مانع از کار شما می شود) است، لطفاً به سوالات پاسخ دهید. (اختیاری)



درخواست برای

1. آیا کسی نابینا یا معلول است که برای پوشش سلامت درخواست می کند؟
 بله خیر اگر بله، لطفا نام را ذکر کنید _____
2. آیا شما یا همسر تان در حال حاضر تحت پوشش مید کنیر هستید؟
 بله خیر اگر بله، لطفا نام را ذکر کنید _____
3. آیا برای مید کید برای پوشش صورت حساب های پزشکی پرداخت نشده از سه ماه قبل از درخواست درآمد تضمینی تکمیلی (SSI) درخواست می دهید؟
 بله خیر اگر بله، تاریخ درخواست SSI: _____
4. آیا برای شخصی که اکنون فوت کرده است و صورتحساب های پزشکی پرداخت نشده در سه (3) ماه گذشته را دارد درخواست می دهید؟ بله خیر
5. آیا برای کمک به پرداخت هزینه مراقبت از شخصی که در خانه سالمندان است، برای مید کید درخواست می دهید؟ بله خیر
6. آیا برای فردی بالای 18 سال که چک SSI او متوقف شده است برای مید کید درخواست می دهید؟ بله خیر
7. آیا برای کمک به پرداخت خدمات معافیت مبتنی بر جامعه مانند خدمات مراقبت از جامعه، NOW/COMP، مراقبت از آسایشگاه، چشم پوشی از مراقبت مستقل، یا معافیت Deeming (کتی بکت) برای Medicaid درخواست می دهید؟ بله خیر



درخواست برای

جریمه های برنامه کوپن غذا (SNAP).

ممکن است به دلیل ارائه آگاهانه اطلاعات نادرست، مزایای خود را از دست بدهید یا تحت تعقیب کیفی قرار بگیرید.

- برای دریافت مزایایی که خانواده شما نباید دریافت کنند، اطلاعات نادرست ندهید یا اطلاعاتی را پنهان نکنید.
- از کارت های کوپن های غذا (SNAP) یا EBT که مال شما نیست استفاده نکنید و اجازه ندهید شخص دیگری از شما استفاده کند.
- از مزایای کوپن غذا (SNAP) برای خرید اقلام غیر خوراکی مانند الکل یا سیگار یا پرداخت با کارت اعتباری استفاده نکنید.
- از تجارت یا فروش کوپن های غذا (SNAP) یا کارت های EBT برای اقلام غیر قانونی خودداری کنید. مانند اسلحه گرم، مهمات، یا مواد کنترل شده (داروهای غیر قانونی).

هر عضوی از خانواده که عمداً هر یک از قوانین کوپن غذا (SNAP) را زیر پا بگذارد، می تواند از یک سال تا دانی از برنامه کوپن غذا (SNAP) محروم شود، تا \$ 250000 جریمه نقدی، تا 20 سال یا هر دو زندانی شود. او همچنین ممکن است تحت پیگرد قانونی تحت سایر قوانین فدرال و ایالتی قابل اجرا باشد. او همچنین ممکن است در صورت حکم دادگاه به مدت 18 ماه دیگر از برنامه کوپن غذا (SNAP) محروم شود.

هر عضوی از خانواده که عمداً قوانین را زیر پا بگذارد، نمی تواند برای اولین بار یک سال، برای تخلف دوم دو سال و برای سومین تخلف به طور دائم کوپن غذا (SNAP) دریافت کند.

اگر یک دادگاه حقوقی شما یا یکی از اعضای خانواده را در استفاده یا دریافت مزایای کوپن غذا (SNAP) در معامله ای که شامل فروش یک ماده کنترل شده است مجرم تشخیص دهد، شما یا آن عضو خانواده برای اولین بار برای دو سال واجد شرایط دریافت مزایا نخواهید بود. جرم، و به طور دائم برای جرم دوم.

اگر یک دادگاه حقوقی شما یا یکی از اعضای خانواده را به دلیل استفاده یا دریافت مزایا در معامله ای که شامل فروش اسلحه گرم، مهمات یا مواد منفجره است مجرم تشخیص دهد، شما یا آن عضو خانواده برای همیشه از شرکت در کوپن غذا (SNAP) محروم خواهید بود. با اولین تخلف این تخلف برنامه ریزی کنید.

اگر یک دادگاه قانونی شما یا یکی از اعضای خانواده را به دلیل داشتن مزایای قاچاق به مبلغ کل \$ 500 یا بیشتر مجرم تشخیص دهد، شما یا آن عضو خانواده در اولین تخلف از این نقض برای همیشه واجد شرایط شرکت در برنامه کوپن غذا (SNAP) نخواهید بود.

اگر مشخص شود که شما یا یکی از اعضای خانواده به منظور دریافت مزایای چندگانه کوپن غذا (SNAP) اظهارنامه یا اظهارنامه تقلبی در رابطه با هویت (چه کسی هستند) یا محل سکونت (محل زندگی آنها) ارائه کرده اید به منظور دریافت مزایای متعدد کوپن غذا (SNAP)، شما یا آن عضو خانواده برای مدت 10 سال واجد شرایط شرکت در برنامه کوپن غذا (SNAP) نخواهید بود.

جریمه های برنامه TANF

در برنامه TANF، IPV (نقض عمدی برنامه) یک اقدام عمدی توسط یک فرد برای ایجاد یا حفظ واجد شرایط بودن یک واحد کمک (AU's) است، یا برای افزایش یا جلوگیری از کاهش مزایای AU، با ارائه اطلاعات نادرست یا گمراه کننده یا پنهان کردن اطلاعات.

- هر عضوی از خانواده که اطلاعات خود را مخفی کند و تغییرات را به موقع گزارش نکند یا حقیقت را نگوید، برای اولین تخلف شش ماه، برای تخلف دوم دوازده ماه و برای تخلف سوم به طور دائم مزایای TANF را از دست خواهد داد. سوء استفاده از وجوه کمک نقدی یا کارت TANF DEBIT برای برداشت پول نقد یا انجام معاملات در کازینوها، مشروبات فروشی ها، مراکز سرگرمی بزرگسالان "کلوب های استریپ"، اتاق های پوکر، و تبقیه، کلوب های شبانه/سالن ها/میخانه ها، سالن های بینگو، مسابقه بیست ها، مراکز بازی، فروشگاه های اسلحه/مهمات، کشتی های کروز، کتابخوان های روان خوان، مغازه های سیگار، مغازه های خالکوبی/سوراخ کردن، و سالن های اسپا/ماساژ آکیدا ممنوع است و منجر به از دست دادن مزایای TANF برای شش ماه برای اولین تخلف، دوازده خواهد شد. ماه برای تخلف دوم و دائم برای تخلف سوم.
- اگر دادگاه حقوقی متوجه شد که شما یا یکی از اعضای خانواده اطلاعات خود را مخفی کرده اید یا تغییرات را به موقع گزارش نمی کنید یا حقیقت را نگفته اید و محکوم می شوید، ممکن است برای اولین تخلف 6 ماه، برای تخلف دوم 12 ماه و برای تخلف سوم به طور دائم TANF دریافت نکنید.
- اگر دادگاه حقوقی شما یا یکی از اعضای خانواده را به ارائه اطلاعات نادرست درباره محل زندگی خود مجرم تشخیص دهد تا بتوانید در بیش از یک ایالت مزایا دریافت کنید، به مدت 10 سال محروم خواهید شد.
- اگر دادگاهی شما را به اتهامات مرتبط با مواد مخدر، مواد کنترل شده یا جنایات شدید خشونت آمیز در تاریخ 1/1/1997 یا بعد از آن محکوم کرد، شما یا آن عضو خانواده واجد شرایط و یا برای همیشه رد صلاحیت نخواهید شد.



درخواست برای

برای همه متقاضیان تمبر غذا (SNAP)، TANF و مید کید:

من طبق جریمه شهادت دروغ با بهترین دانش و اعتقاد اعلام می‌کنم که شخص یا افرادی که برای آنها درخواست مزایا می‌کنم، شهروند (شهروندان) ایالات متحده هستند یا غیر شهروند (ها) به طور قانونی در ایالات متحده حضور دارند. من همچنین گواهی می‌دهم که تمام اطلاعات ارائه شده در این برنامه تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است. می‌دانم و موافقم که DHS-DFCS، DCH و آژانس‌های فدرال مجاز است اطلاعاتی را که من در این برنامه ارائه می‌دهم تأیید کنند. اطلاعات ممکن است از کار فرمایان گذشته یا فعلی بدست آید. می‌دانم که از اطلاعات من برای ردیابی اطلاعات دستمزد و مشارکت من در فعالیت‌های کاری استفاده می‌شود.

من هر گونه تغییر در وضعیت خود را با توجه به الزامات برنامه کوبین غذا (SNAP) و/یا TANF گزارش خواهم کرد. همچنین اگر کسی در خانواده من برنده بخت آزمایی یا قمار، مبلغ ناخالص \$4250 یا بیشتر (قبل از کسر مالیات یا سایر مبالغ) باشد، گزارش خواهم داد. من این برنده‌ها را ظرف 10 روز از پایان ماهی که خانواده‌ام برنده‌ها را دریافت می‌کنند، گزارش خواهم کرد. می‌دانم که اگر اطلاعات نادرست باشد، ممکن است مزایای من کاهش یابد یا رد شود، و ممکن است به دلیل ارائه آگاهانه اطلاعات نادرست، مشمول تعقیب کیفری یا محرومیت از برنامه‌های DHS-DFCS باشم. من درک می‌کنم که در صورت ارائه اطلاعات نادرست یا مخفی کردن اطلاعات، می‌توانم تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم. می‌دانم که اگر نتوانم در طول درخواست یا فرآیند تمدید برخی از هزینه‌هایم را به DHS-DFCS بگویم و/یا آنها را تأیید نکنم، DHS-DFCS آن هزینه را برای محاسبه میزان مزایای SNAP من بوجه نخواهد داد.

دپارتمان خدمات انسانی جورجیا ("DHS") اطلاعات شناسایی شخصی (PII) مانند نام، آدرس، شماره تلفن، آدرس ایمیل، و تاریخ تولد و غیره را در طول درخواست شما برای مزایا جمع‌آوری می‌کند. با ارسال هرگونه اطلاعات شخصی به ما، موافقت می‌کنید که ما می‌توانیم چنین اطلاعات شخصی را مطابق با خط‌مشی‌ها، رویه‌های DHS و طبق قانون و/یا مقررات مجاز یا مورد نیاز جمع‌آوری، استفاده و افشا کنیم.

_____	_____
تاریخ	امضا متقاضی
_____	_____
تاریخ	امضای نماینده مجاز

اطلاعات ثبت نام رای دهندگان

اگر برای رای دادن در جایی که اکنون زندگی می‌کنید ثبت نام نکرده اید، آیا می‌خواهید امروز برای رای دادن در اینجا ثبت نام کنید؟

_____ بلی

_____ نخیر

_____ من نمی‌خواهم به سوال ثبت نام رای دهندگان پاسخ دهم

درخواست برای ثبت نام یا امتناع از ثبت نام برای رای دادن بر میزان کمکی که توسط این آژانس به شما ارائه می‌شود تأثیر نخواهد داشت.

اگر برای تکمیل فرم درخواست ثبت نام رای دهندگان کمک می‌خواهید، ما به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم‌گیری در مورد درخواست یا پذیرش کمک با شماست. می‌توانید فرم درخواست را به صورت خصوصی پر کنید.

اگر فکر می‌کنید که شخصی در حق ثبت نام شما یا امتناع از ثبت نام برای رای دادن دخالت کرده است، حق حفظ حریم خصوصی شما در تصمیم‌گیری برای ثبت نام یا درخواست ثبت نام برای رای دادن، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی یا ترجیحات سیاسی دیگر، می‌تواند با وزیر امور خارجه شکایت کنید. 2 مارتین لوتر کینگ جونیور درایو، Ste. 802، برج غربی، آتلانتا، GA 30334 یا با شماره (404)656-2871 تماس بگیرید.

اگر هر یک از کادرها را علامت نزنید، در نظر گرفته می‌شوید که تصمیم گرفته‌اید در این زمان برای رای دادن ثبت نام نکنید.

یک کپی از برنامه ثبت نام رای دهندگان گرجستان همراه با برنامه‌های کاربردی DFCS، تمدید و تغییر فرم‌های آدرس موجود است. همچنین می‌توانید درخواست ثبت نام رای دهندگان را از کارمند پرونده خود درخواست کنید. اگر یک درخواست ثبت نام رای دهندگان را تکمیل می‌کنید، آن را به دنبال دستورالعمل‌های ارائه شده در برنامه ثبت نام رای دهندگان به دفتر وزیر امور خارجه جورجی ارسال کنید.



درخواست برای

(این مدارک را برای اطلاع خود نگه دارید)

کلمات استفاده شده در این برنامه به چه معنا هستند؟

این نمودار کلماتی را که در این اپلیکیشن استفاده کرده ایم توضیح می دهد.

فردی که برای دریافت کمک یا مزایای عمومی درخواست می دهد.	درخواست کننده
یک واحد کمک شامل افراد واجد شرایطی است که با هم زندگی می کنند و کمک/مزایای عمومی دریافت می کنند.	واحد کمک (AU)
والدین، خویشاوندان یا قیم قانونی که برای TANF با فرزندان تحت مراقبت خود درخواست داده و دریافت می کنند.	سرایدار
اقدامی که برای حذف یک فرد از پرونده کوپن غذا (SNAP) یا TANF انجام شد، زیرا آنها حقیقت را نگفتند و مزایایی را دریافت کردند که نباید دریافت می کردند.	رد صلاحیت شد
سیستمی که در گرجستان برای پرداخت مزایا به افرادی که واجد شرایط دریافت کوپن غذا (SNAP) هستند، استفاده می شود. برای افرادی که کمک دریافت می کنند، کارت نقدی EBT صادر می شود که برای دسترسی به حساب های کوپن غذا (SNAP) آنها	انتقال الکترونیکی سود (EBT)
شما می توانید انتخاب کنید که چگونه می خواهید اعلان های مربوط به اطلاعات خود را دریافت کنید. اگر دریافت ایمیل یا اعلان های متنی را انتخاب کنید، پیامی دریافت می کنید که به شما اطلاع می دهد در «اعلامیه های من» واقع در پورتال مشتریان GA Gateway. برای ارتباط ایمیلی، باید آدرس ایمیل خود را به ما ارائه دهید و پس از ایجاد حساب، شرایط و ضوابط اعلامیه های بدون کاغذ واقع در پورتال مشتریان GA Gateway را بپذیرید. لطفاً از وب سایت پورتال مشتریان GA Gateway در www.gateway.ga.gov دیدن کنید تا تنظیمات اعلان خود را به روز کنید. برای ارسال پیامک، باید شماره تلفن خود را در اختیار ما قرار دهید. نرخ استاندارد پیام و داده ممکن است درخواست شود. این ممکن است بسته به شرکت های مخابراتی متفاوت باشد، لطفاً با ارائه دهنده خود بررسی کنید.	ارتباطات الکترونیکی
ایالت جورجیا یک گزینه پرداخت "الکترونیکی" مناسب برای گیرندگان TANF به نام ماستر کارت بدهی EPPICard اجرا کرده است. تحت این گزینه پرداخت، پول در اولین روز تقویم ماه به حساب گیرنده واریز می شود. اگر اولین روز تعطیلات آخر هفته یا تعطیلات باشد، مزایا در آخرین روز کاری ماه قبل در دسترس است. گیرنده فوراً به وجوه خود دسترسی دارد زیرا وجوه به صورت الکترونیکی در ماستر کارت بدهی بارگیری می شود.	ماستر کارت بدهی EPPICard
والدین، خویشاوندان یا قیم قانونی که از طرف فرزندان برای دریافت TANF به نام خود درخواست داده و دریافت می کنند.	اقوام دریافت کننده کمک هزینه
کل درآمد یک شخص قبل از در نظر گرفتن مالیات یا سایر کسرها.	درآمد ناخالص
افرادی که در خانه شما زندگی می کنند. برای کوپن غذا (SNAP)، افرادی که با هم زندگی می کنند و وعده های غذایی خود را با هم خریداری و آماده می کنند.	اعضای خانوار
پرداخت هایی مانند دستمزد، حقوق، پورسانت، پاداش، غرامت کارگر، از کارافتادگی، مستمری، مزایای بازنشستگی، بهره، نفقه فرزند یا هر نوع پول دریافتی.	درآمد
این قانون استفاده از وجوه کمک نقدی یا کارت های نقدی TANF را برای برداشت پول نقد یا انجام معاملات در کازینو، مشروبات الکلی، امکانات سرگرمی بزرگسالان، اتاق های پوکر، و تپقه، کلب های شبانه/سالن ها/میخانه ها، سالن های بیلگو، پیست های مسابقه، موسسات بازی، فروشگاه های اسلحه/مهمات، کشتی های کروز، کتابخوان های روانخوان، مغازه های سیگار فروشی، مغازه های خالکوبی/سوراخ کردن، و سالن های اسپا/ماساژ ممنوع می کند. استفاده از وجوه کمک نقدی یا کارت نقدی TANF در این مشاغل، نقض عمدی بر نامه (کلاهبرداری) از سوی گیرنده است.	قانون معافیت مالیاتی طبقه متوسط 2012
افرادی که کارگران فصلی مزرعه هستند و از یک پایگاه به منزل دیگر برای کار یا جستجوی کار مزرعه نقل مکان می کنند.	کارگران مزرعه مهاجر
یک فردی که برای کمک/مزایای عمومی درخواست یا دریافت نمی کند. افراد غیر متقاضی نیازی به ارائه شماره تامین اجتماعی، تابعیت یا وضعیت مهاجرت ندارند.	غیر متقاضی



درخواست برای

<p>بیگانه / مهاجر واجد شرایط شخصی است که به طور قانونی در ایالات متحده اقامت دارد و در یکی از دسته بندی های زیر قرار می گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • شخصی که به طور قانونی برای اقامت دائم (LPR) تحت قانون مهاجرت و ملیت (INA) پذیرفته شده است. • مهاجر آمراسیایی تحت بخش 584 قانون عملیات خارجی، تأمین مالی صادرات و تخصیص برنامه های مربوطه 1988. • شخصی که طبق ماده 208 INA پناهندگی دریافت کرده است. • پناهندگان پذیرفته شده بر اساس بخش 207 INA؛ • شخصی که طبق بخش (5) INA (212) به عنوان پناهنده یا پناهنده آزاد شده است. • شخصی که بر اساس بخش 243(h) ANI که قبل از 1 آوریل 1997 لازم الاجرا بود، یا بخش (3)(b) 241، با اصلاحیه، اخراج او متوقف شده است. • شخصی که طبق بخش (7)(a) 203 که قبل از 1 آوریل 1980 لازم الاجرا بود، اجازه ورود مشروط به وی داده شده است. • مهاجران کوبایی یا هائیتی همانطور که در بخش 501 (e) قانون کمک به آموزش پناهندگان مصوب 1980 تعریف شده است. • قربانیان قاچاق انسان بر اساس بخش (1) (ب) 107 قانون حمایت از قربانیان قاچاق انسان در سال 2000. • مهاجران کتک خورده که شرایط مندرج در بخش 431 (ج) قانون آشتی مسئولیت شخصی و فرصت های کاری سال 1996 با اصلاحیه را دارند. • مهاجران/افغان یا عراقی که بر اساس بخش 101(a)(27) وضعیت مهاجر ویژه ای دریافت کرده اند (با توجه به شرایط مشخص). • سرخپوستان آمریکایی متولد شده در کانادا و مقیم ایالات متحده بر اساس بخش 289 INA یا غیر شهروند قبیله سرخپوستان به رسمیت شناخته شده • فدرال طبق بخش (e) قانون خودتعیین و کمک آموزشی سرخپوستان و؛ • اعضای قبیله Hmong یا Highland Laosian که با شرکت در عملیات نظامی یا نجات در دوران ویتنام (7/05/1975 - 5/08/1964) به پرسنل ایالات متحده کمک کردند. <p>فقط برای متقاضیان کمک پزشکی، بیمان انجمن آزاد (COFA) شهروندان ایالات فدرال میکرونزی، جمهوری جزایر مارشال و جمهوری پالائو هست. مهاجران COFA نیازی به رعایت بند 5 ساله ندارند.</p>	<p>بیگانه / مهاجر واجد شرایط</p>
<p>پول نقد، اموال یا دارایی هایی مانند حساب های بانکی، وسایل نقلیه، سهام، اوراق قرضه و بیمه عمر.</p>	<p>منابع</p>
<p>افرادی که در زمان های خاصی از سال به کاشت، چیدن یا بسته بندی محصول می پردازند. آنها به صورت موقت استخدام می شوند که یک شغل به تعداد کارگران بیشتری از مزرعه به طور منظم نیاز دارد.</p>	<p>کارگران فصلی مزارع</p>
<p>سودهای قاچاق اسنپ به این معناست: (1) خرید، فروش، سرقت، یا مبادله مزایای SNAP که از طریق کارت های EBT، شماره کارت و شماره پین یا با کوپن و امضای دستی، برای پول نقد یا در نظر گرفتن غیر از غذای واجد شرایط، به طور مستقیم، غیر مستقیم، با مشارکت تبانی با دیگران، یا عمل به تنهایی؛ (2) مبادله سلاح گرم، مهمات، مواد منفجره یا مواد کنترل شده؛ (3) خرید محصولی با مزایای اسنپ که دارای کانتینری است که مستلزم سپرده برگشتی با هدف دریافت پول نقد از طریق دور انداختن محصول و بازگرداندن ظرف به ازای مبلغ سپرده، دور انداختن عمدی محصول و بازگرداندن عمدی ظرف برای مبلغ سپرده است؛ (4) خرید محصولی با مزایای اسنپ با هدف به دست آوردن پول نقد یا مبلغی غیر از غذای واجد شرایط از طریق فروش مجدد محصول و متعاقباً فروش مجدد عمدی محصول خریداری شده با مزایای اسنپ در ازای پول نقد یا مبلغی غیر از غذای واجد شرایط؛ (5) خرید عمدی محصولاتی که در اصل با مزایای SNAP در ازای پول نقد یا مبلغی غیر از غذای واجد شرایط خریداری شده اند؛ (6) تلاش برای خرید، فروش، سرقت، یا تأثیرگذاری بر مبادله مزایای SNAP که از طریق کارت های انتقال مزایای الکترونیکی (EBT)، شماره کارت و شماره شناسایی شخصی (PIN)، یا با کوپن و امضای دستی برای پول نقد صادر و به آنها دسترسی پیدا می کند. یا در نظر گرفتن غیر از غذای واجد شرایط، به طور مستقیم، غیر مستقیم، در همدمستی یا تبانی با دیگران، یا اقدام به تنهایی.</p>	<p>قاچاق در برنامه کوپن غذا (SNAP)</p>

برای همه متقاضیان مید کید:

برای گزارش کلاهبرداری مشکوک Medicaid در مورد گیرندگان یا ارائه دهندگان، با اداره سلامت جامعه جورجیا دفتر بازرسی کل (محلی)

463-7590-404 یا (رایگان) 800-533-0686 تماس بگیرید؛ از طریق ایمیل به آدرس oianonymous@dch.ga.gov؛ از طریق پست در وزارت بهداشت جامعه،

بخش، 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta، طبقه 5، آتلانتا، GA 30303. یا به <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud> مراجعه کنید.

کمک به افراد دارای معلولیت

اداره خدمات انسانی جورجیا و وزارت بهداشت جامعه جورجیا («اداره‌ها») طبق قانون فدرال* ملزم هستند به افراد دارای معلولیت فرصتی برابر برای مشارکت در برنامه‌ها، خدمات یا فعالیت‌های دیارتان‌ها و واجد شرایط بودن برای آنها فراهم کنند. این شامل برنامه‌هایی مانند TANF، SNAP و کمک پزشکی می‌شود.

دیارتان‌ها برای جلوگیری از تبعیض بر اساس ناتوانی، تغییرات معقولی را در مواقعی که اصلاحات لازم باشد، ارائه می‌کنند. برای مثال، ممکن است سیاست‌ها، رویه‌ها یا رویه‌ها را تغییر دهیم تا دسترسی برابر فراهم کنیم. برای اطمینان از ارتباط یکسان مؤثر، ما به افراد دارای معلولیت یا همراهان دارای معلولیت کمک ارتباطی مانند مترجمان زبان اشاره ارائه می‌دهیم. کمک ما رایگان است. دیارتان‌ها ملزم به ایجاد هرگونه تغییری نیستند که منجر به تغییر اساسی در ماهیت یک خدمت، برنامه یا فعالیت یا بار مالی و اداری ناروا شود.

چگونه می‌توان یک تغییر معقول یا کمک ارتباطی درخواست کرد

اگر ناتوانی دارید و نیاز به اصلاح منطقی، کمک ارتباطی یا کمک اضافی دارید، لطفاً با کارمند پرونده خود تماس بگیرید. به عنوان مثال، اگر به کمک یا خدماتی برای ارتباط مؤثر نیاز دارید، مانند مترجم زبان اشاره، تماس بگیرید. می‌توانید با کارفرمای پرونده خود تماس بگیرید یا با DFCS به شماره 423-4746 (877) یا با تیم (KB) DCH Katie Beckett به شماره 248-7449 (678) تماس بگیرید تا درخواست خود را ارائه دهید. همچنین می‌توانید درخواست خود را با استفاده از فرم درخواست اصلاح معقول ADA DFCS که در دفتر محلی DFCS شما یا به صورت آنلاین در <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> موجود است، ارائه دهید. یا می‌توانید فرم درخواست اصلاح معقول DCH ADA را از تیم KB یا به صورت آنلاین در <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> دریافت کنید، اما مجبور نیستید از یک فرم استفاده کنید.

نحوه ثبت شکایت

اگر ادارات به دلیل ناتوانی شما علیه شما تبعیض قائل شده‌اند، حق شکایت دارید. به عنوان مثال، اگر درخواست یک تغییر معقول یا مترجم زبان اشاره را داشته باشید که در یک زمان معقول رد شده یا به آن عمل نشده است، می‌توانید شکایت تبعیض ارائه کنید. می‌توانید با تماس با کارمند پرونده خود، دفتر محلی DFCS، به صورت شفاهی یا کتبی شکایت کنید. یا هماهنگ کننده حقوق مدنی DFCS، بخش ADA/بخش 504 در 29th+NW Peachtree Street، آتلانتا، GA 30303، 423-4746 (877). برای DCH، با تیم ADA KB/بخش 504 هماهنگ کننده در 150 Beaver Run Road, Ste. 150 Norcross, GA 30071، یا صندوق پستی 248-7449 (678)، 172, Norcross, GA 30091، ایمیل DCH این است: dch.adarequests@dch.ga.gov

می‌توانید از کارمند پرونده خود یک کپی از فرم شکایت حقوق مدنی DFCS، ADA/بخش 504 بخواهید. فرم شکایت نیز در <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> موجود است. اگر برای شکایت تبعیض به کمک نیاز دارید، می‌توانید با کارکنان DFCS فهرست شده در بالا تماس بگیرید. افرادی که ناشنوا یا کم شنوا هستند یا ممکن است ناتوانی گفتاری داشته باشند، می‌توانند با 711 تماس بگیرند تا اپراتور با ما ارتباط برقرار کند. ایمیل برای شکایات حقوق مدنی DCH این است: dch.civilrights@dch.ga.gov. پیوند فرآیند حقوق مدنی DCH و فرم شکایت در <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> قرار دارد.

شما همچنین می‌توانید شکایت تبعیض را با آژانس فدرال مربوطه ارسال کنید. اطلاعات تماس برای ایالات متحده وزارت کشاورزی (USDA) و ایالات متحده وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS) در "بیانیه عدم تبعیض" گنجانده شده است.

* بند 504 قانون احیا 1973؛ قانون آمریکایی‌های معلول 1990؛ و قانون اصلاحات قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت در سال 2008 تضمین می‌کند که افراد دارای معلولیت از تبعیض غیرقانونی رها هستند.

تحت خط مشی وزارت بهداشت جامعه (DCH)، برنامه‌های کمک پزشکی نمی‌توانند واجد شرایط بودن یا مزایای شما را بر اساس نژاد، سن، جنس، ناتوانی، منشاء ملی یا مذهب شما رد کنند.

بیانیه عدم تبعیض

مطابق با قوانین فدرال حقوق مدنی و ایالات متحده مقررات و سیاست‌های حقوق مدنی وزارت کشاورزی (USDA)، وزارت کشاورزی آمریکا، آژانس‌ها، دفاتر و کارمندان آن، و مؤسسه‌ای که در برنامه‌های USDA شرکت می‌کنند یا اجرا می‌کنند، از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، منشأ ملی، جنسیت (شامل هویت جنسی و گرایش جنسی)، اعتقادات مذهبی، ناتوانی، سن، اعتقادات سیاسی، یا تلافی یا تلافی برای فعالیت‌های حقوق مدنی قبلی در هر برنامه یا فعالیتی که توسط USDA انجام شده یا تأمین مالی شده، منع شده‌اند. برنامه‌هایی که از ایالات متحده کمک مالی فدرال دریافت می‌کنند. وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS)، مانند کمک‌های موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF)، و برنامه‌هایی که HHS مستقیماً اجرا می‌کند نیز طبق قوانین فدرال حقوق مدنی و مقررات HHS از تبعیض منع شده‌اند.

افراد دارای معلولیت که برای اطلاعات برنامه نیاز به وسایل ارتباطی جایگزین دارند (مانند خط بریل، چاپ بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی)، باید با آژانس (ایالتی یا محلی) که در آن درخواست مزایا کرده‌اند تماس بگیرند. افرادی که ناشنوا، کم‌شنوا یا دارای ناتوانی در گفتار هستند، می‌توانند از طریق خدمات رله فدرال به شماره (800) 8339-877 با USDA تماس بگیرند. علاوه بر این، اطلاعات برنامه ممکن است به زبان‌های دیگری غیر از انگلیسی در دسترس باشد.

شکایات حقوق مدنی که شامل برنامه‌های USDA می‌شود

USDA کمک مالی فدرال برای بسیاری از برنامه‌های امنیت غذایی و کاهش گرسنگی مانند برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)، برنامه توزیع غذا در رزرواسیون هند (FDPIR) و غیره ارائه می‌کند. برای ثبت شکایت برنامه در مورد تبعیض، فرم شکایت تبعیض برنامه را تکمیل کنید، (AD-3027) که به صورت آنلاین در آدرس اینترنتی موجود است. <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR-P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf> و در هر دفتر USDA یا نامه‌ای خطاب به USDA بنویسید و تمام اطلاعات درخواست شده در فرم را در نامه ارائه کنید. برای درخواست کپی فرم شکایت با شماره (866) 632-9992 تماس بگیرید. فرم یا نامه تکمیل شده خود را از طریق:

1. پست الکترونیکی: خدمات غذا و تغذیه، USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314
2. فکس: (833) 256-1665 یا (202) 690-7442
3. تلفن: (833) 620-1071 یا
4. پست الکترونیک: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

برای هر گونه اطلاعات دیگری در مورد مسائل اسنپ، افراد باید با شماره خط تلفن USDA SNAP (800) 221-5689، که به زبان اسپانیایی نیز می‌باشد، تماس بگیرند یا با شماره‌های اطلاعات ایالت/خط تلفن تماس بگیرند. (برای لیست شماره‌های خط تلفن بر اساس ایالت، روی پیوند کلیک کنید). یافت شده آنلاین در: خط تلفن اسنپ.

شکایات حقوق مدنی که شامل برنامه‌های HHS می‌شود

HHS کمک‌های مالی فدرال را برای بسیاری از برنامه‌ها برای ارتقای سلامت و رفاه فراهم می‌کند، از جمله TANF، Head Start، برنامه کمک به انرژی در خانه با درآمد کم (LIHEAP) و غیره. اگر معتقدید که به دلیل نژاد، رنگ، منشأ ملی، ناتوانی، سن، جنسیت (از جمله بارداری، گرایش جنسی و هویت جنسی) یا مذهب در برنامه‌ها یا فعالیت‌هایی که HHS مستقیماً انجام می‌دهد یا HHS برای شما مورد تبعیض قرار گرفته‌اید. کمک مالی فدرال ارائه می‌دهد، می‌توانید برای خود یا برای شخص دیگری با اداره حقوق مدنی (OCR) شکایت کنید.

برای ثبت شکایت تبعیض برای خود یا شخص دیگری در رابطه با برنامه دریافت کمک مالی فدرال از طریق HHS، فرم را به صورت آنلاین از طریق پورتال شکایت OCR به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> تکمیل کنید. همچنین می‌توانید با OCR از طریق پست در تماس باشید: عملیات مدیریت پرونده متمرکز، ایالات متحده وزارت بهداشت و خدمات انسانی، 200 خیابان استقلال، S.W.، اتاق 509F HHH Bldg، ایالت واشنگتن. 20201؛ فکس: 619-3818 (202)؛ یا ایمیل: OCRmail@hhs.gov. برای پردازش سریعتر، ما شما را تشویق می‌کنیم که به جای ارسال از طریق پست، از پورتال آنلاین OCR برای ثبت شکایات استفاده کنید. افرادی که برای ثبت شکایت حقوق مدنی به کمک نیاز دارند، می‌توانند OCR را به آدرس OCRMail@hhs.gov ایمیل کنند یا با شماره تلفن رایگان OCR با شماره تلفن 1-800-368-1019، 1-800-537-7697 TDD تماس بگیرند. برای افرادی که ناشنوا، کم‌شنوا یا مشکلات گفتاری دارند، لطفاً برای دسترسی به خدمات رله مخابراتی 1-1-7 را شماره گیری کنید. ما همچنین قالب‌های جایگزین (مانند خط بریل و چاپ بزرگ)، کمک‌های کمکی و خدمات کمک زبان را به صورت رایگان برای ثبت شکایت ارائه می‌دهیم.

این موسسه، یک ارائه‌کننده فرصت‌های مساوی است.

تحت اداره خدمات انسانی (DHS)، همچنین می‌توانید شکایات تبعیض دیگری را با تماس با دفتر محلی DFCS، یا هماهنگ‌کننده حقوق مدنی DFCS، ADA/بخش 504 در خیابان Peachtree Street 2 NW 29th، طبقه 1، آتلانتا، GA 30303، (877) 423-4746، ارسال کنید. برای شکایات مبنی بر تبعیض بر اساس مهارت محدود انگلیسی، با برنامه تسلط محدود انگلیسی و اختلال حسی DHS در خیابان ترینیٹی NW Peachtree 29th Floor 2، طبقه 1، آتلانتا، GA 30303 تماس بگیرید، یا با شماره (877) 423-4746 تماس بگیرید.

درخواست به USDA یا HHS ارسال نکنید