परिवार और बच्चों की सेवाओं का डिवीजन

अधिकार और उत्तरदायित्व

जॉर्जिया परिवार और बच्चों की सेवाओं में आपका स्वागत है!

यदि आपको इस दस्तावेज़ को पढ़ने या पूरा करने में सहायता चाहिए, या यदि आपको हमसे संवाद करने में सहायता चाहिए, तो कृप्या हमसे पूछें या (877) 423-4746 पर कॉल करें. दूरभाषियों सहित हमारी सेवाएं मुफ़्त हैं. यदि आप बहरे हैं, सुनने में कठिनाई हैं, बहरे-अंधे हैं या बोलने में कठिनाई हो रही है, तो आप हमें ऊपर दिए गए नंबर पर 711 ((Georgia Relay) डायल करके कॉल कर सकते हैं.

Community Outreach Services
अन्य DHS सेवाओं के बारे में अधिक जानकारी के लिए, कृपया हमारी वेबसाइट http://dfcs.georgia.gov पर जाएँ या (877) 423-4746 पर कॉल करें.

जब आप खाद्य सहायता, नकद सहायता और चिकित्सा देखभाल प्राप्त करते हैं, तो हम आपको यह जानकारी आपके अधिकारों और जिम्मेदारीयों को समझने में मदद करने के लिए प्रदान कर रहे हैं. कृपया उन कार्यक्रमों के अधिकारों और जिम्मेदारीयों की समीक्षा करें जिनपर आप आवेदन कर रहे हैं और हस्ताक्षर पृष्ठ पर हस्ताक्षर करें. अगर आप किसी और के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो ये अधिकार और जिम्मेदारीयाँ उस व्यक्ति पर भी लागू होती हैं.

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग ("DHS") लाभ के लिए आपके आवेदन के समय व्यक्तिगत रूप से पहचान योग्य जानकारी (PII), जैसे नाम, पता, फोन नंबर, ईमेल पता, जन्म तिथि आदि एकत्र करता है. हमें कोई भी व्यक्तिगत जानकारी प्रदान करके, आप सहमत हैं कि हम ऐसी किसी भी व्यक्तिगत जानकारी को DHS नीतियों, प्रक्रियाओं के अनुसार एकत्र, उपयोग और प्रकट कर सकते हैं और जैसा कि कानून और/या विनियम द्वारा अनुमत या आवश्यक है.

फ़ूड स्टैम्प (SNAP), TANF और Medicaid कार्यक्रमों में मेरे क्या अधिकार हैं?

सभी कार्यक्रमों में, आपको निम्न का अधिकार है:

- अगर आपको अंग्रेजी पढ़ने, लिखने, बोलने या समझने में परेशानी होती है, तो इस फॉर्म को पूरा करने और **मुफ्त भाषा सहायता सेवाओं** (अनुवादक, अनुवादित सामग्री, या सीधी भाषा सेवाओं) **को पूरा करने में सहायता का अनुरोध करें.**
- यदि आप या आपके परिवार में कोई विकलांग है **तो सहायक उपकरणों और सेवाओं और उचित संशोधनों का अनुरोध करें.**
- **लिखित या व्यक्तिगत रूप से निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध करें. आपको परिवार के किसी सदस्य, वकील, रिश्तेदार, मित्र या अन्य प्रतिनिधि द्वारा प्रतिनिधित्व करने का अधिकार है.**
  यदि आप अपने मामले को संभालने से संतुष्ट नहीं हैं, तो आप काउंटी कार्यालय से संपर्क करके, (877) 423-4746 पर कॉल करके या www.gateway.ga.gov. पर एक लिखित अनुरोध अपलोड करके सुनवाई का अनुरोध कर सकते हैं.
- अपनी केस फ़ाइल में कुछ सामग्री और जानकारी की समीक्षा करें. हालांकि, हो सकता है कि आप केस फाइल में सभी जानकारी न देख पाएं, जैसे कि उन लोगों के नाम जिन्होंने हमें आपके या आपके परिवार के सदस्यों के बारे में जानकारी दी है या आप या आपके घर के किसी सदस्य से जुड़े किसी भी आपराधिक मुकदमे के बारे में जानकारी दी है.
- तय करें कि क्या आप सामाजिक सुरक्षा संख्या (SSN), नागरिकता, या आप्रवास स्थिति की जानकारी प्रदान करना चाहते हैं. सार्वजनिक सहायता के लिए पात्र होने के लिए, व्यक्तियों को यू.एस. नागरिक होना चाहिए, यू.एस. राष्ट्रीय, या पात्र अप्रवासी. 2008 के खाद्य और पोषण अधिनियम के अनुसार, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, और 42 C.F.R. § 435.920, DFCS आपके और आपके परिवार के सदस्यों SSN से अनुरोध करने के लिए अधिकृत है.

  यदि हम इलेक्ट्रॉनिक डेटा स्रोतों के माध्यम से इसे सत्यापित नहीं कर सकते हैं, तो सार्वजनिक सहायता के लिए आवेदकों को एक SSN प्रदान करना चाहिए या उसके लिए आवेदन करना चाहिए और/या अपनी नागरिकता या आप्रवास स्थिति को सत्यापित करना चाहिए. कुछ अप्रवासी पात्र हैं, और कुछ नहीं हैं, जो उनकी कानूनी स्थिति पर निर्भर करता है. Medicaid के लिए, उनकी अप्रवास स्थिति के आधार पर, कुछ अप्रवासी पूर्ण Medicaid लाभों या आपातकालीन चिकित्सा सहायता (EMA) लाभों के लिए पात्र हो सकते हैं. यदि आपके या आपके परिवार के किसी व्यक्ति के पास SSN नहीं है, तो हम एक

के लिए आवेदन करने में आपकी सहायता कर सकते हैं.

SSN के लिए आवेदन करने से लाभ के लिए आपके आवेदन पर निर्णय लेने में देरी नहीं होगी. यदि आप केवल आपातकालीन चिकित्सा सेवाओं के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपको अपना SSN या अपनी अप्रवास स्थिति के बारे में जानकारी प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है. EMA, श्रम और प्रसव सहित, गर्भवती गैर-योग्य और गैर- दस्तावेज अप्रवासियों के लिए उपलब्ध है.

एक व्यक्ति, जो सार्वजनिक सहायता के लिए आवेदन नहीं कर रहा है और जो SSN, नागरिकता या अप्रवासी का दर्जा प्रदान नहीं करता है, उसे गैर-आवेदक के रूप में नामित किया जा सकता है. एक गैर-आवेदक को SSN, नागरिकता, या अप्रवासी स्थिति प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है, लेकिन अन्य जानकारी प्रदान करने की आवश्यकता है जो आय या संसाधनों जैसे अन्य आवेदक घर के सदस्यों की योग्यता को प्रभावित कर सकती है.

एक गैर-आवेदक लाभ प्राप्त करने के लिए पात्र नहीं है.

केवल वे लोग जो हमें अपने SSN, नागरिकता, या अप्रवास स्थिति के बारे में जानकारी देते हैं, वे लाभ प्राप्त करने के पात्र होंगे. हम इस जानकारी का उपयोग आय और पात्रता सत्यापन प्रणाली (IEVS) की जांच के लिए करेंगे. हम आपकी आय और योग्यता, वेतन और रोजगार की जानकारी को सत्यापित करने के लिए अन्य संघीय, राज्य और स्थानीय एजेंसियों के साथ आपकी जानकारी का मिलान भी करेंगे. यह जानकारी कानून प्रवर्तन अधिकारियों को कानून से भाग रहे लोगों को पकड़ने के लिए उपयोग करने के लिए भी दी जा सकती है. यदि आपका परिवार फ़ूड स्टैम्प (SNAP) के लिए पात्र है, तो SSN सहित इस आवेदन की जानकारी को संघीय और राज्य एजेंसियों और निजी दावा संग्रह एजेंसियों के साथ उनके दावों के संग्रह में उपयोग के लिए साझा किया जा सकता है.

हम आपकी जानकारी को यूनाइटेड स्टेट्स सिटिजनशिप एंड इमिग्रेशन सर्विसेज (USCIS) के साथ साझा नहीं करेंगे; हालांकि, यदि आपके आवेदन पर आव्रजन स्थिति की जानकारी प्रस्तुत की गई है, तो यह जानकारी USCIS के माध्यम से सत्यापन के अधीन हो सकती है और आपके परिवार की पात्रता और लाभ स्तर को प्रभावित कर सकती है.

हम किसी आवेदक के परिवार के सदस्यों को लाभ देने से इनकार नहीं करेंगे क्योंकि परिवार के अन्य सदस्य अपनी SSN, नागरिकता या आप्रवास स्थिति प्रदान नहीं करते हैं. फ़ूड स्टैम्प (SNAP) लाभों के लिए आवेदन करना या प्राप्त करना किसी गैर-नागरिक को सार्वजनिक शुल्क नहीं बनाता है.

पूरक सुरक्षा आय (SSI), TANF नकद सहायता, संस्थागत Medicaid दीर्घकालिक देखभाल, या राज्य सामान्य सहायता की प्राप्ति या स्वीकृति के परिणामस्वरूप गैर-नागरिक सार्वजनिक दायित्व के अधीन हो सकते हैं यदि सभी पात्रता मानदंड पूरे होते हैं. हालांकि, इन लाभों को प्राप्त करने से कोई व्यक्ति सार्वजनिक शुल्क के आधार पर वैध स्थायी निवासी के रूप में अपनी स्थिति को समायोजित करने के लिए स्वचालित रूप से अस्वीकार्य या अपात्र नहीं हो जाता है. एक "सार्वजनिक प्रभार" का अर्थ है कि आप एक ऐसे व्यक्ति हैं जो आपके जीवन के तरीके को बनाए रखने के लिए सरकार पर "मुख्य रूप से निर्भर" बनने की संभावना है, जैसा कि या तो आय के रखरखाव के लिए सार्वजनिक नकद सहायता की प्राप्ति या सरकार के खर्च पर दीर्घकालिक देखभाल के लिए संस्थागतकरण द्वारा प्रदर्शित किया गया है"

यदि आपको सार्वजनिक प्रभार में माना जाता है, तो आपको निर्वासित या स्थायी स्थिति से वंचित नहीं किया जाएगा क्योंकि आपने सार्वजनिक सहायता के लिए आवेदन किया था या प्राप्त किया था.

- तय करें कि क्या आप अपनी **जाति** और जातीयता के बारे में जानकारी **देना चाहते है.** हम यह सुनिश्चित करने के लिए नस्ल और जातीयता पर डेटा एकत्र करते हैं कि हम संघीय नागरिक अधिकार कानूनों के अनुपालन में हैं. यह जानकारी प्रदान करके, आप हमारे कार्यक्रमों को गैर-भेदभावपूर्ण तरीके से संचालित करने में हमारी सहायता करेंगे. आपके परिवार को हमें यह जानकारी प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है, और यह आपकी पात्रता या लाभ स्तर को प्रभावित नहीं करेगा.

फ़ूड स्टैम्प (SNAP), TANF और Medicaid प्रोग्राम में मेरी क्या ज़िम्मेदारीयाँ हैं?

सभी कार्यक्रमों में, आप इसके लिए जिम्मेदार हैं:

- अपने कार्यकर्ता को सही जानकारी देना और लाभ प्राप्त करने के लिए आवश्यक बयानों का प्रमाण प्रदान करना. जब आप इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करते हैं, तो आप अपने कर्मचारी को अपने नियोक्ता, बैंक, पड़ोसी या अन्य से जानकारी प्राप्त करने की अनुमति दे रहे हैं ताकि हम सुनिश्चित कर सकें कि आपको सही मात्रा में लाभ मिल रहे हैं.

- हर समय सच बोलना. यदि आप या आपके लिए आवेदन करने वाला कोई व्यक्ति गलत जानकारी प्रदान करता है, तो आप अपने लाभ खो सकते हैं या जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करने के लिए आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है.
- इस बात का प्रमाण देना कि आप या आपके परिवार में कोई भी व्यक्ति जो लाभ के लिए आवेदन कर रहा है, यू.एस. नागरिक, यू.एस. राष्ट्रीय या योग्य अप्रवासी है. . **टिप्पणी:** आपका कार्यकर्ता आपको उन तरीकों की एक सूची प्रदान करेगा जिससे आप अपनी नागरिकता या आव्रजन स्थिति को सत्यापित कर सकते हैं यदि वे इसे इलेक्ट्रॉनिक डेटा स्रोतों से सत्यापित नहीं कर सकते हैं. Medicaid के लिए, यदि आप यू.एस. नागरिक, यू.एस. राष्ट्रीय या योग्य अप्रवासी नहीं हैं, आप आपातकालीन कवरेज के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं, और योग्यता की स्थिति के बिना किसी व्यक्ति को स्थिति का प्रमाण देने की आवश्यकता नहीं होगी.
- अपनी घरेलू स्थिति में कुछ बदलावों की रिपोर्ट करना. प्रत्येक कार्यक्रम की अलग-अलग रिपोर्टिंग आवश्यकताएं होती हैं. जिन चीज़ों की आपको रिपोर्ट करने की आवश्यकता है, उनके लिए प्रत्येक कार्यक्रम के लिए उत्तरदायित्व अनुभाग देखें.

फ़ूड स्टैम्प (SNAP) प्रोग्राम में मेरी और क्या ज़िम्मेदारियाँ हैं?

फ़ूड स्टैम्प (SNAP) प्रोग्राम में, आप इसके लिए भी ज़िम्मेदार हैं:

- गुणवत्ता नियंत्रण समीक्षकों के साथ सहयोग करना जब वे आपके केस मैनेजर को आपके द्वारा प्रदान की गई जानकारी के बारे में साक्षात्कार के लिए कॉल करते हैं या आपके घर आते हैं. यदि आप उनके साथ सहयोग नहीं करते हैं, तो आपके मामले को अस्वीकार या बंद किया जा सकता है.
- उन लाभों को चुकाना जो आपको प्राप्त नहीं होने चाहिए थे.
- रिपोर्टिंग जब आपके परिवार की कुल सकल मासिक आय परिवार के आकार के लिए संघीय गरीबी स्तर के 130% से अधिक हो. यदि आप एक कामकाजी वयस्क हैं और आपकी कोई संतान नहीं है, तो आपको रिपोर्ट करना चाहिए कि आपके काम के घंटे प्रति सप्ताह 20 घंटे या प्रति माह 80 घंटे से कम हैं. आपको इन परिवर्तनों की सूचना उस महीने के अंत से 10 दिनों के भीतर देनी होगी जिसमें वृद्धि या परिवर्तन हुआ था. आपको सरलीकृत रिपोर्टिंग आवश्यकताओं की सूचना दी जा सकती है, जो इस आवश्यकता के बारे में अधिक स्पष्ट करती है.
- रिपोर्टिंग जब आपके परिवार को पर्याप्त लॉटरी और जुए में जीत मिलती है. यह एक गेम में जीता जाने वाला नकद पुरस्कार है. अगर आपको या घर के किसी सदस्य को लॉटरी या जुए की जीत मिलती है, तो कुल $4250 या उससे अधिक की राशि (कर या अन्य राशि रोके जाने से पहले), आपको उस महीने के अंत से 10 दिनों के भीतर इन जीत की रिपोर्ट करनी होगी जिसमें घर के सदस्य ने जीत हासिल की थी .

फ़ूड स्टैम्प (SNAP) परिवार अपने लाभों का उपयोग गैर-खाद्य वस्तुओं जैसे बीयर, वाइन, शराब, सिगरेट, तंबाकू, पालतू भोजन, साबुन, कागज़ के उत्पादों और घरेलू आपूर्ति को खरीदने के लिए नहीं कर सकते हैं.

फ़ूड स्टैम्प (SNAP) वाले परिवारों को भी उनके लाभों के साथ क्रेडिट पर भोजन खरीदने की अनुमति नहीं है.

फ़ूड स्टैम्प (SNAP) परिवार अपने परिवार को नहीं मिलने वाले लाभों को प्राप्त करने के लिए झूठी सूचना नहीं दे सकते हैं या जानकारी छिपा सकते हैं.

फ़ूड स्टैम्प (SNAP) परिवार फ़ूड स्टैम्प (SNAP) या EBT कार्ड का उपयोग नहीं कर सकते हैं जो उनके नहीं हैं और उन्हें किसी और को अपने कार्ड का उपयोग करने नहीं देना चाहिए.

फ़ूड स्टैम्प (SNAP) परिवार अवैध वस्तुओं जैसे आग्नेयास्त्रों, गोला-बारूद या नियंत्रित पदार्थ (अवैध ड्रग्स) के लिए फ़ूड स्टैम्प (SNAP) या EBT कार्ड का व्यापार या बिक्री नहीं कर सकते.

फ़ूड स्टैम्प (SNAP) प्रोग्राम में घरेलू ख़र्चों की रिपोर्ट करने के लिए मेरे अधिकार और उत्तरदायित्व क्या हैं?

फ़ूड स्टैम्प (SNAP) कार्यक्रम में, कुछ घरेलू खर्चे जैसे आश्रय की लागत, चिकित्सा बिल, आश्रित देखभाल की लागत, और घर के बाहर भुगतान किए जाने वाले बच्चे के समर्थन से आपको मिलने वाले लाभों की मात्रा प्रभावित हो सकती है.

यदि आपके पास हीटिंग या कूलिंग खर्च हैं, तो आप मानक उपयोगिता भत्ता प्राप्त करने के पात्र हो सकते हैं.

यदि आपके पास केवल एक उपयोगिता व्यय है और यह हीटिंग या कूलिंग व्यय नहीं है, तो आप वास्तविक व्यय के लिए कटौती प्राप्त करने के योग्य हो सकते हैं.

यदि आपके पास केवल एक टेलीफोन खर्च है और कोई हीटिंग या कूलिंग खर्च नहीं है, तो आप मानक टेलीफोन भत्ता प्राप्त करने के लिए पात्र हो सकते हैं. यदि आप चाहते हैं कि हम इन खर्चों पर विचार करें, तो आप उनकी रिपोर्ट करने और उनकी पुष्टि करने के लिए ज़िम्मेदार हैं. यदि आप वास्तविक उपयोगिता व्ययों की रिपोर्ट या सत्यापन करने में विफल रहते हैं, तो हम आपकी लाभ राशि निर्धारित करने के लिए उनका उपयोग नहीं करेंगे.

फ़ूड स्टैम्प (SNAP) कार्यक्रम में दंड क्या हैं?

फ़ूड स्टैम्प (SNAP) प्रोग्राम पेनल्टी नीचे दिए गए चार्ट में प्रदान की गई है.

जानबूझकर कार्यक्रम का उल्लंघन	
अगर आप या घर का कोई सदस्य... ▪ जानकारी छिपाता है या सच नहीं बताता; ▪ किसी और के EBT कार्ड का उपयोग करता है; ▪ शराब या तंबाकू खरीदने के लिए FS लाभों का उपयोग करता है, FS लाभ या EBT कार्ड का व्यापार करता है या बेचता है	आप अयोग्य होंगे ▪ पहले अपराध के लिए 12 महीने तक, ▪ दूसरे अपराध के लिए 24 माह, ▪ और स्थायी रूप से तीसरे अपराध के लिए.
▪ नियंत्रित पदार्थ की बिक्री से जुड़े लेनदेन में FS लाभ का उपयोग किया है या प्राप्त किया है	▪ ,पहले अपराध के लिए 24 महीने और ▪ स्थायी रूप से दूसरे अपराध के लिए.
▪ 8/22/1996 के बाद आग्नेयास्त्रों, गोला-बारूद, या विस्फोटकों की बिक्री से जुड़े लेनदेन में FS लाभ का उपयोग किया है या प्राप्त किया है	▪ स्थायी रूप से पहले अपराध के लिए.
▪ 8/22/1996 के बाद $500 या उससे अधिक की राशि के अवैध व्यापार लाभों के लिए दोषी ठहराया गया है	▪ स्थायी रूप से पहले अपराध के लिए.
▪ 8/22/1996 के बाद एक नियंत्रित पदार्थ (दवाओं) के कब्जे, उपयोग या वितरण से संबंधित व्यवहार के कारण घोर अपराध का दोषी पाया गया है	▪ जब तक आप परिवीक्षा या पैरोल की शर्तों का अनुपालन नहीं करते. ▪ जब तक आप परिवीक्षा या पैरोल की सभी शर्तों को पूरा नहीं कर लेते.
▪ एक वयस्क के रूप में गंभीर यौन शोषण, हत्या, यौन शोषण, और बच्चों के अन्य दुर्व्यवहार, यौन उत्पीड़न से जुड़े एक संघीय या राज्य के अपराध, या अटॉर्नी जनरल द्वारा निर्धारित राज्य के कानून के तहत अपराध के लिए एक अपराध की सजा है, जो इस तरह के 2/7/2014 के बाद के अपराध के काफी हद तक समान है	▪ जब तक आप परिवीक्षा या पैरोल की शर्तों का अनुपालन नहीं करते. ▪ जब तक आप परिवीक्षा या पैरोल की सभी शर्तों को पूरा नहीं कर लेते.
▪ किसी अपराध के लिए अभियोजन, हिरासत या कारावास से बचने के लिए भाग रहा है	▪ जब तक कि तुम भाग न जाओ.
▪ आपकी परिवीक्षा या पैरोल की शर्त का उल्लंघन कर रहा है	▪ जब तक आप परिवीक्षा या पैरोल उल्लंघनकर्ता नहीं रह जाते.

अधिकार और उत्तरदायित्व

▪ 8/22/1996 के बाद एक से अधिक क्षेत्रों में एकाधिक FS लाभ प्राप्त करने के लिए आप कहां रहते हैं या आपकी पहचान (आप कौन हैं) के बारे में झूठी जानकारी दी है	▪ 10 साल के लिए.

अधिकार और उत्तरदायित्व

TANF प्रोग्राम में मेरे पास और क्या अधिकार हैं?

TANF कार्यक्रम में, आपके पास निम्नलिखित का अधिकार है:

- यदि आप घरेलू हिंसा, यौन उत्पीड़न, यौन उत्पीड़न, या पीछा करने के शिकार हैं तो कुछ नियमों से छूट दी जानी चाहिए. आपका मामला प्रबंधक आपसे उन नियमों के बारे में बात करेगा जिनका आपको पालन नहीं करना होगा.

TANF कार्यक्रम में मेरी और कौन-सी जिम्मेदारियाँ हैं?

TANF कार्यक्रम में, आप इसके लिए जिम्मेदार हैं:

- राज्य और संघीय कर्मियों के साथ सहयोग करना जो धोखाधड़ी निवारण या जांच सेवाओं के कार्यालय के लिए काम करते हैं और जो विशेष मामले की समीक्षा कर रहे हैं. यदि आप सहयोग नहीं करते हैं, तो आपका मामला खारिज या बंद हो सकता है.
- उन लाभों को चुकाना जो आपको नहीं मिलने चाहिए थे.
- यदि आप TANF लाभ में शामिल माता-पिता या वयस्क हैं, तो किसी कार्य गतिविधि में भाग लेना, जब तक कि आपको छूट नहीं दी जाती. हम आपको आत्मनिर्भर बनने में मदद करने के लिए सर्वोत्तम कार्य गतिविधियों को खोजने के लिए आपके साथ मिलकर काम करेंगे. यदि आप हमारे साथ सहयोग नहीं करते हैं, तो हमें आपके TANF लाभों को कम करना या रोकना पड़ सकता है, और इसका कोई अच्छा कारण नहीं है.
- यह रिपोर्ट करना कि आपको या आपके TANF लाभ में शामिल किसी व्यक्ति ने एकमुश्त राशि प्राप्त की है या प्राप्त करने की उम्मीद कर रहे हैं. आपका TANF लाभ एक या अधिक महीनों के लिए बंद हो सकता है, और आपके परिवार को कई महीनों तक एकमुश्त राशि पर रहना पड़ सकता है.
- यदि आप TANF लाभ प्राप्त करते हैं, तो बाल सहायता सेवा प्रभाग के साथ सहयोग करना. आपको चाइल्ड सपोर्ट सर्विसेज के डिवीजन को यह निर्धारित करने में मदद करनी चाहिए कि आपके बच्चे / बच्चों का पिता कौन है और उन्हें चाइल्ड सपोर्ट के लिए कोर्ट ऑर्डर पाने में मदद करनी चाहिए. अगर आप उनके साथ सहयोग नहीं करते हैं और कोई अच्छा कारण नहीं है, तो आपके TANF लाभ रुक सकते हैं.
- यदि आप अपने TANF लाभों के बजाय बाल सहायता राशि प्राप्त करना चाहते हैं, तो अपने केस मैनेजर को सूचित करें. जब आप TANF लाभ प्राप्त करते हैं, तो हो सकता है कि आपको अपने सभी बाल सहायता भुगतान प्राप्त न हों. आपको इसका केवल एक भाग ही प्राप्त हो सकता है जिसे "अंतराल" भुगतान कहा जाता है. आपको प्राप्त होने वाले TANF लाभों का भुगतान करने के लिए राज्य शेष बाल सहायता भुगतान रखता है.
- आपके और घर के अन्य पात्र सदस्यों के बारे में जानने के 10 दिनों के भीतर आपके घर की स्थिति में कुछ बदलावों की रिपोर्ट करना. कृपया हमें अपनी और अपने परिवार की स्थिति में किसी भी बदलाव के बारे में बताएं, जिसमें निम्नलिखित भी शामिल है, लेकिन यहीं तक सीमित नहीं है:
  - यदि आपको या घर के किसीअन्य सदस्य को कोई अनर्जित आय प्राप्त होना शुरू हो जाती है या बंद हो जाती है
  - यदि आप याघर का कोईअन्य सदस्य नौकरी बदलता है, नई नौकरी लेता है, नौकरी छोड़ देता है, या नौकरी से निकाल दिया जाता है
  - यदि आप याघर का कोईअन्य सदस्य आपके घर के अंदर या बाहर जाता है
  - यदि कोई बच्चा स्कूल छोड़ देता है
  - एक बच्चा लगातार 45 दिनों या उससे अधिक की अवधि के लिए घर से अनुपस्थित रहता है
  - यदि पूरा परिवार दूसरे काउंटी या राज्य में चला जाता है, या किसी की मृत्यु हो जाती है
- अपने केस मैनेजर को बताएं कि आपकी गर्भावस्था कब समाप्त होती है या बच्चे के जन्म के साथ बदलती है; एक या अधिक भ्रूणों का गर्भपात; या गर्भपात. आपको गर्भावस्था में किसी भी बदलाव की सूचना 10 दिनों के भीतर देनी होगी.

TANF कार्यक्रम में दंड क्या हैं?

TANF कार्यक्रम में दंड हैं :

अगर तुम ...	आप TANF के लाभों को खो देंगे...
• जानकारी छिपाएं, समय पर बदलाव की रिपोर्ट न करें या सच न बताएं	• पहले उल्लंघन के लिए 6 महीने के लिए; • 12 महीने के लिए दूसरे उल्लंघन के लिए; • स्थायी रूप से तीसरे उल्लंघन के लिए.
• जानकारी छुपाएं, समय पर बदलाव की रिपोर्ट न करें या सच न बताएं और अदालत में दोषी ठहराया जाए	• पहले उल्लंघन के लिए 6 महीने के लिए; • 12 महीने के लिए दूसरे उल्लंघन के लिए; • स्थायी रूप से तीसरे उल्लंघन के लिए.
• आप जहां रहते हैं उसके बारे में गलत जानकारी दें ताकि आप एक से अधिक राज्यों में लाभ प्राप्त कर सकें और 1/1/1997 को या उसके बाद दोषी ठहराया जा सके	• 10 साल के लिए.
• 7/1/1998 को या उसके बाद किए गए अन्य IPV के लिए दोषी ठहराया गया है	• पहले उल्लंघन के लिए 6 महीने के लिए; • 12 महीने के लिए दूसरे उल्लंघन के लिए; • स्थायी रूप से तीसरे उल्लंघन के लिए.
• 6/1/2012 को या उसके बाद निषिद्ध स्थानों पर किए गए नकद सहायता निधि या TANF EBT लेनदेन का उपयोग करने के लिए IPV के दोषी व्यक्ति	• पहले उल्लंघन के लिए 6 महीने के लिए; • 12 महीने के लिए दूसरे उल्लंघन के लिए; • स्थायी रूप से तीसरे उल्लंघन के लिए.
• 1/1/1997 को या उसके बाद एक नियंत्रित पदार्थ के कब्जे, उपयोग या वितरण से संबंधित एक गंभीर हिंसक गुंडागर्दी या गुंडागर्दी के लिए दोषी ठहराया जाता है	• स्थायी रूप से
• एक गुंडागर्दी के लिए अभियोजन, हिरासत, या कारावास से बचने के लिए भाग रहे हैं	• और तब तक दंडित किया जाएगा जब तक कि अभियोजन, हिरासत, या कारावास से बचने के लिए भागना बंद न कर दिया जाए
• परिवीक्षा या पैरोल की एक शर्त का उल्लंघन कर रहे हैं	• और अब तक परिवीक्षा/पैरोल उल्लंघनकर्ता नहीं रहने तक दंडित किया जाएगा

परिवार और बच्चों की सेवाओं का डिवीजन

अधिकार और उत्तरदायित्व

Medicaid प्रोग्राम में मेरे पास और क्या अधिकार हैं?

Medicaid प्रोग्राम में, आपको निम्न का अधिकार है:

- Medicaid प्राप्त करें, भले ही आपके पास अन्य स्वास्थ्य बीमा हों.
- अपना Medicaid डॉक्टर या प्रदाता चुनें. हमेशा अपने डॉक्टरों से पूछें कि क्या वे Medicaid को अपनी सेवाओं के भुगतान के रूप में स्वीकार करते हैं.
- Medicaid के प्रकार के आधार पर, आपके द्वारा आवेदन करने की तिथि से 10, 45 या 60 दिनों के भीतर आपके Medicaid आवेदन को स्वीकृत या अस्वीकृत करवाएं.
- अपने बच्चों के अनुपस्थित माता-पिता के बारे में जानकारी प्रदान करने से या अनुपस्थित माता-पिता से चिकित्सा सहायता प्राप्त करने से, यदि आपके पास घरेलू हिंसा जैसे अच्छे कारण हैं, तो क्षमा करें. अपने केस मैनेजर से बात करें यदि आपको लगता है कि आपके पास कोई अच्छा कारण है.

Medicaid प्रोग्राम में मेरी और कौन सी जिम्मेदारियां हैं?

Medicaid प्रोग्राम में, आप इसके लिए भी जिम्मेदार हैं:

- अपने कर्मचारी को बताएं कि क्या आपके या आपके बच्चों के पास अन्य स्वास्थ्य बीमा है. यदि स्वास्थ्य बीमा बदलता है या समाप्त होता है, तो आपको 10 दिनों के भीतर अपने कार्यकर्ता को बताना होगा. स्वास्थ्य बीमा सूचना सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग को भेजी जाती है. ज्यादातर मामलों में, आपके अन्य स्वास्थ्य बीमा को पहले आपके चिकित्सा व्यय का भुगतान करना होगा. आपको अपने डॉक्टर या अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को बताना होगा कि आपके पास अन्य बीमा है ताकि वे अन्य स्वास्थ्य बीमा प्रदाताओं को Medicaid को बिल देने से पहले बिल कर सकें.
- Medicaid एस्टेट रिकवरी प्रोग्राम के साथ सहयोग कर रहे हैं यदि आप:
  - एक नर्सिंग होम में निवासी
  - बौद्धिक विकलांग व्यक्तियों के लिए एक मध्यवर्ती देखभाल सुविधा में निवासी
  - किसी अन्य चिकित्सा संस्थान का निवासी जहां चिकित्सा देखभाल का भुगतान Medicaid द्वारा किया जाता है
- Medicaid एस्टेट रिकवरी प्रोग्राम के साथ सहयोग करना यदि आपकी आयु 55 वर्ष या उससे अधिक है और:
  - घर और समुदाय आधारित सेवाओं को प्राप्त करें.
  - एक छूट कार्यक्रम के माध्यम से नामांकित हैं और सेवाएं प्राप्त करते हैं.
- मैं राज्य को चिकित्सा सहायता और किसी तीसरे पक्ष (अस्पताल और चिकित्सा लाभ) से चिकित्सा देखभाल के लिए भुगतान के सभी अधिकार सौंपने के लिए सहमत हूं. मैं किसी तीसरे पक्ष को जो देखभाल और सेवाओं के लिए भुगतान करने के लिए उत्तरदायी हो सकता है, का पीछा करने में राज्य की सहायता करने के लिए जानकारी प्रदान करने में राज्य के साथ सहयोग करने के लिए सहमत हूं. मैं समझता हूं कि चिकित्सा देखभाल के लिए प्राप्त किसी भी भुगतान की रिपोर्ट दस दिनों के भीतर करनी होगी. (यदि आप किसी अन्य व्यक्ति की ओर से इस फॉर्म को भर रहे हैं और उस व्यक्ति के लिए असाइनमेंट निष्पादित करने की शक्ति नहीं है, तो उस व्यक्ति को Medicaid के लिए अपनी पात्रता की शर्त के रूप में ऊपर वर्णित अधिकारों के असाइनमेंट को निष्पादित करने की आवश्यकता होगी).
- आपके Medicaid मामले में आपके और अन्य लोगों के बारे में परिवर्तन की रिपोर्ट करना. कृप्या रिपोर्ट करें:
  - अगर आप या घर के अन्य सदस्य चलते हैं
  - यदि आप या घर के अन्य सदस्य नौकरी बदलते हैं, नई नौकरी पाते हैं, नौकरी छोड़ देते हैं, या नौकरी से निकाल देते हैं.
  - अगर आपकी या घर के अन्य सदस्यों की आय या संसाधनों में कोई बदलाव है
  - अगर परिवार का कोई सदस्य आपके घर में या बाहर जाता है
  - यदि आपको या घर के किसी अन्य सदस्य को किसी स्रोत से धन या संपत्ति विरासत में मिलती है या प्राप्त होती है
  - अगर आपके घर में किसी की मृत्यु हो जाती है या शादी हो जाती है
  - कोई अन्य परिवर्तन

अधिकार और उत्तरदायित्व

- अपने केस मैनेजर को बताएं कि आपकी गर्भावस्था कब समाप्त होगी. गर्भावस्था का अंत बच्चे के जन्म, गर्भपात या गर्भपात के साथ होता है. आपको 10 दिनों के भीतर गर्भावस्था के अंत की रिपोर्ट करनी होगी.
- मैं राज्य को यह अधिकार देने के लिए सहमत हूं कि यदि उपलब्ध हो तो एक अनुपस्थित माता-पिता को चिकित्सा बीमा प्रदान करने की आवश्यकता है. मैं समझता/समझती हूँ कि यदि अनुपस्थित माता-पिता उपलब्ध हैं तो मुझे उनसे चिकित्सा सहायता प्राप्त करनी चाहिए और इस सहायता को प्राप्त करने में बाल सहायता सेवाओं के प्रभाग का सहयोग करना चाहिए. यदि मैं सहयोग नहीं करता, तो मैं समझता हूँ कि मैं अपने Medicaid लाभों को खो सकता हूँ और केवल मेरे बच्चों को ही लाभ प्राप्त होंगे जब तक कि अच्छा कारण स्थापित नहीं हो जाता.
- Medicaid एलिजिबिलिटी क्वालिटी कंट्रोल के साथ सहयोग करते हुए जब वे आपके केस मैनेजर को दी गई जानकारी के बारे में आपका साक्षात्कार करने के लिए कॉल या आपके घर आते हैं.

धोखाधड़ी या गाली देना कानून के खिलाफ है. आपको Medicaid या PeachCare for Kids® प्रोग्राम इंटीग्रिटी यूनिट के लिए भेजा जा सकता है. उल्लंघन करने वालों को एक प्रदाता का उपयोग करने तक सीमित किया जा सकता है, कार्यक्रम से समाप्त किया जा सकता है, या प्रदान की गई चिकित्सा सेवाओं के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग को प्रतिपूर्ति करने के लिए कहा जा सकता है.

जालसाजी जानबूझकर की गई एक बेईमानी है. दुर्व्यवहार एक ऐसा कार्य है जो अच्छी प्रथाओं का पालन नहीं करता है.

सहभागी धोखाधड़ी और दुरुपयोग के उदाहरण हैं:

- किसी अन्य व्यक्ति को अपने Medicaid, PeachCare for Kids® या CMO स्वास्थ्य बीमा कार्ड का उपयोग करने दें.
- नशीली दवाओं का दुरुपयोग या बिक्री करने के इरादे से नुस्खे प्राप्त करना
- सेवा प्राप्त करने के लिए जाली दस्तावेजों का उपयोग करना
- Medicaid या PeachCare for Kid ® . द्वारा प्रदान किए गए उपकरण का दुरुपयोग या दुरुपयोग करना
- Medicaid या PeachCare for Kid ® पात्रता प्राप्त करने के लिए गलत जानकारी प्रदान करना या दूसरों को ऐसा करने की अनुमति देना
- आय, रहने की व्यवस्था या संसाधनों में होने वाले बदलावों की रिपोर्ट करने में विफलता.

प्राप्तकर्ताओं या प्रदाताओं पर संदिग्ध Medicaid धोखाधड़ी की रिपोर्ट करने के लिए, जॉर्जिया डिपार्टमेंट ऑफ कम्युनिटी हेल्थ-ऑफिस ऑफ इंस्पेक्टर जनरल को (स्थानीय) (404) 463-7590 या (टोल फ्री) (800) 533-0686 पर कॉल करें; oiganonymous@dch.ga.gov पर ईमेल द्वारा; सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग, OIG PI Section, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303; या https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud पर जाएं. ड्राइव एसई, 19वीं मंजिल, ईस्ट टॉवर, अटलांटा जीए 30334; या https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraudपर जाएं.

हस्ताक्षर पृष्ठ

मुझे लाभ के लिए प्रपत्र 297A, अधिकार और उत्तरदायित्व की एक प्रति प्राप्त हुई है.

मैं प्रमाणित करता हूं, झूठी गवाही के दंड के तहत, प्रदान की गई सभी जानकारी और मैंने जो कुछ भी बताया है वह पूर्ण सत्य है, जहां तक मुझे पता है.

_____ _____
हस्ताक्षर दिनांक

_____ _____
अधिकृत प्रतिनिधि / गवाह / जिम्मेदार व्यक्ति दिनांक

परिवार और बच्चों की
सेवाओं का डिवीजन

अधिकार और उत्तरदायित्व

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग परिवार और बाल सेवाओं का विभाग
बाल सहायता सेवाओं और तृतीय-पक्ष देयता आवश्यकताओं में सहयोग करने से इंकार करने के लिए सहयोग करने की आवश्यकता और अच्छे कारण का दावा करने का अधिकार की सूचना

बाल सहायता सेवाओं के लाभ

बाल सहायता सेवाओं की प्रक्रिया में आपकी सहायता आपके और आपके बच्चे के लिए महत्वपूर्ण हो सकती है क्योंकि इसका परिणाम निम्न हो सकता है:

- अनुपस्थित माता-पिता का पता लगाना.
- अपने बच्चे के पितृत्व को कानूनी रूप से स्थापित करना.
- चाइल्ड सपोर्ट भुगतानों की प्राप्ति जो आपको ज़रूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF) प्राप्त करने की तुलना में अधिक धन दे सकती है.
- अनुपस्थित माता-पिता के माध्यम से निजी स्वास्थ्य बीमा प्राप्त करना.
- भविष्य की सामाजिक सुरक्षा, पूर्व सैनिकों या अन्य सरकारी लाभों के अधिकारों का अधिग्रहण.

DFCS और DCSS के साथ सहयोग

कानून की आवश्यकता है कि आप परिवार और बाल सेवा विभाग (DFCS) और डिविजन ऑफ चाइल्ड सपोर्ट सर्विसेज (DCSS) को आपकी और उन बच्चों के लिए कोई भी सहायता प्राप्त करने में मदद करें, जिनके लिए TANF का अनुरोध किया गया है, जब तक कि आपके पास मदद न करने का कोई अच्छा कारण न हो.

DFCS या DCSS की मदद करने के लिए, आपको निम्न में से एक या अधिक कार्य करना चाहिए:

- किसी बच्चे के अनुपस्थित माता-पिता का नाम बताएं जिनके लिए आप TANF या मेडिकेड का अनुरोध कर रहे हैं.
- अनुपस्थित माता-पिता को ढूंढने में सहायता के लिए जानकारी प्रदान करें.
- यह निर्धारित करने में मदद करें कि कानूनी पिता कौन है यदि आपका बच्चा विवाह से बाहर पैदा हुआ था.
- यदि आप जिस व्यक्ति का नाम पिता कहते हैं, यदि वह पितृत्व से इनकार करता है तो रक्त परीक्षण कराने के लिए सहमत हों.
- राज्य को आपकी और/या TANF प्राप्त करने वाले बच्चे की बकाया राशि प्राप्त करने में मदद करें.
- अनुपस्थित माता-पिता के पास आपके बच्चे पर चिकित्सा बीमा के बारे में जानकारी दें.

आपको कागजात पर हस्ताक्षर करने या आवश्यक जानकारी प्रदान करने के लिए DFCS कार्यालय, DCSS या न्यायालय आना होगा.

अच्छा कारण

आपके पास अपने बच्चे के लिए चाइल्ड सपोर्ट या मेडिकल कवरेज लेने में DCSS की मदद नहीं करने का अच्छा कारण हो सकता है. यदि आपको लगता है कि मदद करना आपके बच्चे के सर्वोत्तम हित में नहीं है, और यदि आप इसे साबित कर सकते हैं, तो आपको मदद करने की ज़रूरत नहीं है. यदि आप अच्छे कारण का दावा करना चाहते हैं, तो आपको अपने कार्यकर्ता को बताना होगा. आप किसी भी समय ऐसा कर सकते हैं.

यदि आप मदद नहीं करते हैं और आपके पास अच्छे कारण नहीं हैं

- आप अपने और अपने बच्चे के लिए TANF प्राप्त करने के पात्र नहीं होंगे.
- आपका बच्चा अभी भी Medicaid के लिए पात्र हो सकता है.

अच्छे कारण

आप निम्न में से किसी भी कारण से अच्छे कारण का दावा कर सकते हैं:

- आपकी मदद आपके बच्चे को या आपको गंभीर शारीरिक या भावनात्मक नुकसान पहुंचा सकती है.
- बलात्कार या अनाचार के परिणामस्वरूप बच्चे का जन्म हुआ.
- बच्चे को गोद लेने के लिए कोर्ट की कार्यवाही चल रही है.
- बच्चे को गोद लेने के लिए रखा जाए या नहीं, यह तय करने में एक एजेंसी आपकी मदद कर रही है.

अच्छा कारण साबित करने के लिए, आपको अवश्य

- DFCS जानकारी दें, यह तय करने के लिए आवश्यक है कि क्या आपके पास मदद न करने का अच्छा कारण है. अगर आपको शारीरिक नुकसान का डर है और आपको सबूत नहीं मिल सकते हैं, तो DFCS अभी भी एक अच्छा कारण निर्धारित करने में सक्षम हो सकता है.
- अच्छे कारण का दावा करने के 20 दिनों के भीतर DFCS को प्रमाण दें. DFCS आपको अधिक समय तभी देगा जब आपको प्रमाण प्राप्त करने में परेशानी होगी.

आपके द्वारा प्रदान की गई जानकारी के आधार पर DFCS आपको मदद करने से रोक सकता है. या DFCS आपसे अधिक जानकारी प्रदान करने के लिए कह सकता है. DFCS आपको बताए बिना अनुपस्थित माता-पिता से संपर्क नहीं करेगा.

टिप्पणी: यदि आप TANF के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपको तब तक स्वीकृति नहीं दी जाएगी जब तक कि आप DFCS को अपने अच्छे कारण के दावे का प्रमाण नहीं देते या DFCS को आपके दावे की जांच के लिए आवश्यक जानकारी नहीं देते.

अच्छे कारण के प्रमाण के उदाहरण

- जन्म प्रमाण पत्र, चिकित्सा या कानून प्रवर्तन रिकॉर्ड यह दर्शाता है कि बच्चे का जन्म बलात्कार या अनाचार के परिणामस्वरूप हुआ था
- अदालत या अन्य कानूनी दस्तावेज जो दिखाते हैं कि गोद लेने की कार्यवाही शुरू हो गई है
- अदालत, चिकित्सा, आपराधिक, बाल सुरक्षा सेवाएं, सामाजिक सेवाएं, मनोवैज्ञानिक या कानून प्रवर्तन रिकॉर्ड दिखाते हैं कि अनुपस्थित माता-पिता आपको या बच्चे को नुकसान पहुंचा सकते हैं
- आपके और/या बच्चे के भावनात्मक स्वास्थ्य के इतिहास और वर्तमान स्थिति को दर्शाने वाले मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर के मेडिकल रिकॉर्ड या लिखित बयान
- एक सार्वजनिक या निजी एजेंसी से एक लिखित बयान यह दर्शाता है कि आपको यह तय करने में मदद की जा रही है कि आपके बच्चे को गोद लेने के लिए छोड़ देना है या नहीं
- मित्रों, पड़ोसियों, पादरियों, सामाजिक कार्यकर्ताओं, या चिकित्सा पेशेवरों के शपथ कथन जो जानते हैं कि आपके पास अच्छे कारण क्यों हैं.

यदि आपको कोई दस्तावेज़ प्राप्त करने में सहायता चाहिए, तो अपने कार्यकर्ता से पूछें.

Child Support Rules

यदि आप TANF प्राप्त करते हैं, तो आप जॉर्जिया राज्य को, कानून द्वारा, बाल सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार देते हैं. अदालत के आदेश की स्थापना के बाद, अनुपस्थित माता-पिता को DCSS के माध्यम से बाल सहायता का भुगतान करना होगा. अदालत के आदेश की स्थापना के बाद, आपको अनुपस्थित माता-पिता से सीधे प्राप्त होने वाले किसी भी धन की रिपोर्ट करने की आवश्यकता होगी. आपको अपने बच्चे के लिए पितृत्व स्थापित करने में भी मदद करनी चाहिए और बाल सहायता आदेश स्थापित करने में DCSS के साथ सहयोग करना चाहिए. यदि आप सहयोग नहीं करते हैं और आपके पास अच्छे कारण नहीं हैं, तो आप TANF के लिए पात्र नहीं हो सकते हैं.

यदि आप TANF प्राप्त करते हैं और अनुपस्थित माता-पिता चाइल्ड सपोर्ट सर्विसेज (DCSS) के डिवीजन के माध्यम से चाइल्ड सपोर्ट का भुगतान करते हैं, तो संभवतः आपको चाइल्ड सपोर्ट भुगतान की पूरी राशि प्राप्त नहीं होगी. इसके बजाय, आपको "अंतराल" भुगतान प्राप्त हो सकता है. अनुपस्थित माता-पिता द्वारा भुगतान की गई सभी चाइल्ड सपोर्ट, जो "गैप" राशि से अधिक है, DCSS द्वारा बनाए रखी जाती है और इसका उपयोग आपको प्राप्त TANF फंड को वापस करने के लिए किया जाता है. ***Your TANF case manager can explain gap budgeting and the payment procedures to you.***

यदि आपका TANF मामला बंद हो जाता है, तो अनुपस्थित माता-पिता के वर्तमान मासिक दायित्व की राशि तक चाइल्ड सपोर्ट भुगतान आपको भेजे जाएंगे. आपके द्वारा प्राप्त पिछले TANF अनुदानों को चुकाने के लिए वर्तमान दायित्व पर भुगतान की गई कोई भी चाइल्ड सपोर्ट राशि राज्य द्वारा रखी जाएगी. एक बार जब पिछले TANF अनुदानों का भुगतान कर दिया जाता है, तो आपको अनुपस्थित माता-पिता द्वारा भुगतान की गई सभी बाल सहायता भेजी जाएगी.

यदि आपका TANF मामला बंद कर दिया गया है और फिर से खोल दिया गया है, तो आपको देय कोई भी चाइल्ड सपोर्ट बैक भुगतान राज्य को सौंपा जाएगा, जो आपको अब तक प्राप्त सभी TANF धन की राशि तक है. जब प्रतिपूर्ति रहित सार्वजनिक सहायता (UPA) चुका दी जाती है, तो आपको कोई भी बकाया भुगतान मिलना शुरू हो जाएगा.

यदि आप बाल सहायता भुगतान प्राप्त करते हैं जिसके आप हकदार नहीं हैं, तो आपको राज्य को चुकाना पड़ सकता है. राज्य आपको अधिक भुगतान की राशि और चुकाने की समय सीमा के बारे में सूचित करेगा.
DCSS आपके मामले में DFCS अच्छे कारण निर्णय की समीक्षा कर सकता है. यदि आप निर्णय के बारे में सुनवाई का अनुरोध करते हैं, तो DCSS सुनवाई में भाग ले सकता है.

यदि आपके पास मदद न करने का अच्छा कारण है, तो DCSS पितृत्व स्थापित करने या बाल सहायता एकत्र करने का प्रयास नहीं करेगा.

I have read this notice about my rights to claim good cause and not helping to establish paternity or to collect child support from the absent parent.

परिवार और बच्चों की
सेवाओं का डिवीजन

अधिकार और उत्तरदायित्व

Domestic Violence can happen to ANYONE.

- रोज़गार या शिक्षा, जाति, या जातीय पृष्ठभूमि, धर्म, वैवाहिक स्थिति, शारीरिक क्षमता, आयु, या यौन अभिविन्यास की परवाह किए बिना घरेलू हिंसा सभी सामाजिक और आर्थिक स्तरों पर होती है.
- जॉर्जिया की कानून प्रवर्तन एजेंसियों को हर साल घरेलू हिंसा की 50,000 से अधिक घटनाओं की सूचना दी जाती है.
- सभी महिलाओं में से 50 प्रतिशत से अधिक को उनके जीवन में किसी न किसी समय अन्तरंग भागीदारों द्वारा पस्त किया जाता है.
- इस देश में हर 9 सेकंड में एक महिला का शारीरिक शोषण किया जाता है, सालाना अनुमानित 2 से 4 मिलियन महिलाएं.
- संयुक्त राज्य अमेरिका में महिलाओं को चोट लगने का प्रमुख कारण मारपीट, बलात्कार, लूटपाट या ऑटो दुर्घटनाओं से अधिक है.
- राष्ट्रीय स्तर पर, सभी बेघर महिलाओं और बच्चों में से 50 प्रतिशत घर में हिंसा के कारण सड़कों पर हैं.
- 15 से 25 प्रतिशत गर्भवती महिलाएं पस्त होती हैं.
- संघीय जांच ब्यूरो (F.B.I) का अनुमान है कि घरेलू हिंसा की 10 में से केवल 1 घटना ही दर्ज की जाती है.
- संयुक्त राज्य अमेरिका में हर दिन 4 महिलाओं की हत्या उनके अन्तरंग साथी द्वारा की जाती है.

FOR MORE INFORMATION

घरेलू हिंसा, आश्रय और मानव सेवा विभाग द्वारा समर्थित कार्यक्रमों से नि:शुल्क, गोपनीय सेवाएं उपलब्ध हैं.

FOR HELP 24 HOURS A DAY, CALL (800) 334-2836

अपने स्थानीय घरेलू हिंसा आश्रय स्थल पर किसी से बात करने के लिए इस टोल फ्री नंबर पर कॉल करें. आप अपने और अपने बच्चों के ठहरने के लिए सुरक्षित स्थान खोजने के लिए राज्य में कहीं से भी कॉल कर सकते हैं और आपकी मदद करने के लिए अन्य संसाधन प्राप्त कर सकते हैं.

What is Domestic Violence, Sexual Harassment, Sexual Assault, or Stalking?

- **घरेलू हिंसा** में पति या पत्नी, प्रेमी, साथी, या "पूर्व" द्वारा मारा जाना, लात मारना, पीटा जाना, बलात्कार करना, गला घोंटना, धमकाना, नियंत्रित करना, या जीने के लिए आपको जो चाहिए (जैसे भोजन, दवा, या घर) प्राप्त करने से रोकना शामिल हो सकता है"
- **यौन उत्पीड़न** शत्रुतापूर्ण, डराने-धमकाने वाला या यौन पर आधारित दमनकारी व्यवहार है जो एक आक्रामक कार्य वातावरण बनाता है.
- **यौन हमला** एक गैर-सहमति वाला यौन कृत्य है जिसे संघीय, जनजातीय या राज्य के कानून द्वारा प्रतिबंधित किया गया है, जिसमें पीड़ित के पास सहमति की क्षमता की कमी होने पर भी शामिल है.
- **पीछा करना** जानबूझकर और बार-बार किसी अन्य व्यक्ति का उन परिस्थितियों में पीछा करने या परेशान करने का कार्य या अपराध है जो एक उचित व्यक्ति को चोट या मृत्यु से डरने का कारण बनता है, विशेष रूप से व्यक्त या निहित खतरों के कारण.

आपका स्थानीय परिवार और बाल सेवा विभाग आपको और आपके बच्चों को सुरक्षित रहने में मदद करना चाहता है.

यदि आपके साथ इनमें से कुछ भी हो रहा है, तो अपने केस वर्कर से बात करें.

- क्या आपके जीवन साथी, साथी, प्रेमी, या "पूर्व" ने आपको कभी मारा या थप्पड़ मारा है?
- क्या इस व्यक्ति ने कभी आपको नुकसान पहुंचाने की धमकी दी है?
- क्या इस व्यक्ति ने आपके बच्चों को लेने की धमकी दी है?
- क्या वह व्यक्ति आपका अपमान करता है या ईर्ष्या करता है?
- क्या आपको कभी ऐसा लगता है कि यह व्यक्ति आपकी जिंदगी चला रहा है या आपको आपके परिवार और दोस्तों से दूर रख रहा है, या आपको काम या स्कूल जाने से रोक रहा है?
- क्या वह व्यक्ति ट्रैक करता है कि आप क्या करते हैं, आप कहां जाते हैं या आप किससे फोन पर बात करते हैं?
- क्या वह व्यक्ति उन चीज़ों को नष्ट कर देता है जिनकी आप परवाह करते हैं या जिनकी आप परवाह करते हैं?
- क्या आप इस शख्स से डरते हैं?
- क्या आपके लिए घर जाना असुरक्षित है?

यदि आपने इनमें से किसी भी प्रश्न का उत्तर हां में दिया है, तो यह आपके और आपके बच्चों की सुरक्षा के बारे में सोचने का समय हो सकता है.

घरेलू हिंसा और TANF

- जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF) की कुछ आवश्यकताएं आप पर लागू नहीं हो सकती हैं.
- आप DFCS केस वर्कर को **कभी भी** बता सकते हैं कि आपका साथी हिंसक हो रहा है.
- DFCS आपको किसी ऐसे व्यक्ति के पास भेजेगा जिससे आप अपनी स्थिति के बारे में बात कर सकते हैं.
- DFCS आपको सहायता, आपके और आपके बच्चों के रहने के लिए एक सुरक्षित स्थान, चिकित्सा और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल, व्यसन के लिए उपचार और अपराध और घरेलू हिंसा के पीड़ितों के लिए विशेष सहायता में आपकी सहायता करेगा.
- DFCS आपकी जानकारी के बिना एजेंसी के बाहर किसी के साथ जानकारी साझा नहीं करेगा.
- DFCS को बताएं कि अब आप किसी खतरनाक स्थिति में नहीं हैं.

अधिकार और उत्तरदायित्व

ADA /धारा 504 अधिकारों की सूचना

विकलांगलोगों के लिए सहायता

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग और जॉर्जिया सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग ("विभाग") विकलांग व्यक्तियों को विभागों के कार्यक्रमों, सेवाओं या गतिविधियों में भाग लेने और अर्हता प्राप्त करने के लिए समान अवसर प्रदान करने के लिए संघीय कानून* द्वारा आवश्यक हैं. इसमें SNAP, TANF और चिकित्सा सहायता जैसे कार्यक्रम शामिल हैं.

जब विकलांगता के आधार पर भेदभाव से बचने के लिए संशोधन आवश्यक होते हैं तो विभाग उचित संशोधन प्रदान करते हैं. उदाहरण के लिए, हम समान पहुंच प्रदान करने के लिए नीतियों, प्रथाओं या प्रक्रियाओं को बदल सकते हैं. समान रूप से प्रभावी संचार सुनिश्चित करने के लिए, हम विकलांग व्यक्तियों या उनके विकलांग साथियों को संचार सहायता प्रदान करते हैं, जैसे कि सांकेतिक भाषा दुभाषिए. हमारी मदद मुफ्त है. विभागों को ऐसा कोई संशोधन करने की आवश्यकता नहीं है जिसके परिणामस्वरूप सेवा, कार्यक्रम, या गतिविधि की प्रकृति में मौलिक परिवर्तन हो या अनुचित वित्तीय और प्रशासनिक बोझ हो.

उचित संशोधन या संचार सहायता का अनुरोध कैसे करें

यदि आप विकलांग हैं और उचित संशोधन, संचार सहायता, या अतिरिक्त सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया अपने केसवर्कर से संपर्क करें. उदाहरण के लिए, यदि आपको प्रभावी संचार के लिए सहायता या सेवा की आवश्यकता है, जैसे सांकेतिक भाषा दुभाषिया. आप अपना अनुरोध करने के लिए अपने केसवर्कर से संपर्क कर सकते हैं या DFCS को(877) 423-4746 पर या DCH केटी बेकेट (KB) टीम को 678-248-7449 पर कॉल कर सकते हैं. आप DFCS ADA उचित संशोधन अनुरोध फॉर्म का उपयोग करके भी अपना अनुरोध कर सकते हैं, जो आपके स्थानीय DFCS कार्यालय या ऑनलाइन https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights पर उपलब्ध है, या आप प्राप्त कर सकते हैं KB टीम में या ऑनलाइन https://medicaid.georgआप डीएफसीएस एडीए उचित संशोधन अनुरोध फॉर्म का उपयोग करके भी अपना अनुरोध कर सकते हैं, जो आपके स्थानीय डीएफसीएस कार्यालय में या ऑनलाइन https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights पर उपलब्ध है, या आप प्राप्त कर सकते हैं डीसीएच एडीए उचित संशोधन अनुरोध फॉर्म केबी कार्यालय में, ऑनलाइन https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett पर, या आप अपना संशोधन अनुरोध DCH.ADAassistance@dch.ga.gov पर ईमेल कर सकते हैं. सरकार.ia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett पर DCH ADA उचित संशोधन अनुरोध फॉर्म, लेकिन आपको एक फॉर्म का उपयोग करने की आवश्यकता नहीं है.

शिकायत कैसे दर्ज करें

यदि आपकी अक्षमता के कारण विभागों ने आपके साथ भेदभाव किया है तो आपको शिकायत करने का अधिकार है. उदाहरण के लिए, यदि आपने एक उचित संशोधन या सांकेतिक भाषा दुभाषिया के लिए कहा है जिसे अस्वीकार कर दिया गया है या उचित समय के भीतर कार्रवाई नहीं की गई है, तो आप भेदभाव की शिकायत दर्ज कर सकते हैं. आप अपने केस वर्कर, अपने स्थानीय DFCS कार्यालय, या DFCS नागरिक अधिकार और 47 ट्रिनिटी एवेन्यू, SW, पहली मंजिल, अटलांटा, GA 30334, (877) 423-4746 मेंADA/धारा 504 समन्वयक से संपर्क करके मौखिक या लिखित रूप में शिकायत कर सकते हैं. For DCH, contact the KB Team ADA/Section 504 Coordinator at 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 or P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH ईमेल है: dch.adarequests@dch.ga.gov.

आप अपने केस वर्कर से DFCS नागरिक अधिकार शिकायत फॉर्म की एक प्रति मांग सकते हैं. शिकायत फॉर्म https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights पर भी उपलब्ध है. यदि आपको भेदभाव की शिकायत करने में सहायता की आवश्यकता है, तो आप ऊपर सूचीबद्ध DFCS स्टाफ से संपर्क कर सकते हैं. ऐसे व्यक्ति जो बहरे हैं या सुनने में कठिनाई है या जिन्हें बोलने की अक्षमता हो सकती है, वे हमारे साथ जुड़ने के लिए एक ऑपरेटर के लिए 711 पर कॉल कर सकते हैं. DCH नागरिक अधिकारों की शिकायतों के लिए ईमेल है: dch.civilrights@dch.ga.gov. DCH नागरिक अधिकार प्रक्रिया और शिकायत फॉर्म के लिए लिंक यहां स्थित है: https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights.

आप उपयुक्त संघीय एजेंसी के साथ भेदभाव की शिकायत भी दर्ज कर सकते हैं. यूएस संपर्क जानकारी. कृषि विभाग (USDA) और यू.एस. स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (HHS) "गैर-भेदभाव वक्तव्य" में शामिल है.

**1973 के पुनर्वास अधिनियम की धारा 504; 1990 के विकलांग अधिनियम के अमेरिकी; और विकलांग अमेरिकी अधिनियम संशोधन अधिनियम 2008 यह सुनिश्चित करता है कि विकलांग व्यक्ति गैरकानूनी भेदभाव से मुक्त हैं.*

सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग (DCH) नीति के तहत, चिकित्सा सहायता कार्यक्रम आपकी जाति, आयु, लिंग, विकलांगता, राष्ट्रीय मूल या धर्म के आधार पर आपको पात्रता या लाभों से वंचित नहीं कर सकते हैं.

Do Not Send Applications to the USDA or HHS

परिवार और बच्चों की सेवाओं का डिवीजन

अधिकार और उत्तरदायित्व

Nondiscrimination Statement

संघीय नागरिक अधिकार कानूनों के अनुसार और यू.एस. कृषि विभाग (USDA) नागरिक अधिकार विनियम और नीतियां, USDA, इसकी एजेंसियां, कार्यालय और कर्मचारी, और USDA कार्यक्रमों में भाग लेने वाली या प्रशासन करने वाली एजेंसियों को नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, लिंग (लिंग पहचान सहित) के आधार पर भेदभाव से प्रतिबंधित किया जाता है. और यौन अभिविन्यास), धार्मिक विश्वास, विकलांगता, उम्र, राजनीतिक राय, प्रतिशोध या USDA द्वारा संचालित या वित्त पोषित किसी भी कार्यक्रम या गतिविधि में पिछले नागरिक अधिकारों की गतिविधियों के लिए प्रतिशोध. कार्यक्रम जो यू एस से वित्तीय सहायता प्राप्त करते हैं स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (HHS), जैसे जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF), और HHS सीधे संचालित होने वाले कार्यक्रम भी संघीय नागरिक अधिकार कानूनों और HHS नियमों के तहत भेदभाव से प्रतिबंधित हैं.

विकलांग व्यक्ति जिन्हें कार्यक्रम की जानकारी के लिए संचार के वैकल्पिक साधनों की आवश्यकता होती है (जैसे, ब्रेल, बड़े प्रिंट, ऑडियो टेप, अमेरिकी सांकेतिक भाषा), उन्हें उस एजेंसी (राज्य या स्थानीय) से संपर्क करना चाहिए जहां उन्होंने लाभ के लिए आवेदन किया था. ऐसे व्यक्ति जो बधिर हैं, सुनने में कठिनाई है या जिनके पास बोलने की अक्षमता है, वे फेडरल रिले सेवा के माध्यम से (800) 877-8339 पर USDA से संपर्क कर सकते हैं. इसके अतिरिक्त, कार्यक्रम की जानकारी अंग्रेजी के अलावा अन्य भाषाओं में उपलब्ध कराई जा सकती है.

CIVIL RIGHTS COMPLAINTS INVOLVING USDA PROGRAMS

USDA कई खाद्य सुरक्षा और भूख कम करने वाले कार्यक्रमों जैसे पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP), भारतीय आरक्षण पर खाद्य वितरण कार्यक्रम (FDPIR) और अन्य के लिए संघीय वित्तीय सहायता प्रदान करता है. भेदभाव की एक कार्यक्रम शिकायत दर्ज करने के लिए, कार्यक्रम भेदभाव शिकायत फॉर्म (AD-3027) को ऑनलाइन पूरा करें: भेदभाव की एक कार्यक्रम शिकायत दर्ज करने के लिए, कार्यक्रम भेदभाव शिकायत फॉर्म (AD-3027) को ऑनलाइन पूरा करें: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR पी-शिकायत-फॉर्म -3027-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, और किसी भी USDA कार्यालय में या USDA को संबोधित एक पत्र लिखें और पत्र में फॉर्म में मांगी गई सभी जानकारी प्रदान करें. शिकायत फॉर्म की एक प्रति का अनुरोध करने के लिए (866) 632-9992 पर कॉल करें. अपना भरा हुआ फॉर्म या पत्र USDA को इसके द्वारा जमा करें:

1. **Mail:** खाद्य और पोषण सेवा, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; या
2. **फैक्स:** (833) 256-1665 या (202) 690-7442; या
3. **फ़ोन:** (833) 620-1071; या
4. **ईमेल:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

स्नैप मुद्दों के संबंध में किसी भी अन्य जानकारी के लिए, व्यक्तियों को या तो USDA state information/hotline numbers (800) 221-5689 पर संपर्क करना चाहिए, जो स्पेनिश में भी है, या राज्य की जानकारी/हॉटलाइन नंबरों पर कॉल करें (हॉटलाइन नंबरों की सूची के लिए लिंक पर क्लिक करें. राज्य); यहां ऑनलाइन पाया गया: SNAP हॉटलाइन.

CIVIL RIGHTS COMPLAINTS INVOLVING HHS PROGRAMS

HHS स्वास्थ्य और कल्याण को बढ़ाने के लिए कई कार्यक्रमों के लिए संघीय वित्तीय सहायता प्रदान करता है, जिसमें TANF, हेड स्टार्ट, लो इनकम होम एनर्जी असिस्टेंस प्रोग्राम (LIHEAP) और अन्य शामिल हैं. यदि आप मानते हैं कि आपके साथ आपकी जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, विकलांगता, आयु, लिंग (गर्भावस्था, यौन अभिविन्यास, और लिंग पहचान सहित), या उन कार्यक्रमों या गतिविधियों में धर्म के कारण भेदभाव किया गया है जो HHS सीधे संचालित करता है या जिसके लिए HHS संघीय वित्तीय सहायता प्रदान करता है, आप अपने लिए या किसी और के लिए नागरिक अधिकार कार्यालय (OCR) के साथ शिकायत दर्ज कर सकते हैं.

HHS के माध्यम से संघीय वित्तीय सहायता प्राप्त करने वाले कार्यक्रम के संबंध में अपने लिए या किसी और के लिए भेदभाव की शिकायत दर्ज करने के लिए, OCR के शिकायत पोर्टल के माध्यम से फ़ॉर्म को ऑनलाइन भरें https://ocrportal.hhs.gov/ocr. आप OCR से मेल द्वारा भी संपर्क कर सकते हैं: सेंट्रलाइज्ड केस मैनेजमेंट ऑपरेशंस, यू.एस. स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; फैक्स: (202) 619-3818;या ईमेल: OCRmail@hhs.gov. तेजी से प्रसंस्करण के लिए, हम आपको मेल के माध्यम से दर्ज करने के बजाय शिकायत दर्ज करने के लिए OCR ऑनलाइन पोर्टल का उपयोग करने के लिए प्रोत्साहित करते हैं. जिन व्यक्तियों को नागरिक अधिकार शिकायत दर्ज करने में सहायता की आवश्यकता है, वे OCRMail@hhs.govपर OCR को एक मेल भेज सकते हैं या OCR को टोल-फ्री 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 पर कॉल कर सकते हैं. उन लोगों के लिए जो बहरे हैं, सुनने में कठिनाई हैं, या बोलने में कठिनाई है, कृपया दूरसंचार रिले सेवाओं तक पहुंचने के लिए 7-1-1 डायल करें. हम शिकायत दर्ज करने के लिए मुफ्त वैकल्पिक प्रारूप (जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट), सहायता और भाषा समर्थन सेवाएं भी प्रदान करते हैं.

यह संस्थान समान अवसर प्रदान करता है.

मानव सेवा विभाग (DHS) के तहत, आप अपने स्थानीय DFCS कार्यालय, या DFCS नागरिक अधिकार और ADA/धारा 504 समन्वयक से 47 Trinity Avenue SW, 30334 1st Floor, Atlanta, GA (877) 423-4746 से संपर्क करके भी भेदभाव की शिकायत दर्ज कर सकते हैं. सीमित अंग्रेजी दक्षता के आधार पर भेदभाव का आरोप लगाने वाली शिकायतों के लिए, 47 Trinity Avenue SW, 1st Floor, Atlanta, GA 30334 पर DHS लिमिटेड अंग्रेजी प्रवीणता और संवेदी हानि कार्यक्रम से संपर्क करें या (877) 423-4746 पर कॉल करें.

Do Not Send Applications to the USDA or HHS