



Georgia પરિવાર અને
બાળકોની સેવાઓ નો



લાભો માટેની અરજી

તમારે પૂર્ણ કરેલી અરજી તમારા દેશની સ્થાનિક ઓફિસને 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 કોલ કરો (877) 423-4746. દુભાષિયા 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 કોલ કરી શકો છો.

ડિવિઝન ઓફ ફેમિલી એન્ડ ચિલ્ડ્રન સર્વિસીસ (DFCS) ખાતે અમે કઈ સેવાઓ
ઓફર કરીએ છીએ?

DFCS નીચેની સેવાઓ પ્રદાન કરે છે:



ખોરાક સહાય

ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) લાભોનો ઉપયોગ EBT/ Quest સાઇન ધરાવતા કોઈપણ સ્ટોર પર ખોરાક ખરીદવા માટે થઈ શકે છે. અમે તમારા ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) એકાઉન્ટમાંથી તમારી ખાદ્યપદાર્થની ખરીદીની કિંમત બાદ કરીશું.



રોકડ સહાય/રોજગાર સહાય સેવાઓ જરૂરિયાતમંદ પરિવારો માટે કામચલાઉ સહાય (TANF) મર્યાદિત સમય માટે આશ્રિત બાળકો ધરાવતા પરિવારોને રોકડ સહાય પૂરી પાડે છે. ગ્રાન્ટમાં સમાવિષ્ટ માતાપિતા અથવા સંભાળ રાખનારાઓએ કાર્ય કાર્યક્રમમાં ભાગ લેવો જરૂરી છે. રોકડ સહાય કાર્યક્રમ શરૂઆતથી પરિવારોને નાણાકીય સહાય પણ પ્રદાન કરે છે જેઓ TANF પ્રોગ્રામ માટે પાત્ર નથી.

- દાદા દાદી ઉછેરતા પૌત્રો (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, ડોક્ટરની મુલાકાતો અને મેડિકેર પ્રિમીયમ ચૂકવવામાં મદદ કરી શકે છે.

સમુદાય આઉટરીચ સેવાઓ

અન્ય DHS સેવાઓ વિશે વધુ માહિતી માટે, ફૂપા કરીને <http://dfcs.georgia.gov> પર અમારી વેબસાઇટની મુલાકાત લો અથવા (877) 423-4746 પર કોલ કરો.



હું લાભો માટે કેવી રીતે અરજી કરી શકું?

પગલું 1. અરજી ભરો.

પ્રશ્નો ધ્યાનથી વાંચો અને સચોટ માહિતી આપો. હસ્તાક્ષર અને અરજીની તારીખ.

પગલું 2. તમારી સ્થાનિક ઓફિસમાં એપ્લિકેશન દાખલ કરો.

તમારે પેજ 1-2, 17-20 ફાડીને તમારા માટે રાખવા પડશે.



પેજ 3-16ને મેઇલ કરો, ફેક્સ કરો અથવા લાવો. તમારા સ્થાનિક ડિવિઝન ઓફ ફેમિલી એન્ડ ચિલ્ડ્રન સર્વિસીસ (DFCS) ઓફિસમાં આ એપ્લિકેશનના 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 ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) લાભો પ્રદાન કરવામાં આવશે. અરજી મંજૂર થાય તે તારીખથી TANF લાભો આપવામાં આવશે.

જો તમે ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP), TANF અને/અથવા મેડિકેડ માટે અરજી કરી રહ્યાં છો, તો તમે ફક્ત તમારા નામ, સરનામું 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 એક કરતાં વધુ પ્રોગ્રામ માટે અથવા માત્ર ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) પ્રોગ્રામ માટે સંયુક્ત અરજી ફાઇલ કરવા માટે

વારંવાર પૂછાતા પ્રશ્નો

લાભ મેળવવામાં કેટલો સમય લાગે છે?

ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP): 30 દિવસ સુધી

TANF: 45 દિવસ સુધી

મેડિકેડ: 10 થી 60 દિવસ સુધી

જો તમે વાયક છો તો તમે 7 દિવસની અંદર ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) મેળવી શકશો. પૃષ્ઠ 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 સ્ટેમ્પ (SNAP) માટે, તમને તમારા લાભો મેળવવા માટે ઇલેક્ટ્રોનિક બેનિફિટ ટ્રાન્સફર (EBT) કાર્ડ મળશે. TANF માટે, તમને તમારા લાભો મેળવવા માટે EPIC ડેબિટ માસ્ટરકાર્ડ મળશે. મેડિકેડ માટે, તમને દરેક વાયક સભ્ય માટે એક મેડિકેડ પ્રાપ્ત થશે.

તમને નીચેની માહિતી પ્રદાન કરવા માટે કહેવામાં આવી શકે છે:

- ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) અને/અથવા TANF માટે અરજી કરતા હોય તો અરજદાર માટે ઓળખનો પુરાવો. ઓળખ કાર્ડ (ID) અથવા ડ્રાઇવરનું લાઇસન્સ (DL) એ યકાસણીનું સ્વીકાર્ય સ્વરૂપ છે. તબીબી સહાયતા અરજદારો માટે ઓળખનો પુરાવો જરૂરી નથી.
- લાભોની વિનંતી કરનાર દરેક વ્યક્તિ માટે યુએસ નાગરિકતા/વાયક ઇમિગ્રન્ટ સ્ટેટસનો પુરાવો. જો તમે માત્ર ઇમરજન્સી મેડિકલ સર્વિસીસ (EMA) માટે અરજી કરી રહ્યા છો, તો તમારે તમારું SSN અથવા તમારા ઇમિગ્રેશન સ્ટેટસ વિશેની માહિતી આપવાની જરૂર નથી.
- સહાયની વિનંતી કરતા દરેકના સામાજિક સુરક્ષા નંબરો.
- આવકનો પુરાવો ઉદાહરણ તરીકે, પે સ્ટેમ્પ, યાઇલ્ડ સર્પોર્ટ પેમેન્ટ્સ અને આવક પુરસ્કાર પત્રો. તબીબી સહાયતા અરજદારો માટે યાઇલ્ડ સર્પોર્ટ પેમેન્ટના પુરાવાની જરૂર નથી.
- યાઇલ્ડકેર રસીદો, મેડિકલ બિલ, મેડિકલ ટ્રાન્સપોર્ટેશન ખર્ચ, ભાડું/ગીરો ખર્ચ અને યાઇલ્ડ સર્પોર્ટ 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 યકાસવાની પ્રયાસ કરીશું. અરજી સબમિટ કરવા માટે પેપર યકાસણી દસ્તાવેજોની જરૂર નથી. જો કે, તમે અરજી સાથે દસ્તાવેજો પ્રદાન કરી શકો છો. જો અમે ઇલેક્ટ્રોનિક ડેટા સ્ત્રોતો દ્વારા યકાસવામાં અસમર્થ છીએ અને તમને આ માહિતી મેળવવામાં મદદની જરૂર હોય, તો ફૂપા 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 યકાસણી સિસ્ટમ (IEVS) તપાસવા માટે કરવામાં આવશે. તમારી આવક અને પાત્રતા યકાસવા, વેતનની માહિતી અને કામની પ્રવૃત્તિઓમાં સહભાગિતાને ટ્રેક 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 દ્વારા ઘરનો રોકડી વારો લેવા માટે અમારું સંપર્ક કરવા માટે



Georgia પરિવાર અને
બાળકોની સેવાઓ નો



લાભો માટેની અરજી

અવગ પાત્રતા નિર્ધારણ કરીશું. જો તમે સંસ્થામાં છો અને તે જ સમયે ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને SSI માટે અરજી કરી રહ્યાં છો, તો તમારી અરજી ફાઇલ કરવાની તારીખ એ તારીખ છે કે તમે સંસ્થામાંથી છૂટ્યા છો.

સ્ટેપ 3 અમારી સાથે વાત કરો.

તમારે કાર્યકર સાથે ઇન્ટરવ્યુ પૂર્ણ કરવાની જરૂર પડી શકે છે. જો એમ હોય, તો અમે તમને એપોઇન્ટમેન્ટ આપીશું. આ ઇન્ટરવ્યુ ફોન દ્વારા પૂર્ણ કરી શકાય છે.



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)

- ❑ **ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (પૂરક પોષણ સહાય કાર્યક્રમ (SNAP))**
સપ્લિમેન્ટલ ન્યુટ્રિશન આસિસ્ટન્સ પ્રોગ્રામ (SNAP), જે અગાઉ ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ તરીકે ઓળખાતું હતું, તે ફેડરલ ફૂડ 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, એક્સ્ટ્રા રોકડ ચૂકવણી અથવા અન્ય સહાયક સેવાઓ પ્રદાન કરે છે. જો તમે બાળકના માતા-પિતા અથવા સંભાળ રાખનાર કે જે અનુદાનમાં સામેલ થવા માગતા હોય, તો અમે તમને કાર્ય કાર્યક્રમમાં ભાગ લેવાની જરૂર પડશે.
- ❑ **પૌત્રોનો ઉછેર કરતા દાદા દાદી (GRG)**
દાદા દાદી ઉછેરતા પૌત્રોને (GRG) વધારાની રોકડ ચૂકવણી પ્રદાન કરશે જેથી કરીને તેમના દાદા દાદીના ઘરોમાં બાળકોની 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/હેતીયન પ્રવેશકર્તાઓ, માનવ તસ્કરીનો ભોગ બનેલા, અમેરેશિયનો, અસાઇલી, અફઘાન અથવા સ્પેશિયલ ઇમિગ્રન્ટ વિઝા (એસઆઇવી) 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	પિતાનું નામ	અટક	પ્રત્યય
તમે જ્યાં રહો છો ત્યાં શેરીનું સરનામું			Apt
શહેર	રાજ્ય		પિન કોડ
મેઈલીંગ સરનામું (જો અલગ હોય તો)			
મુખ્ય ટેલિફોન નંબર	અન્ય સંપર્ક નંબર		
ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન: ઇમેઇલ સરનામું (વૈકલ્પિક): ઇમેઇલ: હા _____ અથવા ના _____ (વૈકલ્પિક) ટેક્સ્ટિંગ: હા _____ અથવા ના _____ (વૈકલ્પિક)			
તમારી પસંદગીની ભાષા કઈ છે?			જો ઇન્ટરવ્યુ જરૂરી હોય, તો તમારે તેની જરૂર પડશે દુભાષિયા 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 વ્યાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયનું વર્ણન કરો):
સાઇન લેંગ્વેજ દુભાષિયા _____; TTY _____; મોટી પ્રિન્ટ _____; ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન (ઇમેઇલ) _____; બ્રેઇલ _____; વિડિયો રિલે _____; ક્યૂડ સ્પીચ ઇન્ટરપ્રીટર _____; મૌખિક દુભાષિયા _____; સ્પર્શોન્દ્રિય દુભાષિયા _____; પ્રોગ્રામ ડેવાઇસનું ટેલિફોન કોલ રીમાઇન્ડર _____; ટેલિફોનિક હસ્તાક્ષર (જો લાગુ હોય તો) _____; સ્ક્રીન મુલાકાત (ઘર મુલાકાત) _____; અન્ય: _____ શું તમારે આ વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયની એક વખત જરૂર છે _____ અથવા યાવુ _____? જો શક્ય હોય તો, સંક્ષિપ્તમાં સમજાવો કે તમને ક્યારે અને કેટલા સમય સુધી આ ફેરફાર અથવા સહાયની જરૂર છે?

તમામ ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP), TANF અને મેડિકેડ અરજદારો માટે:

હું મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી અને માન્યતા મુજબ ખોટી જુબાનીના દંડ હેઠળ જાહેર કરું છું કે હું જેના માટે લાભો માટે જાહેર કરું છું તે વ્યક્તિ(ઓ) U.S.ના નાગરિક(ઓ) છે અથવા યુનાઇટેડ 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 ટૂંક કરવા માટે કરવામાં આવશે.



Georgia પરિવાર અને
બાળકોની સેવાઓ નો



લાભો માટેની અરજી

ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) અને/અથવા TANF પ્રોગ્રામ આવશ્યકતાઓ અનુસાર હું મારી પરિસ્થિતિમાં કોઈપણ ફેરફારની જાણ કરીશ. જો મારા પરિવારમાં કોઈને લોટરી અથવા જીતારની જીત, \$4250 અથવા તેથી વધુની કુલ રકમ ટેક્સ અથવા અન્ય રકમ રોકી દેવામાં આવે તે પહેલાં) મળે તો પણ હું જાણ કરીશ. હું આ જીતની જાણ જે મહિનાના અંતના 10 દિવસની અંદર કરીશ જેમાં મારા પરિવારને જીત પ્રાપ્ત થશે. 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 ફૂડ સ્ટેમ્પ (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, ઇમેઇલ 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 સહી જો "X" દ્વારા સહી કરેલ હોય

તારીખ:

અધિકૃત પ્રતિનિધિ:

જો તમે કોઈ વ્યક્તિ અથવા સંસ્થા તમારી અરજી ભરવા, તમારો ઇન્ટરવ્યુ 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 છો, તો તમે તમારા વતી કાર્ય કરવા માટે એક કરતાં વધુ વ્યક્તિ અથવા સંસ્થાને પસંદ કરી શકો છો.

અધિકૃત પ્રતિનિધિ 1 પ્રોગ્રામ પ્રકારો: ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) TANF તબીબી સહાય

અધિકૃત પ્રતિનિધિ 1 ફરજો: અરજદાર વતી અરજી પર સહી કરો નવીકરણ ફોર્મ પૂર્ણ કરો અને સબમિટ કરો નોટિસ અને અન્ય સંચારની નકલો પ્રાપ્ત કરો અન્ય તમામ બાબતોમાં અરજદાર વતી કાયદો TANF લાભ કાર્ડ (EPPIC) પ્રાપ્ત કરો

વ્યક્તિનું નામ 1: _____

સંસ્થાનું નામ 1 (જો લાગુ હોય તો): _____ ફોન: _____

સરનામું: _____ એડ્રેસ: _____

શહેર: _____ રાજ્ય: _____ ઝિપ: _____

ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન: ઇમેઇલ: હા ના (વૈકલ્પિક) ટેક્સ્ટિંગ: હા ના (વૈકલ્પિક)

ઇમેઇલ સરનામું (વૈકલ્પિક) _____

પસંદગીની ભાષા: _____ શું દુભાષિયાની જરૂર છે? હા કે ના _____

અધિકૃત પ્રતિનિધિ 2 પ્રોગ્રામ પ્રકારો: ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) TANF તબીબી સહાય

અધિકૃત પ્રતિનિધિ 2 ફરજો: અરજદાર વતી અરજી પર સહી કરો નવીકરણ ફોર્મ પૂર્ણ કરો અને સબમિટ કરો નોટિસ અને અન્ય સંચારની નકલો પ્રાપ્ત કરો અન્ય તમામ બાબતોમાં અરજદાર વતી કાયદો TANF લાભ કાર્ડ (EPPIC) પ્રાપ્ત કરો

વ્યક્તિનું નામ 2: _____

સંસ્થાનું નામ 2 (જો લાગુ હોય તો): _____ ફોન: _____

સરનામું: _____ એડ્રેસ: _____

શહેર: _____ રાજ્ય: _____ ઝિપ: _____

ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન: ઇમેઇલ: હા ના (વૈકલ્પિક) ટેક્સ્ટિંગ: હા ના (વૈકલ્પિક)

ઇમેઇલ સરનામું (વૈકલ્પિક) _____

પસંદગીની ભાષા: _____ શું દુભાષિયાની જરૂર છે? હા કે ના _____



Georgia પરિવાર અને
બાળકોની સેવાઓ નો



લાભ માટેની અરજી

અમેરિકનો વિથ ડિસેબિલિટી એક્ટ: 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 ___; ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન (ઇમેલ) ___; બ્રેઇલ ___; વિડિયો રિલે ___; ક્યૂડ સ્પીચ ઇન્ટરપ્રીટર ___; મૌખિક દુભાષિયા ___; સ્પર્શન્દ્રિય દુભાષિયા ___; પ્રોગ્રામ ડેડલાઇનનું ટેલિફોન કોલ રીમાઇન્ડર ___; 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 યાલુ ___? જો શક્ય હોય તો, સંક્ષિપ્તમાં સમજાવો કે તમને ક્યારે અને કેટલા સમય સુધી આ ફેરફારની અથવા સિસ્ટમ્સની જરૂર છે? _____

માત્ર ઓફિસ ઉપયોગ માટે: તારીખ મળી: _____

એક્સપ્રેસ વેન પાત્રતા:

એક્સપ્રેસ વેન એલિજિબિલિટી (ELE) એ 19 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના લાયક બાળકોની નોંધણી અથવા નવીકરણ કરવાની એક સ્વયંસંચાલિત પ્રક્રિયા છે જેઓ પૂરક પોષણ સહાય કાર્યક્રમ (SNAP) અથવા જરૂરિયાતમંદ પરિવારો માટે કામચલાઉ સહાય (TANF) પ્રાપ્ત કરી રહ્યાં છે. જો તમારા બાળકો SNAP અથવા TANF માટે પાત્ર છે, તો ડિવિઝન ઓફ ફેમિલી એન્ડ ચિલ્ડ્રન સર્વિસીસ (DFCS) SNAP અથવા TANFમાંથી ઘરના કદ, રહેઠાણ અને આવકની માહિતીનો ઉપયોગ કરશે, પરંતુ DFCS તબીબી સહાયતા નિયમોનો ઉપયોગ કરીને નાગરિકતા અથવા ઇમિગ્રેશન સ્થિતિની ચકાસણી કરશે. મેડિકેડ(Medicaid) અથવા PeachCare for Kids® માં બાળકોની નોંધણી અથવા નવીકરણ કરવાનો ELE નિર્ધારણ. જો તમારા બાળકો PeachCare for Kids® માટે પાત્ર છે, તો તેઓ પ્રીમિયમને પાત્ર હોઈ શકે છે. DFCS તમને એક નિર્ધારણ સૂચના મોકલશે, તમને કોઈપણ ફેરફારો કરવા દેશે અને તમને કોઈપણ સમયે નાપસંદ કરવાની પરવાનગી આપશે.

શું તમે તમારા બાળકોને મેડિકેડ(Medicaid) અથવા PeachCare for Kids® માં નોંધણી કરવા અથવા રિન્યૂ કરવા માટે ELE નિર્ધારિત કરવા માટે SNAP અથવા TANFમાંથી તમારી માહિતીનો ઉપયોગ કરવા DFCS ને મંજૂરી આપવા માટે સંમત થાઓ છો?

હા ના



લાભ માટેની અરજી

શું હું ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) ઝડપથી મેળવવા માટે લાયક છું? (આ માહિતી માત્ર ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અરજદારો માટે જરૂરી છે)

તમે 7 દિવસની અંદર ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (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 _____ કામના કલાકો સાપ્તાહિક _____

તમને કેટલી વાર ચૂકવવામાં આવે છે: સાપ્તાહિક/દ્વિ-સાપ્તાહિક/અર્ધ-માસિક/માસિક (વર્તુળ એક)

3. આ મહિના માટે પ્રાપ્ત થનારી કુલ અર્જિત આવક: \$ _____ બિનઉપર્જિત આવકનો પ્રકાર
રકમ _____

કેટલી વાર પ્રાપ્ત થાય છે: સાપ્તાહિક/દ્વિ-સાપ્તાહિક/અર્ધ-માસિક/માસિક (વર્તુળ એક)

બિનઉપર્જિત 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? \$ _____

7. આ મહિને તમારી ઇલેક્ટ્રિક, 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

ઇલેક્ટ્રિક _____ ગેસ _____ વિન્ડો અથવા સેન્ટ્રલ એર કન્ડીશનર _____ કેરોસીન તેલ _____ લાકડું _____

b. શું તમને છેલ્લા 12 મહિનામાં ઊર્જા સહાય મળી છે? હા ના જો હા, તો પ્રાપ્ત રકમ \$ _____



Georgia પરિવાર અને
બાળકોની સેવાઓ નો



લાભો માટેની અરજી

અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યો અમને કહો

તબીબી સહાયતા અરજદારો માટે: કૃપા કરીને તમારી સાથે રહેતા 21 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના તમારા, તમારા જીવનસાથી, તમારા બાળકો (સાવકા બાળકો સહિત)નો સમાવેશ કરો, તમારા અપરિણીત જીવનસાથી કે જેને સ્વાસ્થ્ય કવરેજની જરૂર હોય, તમે તમારા ટેક્સ રિટર્નમાં શામેલ કરો છો, પછી ભલે તેઓ તમારી સાથે ન રહેતા હોય, અને અન્ય કોઈ 21 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના જેની તમે કાળજી લો છો અને તમારી સાથે રહો છો. તમારે તમારા અપરિણીત જીવનસાથીને સામેલ કરવાની જરૂર નથી જેને સ્વાસ્થ્ય કવરેજની જરૂર નથી, તમારા અપરિણીત જીવનસાથીના 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 પોતાનું ટેક્સ રિટર્ન ફાઇલ કરે છે. જો તમે માત્ર ઇમરજન્સી મેડિકલ સર્વિસીસ (EMA) માટે અરજી કરી રહ્યા છો, તો તમારે તમારું SSN અથવા તમારા ઇમિગ્રેશન સ્ટેટસ વિશેની માહિતી આપવાની જરૂર નથી.

કૃપા કરીને અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યો 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. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, 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 ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ વિશે માહિતી આપવાની જરૂર નથી અને તેઓ લાભો માટે પાત્ર 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 ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ વિશે જણાવવું પડશે અને અમને તેમની 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 ઇમિગ્રેશન સર્વિસીસ (યુએસસીઆઈએસ) સિસ્ટમેટિક એલિયન વેરિફિકેશન ફોર એન્ટાઈટલમેન્ટ્સ (સેવ) સિસ્ટમને જાણ કરીશું નહીં જો તેઓ અમને તેમની નાગરિકતા અથવા ઇમિગ્રેશન સ્ટેટસ નહીં આપે. જો કે, જો તમારી અરજી પર ઇમિગ્રેશન 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 ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP)નો દાવો છે, તો SSN સહિતની આ એપ્લિકેશન પરની માહિતી ફેડરલ અને રાજ્ય એજન્સીઓ અને ખાનગી દાવા સંગ્રહ 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 ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ પ્રદાન કરવામાં નિષ્ફળ જાય છે.

નામ	સંબંધ	શું આ વ્યક્તિ લાભો માટે અરજી કરી રહી છે?	શું આ વ્યક્તિને સ્વાસ્થ્ય કવરેજની જરૂર છે?	જન્મ તારીખ	સામાજિક સુરક્ષા નંબર	લિંગ	ડિસ્પેનિક અથવા વેટિનો?	રેસ કોડ	શું તમે U.S.ના નાગરિક છો, U.S. રાષ્ટ્રીય, લાયક ઇમિગ્રેન્ટ અથવા ઇમિગ્રેશન સ્ટેટસમાં? (ફક્ત અરજદારો)
પ્રથમ પિતાનું નામ	અટક	(હા/ના)	(હા/ના)	ફોર્મેટ (mm/dd/yy)	(બિન-અરજદારો માટે વૈકલ્પિક)	(પુરુષ/સ્ત્રી)	(વૈકલ્પિક)	(નીચે કોડ્સ જુઓ)	(હા/ના)
<p>રેસ કોડ્સ (જે લાગુ થાય છે તે બધા પસંદ કરો):</p> <p>AI - અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કા મૂળ AS - એશિયન BL - કાળો અથવા આફ્રિકન અમેરિકન</p> <p>HP - મૂળ હવાઇયન અથવા અન્ય પેસિફિક આઇલેન્ડ્સ WH - સફેદ</p> <p>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.</p>									



લાભો માટેની અરજી

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

પ્રથમ નામ પિતાનું નામ અટક	નામ	ઇમીગ્રેશન દસ્તાવેજનો પ્રકાર	એલિયન/પ્રમાણપત્ર/દસ્તાવેજ ID નંબર	શું તમે 1996 થી U.S. માં રહી છો? (હા/ના)	તારીખ નેચરલાઇઝેશન/પ્રવેશની તારીખ અથવા U. S. માં પ્રવેશ (જો લાગુ હોય) ફોર્મોટ (મહિનો/તારીખ/વર્ષ)	શું તમે, અથવા તમારા જીવનસાથી અથવા માતા-પિતા અનુભવી છો અથવા યુએસ 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. ફૂપા કરીને નીચેના પૃષ્ઠ પર તમે જે લાભ મેળવવા માંગો છો તેના વિશેના પ્રશ્નોના જ જવાબ આપો.

- શું કોઈને અન્ય દેશ અથવા રાજ્યમાં કોઈ લાભ મળ્યો છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને TANF માટે)
 હા ના
જો હા:
કોણ: _____
ક્યાં: _____
ક્યારે: _____
- 8/22/1996 પછી તેઓ ક્યાં રહે છે અને તેઓ કોને એક કરતાં વધુ વિસ્તારમાં બહુવિધ FS લાભો મેળવવાના છે તે વિશે ખોટી માહિતી આપવા બદલ શું કોઈને દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના
જો હા:
કોણ: _____
ક્યાં: _____
ક્યારે: _____
- શું તમારા ઘરના કોઈપણ વ્યક્તિએ અરજીની તારીખના 30 દિવસની અંદર સ્વેચ્છાએ નોકરી છોડી દીધી છે અથવા સ્વેચ્છાએ તેના/તેણીના કામના ક્વાકો પ્રતિ સમાહ 30 ક્વાકથી ઓછા કર્યા છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને TANF માટે) હા ના
જો હા, તો કોણે છોડ્યું? _____
તેણે/તેણીએ શા માટે છોડી દીધું? _____
- શું કોઈ ગર્ભવતી છે? (આ પ્રશ્ન ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અરજદારોને લાગુ પડતો નથી) હા ના
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, તો ડિલિવરી/સમાપ્તિ તારીખ શું હતી? _____; અને કેટલા બાળકોની ડિલિવરી/અપેક્ષિત હતી? ____
સગર્ભા સ્ત્રીનું નામ: _____ અજાત બાળકના પિતાનું નામ: _____
પિતાનું સરનામું: _____
- 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 ફૂપા કરીને અવેતન બિલ મોકલો.
- શું કોઈ ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અથવા TANF પ્રોગ્રામમાંથી અયોગ્ય છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને TANF માટે) હા ના
જો હા:
કોણ: _____
ક્યાં: _____
- શું કોઈ અપરાધ માટે રદબાતલ કાર્યવાહી અથવા જેલમાં ભાગી રહ્યું છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને TANF માટે) હા ના
ફોર્મ 297 (રેવ. 10/2022)



Georgia પરિવાર અને
બાળકોની સેવાઓ નો



લાભો માટેની અરજી

જો હા, તો કોણ: _____

8. શું કોઈ પ્રોબેશન અથવા પેરોલની શરતોનું ઉલ્લંઘન કરી રહ્યું છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને TANF માટે) હા ના

જો હા, તો કોણ: _____

9. શું 8/22/1996 પછી (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને TANF માટે) અથવા હિસક ગુના (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) પછી નિયંત્રિત ડ્રગ પદાર્થ (એટલે કે, ડ્રગ ફેલોન) ના કબજા, ઉપયોગ અથવા વિતરણથી સંબંધિત વર્તનને કારણે કોઈને અપરાધની સજા છે. ફક્ત TANF માટે)?

હા ના

જો હા :

કોણ: _____ ક્યારે : _____

a. શું તમે ડ્રગના ગુનાની સજાના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પ્રોબેશનની શરતોનું પાલન કરો છો? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના

b. શું તમે ડ્રગના ગુનાની સજાના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પેરોલની શરતોનું પાલન કરો છો? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના

c. શું તમે કોઈપણ ડ્રગ સંબંધિત દોષિત ઠરાવથી સંબંધિત પ્રોબેશન અથવા પેરોલની તમામ શરતો સફળતાપૂર્વક પૂર્ણ કરી છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના

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

જો હા:

કોણ: _____ ક્યારે: _____

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

જો હા:

કોણ: _____

ક્યારે: _____

12. 8/22/1996 પછી બંદૂકો, દારૂઓળો અથવા વિસ્ફોટકો માટે ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) લાભોના વેપાર માટે તમને અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના

જો હા:

કોણ: _____

ક્યારે: _____

13. શું તમે અથવા તમારા ઘરના કોઈપણ સભ્યને ઉગ્ર જાતીય દુર્વ્યવહાર, હત્યા, જાતીય શોષણ અને બાળકોના અન્ય દુર્વ્યવહાર, જાતીય હુમલો સાથે સંકળાયેલા ફેડરલ અથવા રાજ્યના ગુના અથવા એટર્ની જનરલ દ્વારા નિર્ધારિત રાજ્યના કાયદા હેઠળના ગુના માટે પુખ્ત તરીકે દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે. 2/7/2014 પછી, આવા અપરાધ સમાન છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના

જો હા:

કોણ: _____

ક્યારે: _____

a. શું તમે અપરાધની સજાના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પ્રોબેશનની શરતોનું પાલન કરો છો? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના

b. શું તમે ગુનાહિત દોષારોપણના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પેરોલની શરતોનું પાલન કરો છો? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના

c. શું તમે કોઈપણ અપરાધ સંબંધિત દોષિત ઠરાવથી સંબંધિત પ્રોબેશન અથવા પેરોલની તમામ શરતો સફળતાપૂર્વક પૂર્ણ કરી છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના

14. શું તમને અથવા ઘરના કોઈ સભ્યને વોટરી કે જુગારમાં જીતેલી જીત મળી છે? હા ના

જો હા:



Georgia પરિવાર અને
બાળકોની સેવાઓ નો



લાભો માટેની અરજી

કોણ: ક્યારે: _____ પ્રાપ્ત 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/દારૂગોળો સ્ટોર, ફૂલ શિપ, માનસિક વાયકો, ધૂમ્રપાનની દુકાનો, ટેલુવેધનની દુકાનો અને સ્પા/મસાજ સલુન્સ પર TANF ફંડ અથવા EPPIC 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 થયેલ માસિક રકમ : _____

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? ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને TANF માટે, કૃપા કરીને આવકની પણ સૂચિ બનાવો જેમ કે: VA આવક, યાઇલ્ડ સપોર્ટ, અન્ય લોકો પાસેથી નાણાં અથવા કામદારોનું વળતર. જો હા, તો નીચેનો ચાર્ટ પૂરણ કરો.

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

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

અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યોના સંસાધનો વિશે અમને કહો - TANF 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) માટે 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).

એકાઉન્ટ્સ તપાસી રહ્યું છે હા નાં અંતિમ સંસ્કાર યોજના/પ્રીપેડ દફનવિધિની આઇટમ હા નાં
 બચત ખાતા હા નાં દફનવિધિના પ્લોટ અથવા કોન્ટ્રાક્ટ હા નાં
 સરકારી બોન્ડ હા નાં સ્ટોક્સ અને બોન્ડ્સ હા નાં
 ટ્રસ્ટ ફંડ હા નાં અન્ય (IRA, CD, વગેરે) હા નાં
 રિયલ પ્રોપર્ટી/હોમવેસ પ્રોપર્ટી? 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



Georgia પરિવાર અને
બાળકોની સેવાઓ નો



લાભ માટેની અરજી

જો હા, તો ફૂપા કરીને નીચે વર્ણવો.

ધરના 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 ફૂપા કરીને નીચેની માહિતી પૂરી કરો.

નીતિ માલિક	વીમા કંપની	નીતિ અનુક્રમ	ફેસ વેલ્યુ	રોકડ મૂલ્ય

અમને અરજદાર અને ધરના તમામ સભ્યોના ખર્ચ વિશે જણાવો (મેડિકલ અરજદારો માટે વૈકલ્પિક)

શું તમે આશ્રિત બાળક અથવા અપંગ પુખ્ત વયના ધરના 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 ધરના સભ્ય માટે પરિવહન ખર્ચ ચૂકવો છો? હા નાં
શું આ ખર્ચાઓ આશ્રિત સંભાળ ખર્ચમાં સામેલ છે? હા નાં
જો ના, તો ફૂપા કરીને આ પ્રશ્નનો જવાબ આપો: સામાજિક ચાલતા કુલ માઇલ:

શું ધરની કોઈ વ્યક્તિ ધરની બહાર રહેતા કોઈ વ્યક્તિને બાળ સહાય ચૂકવે છે? હા નાં
જો હા, તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો.

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

અમને અરજદાર અને ધરના તમામ સભ્યોના ખર્ચ વિશે વધુ જણાવો (મેડિકલ અરજદારો માટે વૈકલ્પિક)

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

ધરના સભ્ય જેની પાસે ખર્ચ છે	ખર્ચનો પ્રકાર (ડોક્ટરની મુલાકાત, હોસ્પિટલની મુલાકાત, પ્રિસ્ક્રિપ્શન, મેડિકેર અથવા આરોગ્ય વીમા પ્રિમીયમ, યશ્મા)	બાકી રકમ	હજુ બાકી છે? હા/નાં	ચૂકવેલ તારીખ	શું વીમો ચૂકવશે? હા/નાં



Georgia પરિવાર અને
બાળકોની સેવાઓ નો



લાભ માટેની અરજી

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 (ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલની મુલાકાત; ફાર્મસી પિક-અપ)	કુલ માઇલ યલાવેલ:	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	કેટલી વારે?	કોણે ચૂકવણી કરી?
ભાડું/ગૌરો			
મિલકત વેરો			
મિલકત વીમો			
વીજળી			
ગેસ			
કચરો			
ટેલિફોન			
અન્ય			

શું તમે ઘરના કોઈપણ સાથે માસિક ઘર ખર્ચ શેર કરો છો? હા નાં

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?

આ વ્યક્તિ કોને બિલ આપે છે?

ટેક્સ ફાઇલર માહિતી

- શું ઘરની કોઈ વ્યક્તિ આગામી વર્ષે ફેડરલ આવકવેરા રિટર્ન ફાઇલ કરવાની યોજના ધરાવે છે? હા નાં
જો હા, તો કોણ? (દરેક વ્યક્તિની યાદી જે ફાઇલ કરવાની યોજના ધરાવે છે)
- શું સૂચિબદ્ધ કરદાતાઓમાંથી કોઈ પણ જીવનસાથી સાથે સંયુક્ત રીતે ફાઇલ કરશે? હા ના જો હા, તો કૃપા કરીને જીવનસાથીના નામની યાદી આપો:

- શું કોઈપણ ટેક્સ ફાઇલર્સ તેમના ટેક્સ રિટર્ન પર કોઈ આશ્રિતોનો દાવો કરશે? હા ના જો હા, તો કૃપા કરીને આશ્રિતોના નામ(ઓ)ની યાદી આપો

- શું કોઈ બીજાના ટેક્સ રિટર્ન પર આધારિત હોવાનો દાવો કરવામાં આવશે? હા ના જો હા, તો કૃપા કરીને ટેક્સ ફાઇલ કરનાર અને આશ્રિતના નામની યાદી આપો:
(ફાઇલર) _____
(આશ્રિત) _____
ટેક્સ ફાઇલર સાથે કર આધારિત કેવી રીતે સંબંધિત છે? _____

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



લાભ માટેની અરજી

- ભરણપોષણની ચૂકવણી \$ _____ કેટલી વાર? _____ વિદ્યાર્થી વોન વ્યાજ \$ _____ કેટલી વાર? _____
- હેલ્થ ઈન્સ્યોરન્સ પ્રિમીયમ, 401K અને અન્ય પ્રી-ટેક્સ કપાત \$ _____ કેટલી વાર? _____
- હેલ્થ ઈન્સ્યોરન્સ પ્રિમીયમ, 401K અન્ય પ્રી-ટેક્સ કનેટ અને \$ _____ કેટલી વાર? _____

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 સર્વિસેન્ટ, 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 મૂળ છે? હા નાં
જો હા, પૂર્ણ જોડાણ B.

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 સર્વિસેન્ટ સિક્યોરિટી ઇન્કમ (SSI) અરજીના ત્રણ મહિના પહેલાંના અવેતન તબીબી બિલને આવરી લેવા માટે Medicaid 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 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, હોસ્પાઇસ કેર, સ્વતંત્ર સંભાળ માફી અથવા ડીમિંગ વેવર (કેટી બેકેટ) જેવી સમુદાય આધારિત માફી સેવાઓ માટે ચૂકવણી કરવામાં મદદ કરવા Medicaid માટે અરજી કરી રહ્યાં છો?
 હા નાં



Georgia પરિવાર અને
બાળકોની સેવાઓ નો



લાભો માટેની અરજી



લાભો માટેની અરજી

ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) પ્રોગ્રામ ઇંડ

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.
- ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) અથવા EBT કાર્ડનો ઉપયોગ કરશો નહીં જે તમારા નથી અને બીજા કોઈને તમારા ઉપયોગ કરવા દો નહીં.
- આલ્કોહોલ અથવા સિગારેટ જેવી બિન-ખાદ્ય વસ્તુઓ ખરીદવા અથવા કેડિટ કાર્ડ પર ચૂકવણી કરવા માટે ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) લાભોનો ઉપયોગ કરશો નહીં.
- ગેરકાયદેસર વસ્તુઓ માટે ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) અથવા EBT કાર્ડનો વેપાર અથવા વેચાણ કરશો નહીં; જેમ કે અગ્નિ હથિયારો, દારૂઓનો અથવા નિયંત્રિત પદાર્થ (ગેરકાયદેસર દવાઓ).

ઘરના કોઈપણ સભ્ય જે ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) નિયમોનો હેતુસર ભંગ કરે છે તેને ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) પ્રોગ્રામમાંથી એક વર્ષ માટે કાયમ માટે પ્રતિબંધિત કરી શકાય છે, \$250,000 સુધીનો ઇંડ, 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 કોર્ટ આદેશ આપે તો તેણી/તેણીને ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) પ્રોગ્રામમાંથી વધારાના 18 મહિના માટે પ્રતિબંધિત કરવામાં આવી શકે છે.

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

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

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

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 ગુના પર ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) પ્રોગ્રામમાં ભાગ લેવા માટે કાયમ માટે અયોગ્ય બનશો. ઉલ્લંઘન

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

TANF પ્રોગ્રામ ઇંડ

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

- 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, નાઇટ ક્લબ/સલુન્સ/ટેવર્ન, બિન્ગો હોલ, રેસમાં વ્યવહારો કરવા માટે. ટ્રેક્સ, ગેમિંગ સંસ્થાઓ, બંદૂક/દારૂઓનો સ્ટોર્સ, કુઝ શિપ, સાયકલ રીડર્સ, ધૂમ્રપાનની દુકાનો, ટેટ્ટુ/વેધનની દુકાનો અને સ્પા/મસાજ સલુન્સ સખત પ્રતિબંધિત છે અને પ્રથમ ઉલ્લંઘન માટે છ મહિના માટે TANF લાભો ગુમાવશે, બાર બીજા ઉલ્લંઘન માટે મહિનાઓ અને ત્રીજા ઉલ્લંઘન માટે કાયમી ધોરણે.
- 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 ઠરવે છે, તો તમે અથવા તે ઘરના સભ્ય પાત્ર અને/અથવા કાયમી ધોરણે ગેરલાયક ઠરશો નહીં.



લાભો માટેની અરજી

તમામ ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP), TANF અને મેડિકેડ અરજદારો માટે:

હું મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી અને માન્યતા મુજબ ખોટી જુબાનીના દંડ હેઠળ જાહેર કરું છું કે હું જેના માટે લાભો માટે જાહેર કરું છું તે વ્યક્તિ(ઓ) U.S.ના નાગરિક(ઓ) છે અથવા યુનાઇટેડ 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.

ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) અને/અથવા TANF પ્રોગ્રામ આવશ્યકતાઓ અનુસાર હું મારી પરિસ્થિતિમાં કોઈપણ ફેરફારની જાણ કરીશ. જો મારા પરિવારમાં કોઈને લોટરી અથવા જીગરની જીત, \$4250 અથવા તેથી વધુની ફુલ રકમ (ટેક્સ અથવા અન્ય રકમ રોકી દેવામાં આવે તે પહેલાં) મળે તો પણ હું જાણ કરીશ. હું આ જીતની જાણ જે મહિનાના અંતના 10 દિવસની અંદર કરીશ જેમાં મારા પરિવારને જીત પ્રાપ્ત થશે. 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 ફૂડ સ્ટેમ્પ (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.

અરજદાર ની સહી

તારીખ:

અધિકૃત પ્રતિનિધિની સહી

તારીખ:

મતદાર નોંધણીની માહિતી

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 તમારા રજીસ્ટ્રેશનના 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 રાજ્યના સચિવને પર ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો

2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 અથવા (404) 656-2871. પર કોલ કરીને.

જો તમે બેમાંથી એક બોક્સને 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 જ્યોર્જિયા સેક્રેટરી ઓફ સ્ટેટ ઓફિસમાં સબમિટ કરો.



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.
સહાયક એકમ (AU)	સહાયતા એકમમાં એવા પાત્ર વ્યક્તિઓનો સમાવેશ થાય છે જેઓ સાથે રહે છે અને જાહેર સહાય/લાભ મેળવે છે.
રહેવાળ	માતાપિતા, સંબંધી અથવા કાનૂની વાલી કે જેઓ તેમની સંભાળમાં બાળકો સાથે TANF માટે અરજી કરે છે અને મેળવે છે.
ગેરલાયક	ફૂડ સ્ટેમ્પ (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 જોઈએ ન હતા.
ઇલેક્ટ્રોનિક બેનિફિટ ટ્રાન્સફર (EBT)	ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) માટે લાયક વ્યક્તિઓને લાભો ચૂકવવા માટે જ્યોર્જિયામાં ઉપયોગમાં લેવાતી સિસ્ટમ. સહાય મેળવનારી વ્યક્તિઓને EBT ડેબિટ કાર્ડ આપવામાં આવે છે, જેનો ઉપયોગ તેમના ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) એકાઉન્ટને એક્સેસ કરવા માટે થાય છે.
ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન્સ	તમે તમારી માહિતી વિશે કેવી રીતે સૂચનાઓ પ્રાપ્ત કરવા માંગો છો તે પસંદ કરવાનો તમારી પાસે વિકલ્પ છે. જો તમે ઈમેલ અથવા ટેક્સ્ટ સૂચનાઓ પ્રાપ્ત કરવાનું પસંદ કરો છો, તો તમને GA ગેટવે ગ્રાહક પોર્ટલમાં સ્થિત માય નોટિસમાં નોટિસ આપવામાં આવી છે તેની સૂચના આપતો સંદેશ તમને પ્રાપ્ત થશે. 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 ફૂપા 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 લાગુ થઈ શકે છે. આ વાહકો દ્વારા બદલાઈ શકે છે, ફૂપા કરીને તમારા પ્રદાતા સાથે તપાસ કરો.
EPPICard ડેબિટ માસ્ટરકાર્ડ	જ્યોર્જિયા રાજ્યએ TANF પ્રાપ્તકર્તાઓ માટે EPPICard ડેબિટ માસ્ટરકાર્ડ તરીકે ઓળખાતા અનુકૂળ "ઇલેક્ટ્રોનિક" ચુકવણી વિકલ્પનો અમલ કર્યો છે. આ ચુકવણી વિકલ્પ હેઠળ, મહિનાના પ્રથમ કેલેન્ડર દિવસે પ્રાપ્તકર્તાના ખાતામાં પૈસા જમા કરવામાં આવે છે. જો પ્રથમ સમાહના 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.
અનુદાન આપનાર સંબંધી	માતાપિતા, સંબંધી અથવા કાનૂની વાલી કે જેઓ બાળકો વતી તેમના નામમાં TANF માટે અરજી કરે છે અને મેળવે છે.
કુલ આવક	કર અથવા અન્ય કપાતને ધ્યાનમાં લેતા પહેલા વ્યક્તિની કુલ આવક.
ઘરના સભ્યો	તમારા ઘરમાં રહેતી વ્યક્તિઓ. ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) માટે, જે વ્યક્તિઓ સાથે રહે છે અને ખરીદી કરે છે અને સાથે મળીને ભોજન તૈયાર કરે છે.
આવક	વેતન, પગાર, કમિશન, બોનસ, કામદારનું વળતર, વિકલાંગતા, પેન્શન, નિવૃત્તિ લાભો, વ્યાજ, ચાઇલ્ડ સપોર્ટ અથવા અન્ય કોઇપણ પ્રકારના નાણાં પ્રાપ્ત કરવા જેવી ચૂકવણી.
મિડલ ક્લાસ ટેક્સ રિલીફ એક્ટ 2012	આ કાયદો રોકડ સહાય ભંડોળ અથવા TANF ડેબિટ કાર્ડનો ઉપયોગ રોકડ ઉપાડવા અથવા કેસિનો, દારૂની દુકાનો, વચસ્ક-લક્ષી મનોરંજન સુવિધાઓ, પોકર રૂમ, જામીન બોન્ડ, નાઇટ ક્લબ/સલુન્સ/ટેવર્ન, બિન્ગો હોલ, રેસ ટ્રેક પર રોકડ ઉપાડ કરવા અથવા વ્યવહારો કરવા પર પ્રતિબંધ મૂકે છે. ગેમિંગ મથકો, બંદૂક/દારૂગોળો સ્ટોર, કુઝ શિપ, માનસિક વાયકો, ધૂમ્રપાનની દુકાનો, ટેટ્ટુ/વેધનની દુકાનો અને સ્પા/મસાજ સલુન્સ. આ વ્યવસાયો પર રોકડ સહાય ભંડોળ અથવા TANF ડેબિટ કાર્ડનો ઉપયોગ પ્રાપ્તકર્તા તરફથી ઇરાદાપૂર્વક કાર્યક્રમ ઉલ્લંઘન (ઇતરપિડી) ની રચના કરશે.
સ્થળાંતરિત 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 ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ પ્રદાન કરવાની જરૂર નથી.



લાભો માટેની અરજી

<p>લાયક એલિયન/ઇમિગ્રન્ટ</p>	<p>લાયકતા ધરાવતા એલિયન/ઇમિગ્રન્ટ એ એવી વ્યક્તિ છે જે કાયદેસર રીતે યુ.એસ.માં રહેતી હોય જે નીચેની શ્રેણીઓમાંની એકમાં આવે છે:</p> <ul style="list-style-type: none"> ઇમિગ્રેશન એન્ડ નેશનાલિટી એક્ટ (INA) હેઠળ કાયમી નિવાસ (LPR) માટે કાયદેસર રીતે સ્વીકારવામાં આવેલ વ્યક્તિ; ફોરેન ઓપરેશન્સ, એક્સપોર્ટ ફાઇનાન્સિંગ એન્ડ રિવેટ્સ પ્રોગ્રામ એપ્રોપ્રિયેશન એક્ટ ઓફ 1988ની કલમ 584 હેઠળ અમેરેશિયન ઇમિગ્રન્ટ; 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, જે 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 હૈતિયન ઇમિગ્રન્ટ્સ; ટ્રાફિકિંગ વિક્ટિમ્સ પ્રોટેક્શન એક્ટ 2000ની કલમ 107(b)(1) હેઠળ માનવ તસ્કરીના પીડિતો; પર્સનલ રિસ્પોન્સિબિલિટી એન્ડ વર્ક ઓપોર્ચુનિટી રિકોન્સિલિયેશન એક્ટ 1996ની કલમ 431 (c) માં નિર્ધારિત શરતોને પૂર્ણ કરનારા પરેશાન ઇમિગ્રન્ટ્સ; અફઘાન અથવા ઇરાકી ઇમિગ્રન્ટ્સને INA ની કલમ 101(a)(27) હેઠળ વિશેષ ઇમિગ્રન્ટનો દરજ્જો આપવામાં આવ્યો છે (નર્ટિટ શરતોને આધીન); INA ની કલમ 289 હેઠળ યુ.એસ.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; હમોગ અથવા હાઇલેન્ડ લાઇબ્રેરી આદિવાસી સભ્યો કે જેઓ વિચેતનામ યુગ(8/05/1964 – 5/07/1975).દરમિયાન લશ્કરી અથવા બચાવ કામગીરીમાં ભાગ લઈને યુએસ કર્મચારીઓને સહાયતા આપે છે. <p>માત્ર તબીબી સહાયતા અરજદારો માટે, કોમ્પેક્ટ ઓફ ફ્રી એસોસિએશન (COFA) એ ફેડરેટડ સ્ટેટ્સ ઓફ માઇક્રોનેશિયા, રિપબ્લિક ઓફ માર્શલ આઇલેન્ડ્સ અને પલાઉ રિપબ્લિકના નાગરિકો છે. COFA સ્થળાંતર કરનારાઓએ 5-વર્ષના બારને મળવાની જરૂર નથી.</p>
<p>સંસાધનો</p>	<p>રોકડ, મિલકત અથવા અસ્કયામતો જેમ કે બેંક ખાતા, વાહનો, સ્ટોક, બોન્ડ અને જીવન વીમો.</p>
<p>મોસમી ફાર્મ કામદારો</p>	<p>જે વ્યક્તિઓ વર્ષના ચોક્કસ સમયે ઉત્પાદનનું વાવેતર, ચૂંટવું 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.</p>
<p>ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) પ્રોગ્રામમાં ટ્રાફિકિંગ</p>	<p>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 આપલે 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 ઇરાદાપૂર્વક 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.</p>

બધા મેડિકેડ અરજદારો માટે:

પ્રાસકર્તાઓ અથવા પ્રદાતાઓ પર શંકાસ્પદ મેડિકેડ છેતરપિંડીની જાણ કરવા માટે, (સ્થાનિક) (404) 463-7590 અથવા (ટોલ ફ્રી) (800) 533-0686 પર જયોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ કોમ્યુનિટી હેલ્થ-ઓફિસ ઓફ ઇન્સ્પેક્ટર જનરલને કોલ કરો; oiganonymous@dch.ga.gov પર ઇમેલ દ્વારા; ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ કોમ્યુનિટી હેલ્થ, OIG PI વિભાગ, 2 પીયટ્રી સ્ટ્રીટ NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303 પર ટપાલ દ્વારા; અથવા <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud> ની મુલાકાત લો.



Georgia પરિવાર અને
બાળકોની સેવાઓ નો



લાભ માટેની અરજી

ADA/કલમ 504 અધિકારોની સયના

વિકલાંગ લોકો માટે મદદ

જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હુમન સર્વિસિસ અને જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ કોમ્યુનિટી હેલ્થ ("વિભાગો") એ ફેડરલ લો* 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 એક્સેસ 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 કોઈ ફેરફાર કરવાની જરૂર નથી કે જેના પરિણામે સેવા, કાર્યક્રમ અથવા પ્રવૃત્તિના સ્વરૂપમાં અથવા અનુચિત નાણાકીય અને વહીવટી બોજોમાં મૂળભૂત ફેરફાર થાય.

વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયની વિનંતી કેવી રીતે કરવી

જો તમને અપંગતા હોય અને વાજબી ફેરફાર, સંચાર સહાય અથવા વધારાની મદદની જરૂર હોય તો ફૂપા કરીને તમારા કેસ વર્કરનો સંપર્ક કરો. દાખલા તરીકે, જો તમને સાઇન લેંગ્વેજ ઇન્ટરપ્રીટર જેવી અસરકારક સંચાર માટે સહાય અથવા સેવાની જરૂર હોય તો કોલ કરો. તમારી વિનંતી કરવા માટે તમે તમારા કેસ વર્કરનો સંપર્ક કરી શકો છો (877) 423-4746 પર DFCS અથવા DCH કેટી બેકેટ (KB) ટીમને 678-248-7449 પર કોલ કરી શકો છો. તમે DFCS ADA વાજબી ફેરફાર વિનંતી ફોર્મનો ઉપયોગ કરીને તમારી વિનંતી પણ કરી શકો છો, જે તમારી સ્થાનિક DFCS ઓફિસ પર અથવા ઓનલાઇન <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> પર ઉપલબ્ધ છે અથવા તમે મેળવી શકો છો. DCH ADA વાજબી ફેરફાર વિનંતી ફોર્મ KB ટીમ પર અથવા <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> પર ઓનલાઇન, પરંતુ તમારે ફોર્મનો ઉપયોગ કરવાની જરૂર નથી.

ફરિયાદ કેવી રીતે ફાઇલ કરવી

જો તમારી વિકલાંગતાને કારણે વિભાગોએ 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 ન કરવામાં આવી હોય. તમે તમારા કેસ વર્કર, તમારી સ્થાનિક DFCS ઓફિસ અથવા DFCS સિવિલ રાઇટ્સ, ADA/સેક્શન 504 કોઓર્ડિનેટરનો 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 1, 30303 877-423-4746 પર સંપર્ક કરીને મૌખિક અથવા લેખિતમાં ફરિયાદ કરી શકો છો. DCH માટે, 2211 Beaver Ruin Road, Ste પાટે KB ટીમ ADA/વિભાગ 504 કોઓર્ડિનેટરનો સંપર્ક કરો. 150, Norcross, GA 30071, અથવા PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH ઇમેઇલ છે: dch.adarequests@dch.ga.gov.

તમે તમારા કેસ વર્કરને DFCS સિવિલ રાઇટ્સ, ADA/સેક્શન 504 ફરિયાદ ફોર્મની નકલ માટે કહી શકો છો. ફરિયાદ ફોર્મ <https://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 ઓપરેટરને 711 પર કોલ 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 સ્થિત છે <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

તમે યોગ્ય ફેડરલ એજન્સી સાથે ભેદભાવની ફરિયાદ પણ નોંધાવી શકો છો. U.S. માટે સંપર્ક માહિતી કૃષિ વિભાગ (USDA) અને U.S. ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હેલ્થ એન્ડ હુમન સર્વિસિસ (HHS) અંદર સમાવિષ્ટ "Nondiscrimination Statement" ની અંદર છે.

*1973ના પુનર્વસન અધિનિયમની કલમ 504; અમેરિકનો વિથ ડિસેબિલિટી એક્ટ 1990; અને અમેરિકનો વિથ ડિસેબિલિટી એક્ટ એમેન્ડમેન્ટ્સ એક્ટ 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.



Georgia પરિવાર અને બાળકોની સેવાઓ નો

લાભો માટેની અરજી

USDA અથવા HHS ને અરજીઓ મોકલશો નહિ 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., બ્રેઇલ, મોટી પ્રિન્ટ, ઓડિઓટેપ, અમેરિકન સાઇન 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 સંડોવતા નાગરિક અધિકારોની ફરિયાદો

USDA ઘણા ખાદ્ય સુરક્ષા અને ભૂખ ઘટાડવાના કાર્યક્રમો જેમ કે પૂરક પોષણ સહાયતા કાર્યક્રમ (SNAP), ભારતીય અનામત પર ખાદ્ય વિતરણ કાર્યક્રમ (FDPPIR) અને અન્યો માટે સંઘીય નાણાકીય સહાય પૂરી પાડે છે. ભેદભાવની પ્રોગ્રામ ફરિયાદ નોંધાવવા માટે, પ્રોગ્રામ ભેદભાવ ફરિયાદ ફોર્મ ભરો, (AD-3027) ઓનલાઇન જોવા મળે છે <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR-P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, અને કોઈપણ USDA ઓફિસમાં અથવા પત્ર લખો USDA ને સંબોધવામાં આવે છે અને ફોર્મમાં વિનંતી કરવામાં આવેલી તમામ માહિતી પત્રમાં પ્રદાન કરે છે. ફરિયાદ ફોર્મની નકલની વિનંતી કરવા માટે, (866) 632-9992 પર કોલ કરો. આના દ્વારા USDA ને તમારું ભરેલું ફોર્મ અથવા પત્ર સબમિટ કરો:

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

SNAP સમસ્યાઓ સંબંધિત કોઈપણ અન્ય માહિતી માટે, વ્યક્તિઓએ ક્યાં તો USDA SNAP હોટલાઇન નંબર (800) 221-5689 પર સંપર્ક કરવો જોઈએ, જે સ્પેનિશમાં પણ છે, અથવા [state information/hotline numbers](http://stateinformation/hotline/numbers) પર કોલ કરવો જોઈએ (આના દ્વારા હોટલાઇન નંબરોની સૂચિ માટે લિંક પર ક્લિક કરો રાજ્ય); અહીં ઓનલાઇન જોવા મળે છે: [SNAP hotline](http://SNAPhotline).

HHS કાર્યક્રમોને સંડોવતા નાગરિક અધિકારની ફરિયાદો

TANF, હેડ સ્ટાર્ટ, લો ઇન્કમ 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 હોવ કે તમારી જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, વિકલાંગતા, ઉંમર, લિંગ (ગર્ભાવસ્થા, જાતીય અભિગમ અને લિંગ ઓળખ સહિત), અથવા એવા કાર્યક્રમો અથવા પ્રવૃત્તિઓમાં ધર્મ કે જે HHS સીધી રીતે ચલાવે છે અથવા જેના માટે HHS ફેડરલ નાણાકીય સહાય પૂરી પાડે છે, તમે તમારા માટે અથવા અન્ય કોઈ વ્યક્તિ માટે ઓફિસ ઓફ સિવિલ રાઇટ્સ (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 દ્વારા <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> પર ફોર્મ ઓનલાઇન ભરો. તમે મેઇલ દ્વારા OCR નો સંપર્ક અહીં પણ કરી શકો છો: કેન્દ્રીયકૃત કેસ મેનેજમેન્ટ કામગીરી U.S. આરોગ્ય અને માનવ સેવા વિભાગ, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; ફોન (202) 619-3818; અથવા ઇમેઇલ OCRmail@hhs.gov. ઝડપી પ્રક્રિયા માટે, અમે તમને મેઇલ દ્વારા ફાઇલ કરવાને બદલે ફરિયાદો ફાઇલ કરવા માટે OCR ઓનલાઇન પોર્ટલનો ઉપયોગ કરવા પ્રોત્સાહિત કરીએ છીએ. જે વ્યક્તિઓને નાગરિક અધિકારની ફરિયાદ દાખલ કરવામાં સહાયની જરૂર હોય તેઓ OCRMail@hhs.gov પર ઇમેઇલ કરી શકે છે અથવા 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 પર OCR ટોલ-ફ્રી કોલ કરી શકે છે. જે વ્યક્તિઓ બહેરા હોય, સાંભળવામાં તકલીફ હોય અથવા બોલવામાં તકલીફ હોય, તો ફૂપા કરીને ટેલિફોનિકેશન રિલે સેવાઓને એક્સેસ કરવા માટે 7-1-1 ડાયલ કરો. ફરિયાદ દાખલ કરવા માટે અમે વૈકલ્પિક ફોર્મેટ્સ (જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટ), સહાયક સહાય અને ભાષા સહાય સેવાઓ પણ મફતમાં પ્રદાન કરીએ છીએ.

આ સંસ્થા સમાન તક પ્રદાતા છે.

ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસ (DHS) હેઠળ, તમે તમારી સ્થાનિક DFCS ઓફિસ અથવા DFCS સિવિલ રાઇટ્સ, 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, ખાતે ADA/સેક્શન 504 કોઓર્ડિનેટરનો સંપર્ક કરીને અન્ય ભેદભાવની ફરિયાદો પણ નોંધાવી શકો છો. (877) 423-4746. મર્યાદિત અંગ્રેજી પ્રાવીણ્યના આધારે ભેદભાવનો આક્ષેપ કરતી ફરિયાદો માટે, 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303 પર DHS લિમિટેડ અંગ્રેજી પ્રાવીણ્ય અને સંવેદનાત્મક ક્ષતિ કાર્યક્રમનો સંપર્ક કરો અથવા (877) 423-4746 પર કોલ કરો.

USDA અથવા HHS ને અરજીઓ મોકલશો નહિ