પરિવાર અને બાળકોની
સેવાઓનો વિભાગ

લાભો માટેની અરજી

તમારે પૂર્ણ કરેલી અરજી તમારા દેશની સ્થાનિક ઑફિસને હાથમાં ડિલિવરી કરવી, ફેક્સ કરવી અથવા મેઇલ કરવી પડશે.

જો તમને આ દસ્તાવેજ વાંચવા કે પૂર્ણ કરવામાં મદદ જોઈતી હોય અથવા અમારી સાથે વાતચીત કરવામાં મદદ જોઈતી હોય, તો અમને પૂછો અથવા (877) 423-4746 પર કૉલ કરો. અનુવાદક સહિતની અમારી સેવાઓ મફત છે. જો તમે બહેરા છો, સાંભળી શકતા નથી, બહેરા-અંધ છો અથવા બોલવામાં તકલીફ પડતી હોય, તો તમે 711 (જ્યોર્જિયા રિલે) ડાયલ કરીને અમને ઉપરના નંબર પર કૉલ કરી શકો છો.

ડિવિઝન ઑફ ફેમિલી એન્ડ ચિલ્ડ્રન સર્વિસીસ (DFCS) ખાતે અમે કઈ સેવાઓ ઑફર કરીએ છીએ?

DFCS નીચેની સેવાઓ પ્રદાન કરે છે:

ખોરાક સહાય
SNAP લાભોનો ઉપયોગ *EBT/* Quest સાઇન ધરાવતા કોઈપણ સ્ટોર પર ખોરાક ખરીદવા માટે થઈ શકે છે. અમે તમારા SNAP એકાઉન્ટમાંથી તમારીખાદ્યપદાર્થ ની ખરીદીની કિંમત બાદ કરીશું.

રોકડ સહાય/રોજગાર સહાય સેવાઓ જરૂરિયાતમંદ પરિવારો માટે કામચલાઉ સહાય (TANF) મર્યાદિત સમય માટે આશ્રિત બાળકો અને ગર્ભવતી વ્યક્તિઓ ધરાવતા પરિવારોને રોકડ સહાય પૂરી પાડે છે. ગ્રાન્ટમાં સમાવિષ્ટ માતપિતા અથવા કેરટેકર્સ અથવા સગર્ભા વ્યક્તિઓ જેઓ અનુદાનમાં શામેલ છે તેમણે કાર્ય કાર્યક્રમ ભાગ લેવો જરૂરી છે. રોકડ સહાય કાર્યક્રમ શરણાર્થી પરિવારોને નાણાકીય સહાય પણ પ્રદાન કરે છે જેઓ TANF પ્રોગ્રામ માટે પાત્ર નથી.

- **પૌત્રોનો ઉછેર કરતાં દાદા-દાદી (GRG)** જરૂરી સહાય પૂરી પાડશે જેથી કરીને બાળકોની તેમના દાદા-દાદીના ઘરોમાં સંભાળ રાખી શકાય.

તબીબી સહાય
મેડિકેડ, જેઓ પાત્રતા ધરાવે છે, તેઓ તબીબી બીલ, ડૉક્ટરની મુલાકાતો અને મેડિકેર પ્રિમીયમ ચૂકવવામાં મદદ કરી શકે છે.

- આમાં **પાથવેઝ મેડિકલ આસિસ્ટન્સનો**સમાવેશ થાય છે. Pathways Medical Assistance (પાથવેઝ તબીબી સહાય) એ એક પ્રોગ્રામ છે જે 19 થી 64 વર્ષની વયની વ્યક્તિઓને મફત અથવા ઓછા ખર્ચે મેડિકેડ કવરેજ પ્રદાન કરે છે, જેમની ફેડરલ પોવર્ટી લેવલ (FPL) ના 100% સુધીની ઘરગથ્થુ આવક છે, અન્યથા મેડિકેડ માટે લાયક નથી અને જે યોગ્યતાની જરૂરિયાતોને પૂર્ણ કરે છે. જો તમે પાથવે માટે વિચારણા કરવા માંગતા હો, તો કૃપા કરીને જોડાણ D પણ પૂર્ણ કરો.

સમુદાય આઉટરીચ સેવાઓ
અન્ય DHS સેવાઓ વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને http://dfcs.georgia.gov પર અમારી વેબસાઇટની મુલાકાત લો અથવા (877) 423-4746.પર કૉલ કરો.

હું લાભો માટે કેવી રીતે અરજી કરી શકું?

પગલું 1. અરજી ભરો.
પ્રશ્નો ધ્યાનથી વાંચો અને ચોક્કસ માહિતી આપો. અરજીમાં સહી કરો અને તારીખ લખો.

પગલું 2. તમારી સ્થાનિક ઓફિસમાં એપ્લિકેશન દાખલ કરો.
તમારે પેજ 1-2, 17-20 ફાડીને તમારા માટે રાખવા પડશે.

આ અરજીના પેજ 3-16 ને ટપાલમાં મોકલો, ફેક્સ કરો અથવા તમારા સ્થાનિક ડિવિઝન ઑફ ફેમિલી એન્ડ ચિલ્ડ્રન સર્વિસીસ (DFCS) ઑફિસમાં સાથે લાવો. તમે તમારી સ્થાનિક ઓફિસ http://dfcs.georgia.gov/locations પર શોધી શકો છો.

જો તમે અથવા તમે જેના માટે અરજી કરી રહ્યા છો તે વ્યક્તિ લાભો માટે પાત્ર છે, તો અમને તમારા નામ, સરનામું અને તેના પર સહી સાથે અરજી પ્રાપ્ત થાય તે તારીખથી SNAP લાભો પ્રદાન કરવામાં આવશે. અરજી મંજૂર થાય તે તારીખથી TANF લાભો આપવામાં આવશે.

જો તમે SNAP, TANF અને/અથવા મેડિકેડ માટે અરજી કરી રહ્યાં છો, તો તમે ફક્ત તમારા નામ, સરનામાં અને સહી સાથે લાભો માટે અરજી દાખલ કરી શકો છો. જો કે, જો તમે આખું ફોર્મ ભરો તો તે તમારી અરજી પર ઝડપથી પ્રક્રિયા કરવામાં અમને મદદ કરી શકે છે. તમે આ ફોર્મનો ઉપયોગ એકથી વધુ પ્રોગ્રામ માટે અથવા ફક્ત SNAP માટે સંયુક્ત એપ્લિકેશન ફાઇલ કરવા માટે કરી શકો છો. તમારી SNAP અરજીને ફક્ત તે આધાર પર નકારવામાં આવશે નહીં કે અન્ય પ્રોગ્રામ માટેની તમારી અરજી નકારવામાં આવી છે. અમે તમારી SNAP અરજી માટે એક અલગ પાત્રતા નિર્ધારણ કરીશું. જો

વારંવાર પૂછાતા પ્રશ્નો

લાભ મેળવવામાં કેટલો સમય લાગે છે?

SNAP:	30 દિવસ સુધી
TANF:	45 દિવસ સુધી
મેડિકેડ:	10 થી 90 દિવસ

જો તમે લાયક હોવ તો તમે 7 દિવસની અંદર SNAP મેળવી શકશો. પાનું 6 જુઓ.

મને કેટલું મળશે?
તમારી આવક, સંસાધનો અને કુટુંબનું કદ લાભની રકમ નક્કી કરે છે. એકવાર અમે તમારી યોગ્યતા નક્કી કરી લઈએ પછી અમે તમને ચોક્કસ માહિતી આપી શકીશું.

મને મારા લાભો કેવી રીતે મળશે?
ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે, તમને તમારા લાભો મેળવવા માટે ઇલેક્ટ્રોનિક બેનિફિટ ટ્રાન્સફર (EBT) કાર્ડ મળશે. TANF માટે, તમને તમારા લાભ ની ઍક્સેસ કરવા માટે Way2Go ડેબિટ માસ્ટરકાર્ડ મળશે. મેડિકેડ માટે, તમને દરેક લાયક સભ્ય માટે એક મેડિકેડ પ્રાપ્ત થશે.

તમને નીચેની માહિતી પ્રદાન કરવા માટે કહેવામાં આવી શકે છે:

- SNAP અને/અથવા TANF માટે અરજી કરતાં હોય તો અરજદાર માટે ઓળખ નો પુરાવો. ઓળખ કાર્ડ (ID) અથવા ડ્રાઇવરનું લાઇસન્સ (DL) એ ચકાસણીનું સ્વીકાર્ય સ્વરૂપ છે. તબીબી સહાયતા અરજદારો માટે ઓળખનો પુરાવો જરૂરી નથી.
- લાભોની વિનંતી કરનાર દરેક વ્યક્તિ માટે US(યુએસ) નાગરિકતા/લાયક ઈમિગ્રન્ટ સ્ટેટસનો પુરાવો. જો તમે માત્ર ઈમરજન્સી મેડિકલ સર્વિસીસ (EMA) માટે અરજી કરી રહ્યા હો, તો તમારે તમારું SSN અથવા તમારા ઈમિગ્રેશન સ્ટેટસ વિશેની માહિતી આપવાની જરૂર નથી.
- સહાયની વિનંતી કરતા દરેકના સામાજિક સુરક્ષા નંબરો.
- આવકનો પુરાવો *ઉદાહરણ તરીકે*, પે સ્ટબ્સ, ચાઇલ્ડ સપોર્ટ પેમેન્ટ્સ અને આવક એવોર્ડ પત્રો. તબીબી સહાયતા અરજદારો માટે બાળ સહાય ચુકવણીના પુરાવાની જરૂર નથી.
- ચાઇલ્ડકેર રસીદો, મેડિકલ બિલ, મેડિકલ ટ્રાન્સપોર્ટેશન ખર્ચ, ભાડું/ગીરો ખર્ચ અને ચાઇલ્ડ સપોર્ટ પેમેન્ટ્સ જેવા ખર્ચનો પુરાવો. તબીબી સહાયતા અરજદારો માટે આ માહિતી જરૂરી નથી.

અમે સૌ પ્રથમ ઇલેક્ટ્રોનિક ડેટા સ્ત્રોતો દ્વારા નાગરિકતા/ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ અને આવકની માહિતી ચકાસવાનો પ્રયાસ કરીશું. અરજી સબમિટ કરવા માટે પેપર ચકાસણી દસ્તાવેજોની જરૂર નથી; જો કે, તમે અરજી સાથે દસ્તાવેજો પ્રદાન કરી શકો છો. જો અમે ઇલેક્ટ્રોનિક ડેટા સ્ત્રોતો દ્વારા ચકાસવામાં અસમર્થ છીએ અને તમને આ માહિતી મેળવવામાં મદદની જરૂર હોય, તો કૃપા કરીને અમને જણાવો.

અમે અરજદારની અંગત માહિતીનો ઉપયોગ કેવી રીતે કરીએ?

તમારે ફક્ત સામાજિક સુરક્ષા નંબરો (SSN) અને નાગરિકતા અથવા ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ પ્રદાન કરવી પડશે જેઓ લાભો માટે અરજી કરવા માંગે છે. આ માહિતીનો ઉપયોગ આવક અને પાત્રતા ચકાસણી સિસ્ટમ (IEVS) તપાસવા માટે કરવામાં આવશે. તમારી આવક અને પાત્રતા ચકાસવા, વેતનની માહિતી અને કામની પ્રવૃત્તિઓમાં સહભાગિતાને ટ્રૅક કરવા માટે અમે તમારી માહિતીને અન્ય ફેડરલ, રાજ્ય અને સ્થાનિક એજન્સીઓ સામે પણ મેચ કરીશું. જો ઘરના કોઈ સભ્ય અમને તેમના SSN, નાગરિકતા અથવા ઇમિગ્રેશન સ્ટેટસ વિશે માહિતી આપવા માંગતા ન હોય, તો ઘરના અન્ય સભ્યો હજુ પણ લાભો મેળવી શકે છે. જો તમે માત્ર ઈમરજન્સી મેડિકલ સેવાઓ માટે જ અરજી કરી રહ્યા હો, તો તમારે તમારું SSN અથવા તમારા ઇમિગ્રેશન સ્ટેટસ વિશેની માહિતી આપવાની જરૂર નથી.

તમે કોઈ સંસ્થામાં હોવ અને SNAP અને SSI માટે એક જ સમયે અરજી કરતાં હોવ, તો તમારી અરજી ફાઈલ કરવાની તારીખ એ તારીખ છે કે તમે સંસ્થામાંથી છૂટા થયા હોવ.

સ્ટેપ 3. અમારી સાથે વાત કરો.
તમારે કાર્યકર સાથે ઈન્ટરવ્યુ પૂર્ણ કરવાની જરૂર પડી શકે છે. જો એમ હોય, તો અમે તમને એપોઈન્ટમેન્ટ આપીશું. આ ઈન્ટરવ્યુ ફોન દ્વારા પૂર્ણ કરી શકાય છે.

શું અન્ય કોઈ મારા માટે અરજી કરી શકે છે?
SNAP અને Medicaid માટે, તમે કોઈને તમારા માટે અરજી કરવાનું કહી શકો છો.
TANF માટે, કોઈપણ અરજી કરી શકે છે પરંતુ માતાપિતા અથવા સંભાળ રાખનાર અથવા સગર્ભા વ્યક્તિનો ઈન્ટરવ્યુ લેવો આવશ્યક છે.

પરિવાર અને બાળકોની
સેવાઓનો વિભાગ

લાભો માટેની અરજી

(આ એપ્લિકેશન પૂર્ણ કરો અને તેને તમારી દેશની સ્થાનિક DFCS ઓફિસમાં પરત કરો.)

હું શેના માટે અરજી કરી રહ્યો છું? (જે લાગુ પડે છે તે બધું તપાસો)

- ❑ **પૂરક પોષણ સહાય કાર્યક્રમ (SNAP)**
  સપ્લિમેન્ટલ ન્યુટ્રિશન આસિસ્ટન્સ પ્રોગ્રામ (SNAP), જે અગાઉ ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ તરીકે ઓળખાતું હતું, તે ફેડરલ ભંડોળ પ્રોગ્રામ છે જે ઓછી આવક ધરાવતા પરિવારોને ખોરાકની કિંમત ચૂકવવામાં મદદ કરવા માટે માસિક લાભો પૂરા પાડે છે. આ કાર્યક્રમ પરિવારોને તેમની ખોરાક અને પોષક જરૂરિયાતોને પહોંચી વળવા માટે પોષણ શિક્ષણ પણ પ્રદાન કરે છે અને પરિવારોને રોજગાર મેળવવામાં મદદ કરવા માટે રોજગાર અને તાલીમની તકો પૂરી પાડે છે જે SNAP પર ઓછી નિર્ભરતા તરફ દોરી જાય છે.
- ❑ **જરૂરિયાતમંદ પરિવારો માટે કામચલાઉ સહાય (TANF)**
  જરૂરિયાતમંદ પરિવારો માટે કામચલાઉ સહાય (TANF) બાળકો સાથેના પાત્ર પરિવારોને મજબૂત કરવા માટે કામચલાઉ માસિક રોકડ ચૂકવણી, એકલ રોકડ ચૂકવણી અથવા અન્ય સહાયક સેવાઓ પ્રદાન કરે છે. જો તમે બાળકના માતા-પિતા, અથવા સંભાળ રાખનાર અથવા સગર્ભા વ્યક્તિ છો કે જે અનુદાનમાં સામેલ થવા માંગતા હોય, તો અમને જરૂર પડશે કે તમે કાર્ય કાર્યક્રમમાં ભાગ લો.
  - ❒ **પૌત્રોનો ઉછેર કરતા દાદા-દાદી (GRG)**
    પૌત્રોનો ઉછેર કરતાં દાદા-દાદી (GRG) વધારાની રોકડ ચૂકવણીઓ પૂરી પાડશે જેથી કરીને બાળકોની તેમના દાદા-દાદીના ઘરોમાં સંભાળ રાખી શકાય. **GRG માટે પાત્ર બનવા માટે અરજદારોએ TANF માટે અરજી કરવી આવશ્યક છે.**
- ❑ **શરણાર્થી રોકડ સહાય**
  શરણાર્થી રોકડ સહાય કાર્યક્રમ એવા શરણાર્થી પરિવારોને નાણાકીય સહાય પૂરી પાડે છે જેઓ TANF પ્રોગ્રામ માટે પાત્ર નથી. શરણાર્થી શબ્દમાં શરણાર્થીઓ, ક્યુબન/હૈતીયન પ્રવેશકર્તાઓ, માનવ તસ્કરીનો ભોગ બનેલા, અમેરેશિયનો, અસાઇલી, અફઘાન અથવા સ્પેશિયલ ઈમિગ્રન્ટ વિઝા (એસઆઈવી) અથવા પાત્ર અફઘાન પેરોલીઝનો સમાવેશ થાય છે.
- ❑ **મેડિકેડ**
  મેડિકેડ વૃદ્ધો, અંધ અથવા અપંગ વયસ્કો, સગર્ભા સ્ત્રીઓ, બાળકો અને પરિવારોને તબીબી કવરેજ આપે છે. જ્યારે તમે અરજી કરશો, ત્યારે અમે તમામ મેડિકેડ પ્રોગ્રામ્સ જોઈશું અને નક્કી કરીશું કે તમે કયા પ્રોગ્રામ્સ મેળવવા માટે લાયક છો.

કૃપા કરીને અરજદાર વિશે નીચેનો ચાર્ટ ભરો.

પ્રથમ નામ	ટૂંકું મધ્યનામ	અટક	પ્રત્યય
તમે જ્યાં રહો છો ત્યાં શેરીનું સરનામું		Apt	
શહેર	રાજ્ય	પિન કોડ	
શું તમે બેઘર છો? હા ___ કે ના ___			
મેઈલીંગ સરનામું (જો અલગ હોય તો)			
મુખ્ય ટેલિફોન નંબર	અન્ય સંપર્ક નંબર		
ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન: ઈમેઈલ: હા_____ અથવા ના_____ (વૈકલ્પિક) લખાણ મોકલવું: હા_____ અથવા ના_____ (વૈકલ્પિક)	ઇમઇલ સરનામુ (વૈકલ્પિક):		
તમારી પસંદગીની ભાષા કઈ છે?		જો ઈન્ટરવ્યુ જરૂરી હોય, તો તમારે તેની જરૂર પડશે અનુવાદક? હા_________અથવા ના _____	

અમેરિકનો વિથ ડિસેબિલિટી એક્ટ: વાજબી ફેરફાર અને સંચાર સહાય માટેની વિનંતી (જો લાગુ હોય તો):

શું તમારી પાસે એવી વિકલાંગતા છે જેને વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયની જરૂર પડશે? હા____ ના___
(જો હા, તો કૃપા કરીને તમે વિનંતી કરી રહ્યાં છો તે વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયનું વર્ણન કરો):
સાઇન લેંગ્વેજ દુભાષિયા_____; TTY _____; મોટી પ્રિન્ટ ____; ઈલેક્ટ્રોનિક સંચાર (ઈમેઈલ) ____; બ્રેઈલ ____; વિડિઓ રિલે _____; ક્યૂડ સ્પીચ ઈન્ટરપ્રીટર _____; મૌખિક અનુવાદક_____; સ્પર્શેન્દ્રિય અનુવાદક_____; પ્રોગ્રામ ડેડલાઈનનું ટેલિફોન કોલ રીમાઈન્ડર _____; ટેલિફોનિક હસ્તાક્ષર (જો લાગુ હોય તો) _____ ; રૂબરૂ મુલાકાત (ઘર મુલાકાત) _____; અન્ય:________________
શું તમને આ વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયની એક વખત જરૂર છે___અથવા ચાલુ___?
જો શક્ય હોય તો, સંક્ષિપ્તમાં સમજાવો કે તમને ક્યારે અને કેટલા સમય સુધી આ ફેરફારની અથવા સિસ્ટન્સની જરૂર છે?

બધા SNAP TANF, અને મેડિકેડ અરજદારો માટે:

હુંમારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી અને માન્યતા મુજબ ખોટી જુબાનીના દંડ હેઠળ જાહેર કરું છું કે હું જેના માટે લાભો માટે અરજી કરી રહ્યો છું તે વ્યક્તિ(ઓ) યુએસ નાગરિક(ઓ) છે અથવા યુનાઈટેડ સ્ટેટ્સમાં કાયદેસર રીતે હાજર છે. હું વધુમાં પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજી પર આપવામાં આવેલી તમામ માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણ મુજબ સાચી અને ખરી છે. હું સમજું છું અને સંમત છું કે DHS-DFCS, DCH અને અધિકૃત ફેડરલ એજન્સીઓ આ અરજી પર હું જે માહિતી આપું છું તેની ચકાસણી કરી શકે છે. ભૂતકાળ અથવા વર્તમાન નોકરીદાતાઓ પાસેથી માહિતી મેળવી શકાય છે. હું સમજું છું કે મારી માહિતીનો ઉપયોગ વેતનની માહિતી અને કામની પ્રવૃત્તિઓમાં મારી સહભાગિતાને ટ્રેક કરવા માટે કરવામાં આવશે.

પરિવાર અને બાળકોની
સેવાઓનો વિભાગ

લાભો માટેની અરજી

હું SNAP અને/અથવા TANF પ્રોગ્રામ જરૂરિયાતો અનુસાર મારી પરિસ્થિતિમાં કોઈપણ ફેરફારની જાણ કરીશ. જો મારા ઘરમાં કોઈને લોટરી અથવા જુગારમાં $4500 કે તેથી વધુની કુલ રકમ (ટેક્સ અથવા અન્ય રકમોની અટકાયત પહેલા)ની જીત મળે તો હું જાણ કરીશ. હું આ જીતની જાણ મારા ઘરના સભ્યને જીત પ્રાપ્ત થયાના એજ મહિનાના અંતના 10 દિવસની અંદર કરીશ. હું સમજું છું કે જો કોઈ માહિતી ખોટી છે, તો મારા લાભો ઘટાડી શકાય છે અથવા નકારવામાં આવી શકે છે, અને જાણી જોઈને ખોટી માહિતી પ્રદાન કરવા બદલ મને ફોજદારી કાર્યવાહી કરવામાં આવી શકે છે અથવા DHS-DFCS પ્રોગ્રામ્સમાંથી ગેરલાયક ઠેરવવામાં આવી શકે છે. હું સમજું છું કે જો હું ખોટી માહિતી આપું અથવા માહિતી છુપાવું તો મારા પર કાર્યવાહી થઈ શકે છે. હું સમજું છું કે જો હું મારી અરજી અથવા નવીકરણ પ્રક્રિયા દરમિયાન મારા કેટલાક ખર્ચ વિશે DHS-DFCSને જણાવવામાં નિષ્ફળ જાઉં અને/અથવા તેમની ચકાસણી કરવામાં નિષ્ફળ જાઉં, તો DHS-DFCS મારા SNAP લાભોની રકમની ગણતરીમાં તે ખર્ચનું બજેટ કરશે નહીં.

જ્યોર્જિયા(Georgia) ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસ ("DHS") લાભો માટેની તમારી અરજી દરમિયાન વ્યક્તિગત રીતે ઓળખી શકાય તેવી માહિતી (PII), જેમ કે નામ, સરનામા, ટેલિફોન નંબર, ઈમેલ સરનામા અને જન્મ તારીખ વગેરે એકત્રિત કરે છે. અમને કોઈપણ વ્યક્તિગત માહિતી સબમિટ કરીને, તમે સંમત થાઓ છો કે અમે DHS નીતિઓ, પ્રક્રિયાઓ અનુસાર અને કાયદા અને/અથવા નિયમો દ્વારા પરવાનગી અથવા આવશ્યકતા અનુસાર આવી કોઈપણ વ્યક્તિગત માહિતી એકત્રિત, ઉપયોગ અને જાહેર કરી શકીએ છીએ.

______________________________________ ______________
હસ્તાક્ષર: **તારીખ**

______________________________________ ______________
સાક્ષીની અનુવાદક જો "X" દ્વારા સહી કરેલ હોય **તારીખ**

અધિકૃત પ્રતિનિધિ:

જો તમે કોઈ વ્યક્તિ અથવા સંસ્થા તમારી અરજી ભરવા, તમારો ઈન્ટરવ્યુ પૂર્ણ કરવા અને/અથવા જ્યારે તમે સ્ટોર પર ન જઈ શકો ત્યારે ખોરાક ખરીદવા માટે તમારા EBT કાર્ડનો ઉપયોગ કરવા માંગતા હોવ તો જ આ વિભાગને પૂર્ણ કરો. કૃપા કરીને દરેક પ્રોગ્રામ પ્રકાર માટે તપાસો કે જેને તમે અધિકૃત પ્રતિનિધિ તરીકે નિયુક્ત કરવા માંગો છો. કૃપા કરીને તપાસો કે તમે વ્યક્તિ અથવા સંસ્થા પાસે કઈ ફરજો નિભાવવા માંગો છો. જો તમે મેડિકેડ માટે અરજી કરી રહ્યા હો, તો તમે તમારાવતી કાર્ય કરવા માટે એક કરતાં વધુ વ્યક્તિ અથવા સંસ્થાને પસંદ કરી શકો છો.

અધિકૃત પ્રતિનિધિ 1 પ્રોગ્રામ પ્રકારો: SNAP ❑ TANF ❑ તબીબી સહાય ❑
અધિકૃત પ્રતિનિધિ 1 ફરજો: અરજદાર વતી અરજી પર સહી કરો ❑ નવીકરણ ફોર્મ પૂર્ણ કરો અને સબમિટ કરો ❑
નોટિસ અને અન્ય સંદેશાવ્યવહારની નકલો પ્રાપ્ત કરો ❑ અન્ય તમામ બાબતોમાં અરજદાર વતી કાર્ય કરો ❑
TANF બેનિફિટ કાર્ડ મેળવો (Way2Go ડેબિટ માસ્ટરકાર્ડ) ❑

વ્યક્તિનું નામ 1: ______________________________
સંસ્થાનું નામ 1 (જો લાગુ હોય તો): ____________________ ફોન: ______________________
સરનામું: __________________________________ એપાર્ટ: ____________________
શહેર: ______________________________________ રાજ્ય: ________ ઝિપ: ______________
ઈલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન: ઈમેઈલ: હા ___ ના ___ (વૈકલ્પિક) લખાણ મોકલવું: હા ___ ના ___ (વૈકલ્પિક)
ઈમેઈલ સરનામું (વૈકલ્પિક) ______________________________
પસંદગીની ભાષા: ______________________________ શું દુભાષિયાની જરૂર છે? હા કે ના ___

અધિકૃત પ્રતિનિધિ 2 પ્રોગ્રામ પ્રકારો: SNAP ❑ TANF ❑ તબીબી સહાય ❑
અધિકૃત પ્રતિનિધિ 2 ફરજો: અરજદાર વતી અરજી પર સહી કરો ❑ રિન્યુઅલ ફોર્મ ભરો અને સબમિટ કરો ❑ નોટિસ અને અન્ય સંચારની નકલો પ્રાપ્ત કરો ❑
અન્ય તમામ બાબતોમાં અરજદાર વતી કાયદો ❑ TANF લાભ કાર્ડ (Way2Go ડેબિટ માસ્ટરકાર્ડ) પ્રાપ્ત કરો ❑

વ્યક્તિનું નામ 2: ______________________________
સંસ્થાનું નામ 2 (જો લાગુ હોય તો): ____________________ ફોન: ______________________
સરનામું: __________________________________ એપાર્ટ: ____________________
શહેર: ______________________________________ રાજ્ય: ________ ઝિપ: ______________
ઈલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન: ઈમેઈલ: હા ___ ના ___ (વૈકલ્પિક) લખાણ મોકલવું: હા ___ ના ___ (વૈકલ્પિક)
ઈમેઈલ સરનામું (વૈકલ્પિક) ______________________________
પસંદગીની ભાષા: ______________________________ શું દુભાષિયાની જરૂર છે? હા કે ના ___

વિકલાંગતા ધરાવતા અમેરિકનો અધિનિયમ: અધિકૃત પ્રતિનિધિઓ માટે વાજબી ફેરફાર અને સંચાર સહાય માટેની વિનંતી (જો લાગુ હોય તો):

શું અધિકૃત પ્રતિનિધિ પાસે કોઈ વિકલાંગતા છે જેને વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયની જરૂર પડશે? હા___ ના___ (જો હા, તો કૃપા કરીને તમે વિનંતી કરી રહ્યા છો તે વ્યાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયનું વર્ણન કરો):

સાઇન લેંગ્વેજ દુભાષિયા____; TTY____ ; મોટી પ્રિન્ટ____ ; ઈલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન (ઈમેલ)____ ; બ્રેઈલ________; વિડિયો રિલે____; ક્યૂડ સ્પીચ ઈન્ટરપ્રીટર____; મૌખિક દુભાષિયા____; સ્પર્શેન્દ્રિય દુભાષિયા____ ; પ્રોગ્રામ ડેડલાઈનનું ટેલિફોન કોલ રીમાઈન્ડર____; ટેલિફોનિક હસ્તાક્ષર (જો લાગુ હોય તો) ____; રૂબરૂ મુલાકાત (ઘર મુલાકાત) ___; અન્ય: _______

શું અધિકૃત પ્રતિનિધિને આ વ્યાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયની જરૂર છે?
એક વખત____અથવા ચાલુ____? જો શક્ય હોય તો, સંક્ષિપ્તમાં સમજાવો કે તમને ક્યારે અને કેટલા સમય સુધી આ ફેરફાર અથવા સહાયની જરૂર છે? ______________________________________

માત્ર ઓફિસ ઉપયોગ માટે: તારીખ મળી:______________________

પરિવાર અને બાળકોની
સેવાઓનો વિભાગ

લાભો માટેની અરજી

એક્સપ્રેસ લેન પાત્રતા:

એક્સપ્રેસ લેન એલિજિબિલિટી (ELE) એ 19 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના લાયક બાળકોની નોંધણી અથવા નવીકરણ કરવાની એક સ્વયંસંચાલિત પ્રક્રિયા છે કે જેઓ પૂરક પોષણ સહાય કાર્યક્રમ (SNAP), જરૂરિયાતમંદ પરિવારો માટે કામચલાઉ સહાય (TANF), શરણાર્થી રોકડ સહાય (RCA), બાળ સંભાળ અને પિતૃ સેવાઓ (CAPS), અથવા મહિલા, શિશુ અને બાળકો (WIC) ને તબીબી સહાય કાર્યક્રમમાં સામેલ કરે છે.

ડિવિઝન ઓફ ફેમિલી એન્ડ ચિલ્ડ્રન સર્વિસીસ (DFCS) SNAP, TANF, RCA, CAPS અથવા WIC માંથી ઘરના કદ, રહેઠાણ અને આવકની માહિતીનો ઉપયોગ કરશે, પરંતુ Medicaid અથવા PeachCare for Kids® માં બાળકોની આપમેળે નોંધણી અથવા નવીકરણ કરવા DFCS તબીબી સહાયતા નિયમોનો ઉપયોગ કરીને ELE નિર્ધારણ કરવા માટે નાગરિકતા અથવા ઈમિગ્રેશન સ્થિતિની ચકાસણી કરશે. એકવાર પૂર્ણ થયા પછી DFCS એક નિર્ધારણ નોટિસ મોકલશે, સભ્યોને કોઈપણ ફેરફારો કરવા દો અને તેમને ELE પ્રક્રિયામાંથી નાપસંદ કરવા અથવા કોઈપણ સમયે તબીબી સહાયતા કેસને સમાપ્ત કરવાની મંજૂરી આપશે.

પરિવાર અને બાળકોની સેવાઓનો વિભાગ

લાભો માટેની અરજી

શું હું SNAP ને વધુ ઝડપથી મેળવવા માટે પાત્ર છું? (આ માહિતી ફક્ત SNAP અરજદારો માટે વિનંતી કરવામાં આવે છે)

તમે 7 દિવસની અંદર SNAP મેળવી શકો છો કે કેમ તે જોવા માટે અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યો વિશેના આ પ્રશ્નોના જવાબ આપો.

1. શું તમે અથવા ઘરના કોઈ સભ્ય સ્થળાંતરિત અથવા મોસમી ફાર્મ વર્કર છો? ❑ હા ❑ ના
   જો **હા**, તો કોણ? ______________________

2. કુલ **કમાણી કરેલ આવક** જે આ મહિના માટે પ્રાપ્ત થશે: $______________
   નિયોક્તાનું નામ: ______________________
   રોજગાર શરૂ થવાની તારીખ: ______________ રોજગાર સમાપ્તિ તારીખ: ______________
   પગારનો દર ______________ સાપ્તાહિક કામના કલાકો: ______________
   તમને કેટલી વાર ચૂકવવામાં આવે છે: સાપ્તાહિક/દ્વિ-સાપ્તાહિક/અર્ધ-માસિક/માસિક (વર્તુળ એક)

3. આ મહિના માટે પ્રાપ્ત થનારી કુલ **અર્જિત આવક**: $______________
   બિનઉપાર્જિત આવકનો પ્રકાર______________રકમ:______________
   કેટલી વાર પ્રાપ્ત થાય છે: સાપ્તાહિક/દ્વિ-સાપ્તાહિક/અર્ધ-માસિક/માસિક (વર્તુળ એક)
   બિનઉપાર્જિત આવકનો પ્રકાર______________રકમ:______________
   કેટલી વાર પ્રાપ્ત થાય છે: સાપ્તાહિક/દ્વિ-સાપ્તાહિક/અર્ધ-માસિક/માસિક (વર્તુળ એક)

4. આ મહિનાની કુલ ઉપાર્જિત અને અર્જિત આવક: $______________

5. તમારી પાસે અને ઘરના બધા સભ્યો પાસે રોકડ કે બેંકમાં કેટલા પૈસા છે? $______________

6. તમારા ભાડા, ગીરો, મિલકત વેરો અને/અથવા મકાનમાલિકોના વીમાની માસિક રકમ કેટલી છે વીમા? $ ______________

7. આ મહિને તમારી ઈલેક્ટ્રિક, પાણી, ગેસ અને/અથવા અન્ય ઉપયોગિતાઓની કુલ રકમ કેટલી છે? $ ______________

   (કુલમાં ભૂતકાળની બાકી અને લેટ ફીની રકમને બાકાત રાખો)

   a. તમારા ઘરનો પ્રાથમિક ગરમી અથવા ઠંડકનો સ્ત્રોત શું છે? લાગુ પડે છે તે બધાને ચિહ્નિત કરો
      ઈલેક્ટ્રિક ______ ગેસ______ વિન્ડો અથવા સેન્ટ્રલ એર કંડિશનર______ કેરોસીન તેલ______ લાકડું______

   b. શું તમને છેલ્લા 12 મહિનામાં ઊર્જા સહાય (LIHEAP) મળી છે?
      ❑ હા ❑ ના જો **હા**, તો રકમ પ્રાપ્ત $______________

પરિવાર અને બાળકોની
સેવાઓનો વિભાગ

લાભો માટેની અરજી

અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યો વિશે અમને કહો

તબીબી સહાયતા અરજદારો માટે: કૃપા કરીને તમારી જાતને, તમારા જીવનસાથીને, તમારા 21 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના તમારા બાળકો (સાવકા બાળકો સહિત), તમારી સાથે રહેતા તમારા અપરિણીત જીવનસાથી, જેને સ્વાસ્થ્ય કવરેજની જરૂર હોય, તમે તમારા ટેક્સ રિટર્નમાં શામેલ કરો છો તે કોઈપણ, ભલે તેઓ તમારી સાથે રહેતા ન હોય, અને 21 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના અન્ય કોઈપણને શામેલ કરો. જેની તમે કાળજી લો છો અને તમારી સાથે રહે છે. તમારે તમારા અપરિણીત જીવનસાથી કે જેમને સ્વાસ્થ્ય કવરેજની જરૂર નથી, તમારા અપરિણીત સાથીના બાળકો, તમારા માતા-પિતા કે જેઓ તમારી સાથે રહે છે પરંતુ તેમનું પોતાનું ટેક્સ રિટર્ન ફાઇલ કરે છે (જો તમારી ઉંમર 21 વર્ષથી વધુ હોય), અથવા અન્ય પુખ્ત સંબંધીઓ કે જેઓ પોતાનો ટેક્સ ફાઇલ કરે છે તેઓનો સમાવેશ કરવાની જરૂર નથી. જો તમે માત્ર ઈમરજન્સી મેડિકલ સર્વિસીસ (EMA) માટે અરજી કરી રહ્યા હો, તો તમારે તમારું SSN અથવા તમારા ઈમિગ્રેશન સ્ટેટસ વિશેની માહિતી આપવાની જરૂર નથી.

કૃપા કરીને <u>અરજદાર</u> <u>અને ઘરના</u> <u>તમામ</u> <u>સભ્યો</u> વિશે નીચેનો ચાર્ટ ભરો. **નીચેના ફેડરલ કાયદાઓ અને નિયમો: 2008નો ખોરાક અને પોષણ અધિનિયમ, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 42.52, 435.910 C.F.R. § 205.52, 42, અને 42 C.F.R. § 435.920, DFCS ને તમને અને તમારા ઘરના સભ્યોને સામાજિક સુરક્ષા નંબર(ઓ)ની વિનંતી કરવા માટે અધિકૃત કરો.** કોઈપણ જે તમારા પરિવારમાં રહે છે અને લાભો માટે અરજી કરી રહ્યું નથી તેને **બિન-અરજદાર** તરીકે ગણવામાં આવશે. બિન-અરજદારોએ અમને તેમના સામાજિક સુરક્ષા નંબર, નાગરિકતા અથવા ઈમિગ્રેશન સ્થિતિ વિશે માહિતી આપવાની જરૂર <u>નથી</u> અને તેઓ લાભો માટે <u>પાત્ર</u> નથી. જો તેઓ અન્યથા પાત્ર હોય તો પણ ઘરના અન્ય સભ્યો લાભો પ્રાપ્ત કરી શકશે. જો તમે ઇચ્છો છો કે અમે નક્કી કરીએ કે ઘરના કોઈપણ સભ્યો લાભો માટે પાત્ર છે કે કેમ, તો પણ તમારે અમને તેમની નાગરિકતા અથવા ઈમિગ્રેશન સ્થિતિ વિશે જણાવવું પડશે અને અમને તેમનો સામાજિક સુરક્ષા નંબર (SSN) આપવો પડશે. તમારે હજુ પણ પરિવારની પાત્રતા અને લાભનું સ્તર નક્કી કરવા માટે **તેમની** આવક અને સંસાધનો વિશે અમને જણાવવાની જરૂર પડશે. અમે કોઈપણ બિન-અરજદાર પરિવારના સભ્યોની યુનાઈટેડ સ્ટેટ્સ સિટિઝનશિપ એન્ડ ઈમિગ્રેશન સર્વિસિસ (USCIS) સિસ્ટમેટિક એલિયન વેરિફિકેશન ફોર એન્ટાઈટલમેન્ટ્સ (સેવ) સિસ્ટમને જાણ કરીશું નહીં જો તેઓ અમને તેમની નાગરિકતા અથવા ઈમિગ્રેશન સ્ટેટસ નહીં આપે. જો કે, જો તમારી અરજી પર ઈમિગ્રેશન સ્થિતિની માહિતી સબમિટ કરવામાં આવી હોય, તો આ માહિતી SAVE સિસ્ટમ દ્વારા ચકાસણીને આધીન હોઈ શકે છે અને તે ઘરની યોગ્યતા અને લાભના સ્તરને અસર કરી શકે છે. તમારી આવક અને પાત્રતા ચકાસવા માટે અમે તમારી માહિતીને અન્ય ફેડરલ, રાજ્ય અને સ્થાનિક એજન્સીઓ સાથે મેચ કરીશું. આ માહિતી કાયદા અમલીકરણ અધિકારીઓને પણ આપવામાં આવી શકે છે જેનો ઉપયોગ કાયદાથી ભાગી રહેલા લોકોને પકડવા માટે થાય છે. જો તમારા પરિવાર પાસે SNAP નો દાવો હોય, તો SSN સહિતની આ એપ્લિકેશન પરની માહિતી ફેડરલ અને રાજ્ય એજન્સીઓ અને ખાનગી દાવા એકત્રીકરણ એજન્સીઓને આપવામાં આવી શકે છે જેથી તેઓ દાવો એકત્ર કરવા માટે ઉપયોગ કરી શકે. અમે અરજદાર પરિવારના સભ્યોને લાભો નકારીશું નહીં કારણ કે અન્ય ઘરના સભ્યો તેમની SSN, નાગરિકતા અથવા ઈમિગ્રેશન સ્થિતિ પ્રદાન કરવામાં નિષ્ફળ જાય છે.

નામ નામ ટૂંકું મધ્યનામ અટક	સંબંધ	શું આ વ્યક્તિ લાભો માટે અરજી કરી રહી છે? (હા/ના)	શું આ વ્યક્તિને સ્વાસ્થ્ય કવરેજની જરૂર છે? (હા/ના)	જન્મ તારીખ ફોર્મેટ (મહિનો/તારીખ/વર્ષ)	સામાજિક સુરક્ષા નંબર **(બિન-અરજદારો માટે વૈકલ્પિક)**	લિંગ (પુરુષ /સ્ત્રી)	હિસ્પેનિક અથવા લેટિનો? **(વૈકલ્પિક)** (હા/ના)	રેસ કોડ **(વૈકલ્પિક)** (નીચે કોડ્સ જુઓ)	શું તમે U.S.ના નાગરિક છો. રાષ્ટ્રીય, લાયક ઈમિગ્રન્ટ અથવા સંતોષકારક ઈમિગ્રેશન સ્ટેટસમાં? **(ફક્ત અરજદારો)** (હા/ના)
	સ્વયં								

વર્ણ કોડ્સ (લાગુ પડે તે બધા પસંદ કરો):

AI - અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કા મૂળ
AS - એશિયન
BL - અશ્વેત અથવા આફ્રિકન અમેરિકન
HP - મૂળ હવાઈયન અથવા અન્ય પેસિફિક આઈલેન્ડર
WH - શ્વેત

જાતિ/વંશીયતાની માહિતી આપીને, તમે અમારા કાર્યક્રમોને બિન-ભેદભાવપૂર્ણ રીતે સંચાલિત કરવામાં સહાય કરશો. તમારા પરિવારે અમને આ માહિતી આપવાની જરૂર નથી અને તે તમારી પાત્રતા અથવા લાભના સ્તરને અસર કરશે નહીં.

પરિવાર અને બાળકોની
સેવાઓનો વિભાગ

લાભો માટેની અરજી

જો તમે અથવા અન્ય ઘરગથ્થુ અરજદારો U. S. ના નથી નાગરિકો અથવા U. S. નાગરિકો, નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો:
(કૃપા કરીને જરૂર મુજબ વધારાના પાનું ઉમેરો)

નામ નામ ટૂંકું મધ્યનામ અટક	ઇમીગ્રેશન દસ્તાવેજનો પ્રકાર	એલિયન/પ્રમાણપત્ર/દસ્તાવેજ ID નંબર	શું તમે 1996 થી U.S માં રહો છો? (હા/ના)	US માં નેચરલાઇઝ થયા (દેશમાં ભળ્યા) તારીખ/પ્રવેશ અથવા દાખલ થયાની તારીખ (જો લાગુ પડે તો) ફોર્મેટ (મહિનો/તારીખ/વર્ષ)	શું તમે, અથવા તમારા જીવનસાથી અથવા માતા-પિતા અનુભવી છો અથવા U.S સૈન્યના સક્રિય ફરજ સભ્ય છો? (હા/ના)

અમને અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યો વિશે વધુ જણાવો

લાભો માટે કોણ પાત્ર છે તે નક્કી કરવા માટે અમને અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યો વિશે વધુ માહિતીની જરૂર છે. કૃપા કરીને નીચેના પૃષ્ઠ પર તમે જે લાભ મેળવવા માંગો છો તેના વિશેના પ્રશ્નોના જ જવાબ આપો.

1. શું કોઈને અન્ય દેશ અથવા રાજ્યમાં કોઈ લાભ મળ્યો છે? (ફક્ત SNAP અને TANF માટે) ❑ હા ❑ ના

   જો **હા:**
   કોણ: ______________________________
   ક્યાં: ______________________________
   ક્યારે: ______________________________

2. 8/22/1996 પછી તેઓ ક્યાં રહે છે અને તેઓ કોને એક કરતાં વધુ વિસ્તારમાં બહુવિધ SNAP લાભો મેળવવાના છે તે વિશે ખોટી માહિતી આપવા બદલ શું કોઈને દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે? (ફક્ત SNAP માટે) ❑ હા ❑ ના

   જો **હા:**
   કોણ: ______________________________
   ક્યાં: ______________________________
   ક્યારે: ______________________________

3. શું તમારા ઘરના કોઈપણ વ્યક્તિએ અરજીની તારીખના 30 દિવસની અંદર સ્વેચ્છાએ નોકરી છોડી દીધી છે અથવા સ્વેચ્છાએ તેના/તેણીના કામના કલાકો પ્રતિ સપ્તાહ 30 કલાકથી ઓછા કર્યા છે? (ફક્ત SNAP અને TANF માટે) ❑ હા ❑ નાના

   જો **હા**, તો કોણે છોડ્યું? ______________________________
   તેણે/તેણીએ શા માટે છોડી દીધું?______________________________

4. શું કોઈ ગર્ભવતી છે? (આ પ્રશ્ન SNAP અરજદારોને લાગુ પડતો નથી) ❑ હા ❑ ના

   જો **હા**,
   સગર્ભા સ્ત્રીનું નામ:______________________________
   જો હા, તો અંદાજિત નિયત તારીખ શું છે? ______________; અને કેટલા બાળકોની અપેક્ષા છે? ____

   જો ના, તો શું છેલ્લા 12 મહિનામાં ઘરના કોઈએ ડિલિવરી કરી છે અથવા ગર્ભાવસ્થા સમાપ્ત થઈ છે? ❑ હા ❑ ના

   જો **હા**,
   સગર્ભા સ્ત્રીનું નામ:______________________________
   જો હા, તો ડિલિવરી/સમાપ્તિ તારીખ શું હતી? ______________; અને કેટલા બાળકોની ડિલિવરી/અપેક્ષિત હતી? ______________

   *માત્ર TANF અરજદારો માટે કૃપા કરીને નીચે આપેલ પ્રદાન કરો:
   અજાત બાળકના પિતાનું નામ: ______________________ પિતાનું સરનામું: ______________________________

5. મેડિકેડ અરજદારો માટે, શું કોઈની પાસે છેલ્લા 3 મહિનાનું કોઈ અવેતન તબીબી બિલ છે? ❑ હા ❑ ના
   જો **હા**, જો તમારી પાસે મેડિકેડ કેસ હોય તો કૃપા કરીને અવેતન બિલ મોકલો.

6. શું કોઈ એસ SNAP અથવા પ્રોગ્રામ માંથી ગેરલાયક ઠરે છે? (ફક્ત SNAP અને TANF માટે) ❑ હા ❑ ના
   જો **હા:**
   કોણ: ______________________________

ક્યાં: ____________________

7. શું કોઈ અપરાધ માટે રદબાતલ કાર્યવાહી અથવા જેલમાં ભાગી રહ્યું છે? (ફક્ત SNAP અને TANF માટે) ❑ હા ❑ ના
જો **હા**, તો કોણ: ____________________

8. શું કોઈ પ્રોબેશન અથવા પેરોલની શરતોનું ઉલ્લંઘન કરી રહ્યું છે? (ફક્ત SNAP અને TANF માટે) ❑ હા ❑ ના
જો **હા**, તો કોણ: ____________________

9. શું 8/22/1996 પછી (ફક્ત SNAP અને TANF માટે) અથવા હિંસક ગુના (ફક્ત TANF માટે) પછી નિયંત્રિત માદકદ્રવ્ય પદાર્થ (એટલે કે, ડ્રગ ફેલોન) ના કબજા, ઉપયોગ અથવા વિતરણથી સંબંધિત વર્તનને કારણે કોઈને અપરાધની સજા થઈ છે. ❑ હા❑ના

   જો **હા**:
   કોણ: ____________________ક્યારે: ____________________

   a. શું તમે ડ્રગના ગુનાની સજાના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પ્રોબેશનની શરતોનું પાલન કરો છો? (ફક્ત SNAP માટે) ❑ હા ❑ ના
   b. શું તમે ડ્રગના ગુનાની સજાના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પેરોલની શરતોનું પાલન કરો છો? (ફક્ત SNAP માટે) ❑ હા ❑ ના
   c. શું તમે કોઈપણ ડ્રગ સંબંધિત **દોષિત ઠરાવથી સંબંધિત પ્રોબેશન અથવા પેરોલની <u>તમામ</u>** શરતો સફળતાપૂર્વક પૂર્ણ કરી છે? (ફક્ત SNAP માટે) ❑ હા ❑ ના

10. શું તમે અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને 8/22/1996 પછી ડ્રગ્સ માટે SNAP લાભોના વેપાર માટે દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે? (ફક્ત SNAP માટે) ❑ હા ❑ ના

    જો **હા**:
    કોણ: ____________________ક્યારે: ____________________

11. શું 8/22/1996 પછી SNAP ના $500 થી વધુ લાભો ખરીદવા અથવા વેચવા માટે તમે અથવા ઘરના કોઈ સભ્યને દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે? (ફક્ત SNAP માટે) ❑ હા ❑ ના

    જો **હા**:
    કોણ: ____________________
    ક્યારે: ____________________

12. શું 8/22/1996 પછી તમને અથવા ઘરના કોઈ સભ્યને બંદૂક, દારૂગોળા અથવા વિસ્ફોટકોના બદલે SNAP લાભોના વેપાર માટે દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે? (ફક્ત SNAP માટે) ❑ હા ❑ ના

    જો **હા**:
    કોણ: ____________________
    ક્યારે: ____________________

13. શું તમે અથવા તમારા ઘરના કોઈ સભ્યને ઉગ્ર જાતીય શોષણ, હત્યા, જાતીય શોષણ અને બાળકો પ્રત્યે અન્ય દુર્વ્યવહાર, જાતીય હુમલાને સંડોવતા ફેડરલ અથવા રાજ્ય ગુના અથવા એટર્ની જનરલ દ્વારા નિર્ધારિત રાજ્યના કાયદા હેઠળના નોંધપાત્ર રીતે આવા અપરાધને સમાન ગુના માટે દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે, 2/7/2014 પછી? (ફક્ત SNAP માટે) ❑ હા ❑ ના

    જો **હા**:
    કોણ: ____________________ક્યારે: ____________________

    a. શું તમે ગુનાહિત દોષારોપણના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પ્રોબેશનની શરતોના પાલનમાં છો? (ફક્ત SNAP માટે) ❑ હા ❑ ના
    b. શું તમે ગુનાહિત દોષારોપણના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પેરોલની શરતોનું પાલન કરો છો? (ફક્ત SNAP માટે) ❑ હા ❑ ના
    c. શું તમે કોઈપણ અપરાધ સંબંધિત દોષિત ઠરાવથી સંબંધિત **પ્રોબેશન અથવા પેરોલની <u>તમામ</u> શરતો** સફળતાપૂર્વક પૂર્ણ કરી છે? (ફક્ત SNAP માટે) ❑ હા ❑ ના

14. શું તમને અથવા ઘરના કોઈ સભ્યને લોટરી કે જુગારમાં જીતેલી રકમ મળી છે? ❑ હા ❑ ના

    જો **હા**:
    કોણ: ____________________ક્યારે: ____________________ પ્રાપ્ત થયેલી રકમ: ____________________

15. શું કોઈએ નીચેની સંસ્થાઓ, દારૂની દુકાનો, કેસિનો, પોકર રૂમ, પુખ્ત મનોરંજન વ્યવસાય, જામીન બોન્ડ, નાઈટ ક્લબ, સલુન્સ/ટેવર્ન, બિન્ગો હોલ, રેસ ટ્રેક, બંદૂક/દારૂગોળાનો સ્ટોર, ક્રૂઝ શિપ, માનસ વાચકો, ધૂમ્રપાનની દુકાનો, ટેટૂ/વેધનની દુકાનો અને સ્પા/મસાજ સલુન્સ પર TANF ફંડ અથવા Way2Go કાર્ડનો ઉપયોગ કર્યો છે? (માત્ર TANF માટે) ❑ હા ❑ ના

    જો **હા**:
    કોણ: ____________________ ક્યારે:____________________

16. શું કોઈપણ કે જે લાભો માટે અરજી કરી રહ્યું છે, હાલમાં ભરણપોષણ મેળવે છે? ❑ હા ❑ ના

    જો **હા**:
    કોણ: ____________________
    પ્રાપ્ત થતી માસિક રકમ : ____________________

પરિવાર અને બાળકોની
સેવાઓનો વિભાગ

લાભો માટેની અરજી

ભરણપોષણ કરારને અંતિમ અથવા છેલ્લે સંશોધિત કર્યાની તારીખ: ______________________________

અમને અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યોની આવક વિશે જણાવો

શું તમે અથવા તમારા પરિવારમાં રહેતા કોઈપણ વ્યક્તિને કોઈપણ પ્રકારની આવક પ્રાપ્ત થાય છે **જેમ કે**: વેતન, ટીપ્સ, બોનસ, સ્વ-રોજગાર, સામાજિક સુરક્ષા/રેલમાર્ગ નિવૃત્તિ, અન્ય અપંગતા, પેન્શન, બેરોજગારી અથવા અન્ય કોઈ આવક? SNAP અને TANF માટે, કૃપા કરીને નીચે મુજબની આવકની સૂચિ પણ કરો: VA આવક, બાળ સહાય, અન્ય લોકો પાસેથી નાણાં અથવા કામદારોના વળતરના લાભો. જો **હા,** તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો.

આવક સાથે ઘરના સભ્યનું નામ	આવકનો પ્રકાર	એમ્પ્લોયરનું નામ / આવકનો સ્ત્રોત	માસિક રકમ (કપાત પહેલાં)	કેટલી વાર પ્રાપ્ત થાય છે (માસિક, દ્વિ-સાપ્તાહિક, સાપ્તાહિક)	પ્રતિ કલાક ચૂકવો	અઠવાડિયે કલાકો	તારીખ(ઓ) ચૂકવેલ

શું હાલમાં કોઈ હડતાળ પર છે? ❑ હા ❑ ના

જો સ્વ-રોજગાર હોય, તો કૃપા કરીને તમારા માસિક વ્યવસાય ખર્ચની રકમ સૂચિબદ્ધ કરો: $______________________________

અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યોના સંસાધનો વિશે અમને કહો - TANF અને SNAP અરજદારો માટે, ઘરના તમામ સભ્યો અને મેડિકેડ અરજદારો કે જેઓ (65 કે તેથી વધુ ઉંમરના), અંધ અથવા અપંગ છે (કાયમી ક્ષતિ જે તમને કામ કરતા અટકાવે છે) માટેના તમામ સંસાધનોની યાદી બનાવો.

શું તમે અથવા તમે કોઈપણ સંસાધનો માટે અરજી કરી રહ્યાં છો? ❑ હા ❑ નાં

જો **હા**, તો કૃપા કરીને નીચેની માહિતી પૂર્ણ કરો (તમારી, તમારા જીવનસાથી, તમારા આશ્રિતો અથવા અન્ય કોઈની સાથે સંયુક્ત રીતે માલિકીના તમામ સંસાધનો (સંપત્તિઓ) તપાસો. જો જરૂરી હોય તો વધારાના પૃષ્ઠો જોડો).

ચેકિંગ એકાઉન્ટ્સ ❑ હા ❑ ના
સેવિંગ્સ એકાઉન્ટ્સ ❑ હા ❑ ના
સરકારી બોન્ડ ❑ હા ❑ ના
ટ્રસ્ટ ફંડ ❑ હા ❑ ના
રિયલ પ્રોપર્ટી/હોમપ્લેસ પ્રોપર્ટી? ❑ હા ❑ નાં
અંતિમ સંસ્કાર યોજના/પ્રીપેડ દફનવિધિની આઈટમ ❑ હા ❑ નાં
દફનવિધિના પ્લોટ અથવા કોન્ટ્રાક્ટ ❑ હા ❑ નાં
સ્ટોક્સ અને બોન્ડ્સ ❑ હા ❑ નાં
અન્ય (IRA, CD, વગેરે) ❑ હા ❑ નાં

શું તમે અથવા તમારા જીવનસાથીએ તેની કિંમત કરતાં ઓછી કિંમતે કોઈ સંપત્તિ આપી છે? ❑ હા ❑ નાં

જો તમે આમાંથી કોઈપણ પ્રશ્નનો જવાબ **હામાં** આપ્યો હોય, તો કૃપા કરીને નીચે વર્ણવો.

સંસાધન સાથે ઘરના સભ્યનું નામ	સંસાધનનો પ્રકાર	એકાઉન્ટ/પોલીસી નંબર	મૂલ્ય	બેંક, વીમા કંપની વગેરેનું નામ.

શું તમે અથવા તમારા જીવનસાથી પાસે વાહન છે? ❑ હા❑ નાં

જો **હા,** તો કૃપા કરીને નીચે વર્ણવો.

ઘરના સભ્ય જે વાહનની માલિકી ધરાવે છે	વાહન બનાવો	મોડલ	વર્ષ	બાકી રકમ

શું તમે અથવા તમારા જીવનસાથી પાસે જીવન વીમા પોલિસી છે? ❑ હા❑ નાં

જો **હા,** તો કૃપા કરીને નીચેની માહિતી પૂરી કરો.

નીતિ માલિક	વીમા કંપની	નીતિ અનુક્રમ	ફેસ વેલ્યુ	રોકડ મૂલ્ય

અમને અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યોના ખર્ચ વિશે જણાવો (મેડિકેડ અરજદારો માટે વૈકલ્પિક)

શું તમે આશ્રિત બાળક અથવા અપંગ પુખ્ત વયના ઘરના સભ્યની સંભાળ માટે ચૂકવણી કરો છો? ❑ હા ❑ નાં
જો **હા**, તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો.

વ્યક્તિ જેને સંભાળની જરૂર છે	સંભાળ માટે ચૂકવણી કરનાર વ્યક્તિ	કાળજી માટેનું કારણ	પ્રદાતાનું નામ/નંબર	પ્રદાતાને ચૂકવવામાં આવેલી રકમ	કેટલી વાર ચૂકવણી

શું તમે આશ્રિત બાળક અથવા અપંગ **પુખ્ત** વયના **ઘરના સભ્ય માટે પરિવહન ખર્ચ ચૂકવો** છો? ❑ હા ❑ નાં
શું આ ખર્ચાઓ આશ્રિત સંભાળ ખર્ચમાં સામેલ છે? ❑ હા❑ નાં
જો **ના**, તો કૃપા કરીને આ પ્રશ્નનો જવાબ આપો: **સાપ્તાહિક ચાલતા કુલ માઈલ:**______________________

શું **ઘરની કોઈ વ્યક્તિ ઘરની** <u>**બહાર રહેતા કોઈ વ્યક્તિને બાળ સહાય ચૂકવે છે? હા નાં**</u>
જો **હા**, તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો.

ઘરના સભ્ય ચૂકવવા માટે બંધાયેલા છે	બાળકનું નામ જેના માટે સહાય ચૂકવવામાં આવે છે	ચૂકવવા માટે બંધાયેલ રકમ	ચૂકવેલ વાસ્તવિક રકમ	ધિરાણ વાસ્તવિક રકમ

શું 60 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના અથવા અપંગ વ્યક્તિનો તબીબી ખર્ચ છે? ❑ **હા**❑ **નાં**
જો **હા**, તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો.

ઘરના સભ્ય જેની પાસે ખર્ચ છે	**ખર્ચનો પ્રકાર** (ડૉક્ટરની મુલાકાત, હોસ્પિટલની મુલાકાત, પ્રિસ્ક્રિપ્શન, મેડિકેર અથવા આરોગ્ય વીમા પ્રીમિયમ, ચશ્મા)	બાકી રકમ	હજુ બાકી છે? હા/ના	ચુકવ્યા તારીખ	શું વીમો ચૂકવશે? હા/ના

શું 60 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના અથવા વિકલાંગ વ્યક્તિ પાસે **પરિવહન માટે તબીબી ખર્ચ છે?** ❑ હા ❑ નાં
જો **હા**, તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો.

પ્રવાસનો હેતુ (ડૉક્ટર અથવા હોસ્પિટલની મુલાકાત; ફાર્મસી પિક-અપ)	કુલ કેટલા માઈલ ડ્રાઈવ કર્યા:	ટેક્સી, બસ, પાર્કિંગનો ખર્ચ અથવા રહેવાની જગ્યા:

શું તમે અથવા ઘરના કોઈ સભ્ય પાસે આશ્રય અને ઉપયોગિતા ખર્ચ છે? ❑ **હા**❑ **નાં**
જો **હા**, તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો.

ખર્ચ	રકમ	કેટલા સમયે?	કોણે ચૂકવણી કરી?
ભાડું/ગીરો			
મિલકત વેરો			
મિલકત વીમો			
વીજળી			

ગેસ			
બળતણ તેલ/લાકડું/કેરોસીન			
કૂવો/સેપ્ટિક ટાંકી/પાણી/ગટર			
કચરો			
ટેલિફોન			
અન્ય			

શું તમે ઘરના કોઈપણ સાથે માસિક ઘર ખર્ચ શેર કરો છો? ❑હા ના
જો **હા**, તો કોણ? ______________________________
ટિપ્પણીઓ/દસ્તાવેજીકરણ______________________________
કોને ચૂકવ્યા______________ ચૂકવેલ રકમ $______________ પ્રતિ______________
મકાનમાલિકનું નામ ______________________________
મકાનમાલિકનું સરનામું: ______________________________
____

શું અન્ય કોઈ તમારા માટે આમાંથી કોઈ ઘરનું બિલ ચૂકવે છે? ❑ **હા** ❑ **ના જો હા, તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો:**

બિલ કોણ ચૂકવે છે?	કયા બીલ ચૂકવવામાં આવે છે?
કેટલી રકમ ચૂકવવામાં આવે છે?	આ વ્યક્તિ કોને બિલ ચૂકવે છે?

મેડિકેડ માટે અરજી કરતા હોય તો કૃપા કરીને નીચેની માહિતી પૂરી કરો.

ટેક્સ ફાઈલર માહિતી

1. શું ઘરની કોઈ વ્યક્તિ આગામી વર્ષે ફેડરલ આવકવેરા રિટર્ન ફાઈલ કરવાની યોજના ધરાવે છે? ❑ હા❑ નાં
   જો હા, તો કોણ? (દરેક વ્યક્તિની યાદી કરોજે ફાઈલ કરવાની યોજના ધરાવે છે) ______________________________

2. શું સૂચિબદ્ધ કરદાતાઓમાંથી કોઈ પણ જીવનસાથી સાથે સંયુક્ત રીતે ફાઈલ કરશે? ❑ હા ❑ ના જો **હા**, તો કૃપા કરીને જીવનસાથીના નામની યાદી આપો:
   ____

3. શું કોઈપણ ટેક્સ ફાઈલર્સ તેમના ટેક્સ રિટર્ન પર કોઈ આશ્રિતોનો દાવો કરશે? ❑ હા ❑ ના જો **હા**, તો કૃપા કરીને આશ્રિતોના નામ(ઓ)ની યાદી આપો
   ____

4. શું કોઈ બીજાના ટેક્સ રિટર્ન પર આધારિત હોવાનો દાવો કરવામાં આવશે? ❑ હા ❑ ના જો **હા**, તો કૃપા કરીને ટેક્સ ફાઈલ કરનાર અને આશ્રિતના નામની યાદી આપો:
   (ફાઈલ કરનાર) ______________________________
   (આશ્રિત) ______________________________
   ટેક્સ ફાઈલર સાથે કર આધારિત કેવી રીતે સંબંધિત છે? ______________________________

કપાત: લાગુ પડે છે તે તમામ તપાસો અને રકમ આપો અને કેટલી વાર તમે તેને ચૂકવો છો.

❑ ભરણપોષણની ચૂકવણી $________ કેટલી વાર? ________❑ વિદ્યાર્થી લોન વ્યાજ $________ કેટલી વાર? ________
❑ હેલ્થ ઈન્સ્યોરન્સ પ્રિમીયમ, 401K અને અન્ય પ્રી-ટેક્સ કપાત $__________________ કેટલી વાર? ________
❑ અન્ય કપાત $________ કેટલી વાર? ________ પ્રકાર: ______________________________

અન્ય આરોગ્ય કવરેજ
1. શું કોઈની પાસે અન્ય સ્વાસ્થ્ય વીમો છે જે તમારા ઘરના કોઈપણને આવરી લે છે? ❑ હા❑ નાં
   જો તમે ઉપરના પ્રશ્ન 4 માટે **હા** જવાબ આપ્યો હોય, તો કૃપા કરીને નીચેની માહિતી અને જોડાણ A પૂર્ણ કરો:

પોલિસી ધારકનું નામ	આરોગ્ય વીમા કંપનીનું નામ, સરનામું અને ટેલિફોન નંબર	કવરેજનો પ્રકાર (હોસ્પિટલ, મેડિકેર સપ્લિમેન્ટ, ડ્રગ્સ, મેજર મેડિકલ)	આવરી લેવામાં આવેલ વ્યક્તિઓના નામ	અસરકારક તારીખ	નીતિ અનુક્રમ

2. શું આ એપ્લિકેશન પર સૂચિબદ્ધ કોઈને નોકરીમાંથી આરોગ્ય કવરેજ આપવામાં આવે છે? જો કવરેજ કોઈ અન્યની નોકરી, જેમ કે માતાપિતા અથવા જીવનસાથી દ્વારા હોય તો પણ **હા** તપાસો.
   ❑ હા❑ ના જો **હા,** તો તમારે જોડાણ A પૂર્ણ કરવાની જરૂર છે.
   શું આ રાજ્ય કર્મચારી લાભ યોજના છે? ❑ હા❑ નાં

3. શું તમે અથવા આ એપ્લિકેશન પર સૂચિબદ્ધ કોઈએ છેલ્લા 2 મહિનામાં કોઈપણ આરોગ્ય કવરેજ ગુમાવ્યું છે?
   a. ❑ હા જો હા, તો તે કેમ ખોવાઈ ગયો?____.
   b. ❑ ના

4. શું 18 વર્ષની ઉંમરે ફોસ્ટર કેરમાં કોઈએ Medicaid માટે અરજી કરી હતી? ❑ હા❑ નાં
5. શું તમારા પરિવારમાં કોઈ અમેરિકન અથવા અલાસ્કા મૂળના છે? ❑ હા❑ નાં
   જો **હા**, જોડાણ B પૂર્ણ કરો.

જો કોઈ વ્યક્તિ (65 કે તેથી વધુ ઉંમરના), અંધ અથવા અપંગ છે (કાયમી ક્ષતિ જે તમને કામ કરતા અટકાવે છે), તો કૃપા કરીને પ્રશ્નોના જવાબ આપો. (વૈકલ્પિક)

1. શું કોઈ આરોગ્ય કવરેજ માટે અરજી કરી રહ્યું છે તે અંધ કે અપંગ છે?
   ❑ હા❑ ના જો **હા**, તો કૃપા કરીને નામની યાદી આપો
2. શું તમે અથવા તમારા જીવનસાથી હાલમાં મેડિકેર દ્વારા આવરી લેવામાં આવ્યા છો?
   ❑ હા❑ ના જો **હા**, તો કૃપા કરીને નામની યાદી આપો
3. શું તમે સપ્લીમેન્ટલ સિક્યોરિટી ઈન્કમ (SSI) અરજીના ત્રણ મહિના પહેલાંના અવેતન તબીબી બિલને આવરી લેવા માટે મેડિકેડ માટે અરજી કરી રહ્યાં છો?
   ❑ હા ❑ ના જો **હા**, SSI અરજીની તારીખ:______
4. શું તમે એવા કોઈ વ્યક્તિ માટે અરજી કરી રહ્યા છો જેનું હવે મૃત્યુ થયું છે અને છેલ્લા ત્રણ (3) મહિનામાં અવેતન તબીબી બિલ છે?
   ❑ હા❑ નાં
5. શું તમે નર્સિંગ હોમમાં હોય તેવી વ્યક્તિની સંભાળ માટે ચૂકવણી કરવામાં મદદ કરવા મેડિકેડ (Medicaid) માટે અરજી કરી રહ્યાં છો?
   ❑ હા❑ નાં
6. શું તમે 18 વર્ષથી વધુ ઉંમરના વ્યક્તિ માટે મેડિકેડ માટે અરજી કરી રહ્યા છો જેની SSI ચેક બંધ થઈ ગઈ છે?
   ❑ હા❑ નાં
7. શું તમે સામુદાયિક સંભાળ સેવાઓ, NOW/COMP, ધર્મશાળા સંભાળ, સ્વતંત્ર સંભાળ માફી અથવા ડીમિંગ વેવર (કેટી બેકેટ) જેવી સમુદાય- આધારિત માફી સેવાઓ માટે ચૂકવણી કરવામાં મદદ કરવા મેડિકેડ (Medicaid) માટે અરજી કરી રહ્યાં છો?
   ❑ હા❑ નાં

SNAP દંડ

તમે તમારા લાભો ગુમાવી શકો છો અથવા જાણી જોઈને ખોટી માહિતી પ્રદાન કરવા બદલ ફોજદારી કાર્યવાહીને આધીન થઈ શકો છો.

- તમારા પરિવારને ન મળવા જોઈએ તેવા લાભો મેળવવા માટે ખોટી માહિતી આપશો નહીં અથવા માહિતી છુપાવશો નહીં.
- તમારા ન હોય તેવા SNAP અથવા EBT કાર્ડ્સનો ઉપયોગ કરશો નહીં અને બીજા કોઈને તમારા કાર્ડનો ઉપયોગ કરવા દેશો નહીં.
- આલ્કોહોલ અથવા સિગારેટ જેવી બિન-ખાદ્ય વસ્તુઓખરીદવા અથવા ક્રેડિટ કાર્ડ પર ચૂકવણી કરવા માટે SNAP લાભોનો ઉપયોગ કરશો નહીં.
- ગેરકાયદેસર વસ્તુઓ માટે (SNAP) અથવા EBT કાર્ડનો વેપાર અથવા વેચાણ કરશો નહીં; જેમ કે અગ્નિ હથિયારો, દારૂગોળો અથવા નિયંત્રિત પદાર્થ (ગેરકાયદેસર દવાઓ).

ઘરના કોઈપણ સભ્ય જે (SNAP) નિયમોનો હેતુસર ભંગ કરે છે તેને SNAP પ્રોગ્રામમાંથી એક વર્ષ માટે કાયમ માટે પ્રતિબંધિત કરી શકાય છે, $250,000 સુધીનો દંડ, 20 વર્ષ સુધીની કેદ અથવા બંને થઈ શકે છે. તેણી/તે અન્ય લાગુ ફેડરલ અને રાજ્ય કાયદાઓ હેઠળ પણ કાર્યવાહીને પાત્ર હોઈ શકે છે. જો કોર્ટે આદેશ આપ્યો હોય તો તેણીને/તેને વધારાના 18 મહિના માટે SNAPથી પ્રતિબંધિત પણ કરી શકાય છે.

ઘરના કોઈપણ સભ્ય જે ઈરાદાપૂર્વક નિયમોનો ભંગ કરે છે તે પ્રથમ ગુના માટે એક વર્ષ માટે, બીજા ગુના માટે બે વર્ષ અને ત્રીજા ગુના માટે કાયમી ધોરણે SNAP મેળવી શકશે નહીં.

જો કાયદાની અદાલત તમને અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને નિયંત્રિત પદાર્થના વેચાણ સાથે સંકળાયેલા વ્યવહારમાં SNAP લાભોનો ઉપયોગ કરવા અથવા પ્રાપ્ત કરવા માટે દોષિત માને છે, તો તમે અથવા તે ઘરના સભ્ય પ્રથમ ગુના માટે બે વર્ષ માટે, અને બીજા ગુના માટે કાયમી ધોરણે લાભો પાત્ર નહીં રહે.

જો કાયદાની અદાલત તમને અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને હથિયારો, દારૂગોળો અથવા વિસ્ફોટકોના વેચાણ સાથે સંકળાયેલા વ્યવહારમાં ઉપયોગ અથવા લાભ પ્રાપ્ત કરવા બદલ દોષિત માને છે, તો તમે અથવા તે ઘરના સભ્ય SNAP માં ભાગ લેવા માટે ઉલ્લંઘનના પ્રથમ ગુના પર કાયમ માટે અયોગ્ય બનશો.

જો કાયદાની અદાલત તમને અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને $500 અથવા તેથી વધુની કુલ રકમ માટે લાભની હેરફેર કરવા માટે દોષિત માને છે, તો તમે અથવા તે ઘરના સભ્ય આના પ્રથમ ગુનાના ઉલ્લંઘન પર SNAP ભાગ લેવા માટે કાયમ માટે અયોગ્ય બનશો.

જો તમે અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યએ બહુવિધ SNAP લાભો મેળવવા માટે ઓળખ (તેઓ કોણ છે) અથવા રહેઠાણના સ્થળ (તેઓ ક્યાં રહે છે) સંદર્ભમાં કપટપૂર્ણ નિવેદન અથવા રજૂઆત કરી હોવાનું જણાયું છે, તો તમે અથવા તે પરિવાર સભ્ય 10 વર્ષના સમયગાળા માટે SNAP માં ભાગ લેવા માટે અયોગ્ય રહેશે.

TANF પ્રોગ્રામ દંડ

TANF પ્રોગ્રામમાં, IPV (ઈરાદાપૂર્વકના પ્રોગ્રામનું ઉલ્લંઘન) એ સહાય એકમ (AU's) ની યોગ્યતા સ્થાપિત કરવા અથવા જાળવવા અથવા ખોટી અથવા ગેરમાર્ગે દોરતી માહિતી પૂરી પાડીને અથવા રોકી રાખવાની માહિતી AU ના લાભોમાં વધારો અથવા ઘટાડો અટકાવવા માટે વ્યક્તિ દ્વારા ઈરાદાપૂર્વકની ક્રિયા છે.

- કોઈપણ ઘરના સભ્ય જે માહિતી છુપાવે છે અને સમયસર ફેરફારોની જાણ કરતા નથી અથવા સત્ય કહેતા નથી તે પ્રથમ ઉલ્લંઘન માટે છ મહિના, બીજા ઉલ્લંઘન માટે બાર મહિના અને ત્રીજા ઉલ્લંઘન માટે કાયમી ધોરણે TANF લાભો ગુમાવશે. રોકડ સહાય ભંડોળ અથવા TANF ડેબિટ કાર્ડનો દુરુપયોગ રોકડ ઉપાડવા અથવા કેસિનો, દારૂની દુકાનો, પુખ્ત વયની મનોરંજન સુવિધાઓ "સ્ટ્રીપ ક્લબ", પોકર રૂમ, જામીન બોન્ડ, નાઈટ ક્લબ/સલુન્સ/ટેવર્ન, બિન્ગો હોલ, રેસમાં વ્યવહારો કરવા માટે, ટ્રેક્સ, ગેમિંગ સંસ્થાઓ, બંદૂક/દારૂગોળો સ્ટોર્સ, ક્રુઝ શિપ, સાયકિક રીડર્સ, ધૂમ્રપાનની દુકાનો, ટેટૂ/વેધનની દુકાનો અને સ્પા/મસાજ સલુન્સ સખત પ્રતિબંધિત છે અને પ્રથમ ઉલ્લંઘન માટે છ મહિના માટે TANF લાભો ગુમાવશે, બીજા ઉલ્લંઘન માટે બાર મહિનાઓ અને ત્રીજા ઉલ્લંઘન માટે કાયમી ધોરણે ગુમાવશે.
- જો કાયદાની અદાલત તમને અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્ય માહિતી છુપાવતી શોધે છે અથવા તમે સમયસર ફેરફારોની જાણ કરતા નથી અથવા સત્ય કહેતા નથી અને દોષિત ઠરે છે, તો તમને પ્રથમ ઉલ્લંઘન માટે 6 મહિના માટે, બીજા ઉલ્લંઘન માટે 12 મહિના માટે TANF નહીં મળે. અને ત્રીજા ઉલ્લંઘન માટે કાયમી ધોરણે.
- જો કાયદાની અદાલત તમને અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને તમે ક્યાં રહો છો તે વિશે ખોટી માહિતી આપવા માટે દોષિત ઠરે છે જેથી કરીને તમે એક કરતાં વધુ રાજ્યોમાં લાભ મેળવી શકો, તો તમને 10 વર્ષ માટે પ્રતિબંધિત કરવામાં આવશે.
- જો કોર્ટ તમને 1/1/1997 ના રોજ અથવા તે પછી ડ્રગ-સંબંધિત આરોપ, નિયંત્રિત પદાર્થ અથવા ગંભીર હિંસક ગુના માટે દોષિત ઠેરવે છે, તો તમે અથવા તે ઘરના સભ્ય પાત્ર અને/અથવા કાયમી ધોરણે ગેરલાયક ઠરશો નહીં.

પરિવાર અને બાળકોની
સેવાઓનો વિભાગ

લાભો માટેની અરજી

બધા SNAP TANF, અને મેડિકેડ અરજદારો માટે:

હુંમારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી અને માન્યતા મુજબ ખોટી જુબાનીના દંડ હેઠળ જાહેર કરું છું કે હું જેના માટે લાભો માટે અરજી કરી રહ્યો છું તે વ્યક્તિ(ઓ) યુએસ નાગરિક(ઓ) છે અથવા યુનાઈટેડ સ્ટેટ્સમાં કાયદેસર રીતે હાજર છે. હું વધુમાં પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજી પર આપવામાં આવેલી તમામ માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણ મુજબ સાચી અને ખરી છે. હું સમજું છું અને સંમત છું કે DHS-DFCS, DCH અને અધિકૃત ફેડરલ એજન્સીઓ આ અરજી પર હું જે માહિતી આપું છું તેની ચકાસણી કરી શકે છે. ભૂતકાળ અથવા વર્તમાન નોકરીદાતાઓ પાસેથી માહિતી મેળવી શકાય છે. હું સમજું છું કે મારી માહિતીનો ઉપયોગ વેતનની માહિતી અને કામની પ્રવૃત્તિઓમાં મારી સહભાગિતાને ટ્રેક કરવા માટે કરવામાં આવશે.

SNAP અને/અથવા TANF પ્રોગ્રામ આવશ્યકતાઓ અનુસાર હું મારી પરિસ્થિતિમાં કોઈપણ ફેરફારની જાણ કરીશ. જો મારા ઘરમાં કોઈને લોટરી અથવા જુગારમાં $4500 કે તેથી વધુની કુલ રકમ (ટેક્સ અથવા અન્ય રકમોની અટકાયત પહેલા)ની જીત મળે તો હું જાણ કરીશ. હું આ જીતની જાણ મારા ઘરના સભ્યને જીત પ્રાપ્ત થયાના એજ મહિનાના અંતના 10 દિવસની અંદર કરીશ. હું સમજું છું કે જો કોઈ માહિતી ખોટી છે, તો મારા લાભો ઘટાડી શકાય છે અથવા નકારવામાં આવી શકે છે, અને જાણી જોઈને ખોટી માહિતી પ્રદાન કરવા બદલ મને ફોજદારી કાર્યવાહી કરવામાં આવી શકે છે અથવા DHS-DFCS પ્રોગ્રામ્સમાંથી ગેરલાયક ઠેરવવામાં આવી શકે છે. હું સમજું છું કે જો હું ખોટી માહિતી આપું અથવા માહિતી છુપાવું તો મારા પર કાર્યવાહી થઈ શકે છે. હું સમજું છું કે જો હું મારી અરજી અથવા નવીકરણ પ્રક્રિયા દરમિયાન મારા કેટલાક ખર્ચ વિશે DHS-DFCS ને જણાવવામાં નિષ્ફળ જાઉં અને/અથવા તેમને ચકાસવામાં નિષ્ફળ જાઉં, તો DHS-DFCS મારા SNAP લાભોની રકમની ગણતરીમાં તે ખર્ચનું બજેટ કરશે નહીં. .

જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસ ("DHS") લાભો માટેની તમારી અરજી દરમિયાન વ્યક્તિગત રીતે ઓળખી શકાય તેવી માહિતી (PII), જેમ કે નામ, સરનામા, ટેલિફોન નંબર, ઈમેલ સરનામા અને જન્મ તારીખ વગેરે એકત્રિત કરે છે. અમને કોઈપણ વ્યક્તિગત માહિતી સબમિટ કરીને, તમે સંમત થાઓ છો કે અમે DHS નીતિઓ, પ્રક્રિયાઓ અનુસાર અને કાયદા અને/અથવા નિયમો દ્વારા પરવાનગી અથવા આવશ્યકતા અનુસાર આવી કોઈપણ વ્યક્તિગત માહિતી એકત્રિત, ઉપયોગ અને જાહેર કરી શકીએ છીએ.

______________________________ ______________________________
અરજદારની સહી તારીખ

______________________________ તારીખ ______________________________
અધિકૃત પ્રતિનિધિની સહી

<u>મતદાર નોંધણીની માહિતી</u>

જો તમે અત્યારે જ્યાં રહો છો ત્યાં મત આપવા માટે તમે નોંધાયેલા નથી, તો શું તમે આજે અહીં મત આપવા માટે નોંધણી કરવા અરજી કરવા માંગો છો?

_______ હા

_______ના

_______હું મતદાર નોંધણી પ્રશ્નનો જવાબ આપવા માંગતો નથી

નોંધણી માટે અરજી કરવી અથવા મત આપવા માટે નોંધણી કરવાનો ઇનકાર કરવાથી તમને આ એજન્સી દ્વારા આપવામાં આવતી સહાયની રકમ પર કોઈ અસર થશે નહીં.

જો તમને મતદાર નોંધણી અરજી ફોર્મ ભરવામાં મદદ જોઈતી હોય, તો અમે તમને મદદ કરીશું. મદદ લેવી કે સ્વીકારવી તે નિર્ણય તમારો છે. તમે ખાનગીમાં અરજી ફોર્મ ભરી શકો છો.

જો તમે માનતા હોવ કે કોઈએ નોંધણી કરાવવાના તમારા અધિકારમાં દખલ કરી છે અથવા મત આપવા માટે નોંધણી કરવાનો ઇનકાર કર્યો છે, તો નોંધણી કરવી કે મત આપવા માટે અરજી કરવી તે નક્કી કરવામાં તમારો ગોપનીયતાનો અધિકાર, અથવા તમારો પોતાનો રાજકીય પક્ષ અથવા અન્ય રાજકીય પસંદગી પસંદ કરવાનો તમારો અધિકાર. તમે 2 Martin Luther King Jr. ખાતે સેક્રેટરી ઓફ સ્ટેટ સાથે ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 અથવા (404) 656-2871.પર કૉલ કરીને.

જો તમે બેમાંથી એક બૉક્સને ચેક નહીં કરો, તો તમે આ સમયે મત આપવા માટે નોંધણી ન કરવાનું નક્કી કર્યું હોવાનું માનવામાં આવશે.

જ્યોર્જિયા મતદાર નોંધણી અરજીની નકલ DFCS અરજીઓ, નવીકરણ અને સરનામાંના ફોર્મમાં ફેરફાર સાથે સમાવિષ્ટ છે. તમે તમારા કેસવર્કર પાસેથી પણ મતદાર નોંધણી અરજીની વિનંતી કરી શકો છો. જો તમે મતદાર નોંધણી અરજી પૂર્ણ કરો છો, તો મતદાર નોંધણી અરજી પર આપવામાં આવેલી સૂચનાઓને અનુસરીને તેને જ્યોર્જિયાના સેક્રેટરી ઑફ સ્ટેટ ઑફિસમાં સબમિટ કરો.

પરિવાર અને બાળકોની
સેવાઓનો વિભાગ

લાભો માટેની અરજી

(તમારી માહિતી માટે આ દસ્તાવેજો રાખો)

આ એપ્લિકેશનમાં વપરાતા શબ્દોનો અર્થ શું છે?
આ ચાર્ટ અમે આ એપ્લિકેશનમાં ઉપયોગમાં લીધેલા શબ્દો સમજાવે છે.

અરજદાર	જાહેર સહાય અથવા લાભો મેળવવા માટે અરજી કરનાર વ્યક્તિ.
સહાયતા એકમ (AU)	સહાયતા એકમમાં સગર્ભા વ્યક્તિ અને અજાત બાળક સહિત, સાથે રહેતા પાત્ર વ્યક્તિઓનો સમાવેશ થાય છે અને જાહેર સહાય/લાભ મેળવે છે.
સંભાળ રાખનાર	માતા-પિતા, સગર્ભાવ્યક્તિ , સંબંધી અથવા કાનૂની વાલી કે જેઓ અજાત બાળક સહિત તેની સંભાળમાંબાળકો સાથે TANF માટે અરજી કરે છે અને મેળવે છે.
ગેરલાયક	SNAP અથવા TANF કેસમાંથી વ્યક્તિને દૂર કરવા માટે લેવામાં આવેલી કાર્યવાહી કારણ કે તેણે સત્ય કહ્યું ન હતું અને લાભો મેળવ્યા હતા જે તેમને મળવા જોઈતા ન હતા.
ઈલેક્ટ્રોનિક બેનિફિટ ટ્રાન્સફર (EBT)	SNAP માટે લાયક વ્યક્તિઓને લાભો ચૂકવવા માટે જ્યોર્જિયામાં ઉપયોગમાં લેવાતી સિસ્ટમ. સહાય મેળવનારી વ્યક્તિઓને EBT ડેબિટ કાર્ડ આપવામાં આવે છે, જેનો ઉપયોગ તેમનો SNAP એકાઉન્ટને ઍક્સેસ કરવા માટે થાય છે.
ઈલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન્સ	તમે તમારી માહિતી વિશે કેવી રીતે સૂચનાઓ પ્રાપ્ત કરવા માંગો છો તે પસંદ કરવાનો તમારી પાસે વિકલ્પ છે. જો તમે ઈમેઈલ અથવા ટેક્સ્ટ સૂચનાઓ પ્રાપ્ત કરવાનું પસંદ કરો છો, તો તમને એક સંદેશ પ્રાપ્ત થશે જે તમને સૂચિત કરશે કે તમારી પાસે GA ગેટવે ગ્રાહક પોર્ટલમાં સ્થિત My Notices માં નોટિસ છે. ઈમેલ કોમ્યુનિકેશન માટે, તમારે અમને તમારું ઈમેલ સરનામું પ્રદાન કરવું પડશે અને તમે એકાઉન્ટ બનાવ્યા પછી GA ગેટવે ગ્રાહક પોર્ટલમાં સ્થિત પેપરલેસ નોટિસ માટેના નિયમો અને શરતો સ્વીકારવી પડશે. તમારી સૂચના સેટિંગ્સને અપડેટ કરવા માટે કૃપા કરીને www.gateway.ga.gov પર GA ગેટવે ગ્રાહક પોર્ટલ વેબસાઇટની મુલાકાત લો. ટેક્સ્ટિંગ કોમ્યુનિકેશન માટે, તમારે અમને તમારો ફોન નંબર પ્રદાન કરવો આવશ્યક છે. માનક સંદેશ અને ડેટા દર અરજી કરી શકે છે. આ વાહકો દ્વારા બદલાઈ શકે છે, કૃપા કરીને તમારા પ્રદાતા સાથે તપાસ કરો.
અનુદાન આપનાર સંબંધી	માતાપિતા, સગર્ભા વ્યક્તિ, સંબંધી અથવા કાનૂની વાલી કે જેઓ અજાત બાળક સહિત બાળકો વતી તેમના અથવા તેણીના નામ પર TANF માટે અરજી કરે છે અને મેળવે છે.
કુલ આવક	કર અથવા અન્ય કપાતને ધ્યાનમાં લેતા પહેલા વ્યક્તિની કુલ આવક.
બેઘર વ્યક્તિ	એક વ્યક્તિ કે જેની પાસે રાત્રિના સમયે નિશ્ચિત અને નિયમિત રહેઠાણનો અભાવ હોય અથવા એવી વ્યક્તિ કે જેનું પ્રાથમિક રાત્રિ નિવાસસ્થાન છે: • અસ્થાયી આવાસ (જેમ કે કલ્યાણકારી હોટેલ અથવા એકત્ર થવાનું આશ્રય) પ્રદાન કરવા માટે રચાયેલ નિરીક્ષિત આશ્રયસ્થાન; • હાફવે હાઉસ અથવા સમાન સંસ્થા કે જે વ્યક્તિઓને સંસ્થાકીય બનાવવાના હેતુથી કામચલાઉ રહેઠાણ પૂરું પાડે છે; • અન્ય વ્યક્તિના રહેઠાણમાં 90 દિવસથી વધુ સમય માટે કામચલાઉ આવાસ; અથવા • મનુષ્યો માટે નિયમિત સૂવાના આવાસ (હૉલવે, બસ સ્ટેશન, લોબી અથવા તેના જેવા સ્થાનો) માટે ડિઝાઇન ન કરાયેલ અથવા સામાન્ય રીતે ઉપયોગમાં લેવાતી જગ્યા.
ઘરના સભ્યો	તમારા ઘરમાં રહેતી વ્યક્તિઓ. SNAP માટે, જે વ્યક્તિઓ સાથે રહે છે અને સાથે મળીને ભોજન ખરીદે છે અને તૈયાર કરે છે.
આવક	વેતન, પગાર, કમિશન, બોનસ, કામદારનું વળતર, વિકલાંગતા, પેન્શન, નિવૃત્તિ લાભો, વ્યાજ, ચાઇલ્ડ સપોર્ટ અથવા અન્ય કોઈપણ પ્રકારના નાણાં પ્રાપ્ત કરવા જેવી ચૂકવણી.
મિડલ ક્લાસ ટેક્સ રિલીફ એક્ટ ઓફ 2012	આ કાયદો રોકડ સહાય ભંડોળ અથવા TANF ડેબિટ કાર્ડના ઉપયોગ પર રોકડ ઉપાડવા અથવા કેસિનો, દારૂની દુકાનો, પુખ્ત વયના મનોરંજન સુવિધાઓ, પોકર રૂમ, જામીન બોન્ડ, નાઈટ ક્લબ/સલુન્સ/ટેવર્ન, બિન્ગો હોલ, રેસ ટ્રેક, ગેમિંગ મથકો, બંદૂક/દારૂગોળો સ્ટોર, ક્રુઝ શિપ, માનસિક વાચકો, ધૂમ્રપાનની દુકાનો, ટેટૂ/વેધનની દુકાનો અને સ્પા/મસાજ સલુન્સ પર વ્યવહારો કરવામાપ્રતિબંધિત કરે છે આ વ્યવસાયો પર રોકડ સહાય ભંડોળ અથવા TANF ડેબિટ કાર્ડનો ઉપયોગપ્રાપ્તકર્તા તરફથી ઇરાદાપૂર્વક કાર્યક્રમ ઉલ્લંઘન (છેતરપિંડી) ની રચના કરશે.
સ્થળાંતરકારી ખેત કામદારો	જે વ્યક્તિઓ મોસમી ખેત કામદારો છે અને જેઓ કામ કરવા અથવા ખેતરના કામની શોધ કરવા માટે એક ઘરથી બીજા ઘરે જાય છે.
બિન-અરજદાર	એક વ્યક્તિ જે જાહેર સહાય/લાભ માટે અરજી કરતી નથી અથવા પ્રાપ્ત કરતી નથી. બિન-અરજદારોએ સામાજિક સુરક્ષા નંબર, નાગરિકતા અથવા ઈમિગ્રેશન સ્થિતિ પ્રદાન કરવાની જરૂર નથી.

લાયક એલિયન/ઈમિગ્રન્ટ	લાયકાત *ધરાવતા એલિયન/ઈમિગ્રન્ટ* એ એવી વ્યક્તિ છે જે કાયદસર રીતે U.S.માં રહેતી હોય જે નીચેની શ્રેણીઓમાંની એકમાં આવે છે: • ઈમિગ્રેશન એન્ડ નેશનાલિટી એક્ટ (INA) હેઠળ કાયમી નિવાસ (LPR) માટે *કાયદેસર રીતે* સ્વીકારવામાં આવેલ વ્યક્તિ; • ફોરેન ઓપરેશન્સ, એક્સપોર્ટ ફાઈનાન્સિંગ એન્ડ રિલેટેડ પ્રોગ્રામ એપ્રોપ્રિયેશન એક્ટ ઓફ 1988ની કલમ 584 હેઠળ અમેરેશિયન ઈમિગ્રન્ટ; • INA ની કલમ 208 હેઠળ *આશ્રય આપવામાં* આવેલ વ્યક્તિ; • *શરણાર્થીઓ,* INA ની કલમ 207 હેઠળ દાખલ; • INA ની કલમ 212 (d)(5) હેઠળ શરણાર્થી અથવા શરણાર્થી તરીકે પેરોલ કરાયેલ વ્યક્તિ; • INA ની કલમ 243(h) હેઠળ 1 એપ્રિલ, 1997 પહેલા અથવા INA ની કલમ 241(b)(3) હેઠળ જે વ્યક્તિનો *દેશનિકાલ* અટકાવવામાં આવ્યો છે, જેમ કે સુધારેલ છે; • INA ની કલમ 203(a)(7) હેઠળ 1 એપ્રિલ, 1980 પહેલા અમલમાં આવેલી વ્યક્તિ જે *શરતી પ્રવેશ મંજૂર* કરે છે; • 1980 ના રેફ્યુજી એજ્યુકેશન આસિસ્ટન્સ એક્ટની કલમ 501(e) માં વ્યાખ્યાયિત કર્યા મુજબ *ક્યુબન અથવા હૈતીયન* ઈમિગ્રન્ટ્સ; • *ટ્રાફિકિંગ* વિક્ટિમ્સ પ્રોટેક્શન એક્ટ 2000ની કલમ 107(b)(1) હેઠળ *માનવ* તસ્કરીના પીડિતો; • પર્સનલ રિસ્પોન્સિબિલિટી એન્ડ વર્ક ઓપોર્ચ્યુનિટી રિકોન્સિલેશન એક્ટ, 1996ની કલમ 431 (c) માં નિર્ધારિત શરતોને પૂર્ણ કરનારા *પરેશાન ઈમિગ્રન્ટ્સ;* • *અફઘાન અથવા ઈરાકી* ઈમિગ્રન્ટ્સને INA નીકલમ 101(a)(27) હેઠળ વિશેષ ઈમિગ્રન્ટનો દરજ્જો આપવામાં આવ્યો છે (નિર્દિષ્ટ શરતોને આધીન*);* • INA ની કલમ 289 હેઠળ U.S.માં રહેતા કેનેડામાં જન્મેલા *અમેરિકન ભારતીયો* અથવા ભારતીય સ્વ-નિર્ધારણ અને શિક્ષણ સહાય અધિનિયમની કલમ 4(e) હેઠળ સંઘીય માન્યતા પ્રાપ્ત ભારતીય જનજાતિના બિન-નાગરિકો અને; • *હમોંગ* અથવા *હાઈલેન્ડ લાઓટીયન આદિવાસી સભ્યો* કે જેઓ વિયેતનામ યુગ(8/05/1964 – 5/07/1975).દરમિયાન લશ્કરી અથવા બચાવ કામગીરીમાં ભાગ લઈને U.S કર્મચારીઓને સહાયતા આપે છે. માત્ર તબીબી સહાયતા અરજદારો માટે, કોમ્પેક્ટ ઓફ ફ્રી એસોસિએશન (COFA) એ ફેડરેટેડ સ્ટેટ્સ ઓફ માઇક્રોનેશિયા, રિપબ્લિક ઓફ માર્શલ આઈલેન્ડ્સ અને પલાઉ રિપબ્લિકના નાગરિકો છે. COFA સ્થળાંતર કરનારાઓએ 5-વર્ષના બારને મળવાની જરૂર નથી.
સંસાધનો	રોકડ, મિલકત અથવા મિલકત જેમ કે બેંક ખાતા, વાહનો, સ્ટોક, બોન્ડ અને જીવન વીમો.
મોસમી ખેત કામદારો	જે વ્યક્તિઓ વર્ષના ચોક્કસ સમયે ઉત્પાદનનું વાવેતર, ચૂંટવાનું અથવા પેક કરવાનું કામ કરે છે. તેઓને કામચલાઉ ધોરણે રાખવામાં આવે છે જ્યારે નોકરી માટે ફાર્મમાં નિયમિત ધોરણે રોજગાર કરતાં વધુ કામદારોની જરૂર હોય છે.
SNAP માં તસ્કરી	*ટ્રાફિકિંગ* SNAP લાભોનો અર્થ છે: (1) EBT કાર્ડ્સ, કાર્ડ નંબર્સ અને PIN નંબર્સ દ્વારા અથવા મેન્યુઅલ વાઉચર અને સહી દ્વારા જારી કરાયેલા SNAP લાભોની ખરીદી, વેચાણ, ચોરી અથવા અન્યથા આપ-લે કરવી, CASH માટે અથવા પાત્ર ખોરાક સિવાયની વિચારણા માટે, પ્રત્યક્ષ, પરોક્ષ રીતે, સંડોવણી અથવા અન્ય લોકો સાથે મિલીભગત, અથવા એકલા અભિનય; (2) હથિયારો, દારૂગોળો, વિસ્ફોટકો અથવા નિયંત્રિત પદાર્થોનું વિનિમય; (3) SNAP લાભો સાથેનું ઉત્પાદન ખરીદવું જેમાં કન્ટેનર હોય કે જેમાં ઉત્પાદનનો ત્યાગ કરીને અને ડિપોઝિટની રકમ માટે કન્ટેનર પરત કરીને રોકડ મેળવવાના ઉદ્દેશ્ય સાથે રિટર્ન ડિપોઝિટની જરૂર હોય, ઉત્પાદનને ઇરાદાપૂર્વક કાઢી નાખવું અને ડિપોઝિટની રકમ માટે કન્ટેનર ઇરાદાપૂર્વક પરત કરવું. ; (4) ઉત્પાદનનું પુનઃવેચાણ કરીને લાયક ખોરાક સિવાયના રોકડ અથવા વિચારણા મેળવવાના ઉદ્દેશ્ય સાથે SNAP લાભો સાથે ઉત્પાદન ખરીદવું, અને ત્યારબાદ લાયક ખોરાક સિવાય રોકડ અથવા વિચારણાના બદલામાં SNAP લાભો સાથે ખરીદેલ ઉત્પાદનને ઈરાદાપૂર્વક ફરીથી વેચવું; (5) લાયક ખોરાક સિવાયના રોકડ અથવા વિચારણાના બદલામાં મૂળરૂપે SNAP લાભો સાથે ખરીદેલ ઉત્પાદનોની ઇરાદાપૂર્વક ખરીદી કરવી; (6) ઇલેક્ટ્રોનિક બેનિફિટ ટ્રાન્સફર (EBT) કાર્ડ્સ, કાર્ડ નંબર્સ અને પર્સનલ આઇડેન્ટિફિકેશન નંબર્સ (PIN), અથવા મેન્યુઅલ વાઉચર અને હસ્તાક્ષર દ્વારા, રોકડ માટે જારી કરાયેલા અને એક્સેસ કરાયેલા SNAP લાભોની ખરીદી, વેચાણ, ચોરી અથવા અન્યથા અસર કરવાનો પ્રયાસ કરવો. અથવા લાયક ખોરાક સિવાયની વિચારણા, કાં તો પ્રત્યક્ષ રીતે, પરોક્ષ રીતે, અન્ય લોકો સાથેની મિલીભગત અથવા મિલીભગતમાં અથવા એકલા કાર્ય.
Way2Go ડેબિટ માસ્ટરકાર્ડ	જ્યોર્જિયા રાજ્યએ Way2Go ડેબિટ માસ્ટરકાર્ડ તરીકે ઓળખાતા TANF પ્રાપ્તકર્તાઓ માટે અનુકૂળ "ઇલેક્ટ્રોનિક" ચુકવણી વિકલ્પ અમલમાં મૂક્યો છે. આ ચુકવણી વિકલ્પ હેઠળ, મહિનાના પ્રથમ કેલેન્ડર દિવસે પ્રાપ્તકર્તાના ખાતામાં પૈસા જમા કરવામાં આવે છે. જો પ્રથમ સપ્તાહના અંતે અથવા રજા પર પડે છે, તો લાભો અગાઉના મહિનાના છેલ્લા કામકાજના દિવસે ઉપલબ્ધ કરવામાં આવે છે. પ્રાપ્તકર્તાને તેના અથવા તેણીના ભંડોળની તાત્કાલિક એક્સેસ હોય છે કારણ કે ભંડોળ ઇલેક્ટ્રોનિક રીતે ડેબિટ માસ્ટરકાર્ડ પર લોડ કરવામાં આવે છે.

બધા મેડિકેડ અરજદારો માટે:
પ્રાપ્તકર્તાઓ અથવા પ્રદાતાઓ પર શંકાસ્પદ Medicaid છેતરપિંડીની જાણ કરવા માટે, (સ્થાનિક) (404) 463-7590 અથવા (ટોલ ફ્રી) (800) 533-0686 પર જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ કોમ્યુનિટી હેલ્થ-ઓફિસ ઓફ ઈન્સ્પેક્ટર જનરલને કૉલ કરો; oiganonymous@dch.ga.gov પર ઈમેલ દ્વારા; Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE,19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334 પર ટપાલ દ્વારા સંપર્ક કરો; અથવા https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraudની મુલાકાત લો.

ADA/કલમ 504 અધિકારોની સૂચના

વિકલાંગ લોકો માટે મદદ

જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઑફ હ્યુમન સર્વિસિસ અને જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઑફ કોમ્યુનિટી હેલ્થ ("વિભાગો") એ ફેડરલ લૉ* દ્વારા વિકલાંગ વ્યક્તિઓને વિભાગોના કાર્યક્રમો, સેવાઓ અથવા પ્રવૃત્તિઓમાં ભાગ લેવાની અને લાયક બનવાની સમાન તક પૂરી પાડવા માટે જરૂરી છે. આમાં SNAP, TANF અને તબીબી સહાય જેવા કાર્યક્રમોનો સમાવેશ થાય છે.

વિકલાંગતાના આધારે ભેદભાવ ટાળવા માટે જ્યારે ફેરફારો જરૂરી હોય ત્યારે વિભાગો વ્યાજબી ફેરફારો પ્રદાન કરે છે. ઉદાહરણ તરીકે, સમાન ઍક્સેસ પ્રદાન કરવા માટે અમે નીતિઓ, પ્રથાઓ અથવા પ્રક્રિયાઓમાં ફેરફાર કરી શકીએ છીએ. સમાન રીતે અસરકારક સંદેશાવ્યવહાર સુનિશ્ચિત કરવા માટે, અમે વિકલાંગ વ્યક્તિઓ અથવા વિકલાંગતા ધરાવતા તેમના સાથીઓને સંચાર સહાય પૂરી પાડીએ છીએ, જેમ કે સાંકેતિક ભાષાના દુભાષિયા. અમારી મદદ મફત છે. વિભાગોએ એવા કોઈ ફેરફાર કરવાની જરૂર નથી કે જેના પરિણામે સેવા, કાર્યક્રમ અથવા પ્રવૃત્તિના સ્વરૂપમાં અથવા અનુચિત નાણાકીય અને વહીવટી બોજામાં મૂળભૂત બદલાવ થાય.

વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયની વિનંતી કેવી રીતે કરવી

જો તમે વિકલાંગતા ધરાવતા હો અને વાજબી ફેરફાર, સંચાર સહાય અથવા વધારાની મદદની જરૂર હોય તો કૃપા કરીને તમારા કેસ વર્કરનો સંપર્ક કરો. દાખલા તરીકે, જો તમને સાંકેતિક ભાષાના દુભાષિયા જેવી અસરકારક સંચાર માટે સહાય અથવા સેવાની જરૂર હોય તો કૉલ કરો. તમારી વિનંતી કરવા માટે તમે તમારા કેસ વર્કરનો સંપર્ક કરી શકો છો અથવા(877) 423-4746 પર DFCS અથવા DCH Katie Beckett (KB) ટીમને (678-248-7449)-248-7449 પર કૉલ કરી શકો છો. તમે DFCS ADA વાજબી ફેરફાર વિનંતી ફોર્મનો ઉપયોગ કરીને તમારી વિનંતી પણ કરી શકો છો, જે તમારી સ્થાનિક DFCS ઑફિસ પર અથવા ઑનલાઇન https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights, પર ઉપલબ્ધ છે અથવા તમે મેળવી શકો છો. DCH ADA વાજબી ફેરફાર વિનંતી ફોર્મ KB ઑફિસમાં, ઑનલાઇન https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett, પર અથવા તમે તમારી ફેરફાર વિનંતી DCH.ADAassistance@dch.ga.gov પર ઈમેઈલ કરી શકો છો.

ફરિયાદ કેવી રીતે ફાઇલ કરવી

જો તમારી વિકલાંગતાને કારણેવિભાગોએ તમારી સાથે ભેદભાવ કર્યો હોય તો તમને ફરિયાદ કરવાનો અધિકાર છે. ઉદાહરણ તરીકે, તમે ભેદભાવની ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો જો તમે વાજબી ફેરફાર અથવા સાંકેતિક ભાષાના દુભાષિયા માટે પૂછ્યું હોય જેને નકારવામાં આવ્યો હોય અથવા વાજબી સમયની અંદર કાર્યવાહી નકારવામાં આવી હોય. તમે તમારા કેસ વર્કર, તમારી સ્થાનિક DFCS ઑફિસ અથવા DFCS નાગરિક અધિકારો, ADA/સેક્શન 504 કોઓર્ડિનેટરનો 47 Trinity Avenue SW, 1st Floor, Atlanta, GA 30334, 877-423-4746પર સંપર્ક કરીને મૌખિક અથવા લેખિતમાં ફરિયાદ કરી શકો છો. DCH માટે , KB ટીમ ADA/વિભાગ 504 કોઓર્ડિનેટરનો 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 અથવા P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449 પર સંપર્ક કરો. DCH ઈમેઈલ છે: dch.adarequests@dch.ga.gov.

તમે તમારા કેસ વર્કરને DFCS નાગરિક અધિકાર ફરિયાદ ફોર્મની નકલ માટે કહી શકો છો. ફરિયાદ ફોર્મhttps://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights પર પણ ઉપલબ્ધ છે. જો તમને ભેદભાવની ફરિયાદ કરવામાં મદદની જરૂર હોય, તો તમે ઉપર સૂચિબદ્ધ DFCS સ્ટાફનો સંપર્ક કરી શકો છો. જે વ્યક્તિઓ બહેરા હોય અથવા સાંભળવામાં અક્ષમ હોય અથવા જેમને બોલવાની અક્ષમતા હોય તેઓ અમારી સાથે જોડાવા માટે ઑપરેટરને 711 પર કૉલ કરી શકે છે. DCH નાગરિક અધિકારની ફરિયાદો માટેનો ઈમેલ છે: dch.civilrights@dch.ga.gov. DCH નાગરિક અધિકાર પ્રક્રિયા અને ફરિયાદ ફોર્મ માટેની લિંક અહીં છે https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights.

તમે યોગ્ય ફેડરલ એજન્સી સાથે ભેદભાવની ફરિયાદ પણ નોંધાવી શકો છો. U.S. ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ એગ્રીકલ્ચર (કૃષિ વિભાગ) (USDA) અને U.S. ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હેલ્થ એન્ડ હ્યુમન સર્વિસીસ (HHS) માટેની સંપર્ક માહિતી તેમાં સમાવિષ્ટ "ગેરભેદભાવ નિવેદન" ની અંદર છે.

**1973ના પુનર્વસન અધિનિયમની કલમ 504; વિકલાંગતા ધરાવતા અમેરિકનો અધિનિયમ 1990; અને વિકલાંગતા ધરાવતા અમેરિકનો અધિનિયમ સુધારા અધિનિયમ 2008 એ સુનિશ્ચિત કરે છે કે વિકલાંગ વ્યક્તિઓ ગેરકાનૂની ભેદભાવથી મુક્ત છે.*

ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ કોમ્યુનિટી હેલ્થ (DCH) નીતિ હેઠળ, તબીબી સહાયતા કાર્યક્રમો તમારી જાતિ, ઉંમર, લિંગ, અપંગતા, રાષ્ટ્રીય મૂળ અથવા ધર્મના આધારે તમને પાત્રતા અથવા લાભોને નકારી શકતા નથી.

USDA અથવા HHS અરજીઓ મોકલશો નહીં

ભેદભાવ વિનાનું નિવેદન

ફેડરલ નાગરિક અધિકાર કાયદા અનુસાર અને U.S ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ એગ્રીકલ્ચર (USDA) ના નાગરિક અધિકાર નિયમો અને નીતિઓ, USDA તેની એજન્સીઓ, કચેરીઓ અને કર્મચારીઓ અને USDA કાર્યક્રમોમાં ભાગ લેતી અથવા તેનું સંચાલન કરતી સંસ્થાઓને જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, લિંગ (લિંગ ઓળખ સહિત) ના આધારે ભેદભાવ કરવા માટે પ્રતિબંધિત છે. જાતીય અભિગમ), ધાર્મિક સંપ્રદાય, અપંગતા, ઉંમર, રાજકીય માન્યતાઓ અથવા યુએસડીએ દ્વારા આયોજિત અથવા ભંડોળ પૂરું પાડવામાં આવેલ કોઈપણ કાર્યક્રમ અથવા પ્રવૃત્તિમાં અગાઉની નાગરિક અધિકાર પ્રવૃત્તિ માટે બદલો અથવા બદલો. U.S. તરફથી ફેડરલ નાણાકીય સહાય મેળવતા કાર્યક્રમો ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હેલ્થ એન્ડ હ્યુમન સર્વિસ (HHS), જરૂરિયાતમંદ પરિવારો માટે અસ્થાયી સહાયક (TANF), અને HHS જે પ્રોગ્રામ્સ સીધી રીતે ચલાવે છે તે પણ ફેડરલ નાગરિક અધિકાર કાયદા અને HHS નિયમો હેઠળ ભેદભાવથી પ્રતિબંધિત છે.

વિકલાંગ વ્યક્તિઓ કે જેમને કાર્યક્રમની માહિતી માટે સંચારના વૈકલ્પિક માધ્યમોની જરૂર હોય છે (દા.ત., બ્રેઈલ, મોટી પ્રિન્ટ, ઑડિઓટેપ, અમેરિકન સાઈન લેંગ્વેજ), તેઓએ જ્યાં લાભો માટે અરજી કરી હોય તે એજન્સી (રાજ્ય અથવા સ્થાનિક)નો સંપર્ક કરવો જોઈએ. જે વ્યક્તિઓ બહેરા છે, સાંભળવામાં અસમર્થ છે અથવા જેમને બોલવામાં અસમર્થતા છે તેઓ (800) 877-8339 પર ફેડરલ રિલે સર્વિસ દ્વારા USDA નો સંપર્ક કરી શકે છે. વધુમાં, પ્રોગ્રામની માહિતી અંગ્રેજી સિવાયની અન્ય ભાષાઓમાં ઉપલબ્ધ કરાવી શકાય છે.

USDA કાર્યક્રમોને શામિલ કરતી નાગરિક અધિકારોની ફરિયાદો

USDAએ ઘણા ખાદ્ય સુરક્ષા અને ભૂખ ઘટાડવાના કાર્યક્રમો માટે સંઘીય નાણાકીય સહાય પૂરી પાડે છે જેમ કે પૂરક પોષણ સહાય કાર્યક્રમ (SNAP), ભારતીય અનામત પર ખોરાક વિતરણ કાર્યક્રમ (FDPIR) અને અન્ય ભેદભાવની પ્રોગ્રામ ફરિયાદ નોંધાવવા માટે, પ્રોગ્રામ ભેદભાવ ફરિયાદ ફોર્મ, (AD-3027) અહીં ઑનલાઇન જોવા મળે છે: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, અને કોઈપણ USDA ઑફિસમાં અથવા USDA ને સંબોધીને પત્ર લખો અને ફોર્મમાં વિનંતી કરેલી બધી માહિતી પત્રમાં પ્રદાન કરો. ફરિયાદ ફોર્મની નકલની વિનંતી કરવા માટે, (866) 632-9992 પર કૉલ કરો. આના દ્વારા USDA ને તમારું ભરેલું ફોર્મ અથવા પત્ર સબમિટ કરો:

1. **ટપાલ:** Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; અથવા
2. **ફેક્સ:** (833) 256-1665 અથવા (202) 690-7442; અથવા
3. **ફોન:** (833) 620-1071; અથવા
4. **ઈમેઈલ:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

SNAP સમસ્યાઓ સંબંધિત કોઈપણ અન્ય માહિતી માટે, વ્યક્તિઓએ ક્યાં તો USDA SNAP હોટલાઈન નંબર (800) 221-5689 પર સંપર્ક કરવો જોઈએ, જે સ્પેનિશમાં પણ છે, અથવા રાજ્યની માહિતી/હોટલાઈન નંબરો પર કૉલ કરવો જોઈએ (આના દ્વારા હોટલાઈન નંબરોની સૂચિ માટે લિંક પર ક્લિક કરો રાજ્ય); અહીં ઓનલાઈન જોવા મળે છે: SNAP હૉટલાઇન.

HHS કાર્યક્રમોને સંડોવતા નાગરિક અધિકારની ફરિયાદો

TANF, હેડ સ્ટાર્ટ, લો ઈન્કમ હોમ એનર્જી આસિસ્ટન્સ પ્રોગ્રામ (LIHEAP) અને અન્ય સહિત આરોગ્ય અને સુખાકારીને વધારવા માટે HHS ઘણા કાર્યક્રમો માટે સંઘીય નાણાકીય સહાય પૂરી પાડે છે. જો તમે માનતા હોય કે HHS જે કાર્યક્રમ કે પ્રોગ્રામ ચલાવે છે અથવા જેના માટે HHS ફેડરલ નાણાકીય સહાય પૂરી પાડે છે તેવી પ્રવૃત્તિઓ અથવા કાર્યક્રમોમાં તમારી જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, વિકલાંગતા, ઉંમર, લિંગ (ગર્ભાવસ્થા, જાતીય અભિગમ અને લિંગ ઓળખ સહિત), અથવા ધર્મના કારણે ભેદભાવ કરવામાં આવે છે, તો તમે તમારા માટે અથવા અન્ય કોઈ વ્યક્તિ માટે ઑફિસ ફોર સિવિલ રાઈટ્સ (OCR) માં ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો.

HHS દ્વારા ફેડરલ નાણાકીય સહાય મેળવતા પ્રોગ્રામ અંગે તમારા અથવા અન્ય કોઈ વ્યક્તિ માટે ભેદભાવની ફરિયાદ નોંધાવવા માટે, OCR ના ફરિયાદ પોર્ટલ દ્વારાhttps://ocrportal.hhs.gov/ocr/. પર ફોર્મ ઓનલાઈન ભરો. તમે નીચેના સરનામે ટપાલ દ્વારા પણ OCR નો સંપર્ક કરી શકો છો: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; ફેક્સ: (202) 619-3818; અથવા ઈમેઈલ: OCRmail@hhs.gov. ઝડપી પ્રક્રિયા માટે, અમે તમને મેઈલ દ્વારા ફાઈલ કરવાને બદલે ફરિયાદો ફાઈલ કરવા માટે OCR ઑનલાઈન પોર્ટલનો ઉપયોગ કરવા પ્રોત્સાહિત કરીએ છીએ. જે વ્યક્તિઓને નાગરિક અધિકારની ફરિયાદ દાખલ કરવામાં સહાયની જરૂર હોય તેઓ OCRMail@hhs.govપર ઈમેઈલ કરી શકે છે અથવા 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 પર OCR ટોલ-ફ્રી કૉલ કરી શકે છે. જે વ્યક્તિઓ બહેરા હોય, સાંભળવામાં તકલીફ હોય અથવા બોલવામાં તકલીફ હોય, તો કૃપા કરીને ટેલિકમ્યુનિકેશન રિલે સેવાઓની પહોંચ મેળવવા માટે 7-1-1 ડાયલ કરો. ફરિયાદ દાખલ કરવા માટે અમે વૈકલ્પિક ફોર્મેટ્સ (જેમ કે બ્રેઈલ અને મોટી પ્રિન્ટ), સહાયક સહાય અને ભાષા સહાય સેવાઓ પણ નિ:શુલ્ક પ્રદાન કરીએ છીએ.

આ સંસ્થા સમાન તક પ્રદાતા છે.

માનવ સેવા વિભાગ (DHS) હેઠળ, તમે તમારી સ્થાનિક DFCS ઑફિસનો સંપર્ક કરીને અન્ય ભેદભાવની ફરિયાદો પણ નોંધાવી શકો છો,અથવા DFCS નાગરિક અધિકાર, ADA/વિભાગ 504 Coordinator at Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. મર્યાદિત અંગ્રેજી પ્રાવીણ્યના આધારે ભેદભાવનો આક્ષેપ કરતી ફરિયાદો માટે, at Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746 ખાતે DHS લિમિટેડ અંગ્રેજી પ્રાવીણ્ય અને સંવેદનાત્મક ક્ષતિ કાર્યક્રમનો સંપર્ક કરો.

USDA અથવા HHS અરજીઓ મોકલશો નહીં