



## लाभहरूका लागि आवेदन

तपाईंले पूरा गरिएको आवेदन आफ्नो स्थानीय काउन्टी कार्यालयमा प्रत्यक्ष हस्तान्तरण, फ्याक्स वा मेल गर्नुपर्छ।

तपाईं यो कागजात पढ्न वा पूरा गर्न वा हामीसँग कुराकानी गर्नमा मद्दत आवश्यक पर्छ भने, हामीलाई सोध्नुहोस् वा (877) 423-4746 मा कल गर्नुहोस्। दोभाषे सहित हाम्रा सेवाहरू निःशुल्क छन्। तपाईंको श्रवणशक्ति कमजोर छ, सुन्नमा कठिनाई हुन्छ, दृष्टिविहीन हुनुहुन्छ वा बोल्नमा कठिनाई हुन्छ भने, तपाईं हामीलाई 711 (जर्जिया रिले) डायल गरेर माथिको नम्बरमा फोन गर्न सक्नुहुन्छ।

हामीले परिवार तथा बाल सेवा विभाग (DFCS) मा कस्ता सेवाहरू प्रस्ताव गर्छौं?

DFCS ले निम्न सेवाहरू प्रस्ताव गर्छ:



### खाद्य सहायता

फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) भनेको तपाईंले EBT/Quest हस्ताक्षर भएको कुनै पनि पसलमा खाना खरिद गर्न प्रयोग गर्न सक्नुहुने लाभहरू हुन्। हामीले फूड स्ट्याम्प खाताबाट तपाईंको खाना खरिद गर्दा शुल्क घटाउने छौं।



नगद सहायता/रोजगार समर्थन सेवाहरू निधन परिवारहरूलाई अस्थायी सहायता (TANF) ले निर्भर बालबालिकाहरू भएका परिवारहरूलाई सीमित समयको लागि नगद सहायता उपलब्ध गराउँछ। अनुदानमा समावेश भएका आमाबुबा वा स्याहारकर्ताहरू काम गर्ने कार्यक्रममा सहभागी हुनुपर्छ। नगद सहायता कार्यक्रमले TANF कार्यक्रमको लागि योग्य नभएका घरका शरणार्थी सदस्यहरूलाई पनि वित्तीय सहायता उपलब्ध गराउँछ।

- **नाति-नातिनालाई हुकाइरहेका हजुरबुवा-हजुरआमा (GRG)** ले आवश्यक सहायता उपलब्ध गराउने छन् जसकारण बालबालिकाले उनीहरूको हजुरबुवा-हजुरआमाहरूको घरमा स्याहार प्राप्त गर्न सक्छन्।



### चिकित्सा सहायता

योग्य भएका व्यक्तिहरूका लागि Medicaid ले चिकित्सा बिल, चिकित्सकसँगको भेट र मेडिकेयर प्रिमियमहरू भुक्तानी गर्नमा मद्दत गर्न सक्छ।

### समुदायभन्दा बाहिरका सेवाहरू

अन्य DHS सेवाहरूको बारेमा थप जानकारीका लागि, कृपया हाम्रो वेबसाइट <http://dfcs.georgia.gov> मा जानुहोस् वा (877) 423-4746 मा फोन गर्नुहोस्।



### मैले लाभहरूका लागि कसरी आवेदन दिन सक्छु?

#### चरण 1। आवेदन भर्नुहोस्।

प्रश्नहरू ध्यानपूर्वक पढ्नुहोस् र सही जानकारी दिनुहोस्। साइन गर्नुहोस् र आवेदनमा मिति लेख्नुहोस्।

#### चरण 2। आफ्नो स्थानीय कार्यालयमा आवेदन दिनुहोस्।

तपाईंले पृष्ठहरू 1-2, 17-20 च्यातेर तिनीहरूलाई आफ्नो लागि राख्नु आवश्यक पर्ने छ।



तपाईंको परिवार तथा बालबालिका सेवाहरूको स्थानीय विभाग (DFCS) कार्यालयमा मेल, फ्याक्स गर्नुहोस् वा यो आवेदनको 3-16 पृष्ठहरू ल्याउनुहोस्। तपाईंले आफ्नो स्थानीय कार्यालय <http://dfcs.georgia.gov/locations> मा पत्ता लगाउन सक्नुहुन्छ।

तपाईं वा तपाईंले आवेदन दिनुभएको व्यक्ति लाभहरूको लागि योग्य भएमा, हामीले तपाईंको नाम, ठेगाना र हस्ताक्षर भएको आवेदन प्राप्त गरेको मितिबाट फूड स्ट्याम्प (SNAP)का लाभहरू उपलब्ध गराउने छ। TANF लाभहरू आवेदन स्वीकार गरिएको मितिबाट उपलब्ध गराउने छ।

### बारम्बार सोधिने प्रश्नहरू

#### लाभहरू प्राप्त गर्न कति समय लाग्छ?

फूड स्ट्याम्पहरू (पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम, SNAP):	30 दिनसम्म
निधन परिवारहरूलाई अस्थायी सहायता (TANF):	45 दिनसम्म
मेडिकेड:	10 देखि 60 दिन

तपाईं योग्य ठहरिनुभएमा तपाईंले 7 दिनभित्र फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) प्राप्त गर्न सक्षम हुन सक्नुहुन्छ। पृष्ठ 6 हेर्नुहोस्।

#### मैले कति रकम प्राप्त गर्नुछु?

तपाईंको आम्दानी, संसाधनहरू र परिवारको सङ्ख्याले लाभको रकम निर्धारण हुन्छ। हामी तपाईंको योग्यता निर्धारण गरिसकेपछि तपाईंलाई विशिष्ट जानकारी दिन सक्षम हुनेछौं।

#### मैले मेरा लाभहरू कसरी प्राप्त गर्नुछु?

फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि, तपाईंले आफ्ना लाभहरू पहुँच गर्न विद्युतीय सुविधा ट्रान्सफर (EBT) प्राप्त गर्नुहुने छ। TANF को लागि, तपाईंले आफ्ना लाभहरू पहुँच गर्न EPPIC डेबिट मास्टर कार्ड प्राप्त गर्नुहुनेछ। Medicaid को लागि, तपाईंले प्रत्येक योग्य सदस्यको लागि Medicaid कार्ड प्राप्त गर्नुहुनेछ।

#### तपाईंलाई निम्न जानकारी उपलब्ध गराउनका लागि अनुरोध गर्न सकिन्छ:

- फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र/वा TANF को लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने आवेदकको लागि पहिचानको प्रमाण। पहिचान कार्ड (ID) वा चालक इजाजतपत्र (DL) प्रमाणीकरणको स्वीकार्य स्वरूप हो। पहिचानको प्रमाण चिकित्सा सहायता आवेदकहरूका लागि आवश्यक पर्दैन।
- लाभहरू अनुरोध गर्ने सबैजनाको लागि यु.एस नागरिकता/योग्य आप्रवासी स्थितिको प्रमाण। यदि तपाईंले आपतकालीन चिकित्सा सेवा (EMA) का लागि मात्र आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो आप्रवास स्थितिका बारेमा आफ्नो SSN वा जानकारी उपलब्ध गराउनु पर्दैन।
- सहायता अनुरोध गर्ने सबैजनाको सामाजिक सुरक्षा नम्बरहरू।
- आम्दानीको प्रमाण *उदाहरणको लागि*, पे-स्टब, बाल सहायता भुक्तानी र आम्दानी अर्वाइड पत्रहरू। बाल सहायता भुक्तानीको प्रमाण चिकित्सा सहायता आवेदकहरूका लागि आवश्यक पर्दैन।
- बाल-स्याहार रसिद, चिकित्सा बिल, चिकित्सा यातायात लागत, भाडा/ऋण लागत र बाल सहायता भुक्तानीहरू जस्ता खर्चहरूको प्रमाण। यो जानकारी चिकित्सा सहायता आवेदकहरूका लागि आवश्यक पर्दैन।

हामी सुरुमा इलेक्ट्रोनिक डाटा स्रोतहरूको माध्यमबाट नागरिकता/अध्यागमन स्थिति र आम्दानीसम्बन्धी जानकारी प्रमाणित गर्ने प्रयास गर्ने छौं। आवेदन पेश गर्नका लागि कागजी प्रमाणीकरण कागजातहरू आवश्यक पर्दैन; तर पनि, तपाईंले आवेदनसँग कागजातहरू उपलब्ध गराउन सक्नुहुन्छ। यदि तपाईं इलेक्ट्रोनिक डाटा स्रोतहरूको माध्यमबाट प्रमाणित गर्न असमर्थ हुनुहुन्छ र तपाईंलाई यो जानकारी पाउनमा मद्दत चाहिन्छ भने, कृपया हामीलाई बताउनुहोस्।



## लाभहरूका लागि आवेदन

तपाईं फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP), TANF र/वा Medicaid को लागि आवेदन दिंदै हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो नाम, ठेगाना र हस्ताक्षर लेखेर मात्र लाभहरूको लागि आवेदन दायर गर्न सक्नुहुन्छ। यद्यपि, तपाईंले पूरा फाराम पूरा गर्नुभएमा यसले तपाईंको आवेदन प्रक्रिया छिट्टै गर्न हामीलाई मद्दत गर्न सक्नेछ। तपाईंले एकभन्दा धेरै कार्यक्रमको लागि वा फूड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रमको लागि मात्र सम्मिलित आवेदन दायर गर्न यो फाराम प्रयोग गर्न सक्नुहुने छ। तपाईंको (SNAP) आवेदन अर्को कार्यक्रमको लागि तपाईंको आवेदन अस्वीकार गरिएको कुराको आधारमा एकल रूपमा अस्वीकार गरिने छ। हामीले तपाईंको फूड स्ट्याम्प (SNAP) आवेदनको लागि छुट्टै योग्यता निर्धारण गर्ने छौं। तपाईं संस्थामा हुनुहुन्छ र एकै समयमा फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र SSI को लागि आवेदन दिंदै हुनुहुन्छ भने, तपाईंको आवेदन भर्ने मिति तपाईं संस्थाबाट छुट्टुभएको मिति हुन्छ।

### चरण 3। हामीसँग कुरा गर्नुहोस्।

तपाईंले कार्यकर्तासँग अन्तरवार्ता पूरा गर्नुपर्ने हुन सक्छ। त्यसो भएमा, हामी तपाईंलाई अपोइन्टमेन्ट दिनेछौं। यो अन्तरवार्ता फोनबाट पूरा गर्न सकिन्छ।

### हामीले आवेदकको व्यक्तिगत जानकारी कसरी प्रयोग गर्छौं?

तपाईंले लाभहरूका लागि आवेदन दिन चाहेका व्यक्तिहरूको लागि सामाजिक सुरक्षा नम्बरहरू (SSN) र नागरिकता वा आप्रवासी स्थिति मात्र उपलब्ध गराउनुपर्छ। यो जानकारी आम्दानी र योग्यता प्रमाणीकरण प्रणाली (IEVS) जाँच गर्न प्रयोग गरिनेछ। हामी तपाईंको आम्दानी र योग्यता प्रमाणित गर्न, ज्याला जानकारी र कार्य क्रियाकलापहरूमा सहभागीता ट्र्याक गर्न तपाईंको जानकारी अन्य संघीय, राज्य तथा स्थानीय निकायहरू विरुद्ध पनि मिलाउने छौं। परिवार सदस्यले हामीलाई उहाँहरूको SSN, नागरिकता वा आप्रवासी स्थिति बारे जानकारी दिन चाहनुहुन्छ भने, परिवारका अन्य सदस्यहरूले अझै पनि लाभहरू प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। यदि तपाईंले आपतकालीन चिकित्सा सेवाका लागि मात्र आवेदन दिंदै हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो आप्रवास स्थितिका बारेमा आफ्नो SSN वा जानकारी उपलब्ध गराउनु पर्दैन।

### अन्य कसैले मेरो लागि आवेदन दिन सक्नुहुन्छ?

फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र Medicaid को लागि, तपाईंले कसैलाई आफ्नो लागि आवेदन दिन अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। TANF को लागि, जो कोहीले पनि आवेदन दिन सक्नुहुन्छ तर आमाबुवा वा स्याहारकर्ताको अन्तरवार्ता लिनुपर्छ।



## लाभहरूका लागि आवेदन

### (यो आवेदन पूरा गरेर आफ्नो स्थानीय काउण्टी DFCS कार्यालयमा फिर्ता गर्नुहोस्।)

मैले के-को लागि आवेदन दिँदै छु? (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्)

- फूड स्ट्याम्पहरू (पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP))**  
पहिले फूड स्ट्याम्पहरू भनिने पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP) भनेको संघीय अनुदान प्राप्त कार्यक्रम हो जसले कम आय भएका परिवारहरूलाई खानाको लागत भुक्तानी गर्नमा मद्दत गर्न मासिक लाभहरू उपलब्ध गराउँछ। कार्यक्रमले परिवारहरूलाई उनीहरूको खाना र पोषण आवश्यकताहरू पूरा गर्न पोषण शिक्षा उपलब्ध गराउँछ र परिवारहरूलाई SNAP मा कम निर्भर गराउन रोजगारी प्राप्त गर्नमा मद्दत गर्नका लागि रोजगारी र प्रशिक्षण अवसरहरू उपलब्ध गराउँछ।
- निर्धन परिवारहरूलाई अस्थायी सहायता (TANF)**  
निर्धन परिवारहरूलाई अस्थायी सहायता (TANF) ले बालबालिकाहरू भएका योग्य परिवारहरूलाई बलियो बनाउन अस्थायी मासिक नगद भुक्तानी, एकल नगद भुक्तानी वा अन्य समर्थन सेवाहरू उपलब्ध गराउँछ। तपाईं अनुदानमा समावेश हुन चाहने बच्चाको अभिभावक वा स्याहारकर्ता हुनुहुन्छ भने, हामी तपाईंलाई कार्यक्रममा सहभागी गराउन आवश्यक हुने छ।
- नातिनातिना हुर्काउने हजुरबुवा हजुरआमा (GRG)**  
नातिनातिना हुर्काउने हजुरबुवा हजुरआमा (GRG) ले बालबालिकालाई उनीहरूका हजुरबुवा हजुरआमाको घरमा स्याहार गर्न सकियोस् भन्नका लागि अतिरिक्त नगद भुक्तानीहरू उपलब्ध गराउने छ। **आवेदकहरूले GRG का लागि योग्य हुन TANF को आवेदन दिनुपर्छ।**
- शरणार्थी नगद सहायता**  
शरणार्थी नगद सहायता कार्यक्रमले TANF कार्यक्रमको लागि योग्य नभएका शरणार्थी परिवारहरूलाई आर्थिक सहायता उपलब्ध गराउँछ। शरणार्थी शब्दमा शरणार्थी, क्युबाली/हाइटियन इन्ट्रान्ट, मानव बेचबिखनका पीडित, अमेरिसियन, आश्रित, अफगानी वा विशेष आप्रवासी भिसा (SIV) भएका इराकी वा योग्य अफगान प्यारोलहरू समावेश छन्।
- Medicaid**  
Medicaid ले वृद्ध मानिस, दृष्टिविहीन वा असक्षमता भएका वयस्कहरू, गर्भवती महिला, बालबालिका तथा परिवारहरूलाई चिकित्सा कभरेज प्रस्ताव गर्छ। तपाईंले आवेदन दिँदा, हामीले सबै Medicaid कार्यक्रमहरू हेर्नेछौं र तपाईं कुन प्राप्त गर्न योग्य हुनुहुन्छ भनी निर्णय गर्नेछौं।

कृपया आवेदकको बारेमा तल दिइएको मानचित्र भर्नुहोस्।

पहिलो नाम	बीचको प्रथमाक्षर	थर	उपनाम
तपाईं बस्ने स्ट्रिटको ठेगाना		अपार्टमेन्ट	
सहर	राज्य	जीप कोड	
पत्राचार गर्ने ठेगाना (भिन्न छ भने)			
मुख्य टेलिफोन नम्बर	अन्य सम्पर्क नम्बर		
इलेक्ट्रोनिक सञ्चार: इमेल: छ ___ वा छैन ___ (वैकल्पिक) टेक्स्ट गर्ने: छ ___ वा छैन ___ (वैकल्पिक)	इमेल ठेगाना (वैकल्पिक):		
तपाईंको प्राथमिकताको भाषा के हो?		अन्तर्वाता आवश्यक भएमा तपाईंलाई दोभाषे आवश्यक हुने छ? छ ___ वा छैन ___	

असक्षमता भएका अमेरिकनहरूको ऐन: उचित परिमार्जन तथा सञ्चार सहायताका लागि अनुरोध (लागूयोग्य भएमा):

के तपाईंलाई उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता आवश्यक पर्ने असक्षमता छ? छ \_\_\_ छैन \_\_\_ (यदि छ भने, कृपया तपाईंले अनुरोध गर्ने उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायताबारे व्याख्या गर्नुहोस्):

साङ्केतिक भाषाका दोभाषेहरू \_\_\_; TTY \_\_\_; टूलो प्रिन्ट \_\_\_; विद्युतीय सञ्चार (इमेल) \_\_\_; ब्रेल \_\_\_; भिडियो रिले \_\_\_; साङ्केतिक बोली दोभाषे \_\_\_; मौखिक दोभाषे \_\_\_; Tस्पर्शनीय दोभाषे \_\_\_; कार्यक्रमको समाप्ति मिति सम्झाउने टेलिफोन कल \_\_\_; टेलिफोनिक हस्ताक्षर (लागूयोग्य भएमा) \_\_\_; आमुन्ने-सामुन्ने अन्तर्वाता (गृह भेट) \_\_\_; अन्य: \_\_\_\_\_ तपाईंलाई यो उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता एक पटक \_\_\_ वा निरन्तर \_\_\_ आवश्यक छ? सम्भव भएमा, तपाईंलाई कहिले र कति समयसम्म यो परिमार्जन वा सहायता आवश्यक पर्छ भन्नेबारे संक्षिप्त रूपमा व्याख्या गर्नुहुन्छ?

सबै फूड स्ट्याम्प (SNAP), TANF र Medicaid आवेदनहरूका लागि:

मैले लाभहरूको लागि आवेदन दिँदै गरेको व्यक्ति(हरू) संयुक्त राज्य अमेरिकाको नागरिक(हरू) वा गैर-नागरिक(हरू) हो/हुन् वा कानूनी रूपमा संयुक्त राज्य अमेरिकामा उपस्थित छन् भनी मैले जान्न मरो ज्ञान र विश्वासको लागि मैले



## लाभहरूका लागि आवेदन

बुटो बयानको सजाय घोषणा गर्दछु। मलाई ज्ञान भएसम्म यो आवेदनमा उपलब्ध गराइएका सम्पूर्ण जानकारी सही र सत्य छ भनी म थप प्रमाणित गर्दछु। DHS-DFCS, DCH र आधिकारिक संघीय निकायहरूले मैले यस आवेदनमा दिएका जानकारीलाई प्रमाणित गर्न सक्छु भनी मैले बुझ्दछु र स्वीकार गर्दछु। जानकारी विगतका वा वर्तमान रोजगारदाताहरूबाट प्राप्त हुन सक्छ। मेरो जानकारी ज्यला जानकारी र कार्य क्रियाकलापहरूमा मेरो सहभागितालाई ट्र्याक गर्न प्रयोग हुनेछ भनी म बुझ्दछु।

मैले फूड स्ट्याम्प (SNAP) र/वा TANF कार्यक्रमका आवश्यकताहरूअनुसार मेरो अवस्थामा हुने कुनै पनि परिवर्तनका बारेमा रिपोर्ट गर्ने छु। म मेरो परिवारमा कसैले \$4250 वा सोभन्दा बढी कुल रकम (कर अघि वा अन्य रकम रोक्नुअघि) को लोटर वा जुवा खेल्ने जितहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ भने पनि रिपोर्ट गर्ने छु। म मेरो घरपरिवारले जितहरूको रकम प्राप्त गरेको महिनाको अन्तिम दिनबाट 10 दिनभित्र यी जितहरूका बारेमा रिपोर्ट गर्ने छु। कुनै जानकारी गलत भएमा, मेरा लाभहरूमा कटौती हुन वा अस्वीकार गरिन सक्छ र मलाई आपराधिक अभियोग लामन सक्छ वा जानी-जानी गलत जानकारी प्रदान गरेकोमा म DHS-DFCS कार्यक्रमहरूबाट अयोग्य ठहरिन सक्छु भन्ने कुरा म बुझ्दछु। मैले गलत जानकारी प्रदान गरेमा वा जानकारी लुकाएमा, मलाई अभियोग लगाइन सक्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। म मेरो आवेदन दिने वा नवीकरण गर्ने प्रक्रियाको अवधिमा मेरा केही खर्चहरूका बारेमा DHS-DFCS लाई बताउन असफल भए र/वा तिनीहरूलाई प्रमाणित गर्न असफल भए भने DHS-DFCS मेरा फूड स्ट्याम्प (SNAP) लाभहरूको मेरो रकम हिसाब गर्दा उक्त खर्चको बजेट बनाउन छैन भन्ने कुरा बुझ्दछु।

जर्जिया मानव सेवा विभाग ("DHS") ले लाभहरूका लागि तपाईंले आवेदन दिएको अवधिमा नाम, ठेगाना, टेलिफोन नम्बर, इमेल ठेगाना, जन्ममितिहरू आदि जस्ता व्यक्तिगत रूपमा पहिचानयोग्य जानकारी (PII) सङ्कलन गर्छ। हामीलाई कुनै पनि व्यक्तिगत जानकारी पेश गरेर, तपाईं हामी DHS नीति, प्रक्रिया र कानून र/वा नियमहरूद्वारा अनुमति दिए वा आवश्यक भएअनुसार कुनै पनि व्यक्तिगत जानकारी सङ्कलन, प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं भन्ने कुरासँग सहमत हुनुहुन्छ।

हस्ताक्षर

मिति

“X” द्वारा हस्ताक्षर गरिएमा साक्षीको हस्ताक्षर

मिति

## अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि:

तपाईं आफ्नो आवेदन व्यक्ति वा संस्थाद्वारा भरियोस्, आफ्नो अन्तर्वाता पूरा गरियोस् र/वा तपाईं पसल जान नसक्दा खाना खरिद गर्न आफ्नो EBT कार्ड प्रयोग गरियोस् भन्ने चाहनुहुन्छ भने मात्र यो खण्ड पूरा गर्नुहोस्। कृपया तपाईंले अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको रूपमा तोक्न चाहने प्रत्येक कार्यक्रमको प्रकार जाँच गर्नुहोस्। कृपया तपाईंले व्यक्ति वा संस्थालाई दिन चाहेका कर्तव्यहरूमा सही चिन्ह लगाउनुहोस्। तपाईं Medicaid का लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने तपाईं आफ्नो तर्फबाट कार्य गर्नका लागि एकभन्दा धेरै व्यक्ति वा संस्था छनोट गर्न सक्नुहुन्छ।

अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि 1 कार्यक्रमको प्रकार: फूड स्ट्याम्प (SNAP)  TANF  चिकित्सा सहायता   
अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि 1 कर्तव्यहरू: आवेदकको तर्फबाट आवेदनमा हस्ताक्षर गर्ने  नवीकरण फारम भरेर पेश गर्ने   
सूचना र अन्य सञ्चारका प्रतिलिपिहरू प्राप्त गर्ने  अन्य सबै विषयमा आवेदकको तर्फबाट कार्य गर्ने   
TANF लाभ कार्ड (EPPIC) प्राप्त गर्ने

व्यक्तिको नाम 1: को प्रिय आमाबुवा वा अभिभावक

संस्थाको नाम 1 (लागूयोग्य भएमा): \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_ अपार्टमेन्ट: \_\_\_\_\_

सहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ जिल्ला: \_\_\_\_\_

इलेक्ट्रोनिक सञ्चार: इमेल: हो  होइन  (विकल्प) टेक्स्टड: हो  होइन  (वैकल्पिक)

इमेल ठेगाना (वैकल्पिक) \_\_\_\_\_

प्राथमिकता दिइएको भाषा: \_\_\_\_\_ दोभाषे आवश्यक छ? हो  वा होइन 

अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि 2 कार्यक्रमको प्रकार: फूड स्ट्याम्प (SNAP)  TANF  चिकित्सा सहायता   
अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि 2 कर्तव्यहरू: आवेदकको तर्फबाट आवेदनमा हस्ताक्षर गर्ने  नवीकरण फारम भरेर पेश गर्ने   
सूचना र अन्य सञ्चारका प्रतिलिपिहरू प्राप्त गर्ने  अन्य सबै विषयमा आवेदकको तर्फबाट कार्य गर्ने   
TANF लाभ कार्ड (EPPIC) प्राप्त गर्ने

व्यक्तिको नाम 2: को प्रिय आमाबुवा वा अभिभावक

संस्थाको नाम 2 (लागूयोग्य भएमा): \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_ अपार्टमेन्ट: \_\_\_\_\_

सहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ जिल्ला: \_\_\_\_\_

इलेक्ट्रोनिक सञ्चार: इमेल: हो  होइन  (विकल्प) टेक्स्टड: हो  होइन  (वैकल्पिक)



## लाभहरूका लागि आवेदन

इमेल ठेगाना (वैकल्पिक) \_\_\_\_\_

प्राथमिकता दिइएको भाषा: \_\_\_\_\_ दोभाषे आवश्यक छ? हो \_\_\_\_\_ वा होइन \_\_\_\_\_

**असक्षमता भएका अमेरिकनहरूको ऐन: अधिकृत प्रतिनिधिका लागि (लागूयोग्य भएमा) उचित परिमार्जन र सञ्चार सहायताका लागि अनुरोध:**

के अधिकृत प्रतिनिधिसँग उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता आवश्यक पर्ने असक्षमता छ? छ \_\_\_\_\_ छैन \_\_\_\_\_ (यदि छ भने, कृपया तपाईंले अनुरोध गर्ने उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायताबारे व्याख्या गर्नुहोस्):

साङ्केतिक भाषा दोभाषे \_\_\_\_\_; TTY \_\_\_\_\_; टूलो प्रिन्ट \_\_\_\_\_; इलेक्ट्रोनिक सञ्चार (इमेल) \_\_\_\_\_; ब्रेल \_\_\_\_\_; भिडियो रिले \_\_\_\_\_; साङ्केतिक बोली दोभाषे \_\_\_\_\_; मौखिक दोभाषे \_\_\_\_\_; स्पर्शनीय दोभाषे \_\_\_\_\_; Tकार्यक्रमको समाप्ति मिति सम्झाउने टेलिफोन कल \_\_\_\_\_; टेलिफोनिक हस्ताक्षर (लागूयोग्य भएमा) \_\_\_\_\_; आमुन्ने-सामुन्ने अन्तर्वार्ता (गृह भेट) \_\_\_\_\_; अन्य: \_\_\_\_\_

अधिकृत प्रतिनिधिलाई यो उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता आवश्यक पर्छ

आवश्यक पर्छ? सम्भव भएमा, तपाईंलाई कहिले र कति समयसम्म यो परिमार्जन वा सहायता आवश्यक पर्छ भन्नेबारे संक्षिप्त रूपमा व्याख्या गर्नुहुन्छ? \_\_\_\_\_

कार्यालय प्रयोजनका लागि मात्र: प्राप्त भएको मिति : \_\_\_\_\_

### एक्सप्रेस लेन एलिजिबिलिटी (Express Lane Eligibility)

एक्सप्रेस लेन एलिजिबिलिटी (ELE) भनेको चिकित्सा सहायता कार्यक्रममा पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP) वा निर्धन परिवारहरूलाई अस्थायी सहायता (TANF) प्राप्त गर्ने 19 वर्षभन्दा कम उमेरका योग्य बालबालिकाहरूलाई नामाङ्कन गर्ने वा नवीकरण गर्ने स्वतः प्रक्रिया हो। तपाईंको बच्चा SNAP वा TANF का लागि योग्य हुनुहुन्छ भने परिवार तथा बालबालिका सेवा विभाग (DFCS) ले SNAP वा TANF बाट घरपरिवारको आकार, निवास र आमदानीसम्बन्धी जानकारी प्रयोग गर्ने छ तर DFCS ले बालबालिकालाई Medicaid वा PeachCare for Kids® मा नामाङ्कन वा नवीकरण गर्नका लागि ELE निर्धारण गर्न चिकित्सा सहायताका नियमहरू प्रयोग गरी नागरिकता वा आप्रवासन स्थिति प्रमाणित गर्ने छ। तपाईं PeachCare for Kids® का लागि योग्य हुनुहुन्छ भने तिनीहरू प्रीमियमसँग सम्बन्धित हुन सक्छ। DFCS ले तपाईंलाई कुनै पनि परिवर्तन गर्न र तपाईंलाई कुनै पनि समयमा अप्ट आउट गर्नका लागि अनुमति दिन निर्धारण सूचना पठाउने छ।

तपाईं आफ्नो बच्चालाई Medicaid वा PeachCare for Kids® मा नामाङ्कन गर्न वा नवीकरण गर्नका लागि ELE निर्धारण गर्न DFCS लाई SNAP वा TANF बाट आफ्नो जानकारी प्रयोग गर्नका लागि अनुमति दिन सहमत हुनुहुन्छ?

छु  छैन



## लाभहरूका लागि आवेदन

म फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) अझ छिटो प्राप्त गर्न योग्य छु? (यो जानकारी फूड स्ट्याम्प (SNAP) आवेदकहरूलाई चाहिन्छ)

तपाईं 7 दिनभित्र फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ वा सक्नुहुन्न भनी जाँच गर्न आवेदक र घरपरिवारका सबै सदस्यका बारेमा यी प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।

- तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्य प्रवासी वा मौसमी कृषि मजदुर हुनुहुन्छ?  हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न  
यदि हुनुहुन्छ भने, को \_\_\_\_\_
- यो महिनाको लागि प्राप्त गरिने कुल **जम्मा आर्जित आमदानी**: \$ \_\_\_\_\_ रोजगारदाता नाम \_\_\_\_\_  
रोजगारी सुरु गरेको मिति \_\_\_\_\_ रोजगारी अन्त्य गरेको मिति \_\_\_\_\_  
भुक्तानीको दर \_\_\_\_\_ साप्ताहिक रूपमा काम गरेको समय \_\_\_\_\_  
तपाईंलाई कति पटक भुक्तानी गरिन्छ: साप्ताहिक रूपमा/पाक्षिक/अर्ध महिनामा/मासिक रूपमा (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्)
- यो महिनाको लागि प्राप्त गरिने कुल **जम्मा अनार्जित आमदानी**: \$ \_\_\_\_\_ अनार्जित आमदानीको प्रकार \_\_\_\_\_ रकम \_\_\_\_\_  
कति पटक प्राप्त गर्नुहुन्छ: साप्ताहिक रूपमा/पाक्षिक/अर्ध महिनामा/मासिक रूपमा (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्)  
अनार्जित आमदानीको प्रकार \_\_\_\_\_ रकम \_\_\_\_\_  
कति पटक प्राप्त गर्नुहुन्छ: साप्ताहिक रूपमा/पाक्षिक/अर्ध महिनामा/मासिक रूपमा (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्)
- यो महिनाको कुल आर्जित र अनार्जित आमदानी: \$ \_\_\_\_\_
- तपाईं र परिवारका सबै सदस्यहरूको नगद वा बैंकमा कति पैसा छ? \$ \_\_\_\_\_
- तपाईंको भाडा, ऋण, सम्पत्ति करहरू र/वा घरधनीको बीमाको **मासिक** रकम कति हो? \$ \_\_\_\_\_
- तपाईंको यो महिनाको विद्युत, पानी, ग्याँस र/वा अन्य उपयोगिताहरूको कुल रकम कति हो? \$ \_\_\_\_\_  
(जम्मामा पहिलेको बाँकी र दिलाई शुल्क रकमहरूबाहेक)
  - तपाईंको घरपरिवारको प्राथमिक हिटिङ वा कुलिङ स्रोत के हो? लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्  
विद्युतीय \_\_\_\_\_ ग्याँस \_\_\_\_\_ इयाल वा सेन्ट्रल एयर कन्डिस्नर \_\_\_\_\_ मटितेल \_\_\_\_\_ काठ \_\_\_\_\_
  - तपाईंले गत 12 महिनामा उर्जा सहायता प्राप्त गर्नुभएको छ?  छ  छैन यदि छ भने, प्राप्त गरेको रकम \$ \_\_\_\_\_





## लाभहरूका लागि आवेदन

तपाईं वा अन्य घरपरिवारका आवेदकहरू यु.एस नागरिक वा अमेरिकी राष्ट्रिय नागरिक हुनुहुन्न भने, निम्न चार्ट पूरा गर्नुहोस्:  
(कृपया आवश्यक भएअनुसार अतिरिक्त पृष्ठहरू थप्नुहोस्)

नाम पहिलो नाम बीचको नाम अन्तिम नाम(थर)	आप्रवासन कागजातको प्रकार	विदेशी/प्रमाणपत्र/कागजात आईडी नम्बर	तपाईं 1996 देखि यु.एसमा बस्नुभएको छ?	मिति प्राकृतिक बनाइएको/प्रवेश मिति वा यु.एसमा भर्ना (उचित भएमा)  ढाँचा (महिना/दिन/वर्ष)	तपाईं वा तपाईंको जीवनसाथी वा अभिभावक भेटेर हुनुहुन्छ वा यु.एस सैनिकको सक्रिय-कर्तव्य सदस्य हुनुहुन्छ?  (हो/होइन)

### हामीलाई आवेदक र घरका सबै सदस्यहरूको बारेमा थप कुरा बताउनुहोस्

लाभहरूको लागि को योग्य हुनुहुन्छ भनी निर्णय लिनका लागि हामीलाई आवेदक र परिवारका सबै सदस्यहरू बारे थप जानकारी आवश्यक हुन्छ। कृपया तल दिइएको पृष्ठमा तपाईंले प्राप्त गर्न चाहनुभएको लाभहरू बारे भएका प्रश्नहरूको मात्र जवाफ दिनुहोस्।

1. अर्को राष्ट्र वा राज्यमा कसैले कुनै लाभ प्राप्त गर्नुभएको छ? (फुड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र TANF का लागि मात्र)  
 छ  छैन

यदि छ भने:

कसले: \_\_\_\_\_

कहाँ: \_\_\_\_\_

कहिले: \_\_\_\_\_

2. कसैलाई 8/22/96 पछि एकभन्दा बढी क्षेत्रमा बहु FS लाभहरू प्राप्त गर्नका लागि उनीहरू कहाँ बस्छन् र उनीहरू को हुनु भन्ने बारेमा गलत जानकारी दिइएको भनी दोषी ठहर गरिएको छ? (फुड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र)  छ  छैन

यदि छ भने:

कसले: \_\_\_\_\_

कहाँ: \_\_\_\_\_

कहिले: \_\_\_\_\_

3. तपाईंको घरपरिवारको कोही सदस्यले आवेदन मितिदेखि 30 दिनभित्र स्वच्छापूर्वक जागिर छोड्नुभएको थियो वा आफ्नो काम गर्ने समयलाई प्रति हप्ता 30 घण्टाभन्दा कम समयमा स्वच्छापूर्वक घटाउनुभएको थियो? (फुड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र TANF का लागि मात्र)  छ  छैन

यदि हो भने, कसले छोड्नुभयो? \_\_\_\_\_

उहाँले किन छोड्नुभएको थियो? \_\_\_\_\_

4. कोही गर्भवती हुनुहुन्छ? (यो प्रश्न फुड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का आवेदकहरूलाई लागू हुँदैन)  हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न

यदि हुनुहुन्छ भने, अनुमानित बाँकी मिति कति हो? \_\_\_\_\_; र कति वटा बच्चा अपेक्षा गरिएको छ? \_\_\_\_\_

यदि हुनुहुन्न भने, घरपरिवारमा पछिल्लो 12 महिनाभित्र कसैको डेलिभरी वा गर्भपतन भएको थियो?  थियो  थिएन

यदि थियो भने, डेलिभरी/पतनको मिति कहिले थियो? \_\_\_\_\_; र कति वटा बच्चा डेलिभरी गरिएको/अपेक्षा गरिएको थियो? \_\_\_\_\_

गर्भवती महिलाको नाम: \_\_\_\_\_ नजन्मिएको बच्चाको बुवाको नाम: \_\_\_\_\_

बुवाको ठेगाना: \_\_\_\_\_





## लाभहरूका लागि आवेदन

5. Medicaid आवेदकहरूका लागि, कसैसँग गत 3 महिनाको कुनै पनि भुक्तानी नगरिएको चिकित्सा बिल छ?  छ  छैन  
यदि छ भने, तपाईंको Medicaid मामिला भएमा कृपया भुक्तान नगरिएका बिलहरू पठाउनुहोस्।
6. कोही व्यक्ति फूड स्ट्याम्प वा TANF कार्यक्रमबाट अयोग्य ठहर हुनुभएको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र TANF का लागि मात्र)  हो  होइन  
यदि छ भने:  
कसले: \_\_\_\_\_  
कहाँ: \_\_\_\_\_
7. कोही व्यक्ति घोर अपराधको अभियोग लाम्बाट वा जेल जानबाट बच्न भागिरहेको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र TANF का लागि मात्र)  छ  छैन  
यदि छ भने, कसलाई: \_\_\_\_\_
8. कसैले परीक्षणकाल वा पेरोलका अवस्थाहरूलाई उल्लङ्घन गरिरहेको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र TANF का लागि मात्र)  
 छ  छैन  
यदि छ भने, कसलाई: \_\_\_\_\_
9. कसैलाई 8/22/1996 पछि (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र TANF का लागि मात्र) नियन्त्रित लागू पदार्थ (उदाहरणका लागि लागूऔषध अपराधी) को स्वामित्व, प्रयोग वा वितरणसँग सम्बन्धित व्यवहार वा हिंसात्मक घोर अपराधको कारणले घोर अपराधको सजाय भएको छ?  छ  छैन  
यदि छ भने:  
कसले: \_\_\_\_\_ कहिले: \_\_\_\_\_
- a. के तपाईं लागूपदार्थको घोर अपराधको परिणाम स्वरूप प्राप्त भएको कुनै सजायसँग सम्बन्धित परीक्षणका सर्तहरूको अनुपालनामा हुनुहुन्छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र)  हो  होइन
- b. के तपाईं लागूपदार्थको घोर अपराधको परिणाम स्वरूप प्राप्त भएको कुनै सजायसँग सम्बन्धित पेरोलका सर्तहरूको अनुपालनामा हुनुहुन्छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र)  हो  होइन
- c. तपाईंले लागूपदार्थसम्बन्धी कुनै पनि अपराधसँग सम्बन्धित **परीक्षणकाल वा परीक्षणकासबै** सर्तहरू सफलतापूर्वक पूरा गर्नुभएको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र)  हो  होइन
10. तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्यलाई 8/22/96 पछि लागू औषधका लागि फूड स्ट्याम्प लाभहरूको कारोबारमा दोषी ठहर गरिएको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र)  हो  होइन  
यदि छ भने:  
कसले: \_\_\_\_\_ कहिले: \_\_\_\_\_
11. तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्यलाई 8/22/1996 पछि \$500 भन्दा बढी रकममा फूड स्ट्याम्पका लाभहरू खरिद वा बिक्री गरेको भनी दोषी ठहर गरिएको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र)  हो  होइन  
यदि छ भने:  
कसले: \_\_\_\_\_  
कहिले: \_\_\_\_\_
12. तपाईं वा कुनै पनि घरायसी सदस्यलाई बन्दुक, गोली वा विस्फोटक पदार्थहरूका लागि फूड स्ट्याम्प (SNAP) लाभहरूको कारोबारमा दोषी ठहर गरिएको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र)  हो  होइन  
यदि छ भने:  
कसले: \_\_\_\_\_  
कहिले: \_\_\_\_\_
13. के तपाईं वा तपाईंको कुनै पनि घरायसी सदस्यलाई 2/7/2014 पछि उत्तेजित यौन दुर्व्यवहारको वयस्क, हत्या, यौन शोषण र बालबालिकाको अन्य दुर्व्यवहार, यौन दुर्व्यवहार संलग्न हुने संघीय वा राज्य अपराध वा महान्यायिवक्ताद्वारा उक्त अपराध जस्ता मूल रूपमा समान निर्धारण गरिएको राज्य कानून अन्तर्गतको अपराधको आरोप लगाइएको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र)  हो  होइन



## लाभहरूका लागि आवेदन

यदि छ भने:

कसले: \_\_\_\_\_

कहिले: \_\_\_\_\_

- a. तपाईं घोर अपराधको परिणाम स्वरूप प्राप्त भएको कुनै सजायसँग सम्बन्धित परीक्षणका सर्तहरूको अनुपालनामा हुनुहुन्छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र)  हो  होइन
- b. तपाईं घोर अपराधको परिणाम स्वरूप प्राप्त भएको कुनै सजायसँग सम्बन्धित परीक्षणकालका सर्तहरूको अनुपालनामा हुनुहुन्छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र)  छु  छैन
- c. तपाईंले कुनै पनि फौजदारी अभियोगसँग सम्बन्धित परीक्षण वा परीक्षणकालका सबै सर्त पूर्ण रूपमा पूरा गर्नुभएको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र)  हो  होइन

14. तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्यले लोटर वा जुवा खेलमा जितहरू प्राप्त गर्नुभएको छ?  हो  होइन

यदि छ भने:

कसले: \_\_\_\_\_

कहिले: \_\_\_\_\_

प्राप्त रकम: \_\_\_\_\_

15. कसैले निम्न स्थापनाहरू, मदिरा पसल, क्यासिनो, पोकर कोठा, वयस्क मनोरञ्जन व्यवसाय, बेल बण्ड, रात्री क्लब, सलून/टार्भन, बिनगो हल, रेस ट्र्याक, बन्दुक/युद्ध सामग्री पसल, समुद्री यात्रा गर्ने सिप, अलौकिक अध्ययनकर्ता, धुम्रपान पसल, ट्याटु/वेध पसल र स्या/मसाज सलूनहरूमा TANF कोषहरू वा EPPIC कार्ड प्रयोग गर्नुभएको छ? (TANF का लागि मात्र)  हो  होइन

यदि छ भने:

कसले: \_\_\_\_\_

कहिले: \_\_\_\_\_

16. के लाभहरूका लागि आवेदन दिने कुनै पनि व्यक्तिले हाल निर्वाह धन प्राप्त गरिरहनुभएको छ?  छ  छैन

यदि छ भने:

कसले: \_\_\_\_\_

प्राप्त मासिक रकम: \_\_\_\_\_

निर्वाह धनसम्बन्धी सम्झौताबारे अन्तिम निर्णय लिइएको वा पछिल्लो पटक परिमार्जन गरिएको मिति: \_\_\_\_\_

### हामीलाई आवेदक र परिवारका सबै सदस्यहरूको आम्दानीको बारेमा बताउनुहोस्

तपाईं र तपाईंको परिवारमा बस्ने कोही व्यक्तिले निम्न जस्ता कुनै पनि प्रकारका आम्दानी प्राप्त गर्नुहुन्छ: ज्यालाहरू, टिप्स, बोनसहरू, स्वरोजगार, सामाजिक सुरक्षा/रेलरोड अवकाश, अन्य असक्षमता, पेन्सन, बेरोजगारी वा अन्य कुनै पनि आम्दानी? फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र TANF का लागि, कृपया निम्न जस्ता आम्दानी पनि सूचीबद्ध गर्नुहोस्: VA आम्दानी, बाल सहायता, अन्य मानिसबाट पैसा वा कामदारहरूको क्षतिपूर्ति। यदि छन् भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्।

आम्दानी भएका परिवार सदस्यको नाम	आम्दानीको प्रकार	रोजगारदाताको नाम /आम्दानीको स्रोत	मासिक रकम (कटौतीहरू अघि)	कति समयमा प्राप्त गर्नुहुन्छ (मासिक, अर्द्ध-साप्ताहिक, साप्ताहिक रूपमा)	प्रति घण्टा भुक्तानी	प्रति हप्ता समय (घण्टा)	मिति (हरू) भुक्तान गरिएको

यदि स्व-रोजगार हुनुहुन्छ भने, कृपया आफ्नो मासिक व्यवसाय खर्चहरूको रकम सूचीबद्ध गर्नुहोस्: \$ \_\_\_\_\_

आवेदक र सबै धरायसी सदस्यहरूका स्रोतहरूबारे हामीलाई बताउनुहोस् - TANF आवेदकहरूका लागि, (65 वा सोभन्दा) बढी उमेरको, आँखा नदेख्ने वा असक्षम (तपाईंलाई काम गर्नबाट रोक्ने स्थायी दुर्बलता) भएका सबै धरायसी सदस्य र Medicaid आवेदकहरूका लागि सबै स्रोतहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्

तपाईं वा तपाईंले आवेदन दिइरहेको व्यक्तिको स्वामित्वमा कुनै स्रोत छ?  छ  छैन

यदि छ भने, कृपया तलको जानकारी पूरा गर्नुहोस् (तपाईं, तपाईंको जीवनसाथी, तपाईंका आश्रित व्यक्तिको स्वामित्वमा रहेका वा अन्य व्यक्तिसँग संयुक्त रूपमा स्वामित्वमा रहेका सबै स्रोत (सम्पत्ति) मा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्। आवश्यक भएमा अतिरिक्त पृष्ठहरू संलग्न गर्नुहोस्।)

चालू खाताहरू

 छ  छैन

अन्त्येष्टि योजनाहरू/प्रिपेड समाधि वस्तु

 छ  छैन



## लाभहरूका लागि आवेदन

बचत खाता  छ  छैन समाधि प्लट वा करारहरू  छ  छैन  
सरकारी बोनडहरू  छ  छैन स्टक र बोनडहरू  छ  छैन  
ट्रस्ट कोषहरू  छ  छैन अन्य (IRA, CD, आदि)  छ  छैन  
वास्तविक सम्पत्ति/गृहस्थान सम्पत्ति?  छ  छैन

तपाईं वा तपाईंको जीवनसाथीले कुनै पनि सम्पत्ति त्यसको मूल्यभन्दा कममा दिनुभएको छ?  गर्नुहुन्छ  गर्नुहुन्न

तपाईंले यी मध्ये कुनै पनि प्रश्नमा छ जवाफ दिनुभयो भने, कृपया तल व्याख्या गर्नुहोस्।

स्रोतको साथमा घरायसी सदस्यको नाम	स्रोतको प्रकार	खाता/नीति नम्बर	मान	बैंक, बीमा कम्पनीको नाम आदि।

के तपाईं वा तपाईंको जीवनसाथीको सवारी साधन छ?  हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न

यदि छ भने, कृपया तल व्याख्या गर्नुहोस्।

सवारी साधन भएको घरायसी सदस्य	सवारी साधनको आकार	मोडेल	वर्ष	स्वामित्वमा रहेको मात्रा

के तपाईं वा तपाईंको जीवनसाथीसँग जीवन बीमा नीति छ?  हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न

यदि छ भने, कृपया निम्न जानकारी पूरा गर्नुहोस्।

नीति मालिक	बीमा कम्पनी	नीति नम्बर	अंकित मूल्य	रकम मूल्य

## हामीलाई आवेदक र सबै घरायसी सदस्यका खर्चहरू (Medicaid आवेदकहरूका लागि वैकल्पिक छ) बारे बताउनुहोस्

तपाईंले आश्रित बच्चा वा घरको असक्षम भएको वयस्क सदस्यको स्याहारको लागि भुक्तानी गर्नुहुन्छ?  गर्नुहुन्छ  गर्नुहुन्न

यदि छ भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्।

स्याहार आवश्यक हुने व्यक्ति	स्याहारको लागि भुक्तानी गर्ने व्यक्ति	स्याहार गर्नुको कारण	प्रदायकको नाम/नम्बर	प्रदायकलाई भुक्तानी गरिएको रकम	कति समयमा भुक्तानी पाउनुहुन्छ

तपाईंले आश्रित बच्चा वा घरको असक्षम भएको वयस्क सदस्यको लागि यातायात खर्चहरू भुक्तानी गर्नुहुन्छ?  छ  छैन

यी खर्चहरू आश्रित स्याहार खर्चहरूमा समावेश गरिएका छन्?  हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न

यदि छैन भने, कृपया यो प्रश्नको जवाफ दिनुहोस्: साप्ताहिक रूपमा ड्राइभ गरिएको कुल माइल: \_\_\_\_\_

तपाईंको परिवारको कोही व्यक्तिले घरभन्दा बाहिर बस्ने कसैलाई बाल सहायता भुक्तान गर्नुहुन्छ?  गर्नुहुन्छ  गर्नुहुन्न

यदि छ भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्।

भुक्तान गर्न बाध्य हुनुभएको परिवार सदस्य	सहायता भुक्तान गरिएको बच्चाको नाम	भुक्तान गर्नुपर्ने बाध्यकारी रकम	भुक्तान गरिएको वास्तविक रकम	बाल सहायता कसको लागि भुक्तान गरिएको हो?



## लाभहरूका लागि आवेदन


हामीलाई आवेदक र सबै घरपरिवार सदस्यका खर्चहरू (Medicaid आवेदकहरूका लागि वैकल्पिक) बारे थप बताउनुहोस्

60 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेर भएको वा असक्षम भएको कोही व्यक्तिको चिकित्सा खर्चहरू छन्?  छन्  छैनन्

यदि छन् भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्।

खर्च भएको परिवार सदस्य	खर्चको प्रकार (चिकित्सा भेटहरू, अस्पताल भेट, निर्धारित औषधि, Medicare वा स्वास्थ्य बीमा प्रिमियमहरू, चश्माहरू)	स्वामित्वमा रहेको मात्रा	अझै स्वामित्व प्राप्त हुन्छ? गर्ने छ/गर्ने छैन	भुक्तानी गरेको मिति	के बीमाले भुक्तानी गर्नेछ? गर्ने छ/गर्ने छैन

60 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेर भएको वा असक्षम भएको कोही व्यक्तिको यातायात सम्बन्धी चिकित्सा खर्चहरू छन्?  छन्  छैनन्

यदि छन् भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्।

यात्राको उद्देश्य (चिकित्सक वा अस्पताल भ्रमण; फार्मसी पिक- अप)	डाइभ गरिएको कुल माइल:	ट्याक्सी, बस, पार्किङ वा बस्ने व्यवस्था:

तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्यको निवासस्थान र उपयोगिता खर्चहरू छन्?  गर्नुहुन्छ  गर्नुहुन्न

यदि छन्, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्।

खर्च	रकम	कति पटक?	कसले भुक्तानी गर्‍यो?
भाडा/ऋण			
सम्पत्ति करहरू			
सम्पत्तिको बिमा			
विद्युत			
ग्याँस			
फोहोर			
टेलिफोन			
अन्य			

तपाईंले घरको कोही व्यक्तिसँग मासिक घरायसी खर्चहरू साझा गर्नुहुन्छ?  गर्नुहुन्छ  गर्नुहुन्न

यदि गर्नुहुन्छ भने, कोसँग? \_\_\_\_\_

टिप्पणीहरू/कागजात \_\_\_\_\_

कसलाई भुक्तानी गर्नुभयो \_\_\_\_\_ भुक्तानी गरिएको रकम \$ \_\_\_\_\_ प्रति \_\_\_\_\_

घरधनीको नाम \_\_\_\_\_

घरधनीको ठेगाना: \_\_\_\_\_



## लाभहरूका लागि आवेदन

अन्य कसैले तपाईंको लागि यीमध्ये कुनै घरायसी बिल भुक्तान गर्नुहुन्छ?  गर्नुहुन्छ  गर्नुहुन्न यदि गर्नुहुन्छ भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्:

बिल कसले भुक्तान गर्छ?	के-कस्ता बिलहरू भुक्तानी गरिन्छ?
कति रकम भुक्तानी गरिन्छ?	यस व्यक्तिले कसलाई बिलहरू भुक्तानी गर्नुहुन्छ?

कृपया Medicaid का लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने निम्न जानकारी पूरा गर्नुहोस्।

कर फाइलर जानकारी

- के घरपरिवारको कोही व्यक्तिले अर्को वर्ष संघीय आमदानी कर फिर्ता दायर गर्ने योजना बनाउनु भएको छ?  छ  छैन  
यदि गर्नुहुन्छ भने, कोसँग? (दायर गर्ने योजना बनाउनुभएको प्रत्येक व्यक्ति सूचीबद्ध गर्नुहोस्) \_\_\_\_\_
- के सूचीबद्ध गरिएको कुनै पनि कर फाइलरले जीवनसाथिसँग संयुक्त रूपमा दायर गर्नु हुने छ?  गर्नु हुने छ  गर्नु हुने छैन यदि गर्नु हुने छ भने, कृपया जीवनसाथीको नाम सूचीबद्ध गर्नुहोस्:  
\_\_\_\_\_
- के कुनै पनि कर फाइलरले आफ्नो कर फिर्तामा कुनै पनि आश्रित व्यक्तिलाई दाबी गर्नु हुने छ?  गर्नु हुने छ  गर्नु हुने छैन यदि गर्नु हुने छ भने, कृपया आश्रित व्यक्ति(हरू) का नाम(हरू) सूचीबद्ध गर्नुहोस्  
\_\_\_\_\_
- के कुनै पनि व्यक्तिलाई कसैको कर फिर्तामा आश्रित व्यक्तिको रूपमा दाबी गरिने छ?  गरिने छ  गरिने छैन यदि गरिने छ भने, कृपया कर फाइलर र आश्रित व्यक्तिको नाम सूचीबद्ध गर्नुहोस्:  
(फाइलर) \_\_\_\_\_  
(आश्रित व्यक्ति) \_\_\_\_\_  
कर फाइलरसँग कर आश्रित व्यक्ति कसरी सम्बन्धित हुनुहुन्छ? को प्रिय आमाबुवा वा अभिभावक

कटौतीहरू: लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस् र रकम र तपाईंले यो कति पटक भुक्तान गर्नुहुन्छ भन्नेबारे जानकारी दिनुहोस्।

- जीवन-निर्वाह भुक्तानी \$ \_\_\_\_\_ कतिको प्रायः? \_\_\_\_\_  विद्यार्थीको ऋणको व्याज \$ \_\_\_\_\_ कतिको प्रायः? \_\_\_\_\_
- स्वास्थ्य बीमाका प्रिमियमहरू, 401K र अन्य पूर्व-कर कटौतीहरू \$ \_\_\_\_\_ कतिको प्रायः? \_\_\_\_\_
- अन्य कटौतीहरू \$ \_\_\_\_\_ कतिको प्रायः? \_\_\_\_\_ प्रकार: \_\_\_\_\_

अन्य स्वास्थ्य कभरेज

- के कोहीसँग आफ्नो घरपरिवारको जो कोहीलाई कभर गर्ने अन्य स्वास्थ्य बीमा छ?  हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न  
तपाईंले माथिको प्रश्न 4 मा हो जवाफ दिनुभयो भने, कृपया निम्न जानकारी र संलग्नक A पूरा गर्नुहोस्:

नीति धारकको नाम	स्वास्थ्य बीमा कम्पनीको नाम, ठेगाना र टेलिफोन नम्बर	कभरेजको प्रकार (अस्पताल, Medicare पूरक सामग्री, औषधिहरू, प्रमुख चिकित्सा)	कभर गरिएका व्यक्तिहरूको नाम	प्रभावकारी मिति	नीति नम्बर

- यो आवेदनमा सूचीबद्ध गरिएको कुनै पनि व्यक्तिलाई जागिरबाट स्वास्थ्य कभरेज प्रस्ताव गरिन्छ? कभरेज आमाबुवा वा जीवनसाथी जस्ता कसैको जागिरबाट भए तापनि गरिदिन मा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्।  
 गरिन्छ  गरिदिन यदि गरिन्छ भने, तपाईंलाई संलग्नक A पूरा गर्न आवश्यक हुन्छ।  
के यो राज्य कर्मचारी लाभ योजना हो?  हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न
- यो आवेदनमा सूचीबद्ध गरिएको तपाईं वा अन्य कसैले पछिल्लो 2 महिनामा कुनै पनि स्वास्थ्य कभरेज गुमाउनु भएको छ?  
a.  छ यदि छ भने, यो किन गुमेको थियो? \_\_\_\_\_  
b.  छैन
- फोस्टर स्याहारमा रहेको 18 वर्ष उमेरको कोही व्यक्तिले Medicaid का लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ?  हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न
- तपाईंको घरपरिवारको कोही व्यक्ति अमेरिकी वा अलास्का निवासी हुनुहुन्छ?  हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न  
यदि हुनुहुन्छ भने, संलग्नक B पूरा गर्नुहोस्।

यदि कोही पनि व्यक्ति वृद्ध (65 वा सोभन्दा बढी उमेरको), आँखा नदेख्ने वा अपाङ्ग (तपाईंलाई काम गर्नबाट रोक्न स्थायी दुर्बलता) हुनुहुन्छ भने, कृपया प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।



## लाभहरूका लागि आवेदन

### (वैकल्पिक)

- स्वास्थ्य कभरेजका लागि आवेदन दिइरहेको कोही पनि व्यक्ति आँखा नदेख्ने वा अपाङ्ग हुनुहुन्छ?  
 हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न यदि हुनुहुन्छ भने, कृपया नाम सूचीबद्ध गर्नुहोस् \_\_\_\_\_
- के तपाईं वा तपाईंको जीवनसाथीलाई Medicare द्वारा समाविष्ट गरिएको छ?  
 छ  छैन यदि छ भने, कृपया नाम सूचीबद्ध गर्नुहोस् \_\_\_\_\_
- के तपाईं पूरक सुरक्षा आम्दानी (SSI) आवेदनभन्दा तीन महिना पूर्व भुक्तानी गर्नुपर्ने चिकित्सा बिलहरू कभर गर्न Medicaid मा आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ?  
 हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न यदि हुनुहुन्छ भने, SSI आवेदनको मिति: \_\_\_\_\_
- के तपाईं अहिले मृत भएको र पछिल्लो तीन (3) महिनाभित्र चिकित्सा बिलहरू भुक्तानी गर्न बाँकी कसैका लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ?  
 हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न
- तपाईं नर्सिङ होममा भएको व्यक्तिको स्याहारका लागि भुक्तानी गर्नमा मद्दत गर्न Medicaid का लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ?  
 हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न
- के तपाईं SSI जाँच रोकिएको 18 वर्षभन्दा बढी उमेरको व्यक्तिलाई Medicaid का लागि आवेदन गर्दै हुनुहुन्छ?  
 हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न
- के तपाईं Medicaid लाई सामुदायिक स्याहार सेवाहरू, NOW/COMP, धर्मशाला स्याहार, स्वतन्त्र स्याहार त्यागपत्र वा डिमिड त्यागपत्र (Katie Beckett) जस्ता समुदायमा आधारित त्याग सेवाहरूका लागि भुक्तानी गर्नमा मद्दत गर्न आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ?  
 हुनुहुन्छ  हुनुहुन्न



## लाभहरूका लागि आवेदन

### फूड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रम जरिवानाहरू

तपाईंले जानबुझेर गलत जानकारी उपलब्ध गराएको सम्बन्धमा आफ्ना लाभहरू गुमाउनु हुनेछ वा तपाईंलाई अपराधीको अभियोग लाग्न सक्छ।

- तपाईंको घरको सदस्यले प्राप्त गर्न नहुने लाभहरू प्राप्त गर्नका लागि गलत जानकारी नदिनुहोस् वा जानकारी नलुकाउनुहोस्।
- तपाईंको नभएको फूड स्ट्याम्प (SNAP) वा EBT कार्डहरू प्रयोग नगर्नुहोस् र अन्य कसैलाई आफ्नो प्रयोग गर्न नदिनुहोस्।
- मदिरा वा चुरोटहरू जस्ता गैर-खाद्य वस्तुहरू खरिद गर्न वा क्रेडिट कार्डहरूमा भुक्तानी गर्न फूड स्ट्याम्प (SNAP) लाभहरू प्रयोग नगर्नुहोस्।
- गैर-कानूनी वस्तुहरूका लागि फूड स्ट्याम्प (SNAP) वा EBT कार्डहरू व्यापार वा बिक्री नगर्नुहोस्; जस्तै हातहतियार वा नियन्त्रित पदार्थ (गैर-कानूनी औषधिहरू)।

जानाजान कुनै पनि फूड स्ट्याम्प (SNAP) नियमहरू तोड्ने कुनै पनि घरायसी सदस्यलाई एक वर्षदेखि स्थायी रूपमा फूड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रममा जानबाट प्रतिबन्ध लगाउन, \$250,000 सम्मको जरिवाना लगाउन, 20 वर्ष सम्म कारावासको सजाय दिन वा दुवै गर्न सकिन्छ उहाँलाई अन्य उपयुक्त संधीय र राज्यको कानून अन्तर्गत अभियोग लाग्न सक्छ। अदालतले आदेश दिइएमा उहाँलाई अतिरिक्त 18 महिनासम्म फूड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रममा जानबाट प्रतिबन्ध लगाउन सकिन्छ।

कुनै घरायसी सदस्यले जानाजान तरिकाले नियमहरू उल्लङ्घन गरेमा सुरुको अपराधको लागि एक वर्ष, दोस्रो अपराधको लागि दुई वर्ष र तेस्रो अपराधका लागि स्थायी रूपमा फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ।

कानूनी अदालतले तपाईं वा कुनै पनि घरपरिवार सदस्यलाई नियन्त्रित पदार्थको बिक्री संलग्न हुने कारोबारमा फूड स्ट्याम्प (SNAP) लाभहरू प्रयोग गरेको वा प्राप्त गरेको दोषी पाएमा, तपाईं वा उक्त घरायसी सदस्य पहिलो अपराधका लागि दुई वर्ष र दोस्रो अपराधका लागि स्थायी रूपमा लाभहरूका लागि योग्य हुनु हुने छैन।

कानूनी अदालतले तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्य बन्दूक, गोलाबारूद वा विस्फोटक पदार्थको बिक्रीमा संलग्न कारोबारमा लाभहरू प्रयोग वा प्राप्त गरेको दोषी ठहर गरी भने, तपाईं वा उक्त घरायसी सदस्य यो उल्लङ्घनको सुरुको अपराधमा फूड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रममा सहभागी हुन स्थायी रूपमा अयोग्य हुनु हुने छ।

कानूनी अदालतले तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्य \$500 को समग्र रकम वा सोभन्दा धेरै रकमको लागि अवैध व्यापारका लाभहरू अपराधी ठहर हुन्छन् भने, तपाईं वा उक्त घरायसी सदस्य यो उल्लङ्घनको सुरुको अपराधमा फूड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रममा सहभागी हुन स्थायी रूपमा अयोग्य हुनु हुने छ।

तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्यले बहु फूड स्ट्याम्प (SNAP) लाभहरू प्राप्त गर्नका लागि पहिचान वा बासस्थान (तिनीहरू बस्ने ठाउँ) को सम्बन्धमा जाली बयान वा विवरण दिएको छ भने तपाईं वा उक्त घरायसी सदस्य 10 वर्षको अवधिको लागि फूड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रममा सहभागी हुन अयोग्य हुनु हुनेछ।

### TANF कार्यक्रम जरिवानाहरू

TANF कार्यक्रममा, IPV (इच्छानुरूप कार्यक्रम उल्लङ्घन) भनेको गलत वा भ्रामक जानकारी वा दबाएर राख्ने जानकारी प्रदान गरी सहायता एकाइको (Au's) योग्यतालाई स्थापना गर्ने वा कायम राख्ने वा Au's लाभहरूमा कमीलाई रोकथाम वा बढाउन व्यक्तिद्वारा गरिने इच्छानुरूपको कार्य हो।

- जानकारी लुकाउने र समयमा परिवर्तनहरूको प्रतिवेदन नगर्ने वा सत्य नभनेले पहिलो उल्लङ्घनको लागि छ महिनाको लागि TANF लाभहरूलाई गुमाउनुहुनेछ र दोस्रो उल्लङ्घनको लागि बाह्र महिनाको लागि TANF लाभहरूलाई गुमाउनुहुनेछ र तेस्रो उल्लङ्घनको लागि स्थायी रूपमा TANF लाभहरू गुमाउनुहुनेछ। रकम फिर्ता लिन वा क्यासिनो, लिक्वयर पसल, वयस्क-अभिविन्यस्त मनोरञ्जन सुविधाहरू "स्ट्रिप क्लब", पोकर कोठा, बेल बण्ड, रात्री क्लब/सलुन/टार्न, बिनागो हल, रेस ट्रयाक, खेल स्थापना बन्दुक/युद्ध सामग्री पसल, समुद्री यात्रा गर्ने सिप, अलौकिक अध्ययनकर्ता, धुम्रपान पसल, ट्याटु/वेध पसल र स्प्या/मसाज सलुनहरूमा कारोबारहरू सम्पादन गर्न रकल सहायता कोषहरू वा TANF DEBIT कार्डको दुरुप्रयोग कडा रूपमा प्रतिबन्धित छ र पहिलो उल्लङ्घनको लागि छ महिनाको लागि TANF लाभहरू गुमाउने, दोस्रोको लागि बाह्र महिना र तेस्रो उल्लङ्घनको परिणाम स्वरूप स्थायी रूपमा TANF लाभहरू गुमाउनुहुनेछ।
- कानूनी अदालतले तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्यले जानकारी लुकाइरहेको पत्ता लगाउँछ वा तपाईंले परिवर्तनहरूको बारेमा समयमा रिपोर्ट गर्नुहुन वा सत्य कुरा भन्नुहुन वा दोषी ठहर हुनुहुन्छ भने, तपाईंले सुरुको अपराधको लागि 6 महिना, दोस्रो अपराधको लागि 12 महिना र तेस्रो अपराधको लागि स्थायी रूपमा TANF प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ।
- कानूनी अदालतले तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्यलाई तिनीहरू बस्ने बारे गलत जानकारी दिएर दोषी ठहर गरी भने तपाईंले एक राज्यमा धेरै भन्दा धेरै लाभहरू प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ, तपाईंलाई 10 वर्षका लागि निषेधित गरिनेछ।
- अदालतले तपाईंलाई 1/1/97 मा वा पछि औषधिसम्बन्धी शुल्क नियन्त्रित पदार्थमा दोषी ठहर गन्थो वा गम्भीर अपराध मान्यो भने, तपाईं वा उक्त घरायसी सदस्य योग्य हुनु हुने छैन र/वा स्थायी रूपमा अयोग्य हुनु हुने छ।



## लाभहरूका लागि आवेदन

### सबै फूड स्ट्याम्प (SNAP), TANF र Medicaid आवेदकहरूका लागि:

मैले लाभहरूको लागि आवेदन दिँदै गरेको व्यक्ति(हरू) संयुक्त राज्य अमेरिकाको नागरिक(हरू) वा गैर-नागरिक(हरू) हो/हुनु वा कानूनी रूपमा संयुक्त राज्य अमेरिकामा उपस्थित छन् भनी मैले जान्न मरो ज्ञान र विश्वासको लागि मैले झुठो बयानको सजाय घोषणा गर्दछु। मलाई ज्ञान भएसम्म यो आवेदनमा उपलब्ध गराइएका सम्पूर्ण जानकारी सही र सत्य छ भनी म थप प्रमाणित गर्दछु। DHS-DFCS, DCH र आधिकारिक संघीय निकायहरूले मैले यस आवेदनमा दिएका जानकारीलाई प्रमाणित गर्न सक्छन् भनी मैले बुझ्दछु र स्वीकार गर्दछु। जानकारी विगतका वा वर्तमान रोजगारदाताहरूबाट प्राप्त हुन सक्छ। मेरो जानकारी ज्यला जानकारी र कार्य क्रियाकलापहरूमा मेरो सहभागितालाई ट्र्याक गर्न प्रयोग हुनेछ भनी म बुझ्दछु।

मैले फूड स्ट्याम्प (SNAP) र/वा TANF कार्यक्रम आवश्यकताहरूअनुसार मेरो अवस्थामा हुने कुनै पनि परिवर्तनबारे रिपोर्ट गर्ने छु। मेरो घरपरिवारको कसैले लोटर, जुवा खेल्ने जितहरू, \$4250 वा सोभन्दा बढीको कुल रकम (करहरू काट्नु वा अन्य रकमहरू रोक्नुअघि) प्राप्त गर्नुभयो भने पनि मैले रिपोर्ट गर्ने छु। म मेरो घरपरिवारले जितहरूको रकम प्राप्त गरेको महिनाको अन्तिम दिनबाट 10 दिनभित्र यी जितहरूको रकम बारे रिपोर्ट गर्नेछु। कुनै जानकारी गलत भएमा, मेरा लाभहरूमा कटौती हुन वा अस्वीकार गरिन सक्छ र मलाई आपराधिक अभियोग लाग्न सक्छ वा जानी-जानी गलत जानकारी प्रदान गरेकोमा म DHS-DFCS कार्यक्रमहरूबाट अयोग्य ठहरिन सक्छु भन्ने कुरा म बुझ्दछु। मैले गलत जानकारी प्रदान गरेमा वा जानकारी लुकाएमा, मलाई अभियोग लगाउन सक्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। मैले मेरो आवेदन वा नवीकरण प्रक्रियाको अवधिमा मेरा केही खर्चहरूबारे DHS-DFCS लाई बताउन असफल भएमा, DHS-DFCS ले मेरा SNAP लाभहरूको रकमको गणनामा उक्त खर्च बेहोर्ने छैन भन्ने कुरा म बुझ्दछु।

जर्जिया मानव सेवा विभाग ("DHS") ले लाभहरूका लागि तपाईंले आवेदन दिएको अवधिमा नाम, ठेगाना, टेलिफोन नम्बर, इमेल ठेगाना, जन्मतिथिहरू आदि जस्ता व्यक्तिगत रूपमा पहिचानयोग्य जानकारी (PII) सङ्कलन गर्छ। हामीलाई कुनै पनि व्यक्तिगत जानकारी पेश गरेर, तपाईं हामी DHS नीति, प्रक्रिया र कानून र/वा नियमहरूद्वारा अनुमति दिए वा आवश्यक भएअनुसार कुनै पनि व्यक्तिगत जानकारी सङ्कलन, प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं भन्ने कुरासँग सहमत हुनुहुन्छ।

आवेदकको हस्ताक्षर

मिति

अधिकृत प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

मिति

### मतदाता दर्ता सम्बन्धी जानकारी

तपाईं हाल बस्ने स्थानमा मतदान गर्न दर्ता हुनुहुन्न भने, तपाईं आज यहाँ मतदान गर्नको लागि दर्ता गर्न आवेदन दिन चाहानुहुन्छ?

\_\_\_\_\_ चाहन्छु

\_\_\_\_\_ चाहन्न

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

मतदान गर्न दर्ताका लागि आवेदन दिनले वा दर्ता गर्न अस्वीकार गर्नाले यस निकायद्वारा तपाईंलाई प्रदान गरिने सहायता रकममा प्रभाव पार्नेछैन।

तपाईंलाई मतदाता दर्ताको आवेदन फाराम भर्न मद्दत चाहिएमा, हामी तपाईंलाई मद्दत गर्नेछौं। मद्दत खोज्ने वा प्राप्त गर्ने निर्णय तपाईंको हुने छ। तपाईं गोप्य रूपमा आवेदन फाराम भर्न सक्नुहुन्छ।

यदि तपाईंलाई कसैले तपाईंको मत दर्ता गर्ने वा दर्ता गर्नबाट अस्वीकार गर्ने तपाईंको अधिकार, मत दर्ता गर्ने वा नगर्ने अथवा दर्ता गर्न आवेदन दिने वा नदिने भनी निर्णयलाई गोप्य राख्ने तपाईंको अधिकार वा तपाईंको आफ्नै राजनीतिक दल वा अन्य राजनीतिक प्राथमिकता छनोट गर्ने तपाईंको अधिकारमा हस्तक्षेप पुऱ्याएको जस्तो लागेमा, तपाईं 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 or by calling (404) 656-2871 मा राज्यको सेक्रेटरीलाई उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ।

तपाईं कुनै पनि बाकसमा ठीक चिन्ह लगाउनुहुन्न भने, तपाईंले यो समयमा मतदान गर्नको लागि दर्ता नगर्ने निर्णय लिनुभएको छ भन्ने मानिनेछ।

जर्जिया मतदाता दर्ता आवेदनको प्रतिलिपि DFCS आवेदन, नवीकरण र ठेगाना फारमहरूको परिवर्तनसँग समावेश गरिएको छ। तपाईंले आफ्नो मुद्दा कार्यकर्तामार्फत मतदाता दर्ता आवेदन अनुरोध गर्न पनि सक्नुहुन्छ। तपाईं मतदाता दर्ता आवेदन गर्नुहुन्छ भने, मतदाता दर्ता आवेदनमा उपलब्ध गराइएका निर्देशनहरूको पालना गरेर जर्जिया राज्य सचिवको कार्यालयमा पेश गर्नुहोस्।





## लाभहरूका लागि आवेदन

### (आफ्नो जानकारीको लागि यी कागजातहरू राख्नुहोस्)

यस आवेदनमा प्रयोग गरिएको शब्दको अर्थ के हो?

हामीले यस आवेदनमा प्रयोग गरेका शब्दहरू यो तालिकाले व्याख्या गर्छौं।

आवेदक	सार्वजनिक सहायता वा लाभहरू प्राप्त गर्न आवेदन दिने व्यक्ति।
सहायता यूनिट (AU)	सहायताका एकाइमा सँगै बस्ने योग्य व्यक्तिहरू र तिनीहरूले प्राप्त गर्ने सार्वजनिक सहायता/लाभहरू समावेश हुन्छन्।
स्याहारकर्ता	आमाबुवा, आफन्त वा कानूनी अभिभावकले बालबालिकाको स्याहारमा TANF को लागि प्रयोग गर्नुहुन्छ वा प्राप्त गर्नुहुन्छ।
अयोग्य	व्यक्तिले सत्य नबोलेको र आफूले प्राप्त गर्नुपर्ने लाभहरू प्राप्त गरेको कारणले उनीहरूलाई फूड स्ट्याम्प (SNAP) वा TANF मुद्दाबाट हटाउन लिइएको कार्यवाही।
विद्युतीय लाभ ट्रान्सफर (EBT)	जर्जियामा फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि योग्य व्यक्तिहरूलाई लाभहरू भुक्तानी गर्न प्रणाली प्रयोग गरिएको छ। सहायता प्राप्त गर्ने व्यक्तिहरूलाई EBT डेबिट कार्ड जारी गरिन्छ जुन उनीहरूको फूड स्ट्याम्प (SNAP) खाताहरूमा पहुँच गर्न प्रयोग गरिन्छ।
विद्युतीय सञ्चारहरू	<p>तपाईंसँग आफ्नो जानकारीबारे सूचनाहरू कसरी प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ भनी छनोट गर्ने विकल्प छ। तपाईंले इमेल वा पाठ सूचनाहरू प्राप्त गर्न छनोट गर्नुभयो भने, तपाईंले आफूलाई GA गेटवे ग्राहक पोर्टलमा अवस्थित मेरा सूचनाहरूमा सूचना आएको छ भनी सूचित गर्दै सन्देश प्राप्त गर्नु हुने छ।</p> <p>इमेल सञ्चारका लागि, तपाईंले खाता सिर्जना गरेपछि हामीलाई आफ्नो इमेल उपलब्ध गराउनुपर्छ र GA गेटवे ग्राहक पोर्टलमा अवस्थित कागजातरहित सूचनाहरूका नियम तथा सर्तहरू स्वीकार गर्नुपर्छ। कृपया आफ्ना सूचना सेटिङहरू अद्यावधिक गर्न GA गेटवे ग्राहक पोर्टल वेबसाइट <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a> मा जानुहोस्।</p> <p>टेक्स्टसम्बन्धी सञ्चारका लागि, तपाईंले हामीलाई आफ्नो फोन नम्बर उपलब्ध गराउनुपर्छ। मानक सन्देश र डाटा दरहरू लागू हुन सक्छन्। यो वाहकहरूद्वारा भिन्न हुन सक्छ, कृपया आफ्नो प्रदायकसँग जाँच गर्नुहोस्।</p>
EPPICard डेबिट मास्टर कार्ड	जर्जिया राज्यले EPPICard डेबिट मास्टर कार्ड भनिने TANF प्राप्तकर्ताहरूका लागि सुविधाजनक "विद्युतीय" भुक्तानी विकल्प कार्यान्वयन गरेको छ। यो भुक्तानी विकल्प अन्तर्गत, महिनाको पहिलो पात्रो दिनमा प्राप्तकर्ताको खातामा पैसा डिपोजिट गरिन्छ। पहिले हस्तान्त वा बिदामा पर्दा, अघिल्लो महिनाको पछिल्लो व्यावसायिक दिनमा लाभहरू उपलब्ध हुन्छन्। डेबिट मास्टरकार्डमा विद्युतीय रूपमा कोषहरू लोड गरिएको हुनाले प्राप्तकर्ताले आफ्ना कोषहरूमा तुरुन्तै पहुँच गर्छन्।
ग्यारेण्टी सम्बन्ध	आमाबुवा, आफन्त वा कानूनी अभिभावकले बालबालिकाहरूको पक्षमा TANF को लागि प्रयोग गर्नुहुन्छ वा प्राप्त गर्नुहुन्छ।
कुल आम्दानी	व्यक्तिले कर तिर्नु अघि वा खातामा भएको अन्य कटौतीहरूको कुल आम्दानी।
घरका सदस्यहरू	तपाईंको घरमा बस्ने व्यक्तिहरू। फूड स्ट्याम्प (SNAP) को लागि, सँगै बस्ने र खरिद गर्ने र तिनीहरूको खान सँगै तयार गर्ने व्यक्तिहरू।
आम्दानी	ज्यालाहरू, तलबहरू, कमिसनहरू, बोनसहरू, कामदारको क्षतिपूर्ति, असक्षमता, पेन्सन, अवकाश लाभहरू, ब्याज, बाल सहायता वा प्राप्त गरेको रकमको अन्य कुनै फाराम जस्ता भुक्तानीहरू।
2012 को मिडल वर्ग कर राहत ऐन	यो ऐनले क्यासिनो, मदिरा पसल, वयस्क-उन्मुख मनोरञ्जन सुविधाहरू, पोकर कोठा, वयस्क मनोरञ्जन व्यवसाय, बेल बण्ड, राजी क्लब/सैलुन/टार्भन, बिगो हल, रेस ट्रयाक, गेम खेल्ने स्थान, बन्दुक/बुद्ध सामग्री पसल, समुद्री यात्रा गर्ने सिप, अलौकिक अध्ययनकर्ता, धूम्रपान पसल, ट्याटु/वेध पसल र स्पा/मसाज सैलुनहरूमा नगद झिक्न वा कारोबार गर्न नगद सहायता कोषहरू वा TANF Debit Card हरूको प्रयोग गर्नमा प्रतिबन्ध लगाउँछ। यी व्यवसायहरूमा प्रयोग गर्ने नगद सहायता कोषहरू वा TANF Debit Card लाई प्राप्तकर्ताको भागमा जानाजान गरिएको कार्यक्रम उल्लङ्घन मानिन्छ।
आप्रवासी कृषिका कार्यकर्ताहरू	मौसमी कृषिका कार्यकर्ताहरू र काम गर्नको लागि एउटा घरबाट अर्को घरमा जाने कामदारहरू वा कृषि काम हेर्ने कामदारहरू।
गैर-आवेदक	सार्वजनिक सहायता/लाभहरूका लागि वा प्राप्त गर्नका लागि आवेदन नदिने व्यक्ति। गैर-आवेदकहरूले सामाजिक सुरक्षा नम्बर, नागरिकता वा आप्रवासी स्थिति उपलब्ध गराउन आवश्यक पर्दैन।



## लाभहरूका लागि आवेदन

<p><b>योग्य एलियन/इमिग्रेन्ट</b></p>	<p>योग्य एलियन/इमिग्रेन्ट व्यक्ति यु.एस मा कानूनी रूपमा बस्ने व्यक्ति हो, जो निम्नमध्ये कुनै एक कोटिहरूमा पर्नुहुन्छ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• आप्रवासन तथा राष्ट्रियता ऐन (INA) अन्तर्गत कानूनी रूपमा स्थायी निवास (LPR) का लागि प्रवेश दिइएको व्यक्ति;</li> <li>• वैदेशिक अपरेसन, निर्यात तथा सम्बन्धित विनियोजन ऐन 1988 को धारा 584 अनुरूप अमेरिसियन आप्रवासी;</li> <li>• INA को धारा 208 अन्तर्गत आश्रय स्वीकृत व्यक्ति;</li> <li>• शरणार्थी, INA को धारा 207 अन्तर्गत प्रवेश दिइएको;</li> <li>• INA को धारा 212 (d)(5) अन्तर्गत शरणार्थी वा आश्रय लिने व्यक्ति अनुसार प्यारोल गरिएका व्यक्ति;</li> <li>• अप्रिल 1, 1997 अगाडिको प्रभावको रूपमा INA को धारा 243(h) वा संशोधन गरिएअनुसार INA को धारा 241(b)(3) अन्तर्गत निर्वासन रोकिएको व्यक्ति;</li> <li>• अप्रिल 1, 1980 अगाडिको प्रभावको रूपमा INA को धारा 203(a)(7) अन्तर्गत सशर्त प्रवेश को ग्यारेण्टी दिने व्यक्ति;</li> <li>• शरणार्थी शिक्षा सहायता ऐन 1980 को धारा 501(c) मा परिभाषित गरिएअनुसार क्यूबा वा हाइटियन आप्रवासीहरू;</li> <li>• तस्करी पीडित संरक्षण ऐन 2000 को धारा 107(b)(1) अन्तर्गत मानव तस्करी पीडितहरू ;</li> <li>• संशोधन गरिएअनुसार व्यक्तिगत उत्तरदायित्व तथा कार्य अवसर समन्वय ऐन 1996 को धारा 431 (c) मा उल्लेख गरिएका अवस्थाहरू पूरा गर्ने सम्बन्ध विच्छेद भएका आप्रवासीहरू;</li> <li>• INA (विशेष अवस्थाहरूसँग सम्बन्धित) को धारा 101(a)(27) अन्तर्गत विशेष आप्रवासी स्थितिमा स्वीकृत इराकी वा अफगानी आप्रवासीहरू;</li> <li>• INA को धारा 289 अन्तर्गत यु.एस मा बस्ने क्यानाडामा जन्मेको; अमेरिकी भारतीयहरू वा भारतीय स्वयम् निर्धारण तथा शिक्षा सहायता ऐनको धारा 4(c) अन्तर्गत संघीय रूपमा पहिचान गरिएका भारतीय जनजाति र</li> <li>• भियतनाम झरा (8/05/1964 – 5/07/1975) को अवधिमा व्यक्तिले मिलिटरी वा उद्धार सञ्चालनमा भाग लिएर यु.एस मा प्रदान गरिएका सहायताका ह्योड वा हाइल्याण्ड लायोसन जनजातीय सदस्यहरू।</li> </ul> <p>चिकित्सा सहायता आवेदकहरूका लागि मात्र, निःशुल्क एसोसिएसन कम्प्याक्ट भनेका गणतन्त्र राज्य माइक्रोनेसिया, रिपब्लिक अफ दि मार्शल आइल्याण्डस् र रिपब्लिक अफ पलाउ हुन्। COFA आप्रवासीहरूले 5-वर्षे बार पूरा गर्नु पर्दैन।</p>
<p><b>स्रोतहरू</b></p>	<p>नगद, सम्पत्ति वा बैंक खाता, सवारी साधन, स्टक, बोनड र जीवन बीमा जस्ता पूर्जा।</p>
<p><b>मौसमी कृषिका कार्यकर्ताहरू</b></p>	<p>रोप्ने वर्षको निश्चित समयमा उत्पादन उठाउने वा प्याक गर्नेमा काम गर्ने व्यक्तिहरू। नियमित आधारमा कृषि कामदारहरूलाई भन्दा धेरै कामदारहरूलाई जागिर आवश्यकता हुँदा तिनीहरूलाई अस्थायी रूपमा नयाँ भर्ना गरिन्छ।</p>
<p><b>फूड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रममा व्यापार</b></p>	<p>SNAP व्यापार लाभहरूको अर्थ: (1) उपयुक्त खाद्यको इनाम भन्दा CASH को लागि प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा, सहकार्य गरेर वा अन्य व्यक्तिहरूसँग परामर्श लिएर वा एकलैले काम गरेर EBT कार्ड, कार्ड नम्बर र PIN नम्बर मार्फत वा म्यानुअल भौचर वा हस्ताक्षरद्वारा जारी र पहुँच गरिने SNAP लाभहरू किन्ने, बिक्री गर्ने, चोरी गर्ने वा हैनभने विनिमय गर्ने; (2) तोपहरू, युद्ध सामग्री वा नियन्त्रित वस्तुहरूको विनिमय गर्ने; (3) डिपोजिट रकमको लागि वस्तु छोडेर र कन्टेनरलाई फिर्ता गरेर, जानाजान तरिकाले वस्तु छोडेर र कन्टेनरलाई वस्तु फिर्ता गरेर नगद प्राप्त गर्नको लागि फिर्ता डिपोजिट आवश्यक पर्ने कन्टेनरको SNAP लाभहरूसँग वस्तु खरिद गर्ने; (4) वस्तु पुनः बिक्री गरेर उपयुक्त खाद्यको इनाम भन्दा नगद प्राप्त गर्ने उद्देश्यमा SNAP लाभहरूसँग वस्तु खरिद गर्ने र उपयुक्त खाद्यको इनाम भन्दा नगदको लागि विनिमयमा SNAP लाभहरूसँग वस्तु खरिद गरे पश्चात जानाजान तरिकाले पुनः बिक्री गर्ने; (5) उपयुक्त खाद्यको इनाम भन्दा नगद प्राप्त गर्ने विनिमयमा SNAP लाभहरूसँग वास्तवमा खरिद गरिएको वस्तुहरू जानाजान तरिकाले खरिद गर्ने (6) उपयुक्त खाद्यको इनाम भन्दा CASH को लागि प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा, सहकार्य गरेर वा अन्य व्यक्तिहरूसँग परामर्श लिएर वा एकलैले काम गरेर Electronic Benefit Transfer (EBT) कार्ड, कार्ड नम्बर र व्यक्तिगत पहिचान नम्बर (PINs) मार्फत वा म्यानुअल भौचर वा हस्ताक्षरद्वारा जारी र पहुँच गरिने SNAP लाभहरू किन्ने, बिक्री गर्ने, चोरी गर्ने प्रयास गर्ने वा हैनभने यसको विनिमयमा प्रभाव पार्ने।</p>

### सबै Medicaid आवेदकहरूका लागि:

प्राप्तकर्ता वा प्रदायकहरूलाई संदिग्ध Medicaid छलको बारेमा रिपोर्ट गर्न, महानिरीक्षकको जोर्जिया सामुदायिक स्वास्थ्य विभागको कार्यालयमा (local) (404) 463-7590 वा (टोल फ्री) (800) 533-0686 मा कल गर्नुहोस्; [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov) मा इमेलमार्फत; सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग, OIG PI Section, 2 Peachtree Street NW, 5<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303 मा पत्राचारमार्फत; वा <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud> मा जानुहोस्।

## ADA /धारा 504 का अधिकारहरूको सूचना

### असक्षमता भएका मानिसहरूको लागि मद्दत

संघीय कानून अनुसार जर्जिया मानव सेवा विभाग र जर्जिया सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग ("विभागहरू") लाई असक्षमता भएका व्यक्तिहरूलाई विभागका कार्यक्रम, सेवा वा क्रियाकलापहरूमा सहभागी हुन र योग्य ठहर हुन समान अवसर उपलब्ध गराउन आवश्यक पर्छ। यसमा SNAP, TANF र चिकित्सा सहायता जस्ता कार्यक्रमहरू समावेश छन्।

असक्षमतामा आधारित भेदभाव रोक्नको लागि परिमार्जनहरू आवश्यक हुँदा विभागहरूले उचित परिमार्जनहरू उपलब्ध गराउँछन्। उदाहरणका लागि, हामी समान पहुँच उपलब्ध गराउनका लागि नीति, अभ्यास वा प्रक्रियाहरू परिवर्तन गर्न सक्छौं। समान रूपमा प्रभावकारी हुने सञ्चार सुनिश्चित गर्नका लागि, हामी असक्षमता भएका व्यक्तिहरू वा तिनका असक्षमता भएका सहयोगीहरूलाई साङ्केतिक भाषा दोभाषेहरू जस्ता सञ्चार सहायता उपलब्ध गराउँछौं। हाम्रो मद्दत निःशुल्क छ। विभागहरूले सेवा, कार्यक्रम वा क्रियाकलापको प्रकृतिमा आधारभूत परिवर्तन हुने वा अनावश्यक वित्तीय तथा प्रशासनिक बोझहरू निम्ति कुनै पनि परिमार्जन गर्न आवश्यक हुँदैन।

### उपयुक्त परिमार्जन वा सञ्चार सहायता कसरी अनुरोध गर्ने

तपाईं असक्षम हुनुहुन्छ र तपाईंलाई उचित परिमार्जन, सञ्चार सहायता वा अतिरिक्त मद्दत आवश्यक हुन्छ भने, कृपया आफ्नो मामिला कार्यकर्तालाई सम्पर्क गर्नुहोस्। उदाहरणको लागि, तपाईंलाई सांकेतिक भाषा दोभाषे जस्तो प्रभावकारी सञ्चारको लागि सहयोग वा सेवा आवश्यक भएमा फोन गर्नुहोस्। तपाईं अनुरोध गर्नका लागि आफ्नो मामिला कार्यकर्तालाई सम्पर्क गर्न वा DFCS लाई (877) 423-4746 मा वा DCH Katie Beckett (KB) टोलीलाई (678) 248-7449 मा कल गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं आफ्नो स्थानीय DFCS कार्यालयमा वा <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> मा अनलाइन उपलब्ध हुने DFCS ADA उचित परिमार्जनको अनुरोध फाराम प्रयोग गरेर अनुरोध गर्न पनि सक्नुहुन्छ वा तपाईं KB टोलीसँग वा <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> मा अनलाइन उपलब्ध हुने DCH ADA उचित परिमार्जनको अनुरोध फाराम प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ तर तपाईंले फाराम प्रयोग गर्नु पर्दैन।

### उजुरी कसरी दायर गर्ने

विभागहरूले तपाईंको असक्षमताको कारण तपाईं विरुद्ध भेदभाव गरेको छ भने, तपाईंसँग उजुरी गर्ने अधिकार हुन्छ। उदाहरणका लागि, तपाईंले उचित परिमार्जन वा साङ्केतिक भाषा दोभाषेको अनुरोध गर्दा तपाईंलाई अस्वीकार गरियो वा उचित समयमा कदम चालिएन भने, तपाईं भेदभावसम्बन्धी उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं आफ्नो मामिला कार्यकर्ता, आफ्नो स्थानीय DFCS कार्यालय वा DFCS नागरिक अधिकार, ADA/धारा 504 संयोजकसँग मौखिक रूपमा वा 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746 मा पत्र लेखेर उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ। DCH का लागि, KB TEAM ADA/धारा 504 संयोजकलाई 2211 Beaver Ruin Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071 वा पोस्ट बक्स 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH को इमेल: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

तपाईं आफ्नो मामिला कार्यकर्तालाई DFCS नागरिक अधिकार, ADA/धारा 504 सम्बन्धी उजुरी फारामको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। उजुरी फाराम <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> मा पनि उपलब्ध छ। तपाईंलाई भेदभाव सम्बन्धी उजुरी गर्न मद्दत आवश्यक पर्छ भने, तपाईंले माथि सूचीबद्ध DFCS को कर्मचारीलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ। कान नसुन्ने वा सुन्नामा कठिनाई हुने वा बोल्ने असक्षमताहरू हुनसक्ने व्यक्तिहरूले हामीसँग जोडिनको लागि सञ्चालकलाई 711 मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। DCH नागरिक अधिकार उजुरीहरूका लागि इमेल: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). DCH नागरिक अधिकार प्रक्रिया र उजुरी फारामका लागि लिङ्क <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> मा अवस्थित छ।

तपाईं उपयुक्त संघीय एजेन्सीसँग पनि भेदभावसम्बन्धी उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ। अमेरिकी कृषि विभाग (USDA) र अमेरिकी स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (HHS) को सम्पर्क जानकारी यहाँ समावेश गरिएको "गैर-भेदभावको कथन" भित्र छ।

\*1973 को पुनर्सुधार ऐनको धारा 504; 1990 को असक्षमताहरू भएका अमेरिकीहरूको ऐन; र 2008 को असक्षमताहरू भएका अमेरिकीहरूको संशोधन ऐनले असक्षमताहरू भएका व्यक्तिहरू गैर-कानूनी भेदभावबाट मुक्त छन् भनी सुनिश्चित गर्छ।

**सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग (DCH)** नीति अन्तर्गत, चिकित्सा सहायता कार्यक्रमहरूले तपाईंको जाति, उमेर, लिङ्ग, असक्षमता, मूल राष्ट्र वा धर्मको आधारमा तपाईंका योग्यता वा लाभहरू अस्वीकार गर्न सक्दैनन्।

## USDA वा HHS लाई आवेदनहरू नपठाउनुहोस्

### गैर भेदभावको कथन

संघीय नागरिक अधिकार कानूनहरू र अमेरिकी कृषि विभाग (USDA) का नागरिक अधिकारका नियमन तथा नीतिहरूका अनुसार, USDA, यसका एजेन्सी, कार्यालय र कर्मचारी र USDA कार्यक्रमहरूमा सहभागी भएका वा प्रशासन गर्ने संस्थाहरूलाई USDA द्वारा सञ्चालित वा कोष प्रदान गरिएका कुनै पनि कार्यक्रम वा गतिविधिमा जाति, वर्ण, राष्ट्रिय मूल, लिङ्ग (लैङ्गिक पहिचान र लैङ्गिक झुकावसहित), धार्मिक आस्था, असक्षमता, उमेर, राजनैतिक आस्थाका आधारमा भेदभाव गर्नबाट वा पूर्व नागरिक अधिकार गतिविधिमा प्रतिशोध वा प्रतिकार गर्नबाट निषेधित गरिएको छ। संयुक्त राज्य स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागबाट निर्धन परिवारहरूलाई अस्थायी सहायता (TANF) जस्ता संघीय आर्थिक सहायता प्राप्त गर्ने कार्यक्रमहरू र HHS ले प्रत्यक्ष रूपमा सञ्चालन गर्ने कार्यक्रमहरूलाई पनि संघीय नागरिक अधिकारहरूका कानून र HHS नियमनहरू अन्तर्गत भेदभाव गर्नबाट निषेधित गरिएको छ।

कार्यक्रमसम्बन्धी जानकारीका लागि वैकल्पिक सञ्चारको माध्यम (उदाहरण, ब्रेल, टूलो प्रिन्ट, अडियो टेप, अमेरिकी सांकेतिक भाषा, आदि) आवश्यक पर्ने अशक्तता भएका व्यक्तिहरूले आफूले लाभका लागि आवेदन गरेको एजेन्सी (राज्य वा स्थानीय) लाई सम्पर्क गर्नुपर्छ। श्रवणहीन, सुन्नामा कठिनाई भएका वा बोली अक्षमता भएका व्यक्तिहरूले USDA लाई संघीय रिले सेवा (Federal Relay Service) मार्फत (800) 877-8339 मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ। यसका साथै, कार्यक्रमसम्बन्धी जानकारी अङ्ग्रेजी बाहेकका अन्य भाषाहरूमा पनि उपलब्ध हुन सक्छ।

**USDA कार्यक्रमहरूसँग सम्बन्धित नागरिक अधिकार उजुरीहरू** USDA ले पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), भारतीय आरक्षणमा खाद्य वितरण कार्यक्रम (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) र अन्य यस्तै धेरै खाद्य सुरक्षा र भोक न्यूनीकरण कार्यक्रमहरूका लागि संघीय आर्थिक सहायता प्रदान गर्दछ। कार्यक्रमसँग सम्बन्धित भेदभाव उजुरी दायर गर्न, कार्यक्रम भेदभाव उजुरी फाराम, (AD-3027) पूरा गर्नुहोस्, जुन <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR-P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf> र कुनै USDA को कार्यालयमा वा USDA लाई सम्बोधित एउटा पत्र लेख्नुहोस् र यो फाराममा अनुरोध गरिएका सम्पूर्ण जानकारी पत्रमा उपलब्ध गराउनुहोस्। उजुरी फारामको एक प्रतिलिपि अनुरोध गर्नका लागि, (866) 632-9992 मा फोन गर्नुहोस्। Submit your completed form or letter to USDA by:

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

SNAP का समस्याहरूसँग सम्बन्धित अन्य कुनै पनि जानकारीका लागि, व्यक्तिहरूले USDA SNAP हटलाइन नम्बर (800) 221-5689 मा सम्पर्क गर्नुपर्छ, जुन स्पेनीमा पनि छ वा [राज्य जानकारी/हटलाइन नम्बरहरू](#) (राज्यद्वारा सूचीबद्ध गरिएको हटलाइन नम्बरहरूको लागि यो लिङ्कमा क्लिक गर्नुहोस्) मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ; जुन: [SNAP हटलाइन](#) मा अनलाइन मार्फत पाउन सकिन्छ।

### HHS कार्यक्रमहरूसँग सम्बन्धित नागरिक अधिकार उजुरीहरू

HHS ले स्वास्थ्य तथा कल्याणमा सुधार ल्याउनका लागि TANF, Head Start, न्यून-आय गृह ऊर्जा सहायता कार्यक्रम (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) र अन्य यस्तै धेरै कार्यक्रमहरूका लागि संघीय आर्थिक सहायता प्रदान गर्दछ। तपाईंलाई HHS ले प्रत्यक्ष रूपमा सञ्चालन गर्ने वा HHS ले संघीय आर्थिक सहायता प्रदान गर्ने कार्यक्रम वा क्रियाकलापहरूमा तपाईंको जाति, वर्ण, राष्ट्रिय मूल, असक्षमता, उमेर, लिङ्ग (गर्भावस्था, लैङ्गिक झुकाव र लैङ्गिक पहिचानसहित) वा धर्मका कारणले गर्दा भेदभाव गरिएको जस्तो लाग्छ भने, तपाईं आफू वा अन्य कोहीलाई गरिएको भेदभावका सम्बन्धमा नागरिक अधिकार कार्यालय (Office for Civil Rights, OCR) मा उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ।

HHS मार्फत संघीय आर्थिक सहायता प्राप्त गर्ने कार्यक्रमका सम्बन्धमा आफू वा अन्य कोहीलाई गरिएको भेदभावसम्बन्धी उजुरी दायर गर्न, OCR को उजुरी पोर्टल <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> मार्फत अनलाइन फाराम पूरा गर्नुहोस्। तपाईं OCR लाई निम्न माध्यमद्वारा सम्पर्क गर्न पनि सक्नुहुन्छ: Centralized Case Management Operations (केन्द्रित मामिला व्यवस्थापन सञ्चालनहरू), U.S. Department of Health and Human Services (संयुक्त राज्य स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग), 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; फ्याक्स: (202) 619-3818 मा फ्याक्स गरेर; वा [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov)। छिटो प्रशोधनका लागि, हामी तपाईंलाई उजुरीहरू दायर गर्न मेल मार्फत भर्नुको सट्टा OCR अनलाइन पोर्टल प्रयोग गर्न प्रोत्साहन गर्छौं। नागरिक अधिकारहरूको उजुरी दायर गर्न सहायता आवश्यक पर्ने व्यक्तिहरूले OCR लाई [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) मा इमेल गर्न वा 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 मा OCR टोल फ्री फोन गर्न सक्छन्। श्रवणहीन, सुन्नामा कठिनाई भएका वा बोली अक्षमता भएका व्यक्तिहरूले कृपया दूरसञ्चार रिले सेवाहरूमा पहुँच गर्न 7-1-1 मा फोन गर्नुहोस्। हामी उजुरी दायर गर्नका लागि निःशुल्क वैकल्पिक ढाँचाहरू (जस्तै, ब्रेल र टूलो प्रिन्ट), सहायक सामग्री र भाषा सहायता सेवाहरू पनि उपलब्ध गराउँछौं।

यो संस्था समान अवसर प्रदायक हो।

मानव सेवा विभाग (DHS) अन्तर्गत, तपाईं आफ्नो स्थानीय DFCS कार्यालयमा वा DFCS नागरिक अधिकार र ADA/धारा 504 संयोजकलाई 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746 मा सम्पर्क गरेर भेदभावसम्बन्धी उजुरीहरू दायर गर्न पनि सक्नुहुन्छ। सीमित अङ्ग्रेजी प्रवीणताका आधारमा भेदभाव गरेको आरोप लगाइएका उजुरीहरूका लागि, DHS सीमित अङ्ग्रेजी प्रवीणता र संवेदक दुर्बलता कार्यक्रमलाई 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303 मा सम्पर्क गर्नुहोस् वा (877) 423-4746 मा कल गर्नुहोस्।

## USDA वा HHS लाई आवेदनहरू नपठाउनुहोस्