

ဂျော်ဂျီယာပြည်နယ် လူသားရင်းမြစ်များ ဌာန
အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP)/MEDICAID/TANF သက်တမ်းတိုးရန် ဖောင်ပုံစံ

ဤစာရွက်စာတမ်းကို ဖတ်ရှုရန် သို့မဟုတ် ဖြည့်စွက်ရန် အကူအညီလိုအပ်ပါက သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့နှင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရန် အကူအညီလိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့အား မေးမြန်းပါ သို့မဟုတ် ဖုန်းနံပါတ် (877) 423-4746 ကို ခေါ်ဆိုပါ။ စကားပြန်များအပါအဝင် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝန်ဆောင်မှုများသည် အခမဲ့ ဖြစ်ပါသည်။ အကယ်၍ သင်သည် နားမကြား၊ နားကြားရန် ခက်ခဲ၊ နားမကြား မျက်မမြင် သို့မဟုတ် စကားပြောရာတွင် အခက်အခဲရှိပါက သင့်အနေဖြင့် 711 (ဂျော်ဂျီယာ တဆင့်ခံ) ကို နှိပ်ခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့အား အထက်ရှိ ဖုန်းနံပါတ်တွင် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

ရှုံးသုံးအတွက်သာ - လက်ခံရရှိခဲ့သည့် ရက်စွဲ _____ ဖောက်သည် အိုင်ဒီနံပါတ် _____ စတင်ခဲ့သည့် ရက်စွဲ _____
 _____ စတင်ခဲ့သည့်အစီအစဉ်များ • TANF → အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) • Medicaid

အကယ်၍ သင်သည် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) ကို ပြန်လည်လျှောက်ထားပါက သို့မဟုတ် သင်၏ TANF သို့မဟုတ် Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များကို သက်တမ်းတိုးနေပါက ဤသက်တမ်းတိုး/လျှောက်လွှာပုံစံကို သင့်အမည်၊ လိပ်စာနှင့် လက်မှတ်တို့ဖြင့်သာ တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ သို့သော် ဖောင်ပုံစံ တစ်ခုလုံးကို သင်ဖြည့်စွက်ပြီး အချက်အလက်များတောင်းဆိုပါက အတည်ပြုချက် ပေးအပ်လျှင် သင်၏ လျှောက်လွှာ၊ ပြန်လည်အတည်ပြုခြင်း/သက်တမ်းတိုးခြင်းကို ပို၍မြန်မြန်ဆန်ဆန် လုပ်ဆောင်ရန် ကျွန်ုပ်တို့အား ကူညီပါလိမ့်မည်။ အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) /Medicaid နှင့်/သို့မဟုတ် TANF အစီအစဉ်များအတွက် ပူးတွဲ သို့မဟုတ် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အစီအစဉ် တစ်ခုတည်းအတွက် သက်တမ်းတိုး/လျှောက်လွှာတစ်စောင် တစ်သွင်းရန် ဤဖောင်ပုံစံကို သင် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ အခြား အစီအစဉ်များအတွက် သင်၏ သက်တမ်းတိုး/လျှောက်ထားခြင်းကို ငြင်းပယ်/အဆုံးသတ်လိုက်ခြင်းအပေါ်လုံးလုံးလျားလျား အခြေပြု၍ သင်၏ အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) သက်တမ်းတိုးမှုကို အဆုံးသတ်မည်မဟုတ်ပါ။ သင်၏ အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) သက်တမ်းတိုးရေးအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ သီးခြားဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုကို ကျွန်ုပ်တို့ ပြုလုပ်ပါမည်။

အကျိုးခံစားမှုများရရှိရန် ပြန်လည်လျှောက်ထားသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်နှင့် လိပ်စာ အပြည့်အစုံကို ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါကွက်လပ်အတွင်း ဖြည့်ပေးပါ -

| | | |
|---|---|--|
| ဖောက်သည် အမည် - | မွေးနေ့ ရက်စွဲ - | လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ် - (လျှောက်ထားသူ မဟုတ်သူများ* အတွက် ဆန္ဒရှိက ရွေးချယ်နိုင်သည်) |
| | | *အောက်ရှိ နိုင်ငံသား ရွှေ့ပြောင်းဝင်ရောက်မှု အဆင့်အတန်းနှင့် လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်များတွင် ကြည့်ပါ။ |
| လမ်းလိပ်စာ - | | |
| | | |
| စာပို့ လိပ်စာ - | | |
| | | |
| ပင်မ ဖုန်းနံပါတ် - | အခြား ဆက်သွယ်ရန် ဖုန်းနံပါတ် - | |
| အီလက်ထရောနစ် နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး- အီးမေးလ် - ဟုတ် ___ မဟုတ် ___ (ဆန္ဒရှိပါက) စာတိုပို့ခြင်း - ဟုတ် ___ မဟုတ် ___ (ဆန္ဒရှိပါက) | အီးမေးလ် လိပ်စာ - (ဆန္ဒရှိပါက) | |
| သင်၏ ဦးစားပေး ဘာသာစကားက ဘာပါလဲ။ | အင်တာဗျူးတစ်ခု လိုအပ်ပါက စကားပြန်တစ်ဦး သင် လိုပါသလား။ | လို _____ မလို _____ |

မသန်စွမ်းမှုများရှိသော အမေရိကန်လူမျိုးများ အက်ဥပဒေ - ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုတစ်ခု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူတစ်ခု တောင်းဆိုပုံ (သက်ဆိုင်ပါက) -

ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူတစ်ခု လိုအပ်မည့် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခု သင့်ထံတွင် ရှိပါသလား။ ရှိ _____ မရှိ _____ (အကယ်၍ ရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ သင်တောင်းဆိုနေသည့် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူကို ဖော်ပြပေးပါ) -

လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကား စကားပြန် ___၊ TTY ___၊ စာလုံးကြီးကြီး ___၊ အီလက်ထရောနစ် နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှု (အီးမေးလ်) ___၊ မျက်မမြင်သုံး ဘာရေးလား (Braille) ___၊ ဗီဒီယို တစ်ဆင့်ခံ ___၊ အချက်ပြ စကားပြောဆိုသည့် စကားပြန် ___၊ နှုတ်ဖြင့်စကားပြန် ___၊ အထိအတွေ့ဖြင့် ပြောဆိုသည့် စကားပြန် ___၊ အစီအစဉ် နောက်ဆုံးရက်များကို တယ်လီဖုန်းဖြင့် ခေါ်ဆို သတိပေးချက် ___၊ တယ်လီဖုန်းဖြင့် လက်မှတ်ထိုးခြင်း (သက်ဆိုင်ပါက) ___၊ မျက်နှာချင်းဆိုင် အင်တာဗျူးခြင်း (အိမ်တိုင်ရာရောက် လာရောက်မှု) ___၊ အခြား - _____

ဤကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူကို တစ်ကြိမ်တစ်ခါ သို့မဟုတ် ဆက်လက်၍ သင်လိုအပ်ပါသလား။ ___၊ ဖြစ်နိုင်ပါက ဤမွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် အထောက်အကူကို မည်သည့်အချိန်နှင့် မည်မျှကြာကြာ သင်လိုအပ်ကြောင်း အကျဉ်းချုပ် ရှင်းပြပေးပါ။

အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် လျှောက်ထားသူ(များ)သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား(များ) သို့မဟုတ် အမေရိကန်နိုင်ငံတွင် တရားဝင်ရောက်ရှိနေသည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ(များ) ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံး သိသလောက်နှင့် ယုံကြည်ချက်ဖြင့် လိမ်လည်မှု ပြစ်ဒဏ်အောက်တွင် ကြေညာအပ်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာအတွင်း ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်အားလုံးသည် မှန်ကန်ပြီး အမှားအယွင်းမရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်သိသလောက် အကောင်းဆုံး ထပ်ဆောင်း အတည်ပြုပါသည်။ DHS-DFCS၊ DCH နှင့် အာဏာရ ပြည်ထောင်စု အေဂျင်စီများက ဤလျှောက်လွှာပေါ်တွင် ကျွန်ုပ်ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်ကို အတည်ပြုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပြီး သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။ အချက်အလက်များကို ယခင် သို့မဟုတ် လက်ရှိ ဝန်ထမ်းများထံမှ ရယူနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို လုပ်ခဆိုရာ အချက်အလက်နှင့် အလုပ်အကိုင် လှုပ်ရှားမှုများအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ ပါဝင်လုပ်ဆောင်မှုကို ခြေရာခံရန် အသုံးပြုမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့်/သို့မဟုတ် TANF အစီအစဉ် လိုအပ်ချက်များအရ ကျွန်ုပ်၏ အခြေအနေရပ်များတွင်း မည်သည့်အပြောင်းအလဲမဆိုကို ကျွန်ုပ် အစီရင်ခံပါမည်။ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် စုစုပေါင်း ပမာဏ \$4250 သို့မဟုတ် ထို့ထက်ပိုသည့် (အခွန်မဆောင်မီ သို့မဟုတ် အခြားပမာဏများကို နုတ်ဖြတ်ထိန်းသိမ်းခြင်း မပြုမီ) ထိပေါက်ပါက သို့မဟုတ် လောင်းကစား နိုင်ငံကြေးများ ရရှိပါကလည်း ကျွန်ုပ် အစီရင်ခံပါမည်။ အဆိုပါ နိုင်ငံကြေးများကို ကျွန်ုပ်၏ မိသားစု လက်ခံရရှိသည့် လကုန်သည်မှ 10 ရက်အတွင်း အဆိုပါ နိုင်ငံကြေးများကို ကျွန်ုပ် အစီရင်ခံပါမည်။ အချက်အလက်တစ်ခုခုသည် မမှန်ကန်ပါက ကျွန်ုပ်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှော့ချနိုင် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်နိုင်ကြောင်းနှင့် မမှန်ကန်သည့် အချက်အလက်ကို သိလျက်ပေးအပ်ပါက ရာဇဝတ်မှုဖြင့် တရားစွဲခြင်းခံရနိုင် သို့မဟုတ် DHS-DFCS အစီအစဉ်များတွင်း အရည်အချင်းမပြည့်မီ ဖြစ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ အချက်အလက်မှားများပေးအပ်ပါက သို့မဟုတ် အချက်အလက်ကို ကွယ်ဝှက်ပါက ကျွန်ုပ်အား တရားစွဲဆိုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ် လျှောက်ထားမှု သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုး လုပ်ငန်းစဉ် အတောအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ကုန်ကျစရိတ်အချို့အကြောင်း DHS-DFCS ကို ပြောဆိုရန် ပျက်ကွက်ပါက နှင့်/သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ကို အတည်ပြုရန် ပျက်ကွက်ပါက DHS-DFCS က အဆိုပါကုန်ကျစရိတ်ကို ကျွန်ုပ်၏ အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့်များ တွက်ချက်ရာတွင် ဘတ်ဂျက်ထည့်သွင်းမည် မဟုတ်ပါ။

အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် သင်၏ လျှောက်ထားမှုအတောအတွင်း ဂျော်ဂျီယာ လူသားရင်းမြစ်များ ဌာန ("DHS") သည် အမည်များ၊ လိပ်စာများ၊ တယ်လီဖုန်းနံပါတ်များ၊ အီးမေးလ် လိပ်စာ များနှင့် မွေးနေ့ရက်စွဲများ စသည်တို့ကိုသို့သော မည်သည့်ဝါဖြစ်ကြောင်း ခွဲခြားဖော်ပြနိုင်သည့် အချက်အလက် (PII) ကို ကောက်ယူပါသည်။ မည်သည့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက် မဆိုကို ကျွန်ုပ်တို့ထံ တင်သွင်းခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် အဆိုပါ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်ကို DHS မှုဝါဒများ၊ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအရနှင့် ဥပဒေ နှင့်/သို့မဟုတ် စည်းမျဉ်းစည်းကမ်း များမှ ခွင့်ပြုသလောက် သို့မဟုတ် လိုအပ်သလောက် စုဆောင်း၊ အသုံးပြုကာ ဖွင့်ဟဖော်ထုတ်နိုင်ကြောင်း သင် သဘောတူပါသည်။

လက်မှတ် - ရက်စွဲ

'X' ဟု လက်မှတ်ထိုးပါက သက်သေ၏ လက်မှတ် ရက်စွဲ

အမြန်လမ်းကြောင်းအတွက် အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု -

အမြန်လမ်းကြောင်းအတွက် အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု (ELE) ဆိုသည်မှာ ဖြည့်စွက် အာဟာရ အထောက်အကူ အစီအစဉ် (SNAP) သို့မဟုတ် လိုအပ်ချက်ရှိသော မိသားစုများအတွက် ယာယီ အထောက်အကူ (TANF) အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် အသက် 19 နှစ်အောက် ကလေးများအား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ အစီအစဉ်အတွင်း အလိုအလျောက် စာရင်းသွင်းရန် သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုးရန် လုပ်ငန်းစဉ်တစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ အကယ်၍ သင်၏ကလေးများသည် SNAP သို့မဟုတ် TANF အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက၊ မိသားစုနှင့် ကလေးများအတွက် ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲ (DFCS) က SNAP သို့မဟုတ် TANF မှ အိမ်ထောင်စု အရွယ်အစား၊ နေရပ်နှင့် ဝင်ငွေအချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည်ဖြစ်သော်လည်း ကလေးများအား Medicaid သို့မဟုတ် PeachCare for Kids® အတွင်း စာရင်းသွင်းပေးရန် သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုးရန် ELE ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခု ပြုလုပ်ရန်အတွက် DFCS ကဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ စည်းမျဉ်းများကို အသုံးပြု၍ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းဝင်ရောက်မှု အဆင့်အတန်းကို အတည်ပြုပါမည်။ အကယ်၍ သင်၏ကလေးများသည် PeachCare for Kids® အတွက် အရည်အချင်း ပြည့်မီပါက ၎င်းတို့အနေဖြင့် ပရီမီယမ်ကြေး ပေးရနိုင်ပါသည်။ DFCS က ဆုံးဖြတ်ချက်ဆိုင်ရာ အသိပေးစာတစ်စောင် သင့်ထံ ပေးပို့မည်ဖြစ်ပြီး အပြောင်းအလဲများ ပြုလုပ်ရန်နှင့် အချိန်မရွေး ထွက်ခွာရန် ရွေးချယ်ခွင့် သင့်အား ပေးအပ်ပါမည်။

သင်၏ ကလေးအား Medicaid သို့မဟုတ် PeachCare for Kids® တွင်း စာရင်းသွင်းရန် သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုးရန် ELE ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခု ပြုလုပ်ရန်အတွက် DFCS က SNAP သို့မဟုတ် TANF မှ သင်၏ အချက်အလက်ကို အသုံးပြုခြင်းအား ခွင့်ပြုရန် သင် သဘောတူပါသလား။

တူ မတူ

အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ် -

လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုအား သင်၏ လျှောက်လွှာ/သက်တမ်းတိုးမှုကို ဖြည့်စွက်ရန်၊ အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) သို့မဟုတ် TANF အတွက် သင်၏ အင်တာဗျူးကို ဖြေပေးရန် နှင့်/သို့မဟုတ် စတိုးဆိုင်သို့ သင်မသွားနိုင်ချိန်တွင် သင်၏ အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) EBT ကတ်ကို အသုံးပြုစေရန် သင်ဆန္ဒရှိမှသာ ဤအပိုင်းကို ဖြည့်ပါ။ ကျေးဇူးပြု၍ အစီအစဉ်တစ်ခုစီအတွက် အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးအဖြစ် မည်သူ့ကို သင်တာဝန်ပေးအပ်လိုကြောင်းကို မှတ်သားပေးပါ။ သင့်အနေဖြင့် အဆိုပါ လူပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းအား မည်သည့်တာဝန်များ ယူစေလိုကြောင်း ကျေးဇူးပြု၍ မှတ်သားပေးပါ။ သင်သည် Medicaid အတွက် လျှောက်ထားနေပါက ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ (Medical Assistance) အတွက် သင့်ကိုယ်စား လျှောက်ထားပေးရန် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးထက်ပို၍ သင် ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။

အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ် 1 ၏ အစီအစဉ် အမျိုးအစားများ - အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) TANF Medical Assistance
အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ် 1 ၏ တာဝန်များ - လျှောက်ထားသူ၏ ကိုယ်စား လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးရန် သက်တမ်းတိုး ဖောင်ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပြီး တင်သွင်းရန် အသိပေးစာများနှင့် အခြား ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုများအတွက် မိတ္တူ လက်ခံရရှိရန် အခြား အကြောင်းချင်းရာအားလုံးအတွက် လျှောက်ထားသူကိုယ်စား လုပ်ဆောင်ရန် TANF အကျိုးခံစားခွင့်ကတ် (EPPIC) လက်ခံရယူရန်

လူပုဂ္ဂိုလ် အမည် 1 - _____
အဖွဲ့အစည်း အမည် 1 (သက်ဆိုင်ပါက) - _____ ဖုန်းနံပါတ် - _____
လိပ်စာ - _____ အိမ်ခန်း - _____
မြို့တော် - _____ ပြည်နယ် - _____ ဇစ်ကုတ် - _____
အီလက်ထရောနစ် နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး - အီးမေးလ် - _____ ဟုတ် _____ မဟုတ် _____ (ဆန္ဒရှိပါက)
စာတိုပို့ခြင်း - ဟုတ် _____ မဟုတ် _____ (ဆန္ဒရှိပါက)
အီးမေးလ် လိပ်စာ (ဆန္ဒရှိပါက) _____
ဦးစားပေး ဘာသာစကား - _____ စကားပြန်တစ်ဦး လိုအပ်ပါသလား။ လို _____ မလို _____

အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ် 2 ၏ အစီအစဉ် အမျိုးအစားများ - အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) TANF Medical Assistance
အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ် 2 ၏ တာဝန်များ - လျှောက်ထားသူ၏ ကိုယ်စား လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးရန် သက်တမ်းတိုး ဖောင်ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပြီး တင်သွင်းရန် အသိပေးစာများနှင့် အခြား ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုများအတွက် မိတ္တူ လက်ခံရရှိရန် အခြား အကြောင်းချင်းရာအားလုံးအတွက် လျှောက်ထားသူကိုယ်စား လုပ်ဆောင်ရန် TANF အကျိုးခံစားခွင့်ကတ် (EPPIC) လက်ခံရယူရန်

လူပုဂ္ဂိုလ် အမည် 2 - _____
အဖွဲ့အစည်း အမည် 2 (သက်ဆိုင်ပါက) - _____ ဖုန်းနံပါတ် - _____
လိပ်စာ - _____ အိမ်ခန်း - _____
မြို့တော် - _____ ပြည်နယ် - _____ ဇစ်ကုတ် - _____
အီလက်ထရောနစ် နည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး - အီးမေးလ် - _____ ဟုတ် _____ မဟုတ် _____ (ဆန္ဒရှိပါ)
စာတိုပို့ခြင်း - ဟုတ် _____ သို့မဟုတ် မဟုတ် _____ (ဆန္ဒရှိပါက)
အီးမေးလ် လိပ်စာ (ဆန္ဒရှိပါက) _____
ဦးစားပေး ဘာသာစကား - _____ စကားပြန်တစ်ဦး လိုအပ်ပါသလား။ လို _____ မလို _____

မသန်စွမ်းမှုများရှိသော အမေရိကန်လူမျိုးများ အက်ဥပဒေ - အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်များအတွက် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုတစ်ခု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူတစ်ခု တောင်းဆိုခြင်း (သက်ဆိုင်ပါက) -

အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးထံတွင် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူတစ်ခု လိုအပ်မည့် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခု ရှိပါသလား။ ရှိ _____ မရှိ _____ (အကယ်၍ ရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ သင်တောင်းဆိုနေသည့် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူကို ဖော်ပြပေးပါ) -
လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ စကားပြန် _____၊ TTY _____၊ စာလုံး ကြီးကြီး _____၊ အီလက်ထရောနစ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး (အီးမေးလ်) _____၊ မျက်မမြင်သုံး ဘာရေးလား (Braille) _____၊ ဗီဒီယို တစ်ဆင့်ခံ _____၊ အချက်ပြ စကားပြောဆိုသည့် စကားပြန် _____၊ နှုတ်ဖြင့် စကားပြန် _____၊ ထိတွေ့မှုဖြင့် ပြောဆိုသည့် စကားပြန် _____၊ အစီအစဉ် နောက်ဆုံးနေ့များကို အသိပေးရန် တယ်လီဖုန်းခေါ်ဆိုမှု _____၊ တယ်လီဖုန်းဖြင့် လက်မှတ်ထိုးခြင်း (သက်ဆိုင်ပါက) _____၊ မျက်နှာချင်းဆိုင် အင်တာဗျူးခြင်း (အိမ်တိုင်ရာရောက် လာရောက်မှု) _____၊ အခြား - _____

အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်က ဤ ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူကို တစ်ကြိမ်တစ်ခါ _____ သို့မဟုတ် ဆက်တိုက် _____ လိုအပ်ပါသလား။ ဖြစ်နိုင်ပါက ဤမွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် အထောက်အကူကို မည်သည့်အချိန်နှင့် မည်မျှကြာကြာ သင်လိုအပ်ကြောင်း အကျဉ်းချုပ် ရှင်းပြပေးပါ။

Medicaid အတွက်သာ -

နောက်နှစ်အတွက် ပြည်ထောင်စုဝင်ငွေခွန် ပြန်အမ်းမှုကို တင်သွင်းရန် သင်မျှော်မှန်းထားပါသလား။ (ပြည်ထောင်စု ဝင်ငွေခွန် ပြန်အမ်းမှုတစ်ခုကို သင် မတင်သွင်းလျှင်တောင်မှ ကျန်းမာရေးအာမခံအတွက် သင်လျှောက်ထားနိုင်ပါသေးသည်။)

- ဟုတ် မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ မေးခွန်း a၊ b နှင့် c တို့ကို ဖြေဆိုပေးပါ။ အကယ်၍ မဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ မေးခွန်း c ကို ဖြေဆိုပေးပါ။
- a. သင်သည် သင်၏ အိမ်ထောင်ဖက်တစ်ဦးနှင့် ပူးတွဲလျှောက်ထားပါမည်လား။ ဟုတ် မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အိမ်ထောင်ဖက် ၏ အမည် - _____
- b. သင်၏ အခွန် ပြန်အမ်းမှုပေါ်တွင် မှီခိုသူတစ်ဦးထည့်ရန် သင်တောင်းဆိုပါမည်လား။ ဟုတ် မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက မှီခိုသူများ၏ အမည်(များ)ကို စာရင်းပေးပါ - _____
- c. တစ်ဦးဦးသည် အခြားတစ်စုံတစ်ဦး၏ ပြန်အမ်းမှုပေါ်တွင် အခွန်မှီခိုသူတစ်ဦးအဖြစ် တောင်းဆိုပါမည်လား။ ဟုတ် မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အခွန်တင်သွင်းသူနှင့် အခွန်မှီခိုသူများ၏ အမည်ကို စာရင်းပေးပါ - _____ အခွန်မှီခိုသူသည် အခွန်တင်သွင်းသူနှင့် မည်သို့ တော်စပ်ပါသလဲ။ _____

အသိုင်းအဝိုင်းတွင်း ရောက်ရှိရေး ဝန်ဆောင်မှုများ -

အခြား DHS ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပတ်သက်၍ အချက်အလက် ပိုမိုရရှိရန် ကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝက်ဘ်ဆိုက် www.dfcs.georgia.gov ကို ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ သို့မဟုတ် ဖုန်းနံပါတ် (877) 423-4746 ကို ခေါ်ဆိုပေးပါ။

ကျေးဇူးပြု၍ မေးခွန်းအားလုံးကို မြေဆိုပေးပြီး တောင်းဆိုသည့်အတိုင်း ဝင်ငွေနှင့် ကုန်ကျစရိတ်များအားလုံးအတွက် သက်သေအထောက်အထား ပေးအပ်ပါ။

နိုင်ငံသား ရွှေ့ပြောင်းဝင်ရောက်မှု အဆင့်အတန်းနှင့် လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်များ -

လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးနှင့် ပတ်သက်ပြီး အောက်ပါ ယေးကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖြည့်စွက်ပေးပါ။ အောက်ပါ ဖယ်ဒရယ် ဥပဒေများနှင့် စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများ - အစားအစာ နှင့် အာဟာရ အက်ဥပဒေ 2008၊ 7 U.S.C. § 2011-2036, 7၊ C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910 နှင့် 42 C.F.R. § 435.920 တို့ကသင့်နှင့် သင်၏ အိမ်ထောင်စုဝင်များ၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (များ) တောင်းဆိုရန် DFCS အား အခွင့်အာဏာပေးပါသည်။ သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်း နေထိုင်ပြီး အကျိုးခံစားခွင့်များ မလျှောက်ထားသူ မည်သူမဆိုအား မလျှောက်ထားသူတစ်ဦးအဖြစ် ဆက်ဆံနိုင်ပါသည်။ မလျှောက်ထားသူများအနေဖြင့် ၎င်းတို့၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်၊ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးရန် မလိုသည့်အပြင် အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် အရည်အချင်းမပြည့်မီပါ။ အခြားအိမ်ထောင်စုဝင်များသည် အခြားတစ်နည်းနည်းဖြင့် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်ခံရရှိနိုင်ပါသည်။ အခြား အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် အရည်အချင်း ပြည့်မီမီ ကျွန်ုပ်တို့အား ဆုံးဖြတ်စေလိုပါက သင့်အနေဖြင့် ၎င်းတို့၏ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းနှင့် ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြရန်နှင့် ၎င်းတို့၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) ကို ပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။ အိမ်ထောင်စု၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်အဆင့်ကို ဆုံးဖြတ်ရန် ၎င်းတို့၏ ဝင်ငွေနှင့် ရင်းမြစ်များကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြရန် လိုအပ်ပါသည်။ ၎င်းတို့၏ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းကို ကျွန်ုပ်တို့အား မပေးပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် လျှောက်ထားသူမဟုတ်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်များအား အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု နိုင်ငံသားနှင့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်ရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ (USCIS) ၏ အကျိုးဝင်မှုများရရှိရန် နိုင်ငံခြားသား စနစ်တကျ အတည်ပြုရေး (SAVE) စနစ်သို့ အစီရင်ခံတိုင်ကြားမည် မဟုတ်ပါ။ သို့သော်လည်း သင်၏လျှောက်လွှာပေါ်တွင် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်း အချက်အလက်ကို တင်သွင်းထားပါက အဆိုပါအချက်အလက်ကို SAVE စနစ်မှတစ်ဆင့် အတည်ပြုခံရနိုင်ပြီး မိသားစု၏ အရည်အချင်းပြည့်မီရေးနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်အဆင့်အပေါ် သက်ရောက်နိုင်ပါသည်။ သင်၏ ဝင်ငွေနှင့် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို အတည်ပြုရန် သင်၏အချက်အလက်ကို အခြား ပြည်ထောင်စု၊ ပြည်နယ်နှင့် ဒေသန္တရ အေဂျင်စီများနှင့် တိုက်ဆိုင်ကြည့်ပါမည်။ ဥပဒေမှ ရောင်းပြေးနေသူများအား ဖမ်းဆီးရာတွင် အသုံးပြုရန် ဤအချက်အလက်ကို တရားဥပဒေ စိုးမိုးရေး အရာရှိများထံသို့လည်း ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ သင်၏ အိမ်ထောင်စုတွင် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) တောင်းဆိုချက်တစ်ခု ရှိပါက SSN အပါအဝင် ဤလျှောက်လွှာပေါ်ရှိ အချက်အလက်ကို ပြည်ထောင်စုနှင့် ပြည်နယ် အေဂျင်စီများနှင့် ပုဂ္ဂလိက တောင်းဆိုချက်များ စုဆောင်းရေး အေဂျင်စီများအနေဖြင့် တောင်းဆိုချက်ကို စုဆောင်းကောက်ယူရာတွင် အသုံးပြုရန် ၎င်းတို့ထံ ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ အခြားအိမ်ထောင်စုဝင်များက ၎င်းတို့၏ SSN၊ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းကို ပေးအပ်ရန် ပျက်ကွက်သည့်အတွက် လျှောက်ထားသူ အိမ်ထောင်စုဝင်များအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ငြင်းဆန်မည်မဟုတ်ပါ။ အကယ်၍ သင်သည် အရေးပေါ်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်သာ လျှောက်ထားနေပါက သင့်အနေဖြင့် သင်၏ SSN သို့မဟုတ် သင်၏ ရွှေ့ပြောင်းဝင်ရောက်မှု အခြေအနေနှင့် ပတ်သက်သည့်အချက်အလက်ကို ပေးအပ်ရန်မလိုပါ။

| ရွှေ့ဆုံး အမည် | MI | နောက် ဆုံး အမည် | မျိုးနွယ်စု ဟစ္စပန်းနစ် သို့မဟုတ် လက်တင် ဖြစ်ပါသလား။ (ဆန္ဒရှိပါက) | လူ မျိုး (ဆန္ဒ ရှိပါ က) | လိင် ကျား /မ | မွေးနေ့ ရက်စွဲ ဖောမက်ပုံစံ (လလ/ ရက်ရက်/ နှစ်နှစ်) | သင်နှင့်တော် စပ်ပုံ | လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ် (လျှောက်ထားသူ မဟုတ်သူများအ တွက် ဆန္ဒရှိက ရွှေ့ချယ်နိုင်သည်) | သင်သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား၊ အမေရိကန်မှာ နိုင်ငံသား၊ အရည်အချင်းမီ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ သို့မဟုတ် မိတ်ကုန်ပုံစံ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှုအဆင့်အတန်း မှီသည့်စနစ်၊ ပြင်ဆင်မှု၊ ဤကလေး၏ နိုင်ငံသား အိမ်တွင် နေပါသလား။ (ဟုတ်/မဟုတ်) | ဤကလေး၏ ဖခင်သည် အိမ်တွင် နေပါသလား။ (ဟုတ်/မဟုတ်) | Medicaid ကို သင်လိုချင်ပါသလား။ (ဟုတ်/မဟုတ်) |
|----------------|----|-----------------|---|-------------------------|--------------|---|---------------------|--|--|--|---|
| | | | (ဟုတ်/မဟုတ်) | | | | ကိုယ်တိုင် | | (ဟုတ်/မဟုတ်) | (ဟုတ်/မဟုတ်) | (ဟုတ်/မဟုတ်) |
| | | | (ဟုတ်/မဟုတ်) | | | | | | (ဟုတ်/မဟုတ်) | (ဟုတ်/မဟုတ်) | (ဟုတ်/မဟုတ်) |
| | | | (ဟုတ်/မဟုတ်) | | | | | | (ဟုတ်/မဟုတ်) | (ဟုတ်/မဟုတ်) | (ဟုတ်/မဟုတ်) |
| | | | (ဟုတ်/မဟုတ်) | | | | | | (ဟုတ်/မဟုတ်) | (ဟုတ်/မဟုတ်) | (ဟုတ်/မဟုတ်) |
| | | | (ဟုတ်/မဟုတ်) | | | | | | (ဟုတ်/မဟုတ်) | (ဟုတ်/မဟုတ်) | (ဟုတ်/မဟုတ်) |
| | | | (ဟုတ်/မဟုတ်) | | | | | | (ဟုတ်/မဟုတ်) | (ဟုတ်/မဟုတ်) | (ဟုတ်/မဟုတ်) |
| | | | (ဟုတ်/မဟုတ်) | | | | | | (ဟုတ်/မဟုတ်) | (ဟုတ်/မဟုတ်) | (ဟုတ်/မဟုတ်) |

လူမျိုး ကုတ်နံပါတ်များ (အကျိုးဝင်သည့် အရာအားလုံးကို ရွေးချယ်ပါ) -
AI - အမေရိကန် အင်းဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလာစကာ ဌာနေတိုင်းရင်းသား **AS** - အာရှတိုက်သား **BL** - လူမဲ့ သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်
HP - ဌာနေ ဟာဝိုင်ယီ တိုင်းရင်းသား သို့မဟုတ် အခြား ပစိဖိတ် ကျွန်းသား **WH** - လူဖြူ
 လူမျိုး/မျိုးနွယ်စုဆိုင်ရာ အချက်အလက်ကို ပေးအပ်ခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်များကို ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုသည့် ပုံစံဖြင့် ပေးအပ်ရာတွင် သင် ကူညီပါလိမ့်မည်။ သင့်အိမ်ထောင်စုအနေဖြင့် ဤအချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးရန် မလိုအပ်သည့်အပြင် ၎င်းက သင်၏ အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်အဆင့်ကို ထိခိုက်စေမည်မဟုတ်ပါ။ သို့သော်လည်း ဤအချက်အလက်ကို သင်မပေးအပ်ပါက မျက်နှာချင်းဆိုင် အင်တာဗျူးလုပ်ချိန်တွင် လူမျိုး သို့မဟုတ် မျိုးနွယ်စုကို အမြင်ဖြင့်ခွဲခြားသတ်မှတ်မှု ပြုလုပ်ပါမည်။

သင် သို့မဟုတ် အခြားအိမ်ထောင်စုဝင် လျှောက်ထားသူများသည် နိုင်ငံသားဖြစ်ခွင့် ပြောင်းလဲခံယူသူ သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် နိုင်ငံခြားသား/ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတစ်ဦး ဖြစ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်စွက်ပါ -

(ကျေးဇူးပြု၍ ထပ်ဆောင်းစာမျက်နှာများ လိုအပ်သလို ထပ်ထည့်ပေးပါ)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| အမည် ရှေးဆုံး အမည် အလယ် အမည် အတို နောက်ဆုံး အမည် | ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု စာရွက် စာတမ်း အမျိုးအစား | နိုင်ငံခြားသား/အတည်ပြု လက်မှတ်/စာရွက်စာတမ်း အိုင်ဒီဒီနံပါတ် | သင်သည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု တွင် 1996 ခုနှစ် ကတည်းက နေထိုင်နေပါသလား။ (ဟုတ်/မဟုတ်) | နိုင်ငံသားဖြစ်ခွင့်ရသည့် ရက်စွဲ/အမေရိကန် ပြည်ထောင်စုတွင်း ဝင်ရောက်သည့် သို့မဟုတ် ဝင်ခွင့်ပြုသည့် ရက်စွဲ (သက်ဆိုင်ပါက) ဖောမက်ပုံစံ (လလ/ရက်ရက်/နှစ်နှစ်) | သင် သို့မဟုတ် သင်၏ အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် မိဘသည် အမေရိကန် တပ်မတော်မှ စစ်မှုထမ်းဟောင်း သို့မဟုတ် လက်ရှိ တာဝန်ထမ်းဆောင်နေသူ တစ်ဦး ဖြစ်ပါသလား။ (ဟုတ်/မဟုတ်) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Medicaid အတွက်သာ -

သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် အသက် 18 နှစ်၌ မွေးစားစောင့်ရှောက်မှုတွင်း ရှိခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

သင်နှင့်အတူ အိမ်တွင်နေသည့် အခွန်မီဒီသူများ သင့်ထံတွင် ရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ အောက်တွင် စာရင်းပေးပါ။

အမည် - _____ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် _____ လိင် - ကျား မ (ကျေးဇူးပြု၍ တစ်ခုကို ဝိုင်းပါ)

မွေးနေ့ရက်စွဲ - _____ နိုင်ငံသား - _____

သင်နှင့် တော်စပ်ပုံ - _____ (ကျေးဇူးပြု၍ ထပ်ဆောင်းစာမျက်နှာများ လိုအပ်သလို ထပ်ထည့်ပေးပါ)

လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ထပ်၍ပြောပြပါ။

အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် မည်သည့် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီကြောင်း ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် လျှောက်ထားသူနှင့် အိမ်ထောင်စုဝင်များအားလုံးအကြောင်း အချက်အလက်များ ကျွန်ုပ်တို့ ပိုမိုလိုအပ်ပါသည်။ သင်ရရှိလိုသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့် ပတ်သက်သည့် မေးခွန်းများကိုသာ အောက်ရှိ စာမျက်နှာတွင် ကျေးဇူးပြု၍ ဖြေဆိုပေးပါ။

1. တစ်စုံတစ်ဦးသည် အခြားနိုင်ငံ သို့မဟုတ် ပြည်နယ်အတွင်း အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရရှိပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့် TANF အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - _____

နေရာ - _____

အချိန် - _____

2. 8/22/1996 နောက်ပိုင်း၌ ဧရိယာတစ်ခုထက်ပို၍တွင် FS အကျိုးခံစားခွင့် အမြောက်အများရရှိရန် ၎င်းတို့ နေထိုင်သည့်နေရာနှင့် ၎င်းတို့မည်သူဆိုသည်နှင့် ပတ်သက်ပြီး မှားယွင်းသောအချက်အလက်များ ပေးကြောင်း ပြစ်မှုထင်ရှားရှိခဲ့ပါသလား။ (အစားအစာတံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -

မည်သူ - _____

နေရာ - _____

အချိန် - _____

3. သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် လျှောက်ထားသည့်ရက်စွဲမှ ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း အလုပ်ထွက်ခဲ့ပါသလား သို့မဟုတ် သူ/သူမ၏ အလုပ်ချိန်နာရီကို တစ်ပတ်လျှင် နာရီ 30 အောက်သို့ ဆန္ဒအလျောက် လျှော့ချခဲ့ပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့် TANF အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက မည်သူ အလုပ်ထွက်ခဲ့ပါသလဲ။ _____

သူ/သူမက ဘာကြောင့် အလုပ်ထွက်ခဲ့ပါသလဲ။ _____

4. တစ်ဦးဦးသည် ကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ (ဤမေးခွန်းက အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) လျှောက်ထားသူများအတွက် မသက်ဆိုင်ပါ) ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ခန့်မှန်းမွေးဖွားရက်က ဘာပါလဲ။ _____ ၊ ထို့အပြင် ကလေးဘယ်နှစ်ယောက်မွေးရန် မျှော်မှန်းထားပါသလဲ။ _____

အကယ်၍ မဟုတ်ပါက လွန်ခဲ့သော 12 လအတွင်း အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် ကလေးမွေးဖွားခဲ့ပါသလား သို့မဟုတ် ကိုယ်ဝန် အဆုံးသတ်ခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက မီးဖွားသည့်/ကိုယ်ဝန်အဆုံးသတ်ခဲ့သည့် ရက်စွဲက ဘာပါလဲ။ _____ ၊ ထို့အပြင် ကလေးဘယ်နှစ်ယောက် မွေးဖွားခဲ့/မွေးဖွားရန် မျှော်မှန်းခဲ့ပါသလဲ။ _____

ကိုယ်ဝန်ဆောင် အမျိုးသမီး၏ အမည် - _____ မမွေးဖွားခဲ့သော ကလေး၏ ဖခင်အမည် - _____

ဖခင်၏ လိပ်စာ - _____

5. Medicaid လျှောက်ထားသူများအတွက် လွန်ခဲ့သော 3 လအတွက် တစ်ဦးဦးထံတွင်ငွေမပေးချေရသေးသည့် ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ
အကယ်၍ ရှိပါက သင့်ထံတွင် Medicaid ကိစ္စရပ်တစ်ခု ရှိလျှင် မပေးချေရသေးသည့် ငွေတောင်းခံလွှာများကို ကျေးဇူးပြု၍ ပို့ပေးပါ။
6. တစ်ဦးဦးသည် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) သို့မဟုတ် TANF အစီအစဉ်မှ အရည်အချင်းမမီ ဖြစ်သွားပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့် TANF အတွက်သာ)
 ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက** -
မည်သူ - _____
နေရာ - _____
7. တစ်ဦးဦးသည် ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် အပြစ်ဒဏ်ပေးခြင်း သို့မဟုတ် အကျဉ်းကျခြင်းမှ ရှောင်ကြဉ်ရန် တိမ်းရှောင်နေပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့် TANF အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ် အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက**၊ မည်သူ - _____
8. တစ်ဦးဦးသည် အစမ်းလွှတ် သို့မဟုတ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ဆိုင်ရာ အခြေအနေများကို ချိုးဖောက်ထားပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့် TANF အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက** ဘယ်သူပါလဲ - _____
9. တစ်ဦးဦးသည် 8/22/1996 နောက်ပိုင်းတွင် ထိန်းချုပ်ဆေးဝါးပစ္စည်းတစ်ခု ပိုင်ဆိုင်၊ အသုံးပြု သို့မဟုတ် ဖြန့်ဖြူးမှုနှင့် ဆက်စပ်သော အပြုအမူကြောင့် ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီးတစ်ခု (ဥပမာ - ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီး) တစ်ခုရှိပါသလား (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) နှင့် TANF အတွက်သာ) သို့မဟုတ် အကြမ်းဖက်သည့် ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီးတစ်ခု ရှိပါသလား (TANF အတွက်သာ)။ ရှိ မရှိ
အကယ်၍ ရှိပါက -
မည်သူ - _____ အချိန် - _____
- a. ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းကြောင့် ရလဒ်အဖြစ် ကျခံရသည့် ပြစ်ဒဏ်တစ်ခုနှင့် သက်ဆိုင်သော အစမ်းလွှတ်ပေးထားမှုဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များကို သင် လိုက်နာပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
- b. ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ရာဇဝတ်ပြစ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းကြောင့် ရလဒ်အဖြစ် ကျခံရသည့် ပြစ်ဒဏ်တစ်ခုနှင့် သက်ဆိုင်သော လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များကို သင် လိုက်နာပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
- c. ဆေးဝါးနှင့် ဆက်စပ်သော ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းတစ်ခုအတွက် **အစမ်းလွှတ် သို့မဟုတ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များ**အားလုံးကို သင် အောင်အောင်မြင်မြင် ပြီးမြောက်ခဲ့ပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
10. သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် 8/22/1996 နောက်ပိုင်းတွင် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့်များကို လဲလှယ်ရောင်းချမှုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခဲ့ပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက** -
မည်သူ - _____ အချိန် - _____
11. သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် 8/22/1996 နောက်ပိုင်းတွင် \$500 ထက်ကျော်သည့် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့်များကို ဝယ်ယူခြင်း သို့မဟုတ် ရောင်းချခြင်းအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခဲ့ပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက** -
မည်သူ - _____
အချိန် - _____
12. သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် 8/22/1996 နောက်ပိုင်းတွင် သေနတ်များ၊ ခဲယမ်းမီးကျောက်များ သို့မဟုတ် ဖောက်ခွဲရေးပစ္စည်းများအတွက် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့်များကို လဲလှယ်ရောင်းချမှုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခဲ့ပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ **ဟုတ်ပါက** -
မည်သူ - _____
အချိန် - _____

13. သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် 2/7/2014 နောက်ပိုင်းတွင် ကြီးမားပြင်းထန်သော လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ အလွဲသုံးစားမှု၊ လူသတ်မှု၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ အမြတ်ထုတ်မှုနှင့် ကလေးများအား အခြားအလွဲသုံးစားမှု၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ စော်ကားမှုအပါအဝင် ပြည်ထောင်စု သို့မဟုတ် ပြည်နယ် ဖြစ်မှု၊ သို့မဟုတ် ပြည်နယ်ဥပဒေအရ အဆိုပါ ပြစ်မှုတစ်ခုနှင့် သိသိသာသာ အလားတူညီသည်ဟုရှေ့နေချုပ်မှ ဆုံးဖြတ်သည့် ပြစ်မှုတစ်ခု ကျူးလွန်သည့် အရွယ်ရောက်လူကြီးတစ်ဦးအဖြစ် ပြစ်မှုထင်ရှားခဲ့ပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -
မည်သူ - _____
အချိန် - _____

- a. ရာဇဝတ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းကြောင့် ရလဒ်အဖြစ် ကျခံရသည့် ပြစ်ဒဏ်တစ်ခုနှင့် သက်ဆိုင်သော အစမ်းလွှတ်ပေးထားမှုဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များကို သင် လိုက်နာပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
- b. ရာဇဝတ်မှုကြီးတစ်ခုအတွက် ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းကြောင့် ရလဒ်အဖြစ် ကျခံရသည့် ပြစ်ဒဏ်တစ်ခုနှင့် သက်ဆိုင်သော လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များကို သင် လိုက်နာပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်
- c. ရာဇဝတ်မှုကြီးတစ်ခုနှင့် ဆက်စပ်သော ပြစ်မှုထင်ရှားခြင်းတစ်ခုနှင့် ဆက်စပ်ပြီး **အစမ်းလွှတ်ပေး သို့မဟုတ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့်ဆိုင်ရာ စည်းကမ်းချက်များအားလုံးကို** သင် အောင်အောင်မြင်မြင် ပြီးမြောက်ခဲ့ပါသလား။ (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

14. သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် ထို သို့မဟုတ် လောင်းကစား အနိုင်ကြေးများ ရရှိခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -
မည်သူ - _____ အချိန် - _____ လက်ခံရရှိခဲ့သည့် ပမာဏ - _____

15. တစ်ဦးဦးသည် TANF ရန်ပုံငွေများ သို့မဟုတ် EPPIC ကတိကို နောက်တွင် ဖော်ပြထားသောနေရာများ၌ အသုံးပြုခဲ့ပါသလား - အရက်ပြင်း စတိုးဆိုင်များ၊ ကာစီနိုများ၊ ပိုကာ ကစားခန်းများ၊ အရွယ်ရောက်လူကြီး ဖျော်ဖြေရေးလုပ်ငန်းများ၊ အာမခံ ဘွန်းစာချုပ်များ၊ နိုက်ကလပ်များ၊ အရက်ရောင်းသည့် ဆလွန်းများ/တာဗန်များ၊ ဘင်ဂိုကစားခန်းမများ၊ မြင်းပြိုင်ပွဲ လောင်းကစားခြင်းများ၊ သေနတ်/ခဲယမ်းမီးကျောက် စတိုးဆိုင်များ၊ အပန်းဖြေ သင်္ဘောများ၊ ဗေဒင်ဆရာများ၊ ဆေးလိပ်ဆိုင်များ၊ တက်တူး/နားနာခေါင်းဖောက်ဆိုင်များနှင့် စပါ/အနှိပ်ခန်းများ။ (TANF အတွက်သာ) ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -
မည်သူ - _____ အချိန် - _____

16. အကျိုးခံစားခွင့်များ လျှောက်နေသူတစ်ဦးဦးသည် လတ်တလော၌ ထောက်ပံ့စရိတ် ရရှိနေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက -
မည်သူ - _____
လစဉ် လက်ခံရရှိသည့် ပမာဏ - _____
ထောက်ပံ့စရိတ် သဘောတူညီချက်ကို အပြီးသတ်ခဲ့သည့် သို့မဟုတ် နောက်ဆုံးမွမ်းမံပြင်ဆင်ခဲ့သည့် ရက်စွဲ - _____

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့် TANF အတွက်သာ -

အဆင့်မြင့်ပညာရေးတွင်း ရှိနေသော ကျောင်းသားများ - သင်၏ အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် ကောလိပ်ကျောင်း၊ တက္ကသိုလ်၊ အသက်မွေးဝမ်းကြောင်းပညာ သို့မဟုတ် နည်းပညာဆိုင်ရာ ကျောင်းတစ်ခုတွင် အနည်းဆုံးအနေဖြင့် နေ့တစ်ဝက် စာရင်းသွင်း အပ်နှံထားပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် အကယ်၍ ဟုတ်ပါက၊ မည်သူပါလဲ -
ကျောင်း အမည် - _____ အတန်း/အဆင့်အတန်း - _____ ဘွဲ့ရ ရက်စွဲ - _____
ကျောင်းသားသည် အလုပ်ရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ အလုပ်ဖြင့် လေ့လာမှုတွင်း စာရင်းသွင်းထားပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ ရှိပါက တစ်ပတ်လျှင် အလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း _____ (ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ရှိ အလုပ်အကိုင် အခန်းကဏ္ဍကိုလည်း ဖြည့်စွက်ပေးပါ။)

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ -

အသက် 60 သို့မဟုတ် အထက် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသူ တစ်ဦးဦးတွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များ ရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ
Medicare ပရီမီယမ်ကြေးများ၊ ညွှန်ကြားဆေးဝါး ကုန်ကျစရိတ်များ သို့မဟုတ် ဆေးရုံ ငွေတောင်းခံလွှာများကဲ့သို့သော သင်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အသုံးစရိတ်များ ပြောင်းလဲခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အသုံးစရိတ်များ ကို အောက်ရှိဇယားပေါ်တွင် စာရင်းပေးပါ။ ငွေတောင်းခံလွှာများ၊ လောလောလတ်လတ် အဖြစ်ဆုံးလ(များ) အတွက် ညွှန်ကြားဆေးဝါးများကို တွဲပေးပါ။

| | | | | |
|-----------------------------|---|----------------------|------------------------|---------------------------------------|
| ငွေတောင်းခံရသည့် မိသားစုဝင် | အသုံးစရိတ် အမျိုးအစား (ဆရာဝန်၊ ဆေးရုံ၊ ဆေးညွှန်းပေးမှု) | အကြွေးတင်နေသည့် ပမာဏ | ငွေတောင်းခံလွှာ ရက်စွဲ | အာမခံက ငွေပေးချေ ပါမည်လား။ ဟုတ်/မဟုတ် |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

အသက် 60 သို့မဟုတ် အထက် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသူ တစ်ဦးဦးတွင် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးအတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များ ရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ

အကယ်၍ ရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ အချက်အလက်ကို အောက်တွင် ပေးအပ်ပါ။ အကယ်၍ သင်သည် Medicaid ရရှိနေပါက သက်သေပေးအပ်ပါ -

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| ခရီးသွားရသည့် ရည်ရွယ်ချက် (ဆရာဝန်ထံ သို့မဟုတ် ဆေးရုံသို့ သွားရောက်ခြင်း၊ ဆေးသွားယူခြင်း) | မောင်းနှင်သည့် မိုင်စုစုပေါင်း - | တက်စီ၊ ဘတ်စ်ကာ၊ ကားပါကင်ရပ်ခ သို့မဟုတ် တည်းခိုနေထိုင်မှုအတွက် ကုန်ကျစရိတ် - |
|--|----------------------------------|---|

အဆိုပါ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အသုံးစရိတ်များမှ တစ်ခုခုကို အခြား တစ်စုံတစ်ဦးက သင့်အတွက် ပေးချေနေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ အချက်အလက်ကို အောက်တွင် ပေးအပ်ပါ-

| | |
|--|-----------------------------------|
| မည်သည့် အသုံးစရိတ်များကို ပေးချေခဲ့ပါသလား။ | မည်သူက အသုံးစရိတ်ကို ပေးချေပါသလဲ။ |
| အဆိုပါသူက ယင်းငွေတောင်းခံလွှာများကို မည်သို့ပေးချေပါသလဲ။ | လိပ်စာ - |

Medicaid အတွက်သာ -

အခြား ကျန်းမာရေး အကာအကွယ်

အောက်ပါတို့ရှိ ကျန်းမာရေးအာမခံတွင် ယခုစာရင်းသွင်းထားသူ တစ်ဦးရှိပါသလား။

- ဂျော်ဂျီယာပြည်နယ် လူသားရင်းမြစ်များ ဌာန Medicaid • PeachCare for Kids® • Medicare
- VA ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်များ • TRICARE (သင့်ထံတွင် တိုက်ရိုက်စောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် တာဝန်ယူမှု ရှိပါက အမှတ်မခြစ်ပါနှင့်)
- အလုပ်ရှင် အာမခံ - အာမခံ အမည် _____ ပေါ်လစီနံပါတ် _____
- အခြား - အာမခံ၏ အမည် _____ ပေါ်လစီနံပါတ် _____

သင့်ထံ၌ Medicaid အပြင် အခြား ကျန်းမာရေးအာမခံ တစ်ခုခု ရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ

အကယ်၍ ရှိပါက သင်၏ အာမခံကတ် **မိတ္တူတစ်စောင်ကို ကျွန်ုပ်တို့ထံ ပို့ပေးပါ။**

ရင်းမြစ်များ -

(MAGI Medicaid အတွက် မလိုအပ်ပါ) - သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ လူတစ်ဦးဦးသည် အောက်ပါရင်းမြစ်များမှ တစ်ခုခု ရှိပါသလား။

ရှိ မရှိ (အကယ်၍ ရှိပါကကျေးဇူးပြု၍ အချက်အလက်ကို အောက်တွင် ပေးအပ်ပါ။ အကယ်၍ သင်သည် အသက်အရွယ်ကြီးမှု၊ မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူအတွက် Medicaid (ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စုငွေများ အစီအစဉ်အပြင် QMB၊ SLMB သို့မဟုတ် QI-1 တို့ကဲ့သို့သာ) ရရှိနေပါက သက်သေအထောက်အထား ပေးအပ်ပါ။

| ရင်းမြစ် အမျိုးအစား | ပိုင်ရှင် | အကောင့်/ပေါ်လစီ နံပါတ်(သင်၏အကောင့်/ ပေါ်လစီ နံပါတ်သည် သင်၏ SSN နှင့် အတူတူဖြစ်ပါက မဖြည့်ပါနှင့်) | တန်ဖိုး | ဘဏ်၊ အာမခံ ကုမ္ပဏီ စသဖြင့်၏ အမည် |
|---|-----------|--|---------|----------------------------------|
| ငွေသား | | | | |
| ငွေသွင်း/ငွေစု အကောင့် | | | | |
| ခရက်ဒစ် ယူနီယံ | | | | |
| နှစ်စဉ်ကြေးများ | | | | |
| စတော့ရှယ်ယာများသို့မဟုတ် အာမခံ ဘွဲ့စားစာချုပ်များ | | | | |
| ဘေးကင်းလုံခြုံသည့် ပစ္စည်းသိမ်း သေတ္တာ | | | | |
| အငြိမ်းစား အကောင့် (MAGI မဟုတ်သည့် Medicaid/TANF | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| ယာဉ်များ (MAGI မဟုတ်သည့်Medicaid/TANF | | | | |
| CD များ/နှစ်စဉ်ကြေးများ (MAGI မဟုတ်သည့်Medicaid/TANF | | | | |
| ကြိုတင်ငွေပေးထားသည့် နားရေး အစီအစဉ်များ (MAGI မဟုတ်သည့်Medicaid/TANF | | | | |
| သင်္ချိုင်း မြေနေရာကွက်များ (MAGI မဟုတ်သည့်Medicaid/TANF | | | | |
| ယုံကြည်မှုဖြင့် အပ်နှံသည့် ရန်ပုံငွေများ (MAGI မဟုတ်သည့်Medicaid/TANF | | | | |
| အိမ်မဟုတ်သည့် နေရာပိုင်ဆိုင်မှု (MAGI မဟုတ်သည့်Medicaid/TANF | | | | |
| အိမ် နေရာပိုင်ဆိုင်မှု (MAGI မဟုတ်သည့်Medicaid/TANF | | | | |
| အသက် အာမခံ (MAGI မဟုတ်သည့်Medicaid/TANF | | | | |
| အခြား | | | | |

အသက်အရွယ်ကြီးမှု၊ မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ Medicaid အတွက်သာ -

သင်၊ သင်၏အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် သင်လျှောက်ထားပေးနေသည့် တစ်စုံတစ်ဦးသည် လွန်ခဲ့သော လပေါင်း 60 အတွင်း ရင်းမြစ်တစ်ခုကို ရောင်းချ၊ ကုန်သွယ် သို့မဟုတ် ပေးလိုက်ပါသလား။
 ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ဘာပါလဲ။ _____ မည်သည့်အချိန်က ပါလဲ။ _____

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP)၊ TANF နှင့် Medicaid-

အလုပ်အကိုင် - သင့်အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် အလုပ်လုပ်ပါသလား။ လုပ် မလုပ်

အကယ်၍ လုပ်ပါက လုပ်ခများ၊ ဘိုးနပ်စ်များနှင့် အပိုဆုကြေးများ ကဲ့သို့သော အလုပ်လုပ်သူ၏ အလုပ်အကိုင်မှရရှိသော လခဆိုင်ရာ အချက်အလက်ကို စာရင်းပေးပြီး လွန်ခဲ့သော 4 ပတ်အတွင်း ရရှိခဲ့သော အကြမ်းဖျဉ်းဝင်ငွေအားလုံးအတွက် သက်သေအထောက်အထားကို တွဲပေးပါ။

| အလုပ်နေရာ | အလုပ်ရှင် | နာရီလိုက် လုပ်ခ | အပတ်စဉ် အလုပ်လုပ်သည့် နာရီပေါင်း | ပေးချေသည့် အကြိမ်ရေ | ပေးချေသည့် ရက်စွဲ(များ) | ဘိုးနပ်စ် ပေးချေမှု | အပိုဆုကြေးများ |
|-----------|-----------|-----------------|----------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|----------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Medicaid အတွက်သာ -

အခွန်မဆောင်မီ အသုံးစရိတ်များ -

- ကျန်းမာရေး အာမခံ \$ _____ အကြိမ်ရေ _____
- အမြင်ဆိုင်ရာ အာမခံ \$ _____ အကြိမ်ရေ _____
- သွားဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံ \$ _____ အကြိမ်ရေ _____
- အခြား ဖြတ်နုတ်မှု အမျိုးအစား \$ _____ အကြိမ်ရေ _____
- အခြား ဖြတ်နုတ်မှု အမျိုးအစား \$ _____ အကြိမ်ရေ _____
- အခြား ဖြတ်နုတ်မှု အမျိုးအစား \$ _____ အကြိမ်ရေ _____
- အခြား ပို၍ရှိပါသလား။ ကျေးဇူးပြု၍ သီးသန့်စာရွက်တစ်ရွက်ပေါ်တွင် တွဲပေးပါ။

အခွန်မဆောင်မီ အသုံးစရိတ်များ ဆိုသည်မှာ အခွန်များမဖြတ်မီ သင်၏ဝင်ငွေတွင်းမှ ဖြတ်နုတ်မှုများဖြစ်ပါသည်။ ဖြတ်နုတ်မှုများ အားလုံးသည် အခွန်မဆောင်မီ မဟုတ်ပါ။

အခွန်ပြန်အမ်းငွေ ဖြတ်နုတ်မှုများ -

- သက်ဆိုင်သူကို အမှတ်ခြစ်ပြီး ပမာဏနှင့် အကြိမ်အရေအတွက်ကို ပေးအပ်ပါ။
- မှတ်စု -** မိမိကိုယ်ပိုင်အလုပ်အတွက် သင်၏အမြေအတွင်း သင် ထည့်သွင်းစဉ်းစားပြီးသော ကုန်ကျစရိတ်တစ်ခုကို မထည့်သွင်းသင့်ပါ။
- ထောက်ပံ့စရိတ် ပေးချေမှု \$ _____ အကြိမ်ရေ _____
- ကျောင်းသားချေးငွေ အတိုး \$ _____ အကြိမ်ရေ _____
- အခြား ဖြတ်နုတ်မှု အမျိုးအစား \$ _____ အကြိမ်ရေ _____
- အခြား ဖြတ်နုတ်မှု အမျိုးအစား \$ _____ အကြိမ်ရေ _____

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP)၊ TANF နှင့် Medicaid-

တစ်ဦးဦးသည် အလုပ်လုပ်နေရာမှ ရပ်လိုက်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် **အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါတို့ကို ဖြည့်စွက်ပြီး သက်သေအထောက်အထား ပေးအပ်ပါ -**

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| မည်သည့်အလုပ်ကို ရပ်လိုက်ပါသလဲ။ | အလုပ်လုပ်ရာမှ ရပ်လိုက်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်အမည် - | |
| အလုပ်အကိုင် နေရာ - | | |
| ငွေပေးမှု ရပ်လိုက်သည့် ရက်စွဲ - | နောက်ဆုံး ချက်လက်မှတ် ရက်စွဲ - | နောက်ဆုံး ပေးချေမှု ပမာဏ (အကြမ်းဖျဉ်း) - |

တစ်ဦးဦးသည် အလုပ် စလုပ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် **အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါတို့ကို ဖြည့်စွက်ပြီး သက်သေအထောက်အထား ပေးအပ်ပါ -**

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| အလုပ် စလုပ်သူ၏ အမည် - | စတင်သည့် ရက်စွဲ - | ဖုန်းနံပါတ် - |
| အလုပ်ရှင်/လုပ်ငန်း၏ အမည် - | ပေးချေမှု နှုန်းထား - \$ | ပထမဆုံး ချက်လက်မှတ် ရရှိခဲ့သည့်/ ရရှိမည့် ရက်စွဲ - |
| ဘယ်နှစ်ကြိမ် ပေးပါသလဲ။ (တစ်ခုကို အမှတ်ခြစ်ပါ) - <input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> တစ်ပတ် နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> တစ်လ လျှင် နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ် <input type="checkbox"/> အခြား | | |

ကိုယ်ပိုင် အလုပ်အကိုင် -

တစ်ဦးဦးသည် ကိုယ်ပိုင်အလုပ် လုပ်ပါသလား - ဟုတ် မဟုတ် (အကယ်၍ ဟုတ်ပါက မည်သူပါလဲ။) _____

အခွန်ခိုင်များ၊ လုပ်ငန်း မှတ်တမ်းများ၊ ငွေလက်ခံဖြတ်ပိုင်းများ၊ ငွေတောင်းခံလွှာများ သို့မဟုတ် တည်ထောင်ပြီးသား အလုပ်တစ်ခု၏ ဖောက်သည်များထံမှ ကြေညာချက်များမှတစ်ဆင့် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်မှဝင်ငွေအတွက် သက်သေအထောက်အထား ကျေးဇူးပြု၍ ပေးအပ်ပါ။

ဤလုပ်ငန်းသည် ပူးပေါင်းလုပ်ငန်းဖြစ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အဆိုပါသူထံတွင် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အတွက် အသုံးစရိတ်များ ရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ

အကယ်၍ ရှိပါက အဆိုပါသူထံတွင် မည်သို့သော အသုံးစရိတ်မျိုး ရှိပါသလဲ။

Medicaid နှင့် TANF အတွက်သာ - ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းအတွက် အသုံးစရိတ်ဆိုင်ရာ သက်သေအထောက်အထား ပေးအပ်ပါ။

အလုပ်မလုပ်ပဲရသည့် ဝင်ငွေ-

သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် ပါဝင်ထည့်သွင်းမှုများ၊ လူမှုဖူလုံရေး၊ SSI၊ VA၊ ကလေး ထောက်ပံ့ကြေး၊ အလုပ်လက်မဲ့ ထောက်ပံ့ကြေး၊ အငြိမ်းစား သို့မဟုတ် အခြားဝင်ငွေရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ

အကယ်၍ ရှိပါက အောက်ပါအချက်အလက်ကို ဖြည့်စွက်ပြီး လွန်ခဲ့သော 4 ပတ်အတွင်း ရရှိခဲ့သည့် ဝင်ငွေအားလုံးအတွက် သက်သေအထောက်အထား သို့မဟုတ် လောလောလတ်လတ်အဖြစ်ဆုံး ချီးမြှင့်စာကို ပေးအပ်ပါ။

| အမည် | ရင်းမြစ် | ပမာဏ | အကြိမ်ရေ |
|------|----------|------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

MAGI Medicaid အတွက် - ကလေး ထောက်ပံ့ကြေး၊ စစ်မှုထမ်းဟောင်း ငွေပေးချေမှု၊ စိတ်ချလုံခြုံရေးအတွက် ဖြည့်စွက်ဝင်ငွေ (SSI) သို့မဟုတ် အလုပ်လုပ်သူအတွက် အစားပေးသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များ (Workman's Compensation Benefits) ကို ထည့်တွက်မည်မဟုတ်ပါ။

မှီခိုသူ စောင့်ရှောက်စရိတ်များ

မှီခိုသူ ကလေးတစ်ဦး သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသည့် အရွယ်ရောက် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးအား စောင့်ရှောက်ရေးအတွက် သင် ငွေပေးချေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါမေးခွန်းများကို ဖြည့်စွက်ဖြေဆိုပါ။

| | |
|----------------------------|------------------------------------|
| စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်သူ - | စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေသူ - |
|----------------------------|------------------------------------|

| | | |
|--------------------------|---|------------|
| ပံ့ပိုးသူ၏ အမည် - | ပံ့ပိုးသူမှ ပေးအပ်သော ပမာဏ - | အကြိမ်ရေ - |
| ပံ့ပိုးသူ၏ ဖုန်းနံပါတ် - | စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်သည့် အကြောင်းရင်း - | |

မိမိတို့ ကလေးတစ်ဦး သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသည့် အရွယ်ရောက် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးအတွက် သယ်ယူပို့ဆောင်မှု အသုံးစရိတ်များကို သင် ပေးချေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
 အဆိုပါ အသုံးစရိတ်များတွင် မိမိတို့ စောင့်ရှောက်မှု အသုံးစရိတ်များ ပါဝင်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
 အကယ်၍ **မဟုတ်ပါက** ကျေးဇူးပြု၍ ဤမေးခွန်းကို ဖြေဆိုပေးပါ - **အပတ်စဉ် မောင်းနှင်သည့် မိုင်စုစုပေါင်း -** _____

အမိုးအကာအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များ -

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးသည် အမိုးအကာအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များကို စတင်ပေးအပ်ပါသလား သို့မဟုတ် သင်၏ အမိုးအကာအတွက် ကုန်ကျစရိတ်က ပြောင်းလဲသွားခဲ့ပါသလား။

ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ။

| အသုံးစရိတ် | ပမာဏ | အကြိမ်ရေ | ပေးချေသူ |
|-----------------------------|------|----------|----------|
| အငှားခ/အပေါင်ကြေး | | | |
| အိမ်ခြံမြေ အခွန်များ | | | |
| အိမ်ခြံမြေ အာမခံ | | | |
| လျှပ်စစ်ဓာတ်အား | | | |
| ဂက်စ် | | | |
| လောင်စာဆီ/ထင်း/ရေနံဆီ | | | |
| ရေတွင်း/မိလ္လာကန်/ရေ/မိလ္လာ | | | |
| အမှိုက် | | | |
| တယ်လီဖုန်း | | | |
| အခြား | | | |

အိမ်၏ ပင်မ အပူပေးစနစ် သို့မဟုတ် အအေးခံစနစ် ရင်းမြစ်က ဘာပါလဲ။ (လျှပ်စစ်ဓာတ်အား၊ ဂက်စ်၊ လေအေးပေးစက်)

အဆိုပါ အိမ်ထောင်စု ငွေတောင်းခံလွှာများကို တစ်စုံတစ်ဦးက သင့်အတွက် ပေးချေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် **အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်စွက်ပါ -**

| | |
|--|--|
| မည်သူက ငွေတောင်းခံလွှာကို ပေးချေပါသလဲ။ | မည်သည့် ငွေတောင်းခံလွှာများကို ပေးချေပါသလဲ။ |
| မည်သည့်ပမာဏကို ပေးချေပါသလဲ။ | အဆိုပါသူက ယင်းငွေတောင်းခံလွှာများကို မည်သို့ပေးချေပါသလဲ။ |

လွန်ခဲ့သော 12 လအတွင်း စွမ်းအင် အထောက်အကူ သင်ရရှိခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက လက်ခံရရှိခဲ့သည့် ပမာဏ \$ _____

လစဉ် အိမ်ထောင်စု အသုံးစရိတ်များကို အိမ်ရှိ လူတစ်ဦးနှင့် သင်မျှဝေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ဘယ်သူပါလဲ။ _____

မှတ်ချက်များ/စာရွက်စာတမ်း _____

မည်သူထံ ပေးချေပါသလဲ _____ ပေးချေခဲ့သည့် ပမာဏ \$ _____ လျှင် _____

အိမ်ရှင် အမည် _____ အိမ်ရှင် လိပ်စာ _____

ကလေး ထောက်ပံ့စရိတ် ပေးချေမှု -

သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် ထောက်ပံ့ကြေးကို အိမ်ပြင်ပတွင် နေထိုင်သော တစ်စုံတစ်ဦးအား ပေးနေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါဇယားကို ဖြည့်ပါ -

| | |
|--|--|
| မည်သူသည် ပေးရန်ဝတ္တရားရှိပါသလဲ။ | ပေးရန် ဝတ္တရားရှိသည့် ပမာဏက ဘယ်လောက်ပါလဲ။ |
| ကလေး ထောက်ပံ့ကြေးကို မည်သူအတွက် ပေးချေပါသလဲ။ | အမှန်တကယ် ပေးချေသည့် ပမာဏက ဘယ်လောက်ပါလဲ။ |
| ကလေး ထောက်ပံ့ကြေးကို မည်သူအား ပေးချေပါသလဲ။ | ကလေး ထောက်ပံ့ကြေးကို ဘယ်နှစ်ကြိမ် ပေးချေပါသလဲ။ |

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်သာ၊ လွန်ခဲ့သော 3 လအတွင်း ပေးချေခဲ့သည့် ပမာဏနှင့် ဥပဒေအရ ပေးချေရမည့်ဝတ္တရားအတွက် သက်သေအထောက်အထားကို ကျေးဇူးပြု၍ ပေးအပ်ပါ။

ဤအပိုင်းသည် TANF လက်ခံရရှိသူများအတွက်သာ ဖြစ်ပါသည် - အောက်ပါတို့ကို သင်ဖြည့်စွက်ရပါမည် - မှတ်တမ်း အတိုများ -

ကျောင်းမအပ်ရသေးသည့် အသက် 7 နှစ်အောက် ကလေးများရှိပါသလား။ (မူကြို-သူငယ်တန်း (Pre-K) ကို "ကျောင်း" အဖြစ် မသတ်မှတ်ပါ။)

ရှိ မရှိ

အကယ်၍ ရှိပါက အသက် 7 နှစ်အောက် ကလေးတစ်ဦးစီအတွက် ဖောင် 3231 - ကလေးစောင့်ရှောက်ရေး ကာကွယ်ဆေး ဖောင်ပုံစံကို ပေးပို့ပါ။

ကျောင်းဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များ -

ကလေးအားလုံး (6-18 နှစ် အရွယ်) သည် ကျောင်းတက်နေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကလေး(များ)၏ အမည်(များ) _____

ကျောင်း(များ)၏ အမည် _____

အတန်း(များ) _____

ကျောင်းမတက်နေသည့် 16 နှစ်အရွယ် သို့မဟုတ် အထက် ကလေးတစ်ဦးရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ

အကယ်၍ ရှိပါက ကလေး/ကလေးများ၏ အမည်က ဘာပါလဲ။ _____

အဆိုပါကလေးသည် အလုပ်လုပ်နေပါက ကျေးဇူးပြု၍ လက်ရှိ ချက်လက်မှတ်ဖြတ်ပိုင်း မိတ္တူများပေးအပ်ပါ သို့မဟုတ် အလုပ်နှင့် ဆက်စပ်သည့် အခြား လှုပ်ရှားမှုများတွင် ဖေ့စပတ်လုပ်ဆောင်ပါက ပံ့ပိုးသူထံမှ ငွေစာရင်းဖော်ပြချက်တစ်ခု ပေးအပ်ပါ။

အိမ်တွင်း အကြမ်းဖက်မှု -

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှု၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ နှောင့်ယှက်မှု၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ စော်ကားမှု သို့မဟုတ် နောက်ယောင်ခံလိုက်မှု၏ သားကောင်တစ်ဦး ဖြစ်ခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ သားကောင်၏အမည်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား အသိပေးပါ _____

ဆန်းစစ်ပြီးနောက် သင်၏အိမ်ထောင်စုသည် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက အလုပ်အဆိုင်ရာ လှုပ်ရှားမှုများ သို့မဟုတ် ကလေး ထောက်ပံ့ရေးဝန်ဆောင်မှုများ ဌာနခွဲသို့ ရည်ညွှန်းခြင်းကဲ့သို့သော အစီအစဉ်ဆိုင်ရာလိုအပ်ချက်အချို့ကို ကျွန်ုပ်တို့ ကင်းလွတ်ပေးနိုင်ပါသည်။

မော်တော်ယာဉ် အသုံးစရိတ် -

သင်သည် ကလေး (သို့မဟုတ် ကလေးများ) ၏ မိဘတစ်ဦးဖြစ်ပါသလား သို့မဟုတ် အမျိုးတစ်ဦးဖြစ်ပါသလား။ ထို့အပြင် သင်သည် ကလေး (သို့မဟုတ် ကလေးများနှင့်) အတူ TANF AU တွင်း ပါဝင်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက အောက်ပါမေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပါ -

သင် သို့မဟုတ် အခြားအရွယ်ရောက် AU အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးသည် မော်တော်ယာဉ်တစ်စီး ပိုင်ဆိုင်ပါသလား သို့မဟုတ် ဝယ်ယူတော့မလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အကယ်၍ ဟုတ်ပါက ဘယ်သူပါလဲ။ (ပိုင်ရှင်၏ အမည်) _____

ယာဉ် ထုတ်သည့်နှစ်၊ ထုတ်သည့်ကုမ္ပဏီနှင့် မော်ဒယ် အမျိုးအစား - _____

ကျေးဇူးပြု၍ မော်တော်ယာဉ် ငွေပေးချေမှု စာများ၊ အာမခံ၊ ပြုပြင်ထိန်းသိမ်းမှု နှင့် အခြားဆက်စပ် အသုံးစရိတ်များကို စာရင်းပေးပါ -

သင့်ထံတွင် သင်ပေးချေနေသည့် အဖန်ဖန်တလဲလဲပေးရသည့် အခြားအသုံးစရိတ်များ (ဥပမာ - ခရက်ဒစ်ကတ် ငွေတောင်းခံလွှာများ) ရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ

အကယ်၍ ရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ စာရင်းပေးပါ - _____

အစီအစဉ်အားလုံးအတွက် ရပိုင်ခွင့်များနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ

သင့်ထံတွင်ရှိသည့် ရပိုင်ခွင့်များမှာ -

- အကယ်၍ သင့်ထံတွင် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားဖြင့် ဖတ်ရှုရန်၊ ရေးသားရန်၊ ပြောဆိုရန် သို့မဟုတ် နားလည်သဘောပေါက်ရန် ပြဿနာရှိပါက **ဤဖောင်ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ရန် အထောက်အကူနှင့် အခမဲ့ ဘာသာစကား ထောက်ပံ့မှုများ (စကားပြန်များ၊ ဘာသာပြန်ထားသည့် ထောက်ပံ့မှုပစ္စည်းများ သို့မဟုတ် တိုက်ရိုက် ဘာသာစကားဖြင့်ဝန်ဆောင်မှုများ) တောင်းဆိုရန်။**
- အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်စုံတစ်ဦးထံတွင် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခုရှိပါက **အရန် အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုများ** တောင်းဆိုရန်။

အကြားအမှုဆိုင်ရာ အသိပေးချက် - အစီအစဉ်အားလုံးအတွင်း တရားမမှုတစ်ခုခု ကြားနာမှုတစ်ခုခုကို စာဖြင့်ရေးသား၍ သို့မဟုတ် လူကိုယ်တိုင်တောင်းဆိုရန် သင့်ထံတွင် အခွင့်အရေးရှိပါသည်။ ဤဆုံးဖြတ်ချက်နှင့် ပတ်သက်၍ သင် သဘောမတူပါက ဖုန်းနံပါတ် 1-877-423-4746 ကို ခေါ်ဆို၍ ကြားနာမှုတစ်ခုခု သင်တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် ပြည်နယ် ကြားနာရေး အရာရှိတစ်ဦး၏ ရှေ့မှောက်တွင် ကြားနာမှုတစ်ခု သင်တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ကြားနာမှုတွင် သင့်အား ရှေ့မှူး၊ သူငယ်ချင်းတစ်ဦး သို့မဟုတ် သင်ရွေးချယ်သူ တစ်ဦးမှ ကိုယ်စားပြုပေးနိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ ကြားနာမှုတစ်ခု သင်အလိုရှိပါက ကြားနာမှုပေးရန် စာဖြင့်ရေးသား၍ သို့မဟုတ် ဤအသိပေးစာပါ ရက်စွဲမှ ရက်ပေါင်း -

- 90 အတွင်း အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက် အေဂျင်စီအား သင်တောင်းဆိုရပါမည်
- 30 အတွင်း Medicaid နှင့် TANF အတွက် အေဂျင်စီအား သင်တောင်းဆိုရပါမည်

သင် တာဝန်ရှိသည့် အရာမှာ -

- သင်၏ ဝန်ထမ်းအား မှန်ကန်သည့်အချက်အလက်ပေးရန်နှင့် အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် လိုအပ်သည့် ဖော်ပြချက်များအတွက် သက်သေအထောက်အထား ပေးအပ်ရန်။ ဤဖောင်ပုံစံကို သင် လက်မှတ်ထိုးပါက သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းအား သင်၏အလုပ်ရှင်၊ ဘဏ်၊ အိမ်နီးချင်း သို့မဟုတ် အခြားသူများထံမှ အချက်အလက်ရယူရန် ခွင့်ပြုချက် သင်ပေးအပ်ပါသည်။ သို့မှသာ သင့်အနေဖြင့် အကျိုးခံစားခွင့် ပမာဏ မှန်မှန်ကန်ကန် လက်ခံရရှိကြောင်းသေချာအောင် ကျွန်ုပ်တို့ လုပ်နိုင်ပါသည်။
- အချိန်တိုင်းတွင် အမှန်အတိုင်းပြောရန်။ သင် သို့မဟုတ် သင့်အတွက် လျှောက်ထားပေးသည့် တစ်စုံတစ်ဦးသည် မမှန်ကန်သည့် အချက်အလက်များ ပေးအပ်ပါက ရာဇဝတ်မှုတစ်ခု သင်ကျူးလွန်ခြင်း ဖြစ်နိုင်ပြီး ထောင်ကျခံရနိုင်ပါသည်။
- သင် သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များ လျှောက်ထားနေသည့် သင်၏အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတစ်ဦး ဖြစ်ကြောင်း သက်သေအထောက်အထား ပေးအပ်ရန်။
- လိမ်လည်မှု ကာကွယ်တားဆီးရေး သို့မဟုတ် စုံစမ်းစစ်ဆေးရေး ဝန်ဆောင်မှုများရှိအတွက် အလုပ်လုပ်ပြီး အမှုကိစ္စအတွက် အထူးစိစစ်သုံးသပ်မှုများ ပြုလုပ်နေသည့် ပြည်နယ်နှင့် ပြည်ထောင်စုဝန်ထမ်းနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန်။ အကယ်၍ သင်က ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်း မပြုပါက သင်သည် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက် အရည်အချင်း ဆက်လက်ပြည့်မီမှု ရှိမရှိ ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်နိုင်ဘဲ သင်၏အမှုကို ငြင်းဆန် သို့မဟုတ် ပိတ်လိုက်နိုင်ပါသည်။
- (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက်) သင်၏အမှုကိုင် မန်နေဂျာအား သင်ပေးအပ်ခဲ့သည့် အချက်အလက်နှင့် ပတ်သက်၍ အရည်အသွေးထိန်းချုပ်ရေးဆိုင်ရာ စိစစ်သုံးသပ်မှုများမှ ခေါ်ဆိုချိန် သို့မဟုတ် သင့်အား အင်တာဗျူးလုပ်ရန် သင့်အိမ်သို့လာချိန်တွင် ၎င်းတို့နှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန်။ ၎င်းတို့နှင့် သင် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု မပြုပါက သင်၏အမှုကို ငြင်းဆန် သို့မဟုတ် ပိတ်လိုက်နိုင်ပါသည်။
- (အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) နှင့် TANF အတွက်) သင်မရရှိခဲ့သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပြန်ပေးရန်။
- (Medicaid အတွက်) သင်၏အမှုကိုင် မန်နေဂျာအား သင်ပေးအပ်ခဲ့သည့် အချက်အလက်နှင့် ပတ်သက်၍ Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်ဆိုင်ရာ အရည်အသွေးထိန်းချုပ်ရေး သို့မဟုတ် အစီအစဉ်ခိုင်မာရေးမှ သင့်အား အင်တာဗျူးလုပ်ရန် ခေါ်ဆိုချိန် သို့မဟုတ် သင်အိမ်သို့လာချိန်တွင် ၎င်းတို့နှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန်။
- (Medicaid အတွက်) ဘိုးဘွားရိပ်သာ၊ ကြားအဆင့် စောင့်ရှောက်ရေးဌာန၊ အသိုင်းအဝိုင်းအခြေပြု ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုခုတွင်းရှိ အဖွဲ့ဝင်များ သို့မဟုတ် Estate Recovery နှင့် ပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်၍ ကင်းလွတ်ခွင့်ပေးသည့် အစီအစဉ်တစ်ခုအတွင်း စာရင်းသွင်းထားပြီး ၎င်းမှတစ်ဆင့် ဝန်ဆောင်မှုများရရှိနေသူ အဖွဲ့ဝင်များ။

အကယ်၍ သင်သည် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) ကို လက်ခံရရှိနေပါက သင်၏ လစဉ်အကြမ်းဖျဉ်းဝင်ငွေ စုစုပေါင်းက သင်၏ အိမ်ထောင်စုအရွယ်အစားအတွက် ဝင်ငွေကန့်သတ်ချက်အထက် ကျော်သွားချိန်တွင် သတင်းပို့ရပါမည်။ အကယ်၍ သင်သည် အလုပ်လုပ်နေသည့် ကလေးမရှိသူ အရွယ်ရောက်သူတစ်ဦးဖြစ်ပါက သင်၏အလုပ်ချိန်နာရီများသည် တစ်ပတ်လျှင် 20 နာရီ သို့မဟုတ် တစ်လလျှင် နာရီ 80 ထက် လျော့နည်းသွားပါက သတင်းပို့ရပါမည်။ ဤအချက်အလက်ကို အပြောင်းအလဲ ပေါ်ပေါက်ခဲ့သည့်လ ကုန်ချိန်မှ 10 ရက်မြောက်သည့်နေ့ထက် နောက်မကျစေဘဲ သတင်းပို့ရပါမည်။

သင်၏ အိမ်ထောင်စုသည် သိသာများပြားသည့် ထိန်းသိမ်းရေးလောင်းကစား အနိုင်ကြေးများ ရရှိပါကလည်း သတင်းပို့ရပါမည်။ ၎င်းသည် ကစားပွဲတစ်ခုအတွင်း ငွေသားဆုကြေးတစ်ခု အနိုင်ရခြင်းဖြစ်သည်။ သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးသည် အကြမ်းဖျဉ်း \$4250 သို့မဟုတ် အထက်ရှိသည့် (အခွန်မဆောင်မီ သို့မဟုတ် အခြားပမာဏများကို ဖြတ်နုတ်ခြင်း မပြုမီ) ထိ သို့မဟုတ် လောင်းကစား အနိုင်ကြေးများ ရရှိပါက အိမ်ထောင်စုမှ အဆိုပါ အနိုင်ကြေးများကို လက်ခံရရှိခဲ့သည့်လ အကုန်မှ 10 ရက်အတွင်း ယင်းအနိုင်ကြေးများအကြောင်း သတင်းပို့ရပါမည်။

အကယ်၍ သင်သည် TANF သို့မဟုတ် Medicaid လက်ခံရရှိပါက အပြောင်းလဲ ပေါ်ပေါက်ခဲ့သည့်မှ 10 ရက်အတွင်း သင်၏အခြေအနေတွင်း အပြောင်းအလဲအားလုံးကို သတင်းပို့ရပါမည်။

အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု ရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ Medicaid အမှုတွင်းမှ တစ်ဦးဦး လက်ခံရရှိသော တစ်လုံးတစ်ခဲတည်း သို့မဟုတ် "ကံကောင်းထောက်မ" ရရှိသည့် ပေးချေမှုတစ်ခုခုကို ကျွန်ုပ်တို့ထံတွင် ရှိနိုင်သည့် အခြားဝင်ငွေတစ်ခုခုနှင့်အတူ ဘတ်ဂျက်အတွင်း ထည့်တွက်ရမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

Medicaid အစီအစဉ်အတွင်း သင်၏ရပိုင်ခွင့်မှာ -

- သင့်ထံတွင် အခြား ကျန်းမာရေး အာမခံတစ်ခုရှိသည့်တိုင် Medicaid ရရှိနိုင်ပါသည်။
- သင်၏ Medicaid ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ပံ့ပိုးပေးသူကို ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။
- Medicaid အမျိုးအစားပေါ်မူတည်၍ သင်လျှောက်ထားသည့် ရက်စွဲမှ 10 ရက်၊ 45 ရက် သို့မဟုတ် ရက် 60 အတွင်း သင်၏ Medicaid လျှောက်ထားချက်ကို အတည်ပြု သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်မှု ရရှိနိုင်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ Medicaid အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု အခြေအနေတစ်ရပ်အဖြစ် -

- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကူညီပံ့ပိုးမှုနှင့် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းတစ်ခုခုမှ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးစောင့်ရှောက်မှု (ဆေးရုံနှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကျိုးခံစားခွင့်) အတွက် ပေးချေရန် အခွင့်အရေးအားလုံးကို နိုင်ငံတော်အား တာဝန်ပေးအပ်ရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။
- စောင့်ရှောက်မှုနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ပေးဆောင်ရန် တာဝန်ရှိနိုင်သည့် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းတစ်ခုခုကို လိုက်လံရှာဖွေရာတွင် ပြည်နယ်ကို ကူညီရန် သတင်းအချက်အလက်များ ဖော်ထုတ်ခြင်း နှင့် ပံ့ပိုးပေးရာတွင် နိုင်ငံတော်နှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။ ဆေးကုသမှုအတွက် လက်ခံရရှိသည့်ငွေများအကြောင်း ဆယ်ရက်အတွင်း သတင်းပို့ရမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ (သင်သည် အခြား လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး၏ကိုယ်စား ဤဖောင်ကိုဖြည့်နေပြီး အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်အတွက် တာဝန်တစ်ခု လုပ်ဆောင်ရန် အခွင့်အာဏာ မရှိပါက အဆိုပါပုဂ္ဂိုလ်သည် Medicaid အတွက် သူ/သူမ၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ အခြေအနေတစ်ရပ်အဖြစ် အထက်ဖော်ပြပါ အခွင့်အရေးများအတွက် တာဝန်တစ်ခုကို လုပ်ဆောင်ရန် လိုအပ်ပါလိမ့်မည်။)
- ရရှိနိုင်ပါက အနားတွင်မရှိသော မိဘတစ်ဦးမှ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံပေးရန်အတွက် လိုအပ်စေရန် အခွင့်အရေးကို ပြည်နယ်အားပေးရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။ ရရှိနိုင်ပါက အနားတွင်မရှိသော မိဘထံမှ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာပံ့ပိုးမှု ကျွန်ုပ် ရယူရမည်ကို နားလည်ပြီး ဤပံ့ပိုးမှုကို ရယူရန်အတွက် ကလေးသူငယ် ထောက်ပံ့ရေး ဝန်ဆောင်မှုများဌာနခွဲ (Division of Child Support Services) နှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်မှ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်း မပြုပါက ကျွန်ုပ်၏ Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးနိုင်ကြောင်းနှင့် ကောင်းမွန်သော အကြောင်းရင်းမရှိပါက ကျွန်ုပ်၏သားသမီးများသာ အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိမည်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အစီအစဉ် ပြစ်ဒဏ်ဆိုင်ရာ သတိပေးချက်များ - သိလျက်နှင့် အချက်အလက်အမှားများ ပေးအပ်ပါက သင်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးနိုင် သို့မဟုတ် ရာဇဝတ်မှုဆိုင်ရာ တရားစွဲဆိုမှု ခံရနိုင်ပါသည်။

- သင်၏ အိမ်ထောင်စုအနေဖြင့် မရသင့်သော အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် အချက်အလက်အမှားများ ပေးအပ်ခြင်းမပြုပါနှင့် သို့မဟုတ် အချက်အလက် မကွယ်ဝှက်ပါနှင့်။
- သင့်ကိုယ်ပိုင်မဟုတ်သည့် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) သို့မဟုတ် EBT ကတ်များကို အသုံးမပြုပါနှင့်။ ထို့အပြင် သင့်ကိုယ်ပိုင်ကတ်များကို အခြားသူတစ်ဦးဦးအား ပေးမသုံးပါနှင့်။
- အရက် သို့မဟုတ် စီးကရက်ကဲ့သို့သော အစားအစာမဟုတ်သည့် ပစ္စည်းများကို ဝယ်ယူရန် သို့မဟုတ် ခရက်ဒစ်ကတ်များအတွက် ငွေပေးရန် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့်များကို အသုံးမပြုပါနှင့်။
- လက်နက်များ၊ ခဲယမ်းမီးကျောက်များ သို့မဟုတ် ထိန်းချုပ်ပစ္စည်းများ (တရားမဝင်ဆေးဝါးများ) ဝယ်ယူရန် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) သို့မဟုတ် EBT ကတ်များကို ကုန်သွယ်ခြင်း သို့မဟုတ် ရောင်းခြင်း မပြုပါနှင့်။

အထက်ပါ စည်းမျဉ်းများကို တမင်ချိုးဖောက်သည့် သင်၏ အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးသည် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အစီအစဉ်မှ တစ်နှစ်မှသည် အပြီးအပိုင်အထိ တားမြစ်ခံရနိုင်ပါသည်။ \$250,000 အထိ ငွေဒဏ်အချခံရနိုင်ပါသည်။ ထောင်ဒဏ် အနှစ် 20 ကျခံရနိုင်ပါသည် သို့မဟုတ် နှစ်မျိုးလုံး ခံရနိုင်ပါသည်။ သူမ/သူသည် အခြားသော တည်ဆဲ ပြည်ထောင်စုနှင့် ပြည်နယ်ပဒေများအရ တရားစွဲခံရနိုင်ပြီး တရားရုံးမှ အမိန့်ချခဲ့ပါက အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အစီအစဉ်မှလည်း နောက်ထပ် 18 လကြာ တားမြစ်ခံရနိုင်ပါသည်။

သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ မည်သူ့ကိုမဆို စည်းမျဉ်းများကို တမင်ချိုးဖောက်သူအား ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် တစ်နှစ်၊ ဒုတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် နှစ်နှစ်နှင့် တတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှု အတွက် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) ကို အပြီးအပိုင် ရရှိနိုင်တော့မည်မဟုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် ထိန်းချုပ်ပစ္စည်းတစ်ခု ရောင်းချမှု ပါဝင်သည့် အရောင်းအဝယ်တစ်ခုအတွင်း အကျိုးခံစားခွင့်များကို အသုံးပြု သို့မဟုတ် လက်ခံခြင်းအတွက် အပြစ်ရှိကြောင်း တရားရုံးတစ်ခုခု တွေ့ရှိပါက၊ သင် သို့မဟုတ် ထိုအိမ်ထောင်စုဝင်သည် ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် နှစ်နှစ်နှင့် ဒုတိယအကြိမ် ကျူးလွန်မှုအတွက် ခံစားခွင့်များ အပြီးအပိုင် ပြည့်မီတော့မည်မဟုတ်ပါ။ သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် သေနတ်များ၊ ခဲယမ်းမီးကျောက်များ သို့မဟုတ် ဖောက်ခွဲရေးပစ္စည်းများ ရောင်းချမှုပါဝင်သည့် အရောင်းအဝယ်တစ်ခုအတွင်း အကျိုးခံစားခွင့်များကို အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခြင်းအတွက် အပြစ်ရှိကြောင်း တွေ့ရှိပါက သင် သို့မဟုတ် ထိုအိမ်ထောင်စုဝင်သည် ဤချိုးဖောက်မှုမျိုး ပထမအကြိမ် ကျူးလွန်သည်နှင့် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အစီအစဉ်တွင်း ပါဝင်ရန် အပြီးအပိုင် အရည်အချင်းပြည့်မီတော့မည် မဟုတ်ပါ။

ဥပဒေရေးရာ တရားရုံးတစ်ခုက သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် လူကုန်ကူးသည့် အကျိုးခံစားခွင့် စုစုပေါင်းပမာဏ \$500 နှင့် အထက်အတွက် အပြစ်ရှိကြောင်း တွေ့ရှိပါက၊ သင် သို့မဟုတ် ထိုအိမ်ထောင်စုဝင်သည် ဤချိုးဖောက်မှုကို ပထမဆုံးအကြိမ် ကျူးလွန်သည်နှင့် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အစီအစဉ်တွင်း ပါဝင်ရန် အပြီးအပိုင် အရည်အချင်းပြည့်မီတော့မည် မဟုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကျိုးခံစားခွင့် အမြောက်အများ ရရှိရန် မည်သူမည်ဝါကြောင်း အထောက်အထား (၎င်းတို့ မည်သူဖြစ်ကြောင်း) သို့မဟုတ် နေအိမ် (၎င်းတို့နေထိုင်ရာ နေရာ) နှင့်စပ်လျဉ်း၍ မှားယွင်းသောဖော်ပြချက် သို့မဟုတ် ကိုယ်စားပြုချက်တစ်ခု ပေးအပ်ခဲ့ကြောင်း တွေ့ရှိပါက သင် သို့မဟုတ် အဆိုပါ အိမ်ထောင်စုဝင်သည် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ရန် 10 နှစ်တာ အရည်အချင်းပြည့်မီတော့မည် မဟုတ်ပါ။

ကျွန်ုပ်သည် အချက်အလက်အမှားများ ပေးအပ်ပါက သို့မဟုတ် အချက်အလက်များ ထိန်းချုပ်ထားပါက လိမ်လည်မှုအတွက် တရားစွဲခံရနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

TANF အစီအစဉ် ပြစ်ဒဏ်ဆိုင်ရာ သတိပေးချက်များ - TANF အစီအစဉ်တွင် AU ၏ အရည်အချင်းပြည့်မီမှုတစ်ခု ဖော်ဆောင်ရန် သို့မဟုတ် ထိန်းသိမ်းထားရန်၊ အကျိုးခံစားခွင့် များလာစေရန်၊ အကျိုးခံစားခွင့်များ လျော့ကျခြင်းကို တားဆီးကာကွယ်ရန် အချက်အလက်အမှားများ ပေးအပ်ခြင်း၊ အပျက်သဘောဆောင်သည့် အရေးယူမှုကို ရှောင်ရှားရန် အချက်အလက် ထိန်းချုပ်ခြင်း သို့မဟုတ် တားမြစ်ထားသောနေရာများတွင် ငွေသားအကူအညီကို အသုံးပြုခြင်းဖြင့် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ လုပ်ဆောင်မှုတစ်ခုကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ အစီအစဉ်ချိုးဖောက်မှုဟု ယူဆပါသည်။

အောက်ပါတို့ရှိပါက ပြစ်မှု၏ ပြင်းထန်မှုအပေါ် အခြေခံ၍ သင်၏ပြစ်ဒဏ်ကို ဆုံးဖြတ်ရန် သင့်အား စစ်ဆေးရေးချုပ်ရုံးသို့ ရည်ညွှန်းလွှဲပြောင်းခံရနိုင်သည် -

- သင်သည် အပြစ်အလဲများကို အချိန်မီ အစီရင်ခံခြင်း သို့မဟုတ် အမှန်အတိုင်း မပြောခြင်း သို့မဟုတ် ငွေသားထုတ်ယူရန် သို့မဟုတ် ကာစီနိုများ၊ အရက်ပြင်းဆိုင်များ၊ အရွယ်ရောက်ပြီးသူများအတွက် ဖျော်ဖြေရေး အဆောက်အအုံများ "အဖော်အချွတ် ကလပ်များ"၊ ပိုကာကစားခန်းများ၊ အာမခံ ဘွန်းစာပွဲများ၊ နိုက်ကလပ်များ/အရက်ရောင်းသည့် ဆလွန်းများ/တစ်ဖန်းများ၊ ဘင်ဂို ကစားခန်းများ၊ မြင်းပြိုင်ပွဲလောင်းကစားများ၊ ဂိမ်းဆိုင်များ၊ သေနတ်/ခဲယမ်းမီးကျောက်ဆိုင်များ၊ အပျော်စီးသင်္ဘောများ၊ ဗေဒင်ဆရာများ၊ ဆေးလိပ်ဆိုင်များ၊ တက်တူး/နားနားခေါင်း ဖောက်ဆိုင်များ၊ နှင့် စပါ/အနှံပဲခန်းများသို့သွားရန် ငွေသားအထောက်အကူ ရန်ပုံငွေများ သို့မဟုတ် TANF DEBIT ကတ်ကို အသုံးပြုခြင်းကို တင်းကြပ်စွာ တားမြစ်ထားပါသည်။ ပြည်နယ်တစ်ခုထက်ပို၍မှ အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရရှိနိုင်ရန် သင်နေထိုင်ရာနေရာအကြောင်း အချက်အလက်အမှားများ ပေးအပ်ခြင်းနှင့် 1/1/97 ရက်တွင် သို့မဟုတ် ၎င်းရက်နောက်ပိုင်းတွင် ဆေးဝါးနှင့် ပတ်သက်သည့် စွဲချက်ဖြင့်သို့မဟုတ် ပြင်းထန်ဆိုးရွားသည့် အကြမ်းဖက် ရာဇဝတ်မှုတစ်ခုအတွက် အရေးယူခံရခြင်း။

ဤစည်းမျဉ်းများကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ချိုးဖောက်သည့် သင့်အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်ဦးဦးကို TANF အစီအစဉ်မှ ခြောက်လမှသည် အပြီးအပိုင်အထိ တားမြစ်နိုင်ပါသည်။

MEDICAID အတွက် လိမ်လည်မှု ကျူးလွန်ခြင်း သို့မဟုတ် အလွဲသုံးစားလုပ်ခြင်းသည် ဥပဒေနှင့် ဆန့်ကျင်ပါသည်။ သင့်အား MEDICAID နှင့် PeachCare for Kids[®] အစီအစဉ်ခိုင်မာရေး ယူနစ်သို့ လွှဲပြောင်းပေးနိုင်ပါသည်။ ချိုးဖောက်သူများအနေဖြင့် ပံ့ပိုးသူတစ်ဦးသာ အသုံးပြုရန် ကန့်သတ်ခံရခြင်း၊ အစီအစဉ်မှ ရပ်ဆိုင်းခြင်း သို့မဟုတ် ပေးအပ်ခဲ့သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အသိုင်းအဝိုင်း ကျန်းမာရေးဌာနသို့ ပြန်အစားလျှော့ပေးရန် တောင်းဆိုခံရနိုင်ပါသည်။

လိမ်လည်မှုသည် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် ပြုလုပ်သည့် မရိုးသားသော လုပ်ဆောင်မှုတစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ အလွဲသုံးစားပြုမှုသည် ကောင်းမွန်သော အလေ့အထများကို မလိုက်နာသည့် လုပ်ဆောင်မှုတစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။

ပါဝင်လုပ်ဆောင်သူ လိမ်လည်မှုနှင့် အလွဲသုံးစားမှု ဥပမာများမှာ -

- သင်၏ Medicaid၊ PeachCare for Kids[®] သို့မဟုတ် CMO ကျန်းမာရေး အာမခံကတ်ကို အခြားသူတစ်ဦးဦးအား အသုံးပြုစေခြင်း
- အလွဲသုံးစားပြုရန် သို့မဟုတ် ဆေးဝါးများကို ရောင်းချရန် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ဆေးညွှန်းများ ရယူခြင်း
- ဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိရန် စာရွက်စာတမ်း အတုအယောင်များ အသုံးပြုခြင်း
- Medicaid သို့မဟုတ် PeachCare for Kids[®] မှ ပေးအပ်သည့် ကိရိယာကို လွဲမှားသုံးစွဲခြင်း သို့မဟုတ် အလွဲသုံးစားပြုခြင်း
- Medicaid သို့မဟုတ် PeachCare for Kids[®] အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု ရယူရန် မမှန်ကန်သည့် အချက်အလက်များ ပေးအပ်ခြင်း သို့မဟုတ် အခြားသူများ ထိုသို့လုပ်ရန် ခွင့်ပြုပေးခြင်း
- ဝင်ငွေ၊ နေထိုင်ရေး အစီအမံများ သို့မဟုတ် ရင်းမြစ်များတွင်း ပေါ်ပေါက်သော အပြောင်းအလဲများကို အစီရင်ခံရန် ပျက်ကွက်ခြင်း

လက်ခံရရှိသူများ သို့မဟုတ် ပံ့ပိုးသူများအပေါ် သံသယရှိဖွယ် Medicaid လိမ်လည်မှုကို ရှောင်ရှားရန်အတွက် အသိုင်းအဝိုင်း ကျန်းမာရေးဌာန - အထွေထွေ စုံစမ်းစစ်ဆေးရေးမှူးရုံးသို့ (ဒေသတွင်း) အတွက် (404) 463-7590 သို့မဟုတ် (ဝင်ကြေး အခမဲ့) (800) 533-0686 တွင်ခေါ်ဆိုခြင်း၊ oianonymous@dch.ga.gov သို့ အီးမေးလ်ပို့ခြင်း၊ department of Community Health, OIG PI Section, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303 လိပ်စာသို့ စာပို့ခြင်း သို့မဟုတ် <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud> ဝက်ဘ်ဆိုက်သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုခြင်းဖြင့် အစီရင်ခံရန်။

မဲထည့်သူ မှတ်ပုံတင်ရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်

သင်နေထိုင်သည့်နေရာတွင် မဲပေးရန် ယခုမှတ်ပုံတင်ရသေးပါက မဲပေးရေးအတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် ဤနေရာတွင် ယနေ့ လျှောက်ထားလိုပါသလား။

_____ဟုတ်

_____မဟုတ်

_____မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်ရေးဆိုင်ရာ မေးခွန်းကို ကျွန်ုပ် မဖြေဆိုလိုပါ

မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ရန် ငြင်းဆန်ခြင်းတို့က ဤအေဂျင်စီမှ သင့်အား ပေးအပ်မည့် အထောက်အကူပမာဏကို ထိခိုက်စေမည်မဟုတ်ပါ။

မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာပုံစံကို ဖြည့်စွက်ရာတွင် သင့်အနေဖြင့် အကူအညီလိုအပ်ပါက သင့်အား ကျွန်ုပ်တို့ ကူညီပေးပါမည်။ အကူအညီ ရှာဖွေမှု သို့မဟုတ် လက်ခံမှုလုပ်မလုပ်က သင်၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ဖြစ်ပါသည်။ လျှောက်လွှာပုံစံကို သီးသန့် ဖြည့်သွင်းနိုင်ပါသည်။

မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို ငြင်းပယ်ရန် သင်၏အခွင့်အရေး၊ မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ရန် ငြင်းပယ်ခြင်း ပြုမပြု ဆုံးဖြတ်ရာတွင် သီးသန့်ဖြစ်ပိုင်ခွင့်၊ သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်ပိုင် နိုင်ငံရေးပါတီ သို့မဟုတ် အခြားနိုင်ငံရေး ဦးစားပေးမှုတစ်ခု ရွေးချယ်ရန် သင်၏အခွင့်အရေးကို တစ်စုံတစ်ဦးက စွက်ဖက်သည်ဟု သင်ယုံကြည်ပါက ပြည်နယ်အတွင်းရေးမှူးအား အောက်ပါလိပ်စာတွင် သင် တိုင်ကြားနိုင်ပါသည်။

2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 or by calling (404) 656-2871.

အကယ်၍ အကွက်တစ်ခုကိုမျှ သင်အမှတ်မခြစ်ပါက ယခုအချိန်၌ မဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံမတင်ရန် သင်ဆုံးဖြတ်ခဲ့သည်ဟု ယူဆမည်ဖြစ်ပါသည်။

ဂျော်ဂျီယာပြည်နယ် မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်ရေး လျှောက်လွှာ မိတ္တူတစ်စောင်ကို DFCS လျှောက်လွှာများ၊ သက်တမ်းတိုးများနှင့် လိပ်စာပြောင်းလဲရေး ဖောင်ပုံစံများနှင့်အတူ ထည့်သွင်းပေးထားပါမည်။
မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာတစ်စောင်ကို သင်၏ အမှုကိုဝန်ထမ်းထံမှလည်း တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်လျှောက်တစ်စောင်ကို သင်ဖြည့်စွက်ပါက မဲပေးသူ မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာ ပေါ်တွင် ပေးအပ်ထားသော လမ်းညွှန်ချက်များကို လိုက်နာ၍ ၎င်းအား ဂျော်ဂျီယာပြည်နယ် ပြည်နယ်အတွင်းရေးမှူးရုံးသို့ တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။

**သင်၏ MEDICAID နှင့် အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) သို့မဟုတ် TANF ကို သက်တမ်းတိုးနေပါက သင့်အနေဖြင့်
သင်၏အခြေအနေနှင့် အကိုင်ညီဆုံးအကွက်အတွင်း လက်မှတ်ထိုး၍ ရက်စွဲ တပ်ပေးရပါမည်။**

သက်တမ်းတိုး လုပ်ငန်းစဉ်ကို စတင်ရန် ဤစောင်ပုံစံကို အတည်ပြုချက် အဆုံးသတ်ရက်စွဲမတိုင်မီ ကျေးဇူးပြု၍ ပြန်ပို့ပေးပါ။

• Medicaid အတွက်သာ - လျှောက်ထားသူ/အဖွဲ့ဝင်/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူသည် ဖြည့်စွက်နေပါက ဤနေရာတွင် လက်မှတ်ထိုးပါ -
 အကယ်၍ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကိုယ်တိုင်အတွက် Medicaid လျှောက်ထားသူ/သက်တမ်းတိုးနေပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား အမေရိကန်ဖွား နိုင်ငံသားတစ်ဦး ဖြစ်ကြောင်း နှင့်/သို့မဟုတ် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုအတွင်းရှိနေသော အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတစ်ဦးဖြစ်ကြောင်း လိမ်လည်မှုပြစ်ဒဏ်အောက်တွင် ကြေညာအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူတစ်ဦးဖြစ်ပါက လျှောက်ထားသူ(များ)သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား၊ အမေရိကန်ဖွား နိုင်ငံသားတစ်ဦး ဖြစ်ကြောင်း နှင့်/သို့မဟုတ် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုအတွင်း အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတစ်ဦးဖြစ်ကြောင်း ကြေညာအပ်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာအတွင်း ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်အားလုံးသည် ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံးသိထားသလောက် မှန်ကန်ပြီး အမှားအယွင်းမရှိကြောင်း ထပ်ဆောင်း အတည်ပြုပါသည်။

_____ (လက်မှတ်) _____ (ရက်စွဲ)

• Medicaid အတွက်သာ - လျှောက်ထားသူ/အဖွဲ့ဝင်/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ မဟုတ်သည့် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးက ဖြည့်စွက်နေပါက ဤနေရာတွင် လက်မှတ်ထိုးပါ -
 Medicaid လျှောက်ထားရန်/သက်တမ်းတိုးရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့လျှောက်ထားပေးနေသည့် ပုဂ္ဂိုလ်(များ)သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား(များ)၊ အမေရိကန်ဖွား နိုင်ငံသား(များ) ဖြစ်ကြောင်း နှင့်/သို့မဟုတ် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုအတွင်းအရည်အချင်းပြည့်မီသည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ သို့မဟုတ် ဥပဒေနှင့်အညီ ရှိနေကြောင်း ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံးသိထားသလောက် နှင့် ယုံကြည်မှုဖြင့် အတည်ပြုပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာအတွင်း ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်အားလုံးသည် ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံးသိထားသလောက် မှန်ကန်ပြီး အမှားအယွင်းမရှိကြောင်း ထပ်ဆောင်း အတည်ပြုပါသည်။

_____ (လက်မှတ်) _____ (ရက်စွဲ)

သင့်ထံ ရောက်ရှိနိုင်သော ဖုန်းနံပါတ် _____

လျှောက်ထားသူ/အဖွဲ့ဝင်/မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူသည် ဤပုဂ္ဂိုလ်အား ကိုယ်ပိုင် ကိုယ်စားလှယ်အဖြစ် အလိုရှိပါက သူမ သို့မဟုတ် သူသည် ဤနေရာတွင် အမှတ်ခြစ်ပြီး အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးရပါမည် ဟုတ် မဟုတ်

_____ (လျှောက်ထားသူ/အဖွဲ့ဝင်/မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ) _____ (ရက်စွဲ)

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) နှင့်/သို့မဟုတ် TANF အတွက် - ဖြည့်စွက်သူမှာ လျှောက်ထားသူ/လက်ခံသူ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူဖြစ်ပါက - အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက်
 လျှောက်ထားသူ(များ)သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသား(များ) သို့မဟုတ် အမေရိကန်နိုင်ငံတွင် တရားဝင်ရောက်ရှိနေသည့် နိုင်ငံသားမဟုတ်သူ(များ) ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံး သိသလောက်နှင့် ယုံကြည်ချက်ဖြင့် လိမ်လည်မှု ပြစ်ဒဏ်အောက်တွင် ကြေညာအပ်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာအတွင်း ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်အားလုံးသည် ကျွန်ုပ် အကောင်းဆုံးသိထားသလောက် မှန်ကန်ပြီး အမှားအယွင်းမရှိကြောင်း ထပ်ဆောင်း အတည်ပြုပါသည်။ DHS-DFCS၊ DCH နှင့် အာဏာရ ပြည်ထောင်စု အေဂျင်စီများက ဤလျှောက်လွှာပေါ်တွင် ကျွန်ုပ်ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်ကို အတည်ပြုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပြီး သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။ အချက်အလက်များကို ယခင် သို့မဟုတ် လက်ရှိ ဝန်ထမ်းများထံမှ ရယူနိုင်ပါသည်။ လုပ်ခဆိုင်ရာ အချက်အလက်နှင့် အလုပ်အကိုင် လှုပ်ရှားမှုများအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ ပါဝင်လုပ်ဆောင်မှုကို ခြေရာခံရန် ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) နှင့်/သို့မဟုတ် TANF အစီအစဉ် လိုအပ်ချက်များအရ ကျွန်ုပ်၏ အခြေအနေရပ်များတွင်း မည်သည့်အပြောင်းအလဲမဆိုကို ကျွန်ုပ် အစီရင်ခံပါမည်။ ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုတွင်းရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် စုစုပေါင်း ပမာဏ \$4250 သို့မဟုတ် ထို့ထက်ပိုသည့် (အခွန်မဆောင်မီ သို့မဟုတ် အခြားပမာဏများကို ဖြတ်နုတ်သိမ်းခြင်း မပြုမီ) ထိသို့မဟုတ် လောင်းကစား အနိုင်ကြေးများ ရရှိပါကလည်း ကျွန်ုပ် အစီရင်ခံပါမည်။ အဆိုပါ အနိုင်ကြေးများကို ကျွန်ုပ်၏ မိသားစု လက်ခံရရှိသည့် လက်နံ့သည်မှ 10 ရက်အတွင်း အဆိုပါ အနိုင်ကြေးများအကြောင်းကို ကျွန်ုပ် အစီရင်ခံပါမည်။ အချက်အလက်တစ်ခုခုသည် မမှန်ကန်ပါက ကျွန်ုပ်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှော့ချနိုင် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်နိုင်ကြောင်းနှင့် မမှန်ကန်သည့် အချက်အလက်ကို သိလျက်နှင့်ပေးအပ်ပါက ရာဇဝတ်မှုဖြင့် တရားစွဲခံရနိုင် သို့မဟုတ် DHS-DFCS အစီအစဉ်များတွင်း အရည်အချင်း မပြည့်မီ ဖြစ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ အချက်အလက်အမှားများ ပေးအပ်ပါက သို့မဟုတ် အချက်အလက်ကို ကွယ်ဝှက်ပါက ကျွန်ုပ်အား တရားစွဲဆိုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ် လျှောက်ထားမှု သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုး လုပ်ငန်းစဉ် အတောအတွင်း ကျွန်ုပ်၏ကုန်ကျစရိတ်အချို့အကြောင်း DHS-DFCS ကို ပြောဆိုရန် ပျက်ကွက်ပါက နှင့်/သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ကို အတည်ပြုရန် ပျက်ကွက်ပါက DHS-DFCS က အဆိုပါကုန်ကျစရိတ်ကို ကျွန်ုပ်၏ SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များ တွက်ချက်ရာတွင် ဘတ်ဂျက်ထည့်သွင်းမည် မဟုတ်ပါ။

အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် သင်၏ လျှောက်ထားမှုအတောအတွင်း ဂျော်ဂျီယာ လူသားရင်းမြစ်များ ဌာန (“DHS”) သည် အမည်များ၊ လိပ်စာများ၊ တယ်လီဖုန်းနံပါတ်များ၊ အီးမေးလ် လိပ်စာများနှင့် မွေးနေ့ရက်စွဲများ စသည်တို့ကိုသို့သော မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း ခွဲခြားဖော်ပြနိုင်သည့် အချက်အလက် (PII) ကို ကောက်ယူပါသည်။ မည်သည့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်မဆိုကို ကျွန်ုပ်တို့ထံ တင်သွင်းခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် အဆိုပါ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်ကို DHS မှုဝါဒများ၊ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအရနှင့် ဥပဒေ နှင့်/သို့မဟုတ် စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများမှ ခွင့်ပြုသလောက် သို့မဟုတ် လိုအပ်သလောက် စုဆောင်း၊ အသုံးပြုကာ ဖွင့်ဟဖော်ထုတ်နိုင်ကြောင်း သင် သဘောတူပါသည်။

_____ (လက်မှတ်) _____ (ရက်စွဲ)

(ဤစာရွက်စာတမ်းများကို သင်၏အချက်အလက်အတွက် သိမ်းဆည်းထားပါ)

ဤဇယားက ဤဖောင်ပုံစံပေါ်တွင် အသုံးပြုထားသော အခေါ်အဝေါ်အချို့အကြောင်း ရှင်းပြပါသည်။

| | |
|---|--|
| လျှောက်ထားသူ | ပြည်သူ့အထောက်အကူ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရရှိရန် လျှောက်ထားသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး။ |
| ထောက်ကူရေး ယူနစ် (AU) | ထောက်ကူရေး ယူနစ်တစ်ခုတွင် အတူတကွနေထိုင်ပြီး ပြည်သူ့အထောက်အကူ/အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရရှိသော အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်များ ပါဝင်ပါသည်။ |
| ပြုစောင့်ရှောက်သူ | သူ သို့မဟုတ် သူမ၏ စောင့်ရှောက်မှုအတွင်း ကလေးများပါဝင်၍ TANF ကို လျှောက်ထားပြီး လက်ခံရရှိသော မိဘ၊ ဆွေမျိုး သို့မဟုတ် တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူတစ်ဦး ဖြစ်ပါသည်။ |
| ဖောက်သည် အိုင်ဒီ | ပြည်သူ့အထောက်အကူ/အကျိုးခံစားခွင့်များ လက်ခံရရှိသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးအတွက် ပေးအပ်ထားသည့် တစ်ထူးခြားသော နံပါတ်။ |
| အရည်အချင်း မပြည့်မီ | လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးသည် အမှန်အတိုင်း မပြောသည့်အပြင် ၎င်း လက်ခံရရှိသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်ခံရယူနေသောကြောင့် ၎င်းအား အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) သို့မဟုတ် TANF ကိစ္စတစ်ခုမှ ဖယ်ရှားရန် လုပ်ဆောင်ချက်တစ်ခု။ |
| အိမ်တွင်း အကြမ်းဖက်မှု | အိမ်တွင်း အကြမ်းဖက်မှုအတွင်း အိမ်ထောင်ဖက်၊ ယောက်ျားလေးမိတ်ဆွေ/မိန်းကလေးမိတ်ဆွေ၊ လက်တွဲဖော် သို့မဟုတ် 'ကွဲကွဲပြီးသူ' မှ ရိုက်ခတ်ခြင်း၊ ကန်ခြင်း၊ ထွက်ခွာခြင်း၊ မုဒိမ်းကျင့်ခြင်း၊ လည်ပင်းညှစ်ခြင်း၊ ခြိမ်းခြောက်ခြင်း၊ ထိန်းချုပ်ခြင်း သို့မဟုတ် အသက်ရှင်နေထိုင်ရန် သင်လိုအပ်သည့်အရာများ (အစားအစာ၊ ဆေးဝါး သို့မဟုတ် နေအိမ်တစ်ခု) မရအောင်ထားခြင်း ပါဝင်နိုင်ပါသည်။ |
| အကျိုးခံစားခွင့်ကို အီလက်ထရောနစ်နည်းဖြင့် (EBT) လွှဲပြောင်းမှု | အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်များအား အကျိုးခံစားခွင့်များ ပေးချေရန် ရှေ့ပြောင်းပြန်နယ်အတွင်း အသုံးပြုသောစနစ်။ ထောက်ကူမှုတစ်ခု လက်ခံရရှိသော လူပုဂ္ဂိုလ်များအတွက် EBT ငွေကြိုလွှဲငွေကတ်တစ်ခု ထုတ်ပေးပြီး ယင်းကတ်ကို ၎င်းတို့၏ အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အကောင့်များကို အလှမ်းမီရယူရာ၌ အသုံးပြုပါသည်။ |
| အီလက်ထရောနစ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး | သင်၏အချက်အလက်နှင့် ပတ်သက်သည့် အသိပေးချက်များကို သင်မည်သို့ လက်ခံရရှိလိုကြောင်း ရွေးချယ်ရန် သင့်ထံတွင် ရွေးချယ်စရာရှိပါသည်။ သင့်အနေဖြင့် အီးမေးလ် သို့မဟုတ် စာသား အသိပေးချက်များ လက်ခံရရှိရန် ရွေးချယ်ပါက GA Gateway ဖောက်သည်ပေါ်တယ် (Customer Portal) တွင် တည်ရှိသော ကျွန်ုပ်၏ အသိပေးချက်များ (My Notices) တွင် အသိပေးချက်တစ်ခုရှိကြောင်း အသိပေးသည့် မက်ဆေ့တစ်ခု သင်ရရှိပါလိမ့်မည်။ အီးမေးလ်ဖြင့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့အား သင်၏ အီးမေးလ်လိပ်စာ ပေးရမည်ဖြစ်ပြီး အကောင်အထည်ဖော်ခြင်းအတွက် GA Gateway Customer Portal တွင်ရှိသော စာရွက်ဖြင့်မဟုတ်သည့် အသိပေးချက်များရရှိရန် စည်းမျဉ်းများနှင့် စည်းကမ်းများကို သင် လက်ခံရပါမည်။ သင်၏ အသိပေးချက်ဆက်တင်များကို ပြင်ဆင်ရန် ကျေးဇူးပြု၍ GA Gateway Customer Portal ဝက်ဘ်ဆိုက် www.gateway.ga.gov ကို ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။ စာသား ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုအတွက် သင်၏ဖုန်းနံပါတ်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးအပ်ရပါမည်။ မက်ဆေ့နှင့် ဒေတာ စံနှုန်းထားများ သက်ရောက်နိုင်ပါသည်။ ၎င်းက ဖုန်းစနစ်ပိုင်းဆိုင်ရာများအလိုက် ကွဲပြားနိုင်ပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ သင်၏ပိုင်းဆိုင်ရာ စစ်ဆေးပါ။ |
| EPPICard ငွေကြိုလွှဲငွေ ဗဟိုစာကတ် (debit MasterCard) | TANF လက်ခံရရှိသူများအနေဖြင့် EPPICard debit MasterCard သို့မဟုတ်အချို့အတွက် ရှေ့ပြောင်းပြန်နယ် ကွန်ပျူတာအသုံးပြုမှု "အီလက်ထရောနစ်" ငွေပေးချေမှု ရွေးစရာတစ်ခုကို အကောင်အထည်ဖော်ထားပါသည်။ ဤငွေပေးချေမှု ရွေးစရာအောက်တွင် ပိုက်ဆံကို လွယ်လွယ်လလ၏ ပထမဆုံး ပြက္ခဒိန်ရက်တွင် လက်ခံရရှိသူ၏အကောင့်အတွင်း ကြိုထည့်ပေးပါသည်။ ပထမရက်က စနေတနင်္ဂနွေပိုက်ဆံ သို့မဟုတ် အားလပ်ရက်ပေါ် ကျရောက်ပါက အကျိုးခံစားခွင့်များကို မတိုင်မီလ၏ နောက်ဆုံး အလုပ်လုပ်ရက်တွင် ရရှိအောင် ပြုလုပ်ပေးပါသည်။ ရန်ပုံငွေများကို debit MasterCard တွင်သို့ အီလက်ထရောနစ် နည်းအားဖြင့် သွင်းပေးသောကြောင့် လက်ခံရရှိသူသည် သူ သို့မဟုတ် သူမ၏ ရန်ပုံငွေများကို ချက်ချင်း ရယူအသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ |
| အာမခံပေးသည့် ဆွေမျိုး | ကလေးများကိုယ်စား သူ သို့မဟုတ် သူမ၏နာမည်ဖြင့် TANF ကို လျှောက်ထားပြီး လက်ခံရရှိသော မိဘ၊ ဆွေမျိုး သို့မဟုတ် တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူတစ်ဦး။ |
| အကြမ်းဖျဉ်း ဝင်ငွေ | အခွန်များ မပေးဆောင်မီ သို့မဟုတ် အခြားဖြတ်နုတ်မှုများ ထည့်မတွက်မီ လူတစ်ဦး၏ စုစုပေါင်းဝင်ငွေ။ |
| အိမ်ထောင်စုဝင်များ | သင်၏အိမ်တွင်း နေထိုင်သော လူပုဂ္ဂိုလ်များ အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်းများ (SNAP) အတွက် အတူတကွနေထိုင်ပြီး ၎င်းတို့၏ စားဖွယ်ရာများကို အတူတကွ ဝယ်ယူပြီး ပြင်ဆင်သည့် လူပုဂ္ဂိုလ်များ။ |
| ဝင်ငွေ | လုပ်ခများ၊ လစာများ၊ ကော်မရှင်များ၊ ဘိုးနွယ်ခံများ၊ အလုပ်သမား အစားလျော်ကြေးများ၊ မသန်စွမ်းမှု၊ ပင်စင်၊ အငြိမ်းစား အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ အတိုးများ၊ ကလေး ထောက်ပံ့စရိတ် သို့မဟုတ် အခြားပုံစံဖြင့် လက်ခံရရှိသော ပိုက်ဆံကဲ့သို့သော ငွေပေးချေမှုများ။ |
| အလယ်အလတ် လူတန်းစားအတွက် အခွန် သက်သာခွင့် အက်ဥပဒေ 2012 | ငွေသားထုတ်ယူရန် သို့မဟုတ် ကာစီနိုများ၊ အရက်ပြင်းဆိုင်များ၊ အရွယ်ရောက်ပြီးသူအတွက် ဖျော်ဖြေရေး အဆောက်အအုံများ၊ ပိုက်ကစားခန်းများ၊ အာမခံ ဘွန်းစာချုပ်များ၊ နိုက်ကလက်များ/အရက်ရောင်းသည့် ဆလွန်းများ/တာမန်းများ၊ ဘင်ဂို ကစားခန်းမများ၊ မြင်းပြိုင်ပွဲ လောင်းကစားခြင်းများ၊ ဂိမ်းကစားသည့် နေရာများ၊ သေနတ်/ခဲယမ်းမီးကျောက်ဆိုင်များ၊ အပျော်စီး သင်္ဘောများ၊ ဗေဒင်ဆရာများ၊ ဆေးလိပ်ဆိုင်ရာ၊ တက်တူး/နားနာခေါင်းဖောက်ဆိုင်များနှင့် စပါ/အနှံခန်း ဆလွန်းများ၌ အရောင်းအဝယ် ပြုလုပ်ရန်ငွေသားထောက်ကူရေး ရန်ပုံငွေများ သို့မဟုတ် TANF ကြိုတင်ငွေသွင်းကတ်များကို အသုံးပြုခြင်းအား ဤအက်ဥပဒေက တားမြစ်ပါသည်။ ငွေသားထောက်ကူရေး ရန်ပုံငွေများ သို့မဟုတ် TANF ငွေကြိုလွှဲငွေကတ်များကို အဆိုပါ စီးပွားရေးလုပ်ငန်းများတွင် အသုံးပြုခြင်းက လက်ခံရရှိသူ၏အပိုင်းတွင် တစ်မတကာ အစီအစဉ် ချိုးဖောက်မှု (လိမ်လည်မှု) တစ်ခုအဖြစ် ပေါင်းစည်းဖြစ်ပေါ်စေပါသည်။ |
| လျှောက်ထားသူ မဟုတ်သူ | ပြည်သူ့ အထောက်အကူ/အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခြင်း မရှိသော လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး။ လျှောက်ထားသူ မဟုတ်သူများသည် လူမှုစုလုံခြုံရေးနံပါတ်တစ်ခု၊ နိုင်ငံသား သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု အဆင့်အတန်းကို ပေးအပ်ရန် မလိုအပ်ပါ။ |
| ငွေလက်ခံရရှိသူ | ငွေလက်ခံရရှိသူတစ်ဦးဆိုသည်မှာ AU ကိုယ်စား ငွေသားအထောက်အကူကို လက်ခံရရှိရန်နှင့် ရန်ပုံငွေများကို သုံးစွဲရန်အတွက် တာဝန်ဝတ္တရားကို လက်ခံသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးဖြစ်ပါသည်။ ငွေလက်ခံသူတစ်ဦးသည် AU အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦး ဖြစ်ချင်ဖြစ်နိုင်သလို မဖြစ်ချင်လည်း မဖြစ်နိုင်ပါ။ |
| အခွန်မဆောင်မီ အသုံးစရိတ်များ | အခွန်မဆောင်မီ အသုံးစရိတ်များသည် အခွန်မပေးမီ သင်၏ဝင်ငွေတွင်းမှ ဖြတ်နုတ်မှုများဖြစ်ပါသည်။ ဖြတ်နုတ်မှုများ အားလုံးသည် အခွန်မဆောင်မီ မဟုတ်ပါ။ အဖြစ်အပျက်အခွန်မဆောင်မီ ဖြတ်နုတ်မှုများသည် ကျန်းမာရေး အာမခံ၊ သွားဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံ၊ အမြင်အာရုံဆိုင်ရာ အာမခံ၊ စသည်တို့ဖြစ်ကြပါသည်။ http://www.irs.gov |

| | |
|--|---|
| <p>အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် နိုင်ငံခြားသား/ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ</p> | <p>အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် နိုင်ငံခြားသား/ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတစ်ဦး ဆိုသည်မှာ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုအတွင်း တရားဝင် နေထိုင်နေသူတစ်ဦးဖြစ်ပြီး အဆိုပါသူသည် အောက်ပါ အမျိုးအစားအုပ်စုများမှ တစ်ခုအတွင်း ကျရောက်ပါသည် -</p> <ul style="list-style-type: none"> ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှုနှင့် နိုင်ငံသား အက်ဥပဒေ (INA) အောက်တွင် အမြဲတမ်းနေထိုင်ခွင့် (LPR) ရရှိရန် တရားဝင် ဝင်ခွင့်ရရှိထားသူတစ်ဦး၊ နိုင်ငံခြား လုပ်ငန်းများ၊ ပို့ကုန် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုများနှင့် ဆက်စပ်အစီအစဉ်များအတွက် လျာထားအက်ဥပဒေ 1988 ၏ ဆက်ရှင် 584 အရ အမေရိကန်အာရှလူမျိုး ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ၊ INA ၏ ဆက်ရှင် 208 အရ နိုင်ငံခြား ရရှိထားသူတစ်ဦး၊ INA ၏ ဆက်ရှင် 207 အရ ဝင်ခွင့်ရထားသည့် ဒုက္ခသည်များ၊ INA ၏ ဆက်ရှင် 212 (d)(5) အရ ဒုက္ခသည် သို့မဟုတ် ဒီလူခွင့်တောင်းခံသူတစ်ဦးအဖြစ် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့် ရထားသူတစ်ဦး၊ 1997 ခုနှစ် ဧပြီလ 1 ရက်နေ့မှတိုင်မီ သက်ရောက်သည့် INA ၏ ဆက်ရှင် 243(h) အရ သို့မဟုတ် ပြင်ဆင်ထားသည့်အတိုင်း INA ၏ ဆက်ရှင် 241(b)(3) အရ နေရပ်ပြန်ခြင်းအား ဆိုင်းငံ့ထားရသူတစ်ဦး၊ 1980 ခုနှစ်၊ ဧပြီလ 1 ရက်နေ့မှတိုင်မီ သက်ရောက်သည့်အတိုင်း INA ၏ ဆက်ရှင် 203(a)(7) အရ အခြေအနေအရ ဝင်ခွင့်ချိုးမြင့်ခံထားရသူတစ်ဦး၊ ဒုက္ခသည် ပညာရေး အထောက်အကူ အက်ဥပဒေ 1980 ၏ ဆက်ရှင် 501(e)တွင်း အဓိပ္ပာယ်သတ်မှတ်ထားသည့်အတိုင်း ကျူးဘား သို့မဟုတ် ဟေတီလူမျိုး ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများ၊ မှောင်ခိုကူးခြင်းမှ သားကောင်များကို ကာကွယ်ပေးရေး 2000 ခုနှစ် အက်ဥပဒေ၏ ဆက်ရှင် 107(b)(1) အရ လူမှောင်ခိုကူးခြင်း၏ သားကောင်များ၊ ပြင်ဆင်ထားသည့်အတိုင်း တစ်ကိုယ်ရေ တာဝန်ဝတ္တရားနှင့် အလုပ်အကိုင် အခွင့်အလမ်း ပြန်လည်သင့်မြတ်ရေးအတွက် 1996 ခုနှစ် အက်ဥပဒေ၏ ဆက်ရှင် 431 (c) အတွင်း သတ်မှတ်ထားပြီးသည့် အခြေအနေများနှင့် ပြည့်မီသော လောကဏ်ထိုးနှက်မှုခံရသည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများ၊ INA ၏ ဆက်ရှင် 101(a)(27) အောက်တွင် အာဖဂန် သို့မဟုတ် အီရတ်လူမျိုး ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများအား အထူးရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်ခွင့် အခွင့်အလမ်း ချီးမြှင့်ပေးပါသည် (သီးခြား အခြေအနေများ သက်ရောက်ပါသည်)၊ ကနေဒါနိုင်ငံတွင် မွေးဖွားပြီး အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင်း INA ၏ ဆက်ရှင် 289 အောက်တွင် နေထိုင်သော အမေရိကန် အင်းဒီးယန်းလူမျိုးများ သို့မဟုတ် အင်းဒီးယန်း ကိုယ်ပိုင်ပြဋ္ဌာန်းခွင့်နှင့် ပညာရေး အထောက်အကူ အက်ဥပဒေ၏ ဆက်ရှင် 4(e) အောက်ရှိ ပြည်ထောင်စုတွင်း အသိအမှတ်ပြုသည့် အင်းဒီးယန်း တိုင်းရင်းသား နိုင်ငံသားမဟုတ်သူများ၊ နှင့် ဗီယက်နမ် ခေတ်ကာလအချိန် (8/05/1964 - 5/07/1975) အတောအတွင်း စစ်တပ် သို့မဟုတ် ကယ်ဆယ်ရေး လုပ်ငန်းအတွင်း ပါဝင်လုပ်ဆောင်ခဲ့သော အမေရိကန်ဝန်ထမ်းများအား အထောက်အကူပေးခဲ့ကြသည့် မှန် (Hmong) သို့မဟုတ် ကုန်းမြင့်နေ့ လာအိုတိုင်းရင်းသား အဖွဲ့ဝင်များ။ <p>ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ လျှောက်ထားသူများအတွက်သာ၊ ကျစ်လစ်လွတ်လပ်သော အဖွဲ့အစည်း (Compact of Free Association (COFA)) သည် မိုက်ခရိုနီးရှား၊ ဖယ်ဒရယ် ပြည်ထောင်စု၊ မာရှယ်ကျွန်းစု သမ္မတနိုင်ငံနှင့် ပါလော့ သမ္မတနိုင်ငံမှ နိုင်ငံသားများ ဖြစ်ပါသည်။ COFA ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများအနေဖြင့် 5 နှစ် ဘားကို ပြည့်မီရန် မလိုပါ။</p> |
| <p>ရင်းမြစ်များ</p> | <p>ငွေသား၊ အိမ်ခြံမြေ သို့မဟုတ် ဘဏ်အကောင့်များ၊ ယာဉ်များ၊ စတော့ရှယ်ယာများ၊ ဘွန်းစာချုပ်များနှင့် အသက်အာမခံ ကဲ့သို့သော ပိုင်ဆိုင်မှုများ။</p> |
| <p>လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ စော်ကားမှု</p> | <p>သားကောင်သည် သဘောတူခွင့်ပြုချက်ပေးရန် စွမ်းရည်မရှိချိန် အပါအဝင် ပြည်ထောင်စု၊ တိုင်းရင်းသား သို့မဟုတ် ပြည်နယ် ဥပဒေမှ သတ်မှတ်ထားသည့် ကြည့်ရှုသဘောတူခြင်းမရှိသည့် လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ လုပ်ဆောင်မှု။</p> |
| <p>လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ နှောင့်ယှက်မှု</p> | <p>ရိုင်းစိုင်းစော်ကားသည့် အလုပ်ဝန်ကျင့်တစ်ခုအဖြစ် ဖန်တီးသည့် လိင်ပေါ်အခြေပြုသော ရန်လို၊ ခြိမ်းခြောက် သို့မဟုတ် ဖိနှိပ်သည့် အပြုအမူ။</p> |
| <p>နောက်ယောင်ခံလိုက်ခြင်း</p> | <p>ဖော်ထုတ်ပြသသည့် သို့မဟုတ် သွယ်ဝိုက်အဓိပ္ပာယ်သက်ရောက်သည့် ခြိမ်းခြောက်မှုကြောင့် ကျိုးကြောင်းသင့်လျော်သည့် လူတစ်ဦးအနေဖြင့် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမည် သို့မဟုတ် အထူးသဖြင့် သေဆုံးမည်ဟု ကြောက်ရွံ့စေနိုင်သည့် အခြေအနေရပ်များအတွင်း အခြားလူတစ်ဦးအား စိတ်ဆန္ဒရှိနှင့် ထပ်ခါထပ်ခါ နောက်မှလိုက်ခြင်း သို့မဟုတ် နှောင့်ယှက်ခြင်းပြုသည့် လုပ်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် ရာဇဝတ်မှု။</p> |
| <p>အခွန်ကောက်ခံနိုင်သည့် ဝင်ငွေ</p> | <p>လုပ်ခများ၊ လစာများ၊ ကော်မရှင်များ၊ ဘိုးနွယ်ခံများ၊ မသန်စွမ်းမှု၊ ပင်စင်၊ အငြိမ်းစား၊ အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ အတိုးငွေ သို့မဟုတ် အခြားပုံစံဖြင့် လက်ခံရရှိသော ပိုက်ဆံကဲ့သို့သော ငွေပေးချေမှုများ။</p> |
| <p>အခွန် မှီခိုမှု</p> | <p>အခွန်တင်သွင်းသူတစ်ဦး၏ အခွန်ပြန်အမ်းမှုပေါ်တွင် တောင်းဆိုရန် မျှော်မှန်းထားသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး http://www.irs.gov</p> |
| <p>အခွန် တင်သွင်းသူ</p> | <p>အခွန်ပြန်အမ်းမှု တင်သွင်းရန် မျှော်မှန်းထားသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး၏ http://www.irs.gov</p> |
| <p>အခွန်ပြန်အမ်းငွေ ဖြတ်နုတ်မှုများ</p> | <p>အခွန်ပြန်အမ်းငွေ ဖြတ်နုတ်မှုများဆိုသည်မှာ သင်၏ အခွန်ပြန်အမ်းငွေ ဖောင်ပုံစံ 1040 ပေါ်တွင် စာကြောင်း 23 မှ စာကြောင်း 35 အတွင်း တွေ့ရှိရသည့် ခွင့်ပြုခံသော IRS ဖြတ်နုတ်မှုများဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းတို့အတွင်း ပါဝင်သည်မှာ - ပညာပေးသူအတွက် အသုံးစရိတ်များ၊ ဖောင် 2106၊ ကျန်းမာရေးအတွက် စုစုပေါင်းပုံစံ 8889၊ ရွှေ့ပြောင်းမှု အသုံးစရိတ်များ ဖောင်ပုံစံ 3909၊ စုစုပေါင်းကို စောစော ထုတ်ယူခြင်း/ဒဏ်ငွေ ထောက်ပံ့စရိတ် ပေးချေမှု IRA ဖြတ်နုတ်မှု၊ ကျောင်းသား ချေးငွေ အတိုး၊ ကျူရှင်နှင့် အခကြေးငွေများ ဖောင်ပုံစံ 8917၊ အိမ်တွင်း ထုတ်လုပ်ရေး လုပ်ဆောင်ချက်များ ဖောင်ပုံစံ 8903။ http://www.irs.gov</p> |
| <p>အစားအစာ တံဆိပ်ခေါင်း (SNAP) အစီအစဉ်တွင်း မှောင်ခိုကူးခြင်း</p> | <p>SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို မှောင်ခိုကူးခြင်းဆိုသည်မှာ -</p> <p>(1) EBT ကတ်များမှတစ်ဆင့် ထုတ်ယူပြီး အလွမ်းမီရသော SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ကတ်နံပါတ်များနှင့် PIN နံပါတ်များ သို့မဟုတ် စာရွက် ဘောက်ချာနှင့် လက်မှတ်ဖြင့်၊ ငွေသားအတွက် သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် အစားအစာများကို အခြားသူများနှင့် ပူးပေါင်းကြိုစည်၍ သို့မဟုတ် အကွက်ချ၍ သို့မဟုတ် တစ်ဦးတည်းလုပ်ဆောင်၍ တိုက်ရိုက်ဖြစ်စေ၊ သွယ်ဝိုက်၍ဖြစ်စေ ဝယ်ယူခြင်း၊ ရောင်းချခြင်း၊ ခိုးယူခြင်း သို့မဟုတ် တစ်နည်းနည်းဖြင့် လဲလှယ်ခြင်း၊ (2) သေဆုံးမှုများ၊ ခဲယမ်းမီးကျောက်များ၊ ဖောက်ခွဲရေး ပစ္စည်းများ သို့မဟုတ် ထိန်းချုပ် ပစ္စည်းများနှင့် လဲလှယ်ခြင်း၊ (3) ဘူးခွံပြန်အပ်ချိန်တွင် ကြိုတင်ငွေ ပြန်အမ်းသည့် ငွေသားကို ရရှိရန်အတွက် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် ဘူးတွင်းပါပစ္စည်းကို စွန့်ပစ်ပြီး ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် ဘူးခွံကို ပြန်အပ်ရန် ဘူးခွံအတွက် ကြိုတင်ငွေလိုအပ်သည့် ကုန်ပစ္စည်းတစ်ခုကို SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ဝယ်ယူခြင်း၊ (4) ငွေသား သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သည့် အစားအစာမဟုတ်သည့် အခြားထည့်သွင်းစဉ်းစရာများအတွက် ပြန်လည်ရောင်းချရန် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ကုန်ပစ္စည်းကို SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ဝယ်ယူခြင်းနှင့် ဆက်၍ SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ဝယ်ယူထားသော ကုန်ပစ္စည်းများကို ငွေသား သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သည့် အစားအစာမဟုတ်သည့် အခြားအရာများနှင့် လဲလှယ်ရန် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိဖြင့် ပြန်ရောင်းခြင်း၊ (5) SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ကနဦး ဝယ်ယူထားသော ကုန်ပစ္စည်းများကို ငွေသား သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သော အစားအစာမဟုတ်၍ အခြားထည့်သွင်းစဉ်းစားစရာများအတွက် ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ဝယ်ယူခြင်း၊ (6) အီလက်ထရွန်းနစ် အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းခြင်း (EBT) ကတ်များ၊ ကတ်နံပါတ်များနှင့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ သက်သေခံနံပါတ်များ (PIN) သို့မဟုတ် လက်စွဲဘောက်ချာနှင့် လက်မှတ်များမှတစ်ဆင့် ထုတ်ပေးပြီး ရယူအသုံးပြုသည့် SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို ငွေသားရရှိရန် သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်သည့် အစားအစာမဟုတ်သည့် အခြားထည့်သွင်းစဉ်းစားစရာများရရှိရန်အတွက် တိုက်ရိုက်ဖြစ်စေ၊ သွယ်ဝိုက်၍ဖြစ်စေ အခြားသူတစ်ဦးနှင့် ပူးပေါင်းကြိုစည်၍ သို့မဟုတ် အကွက်ချ၍ သို့မဟုတ် တစ်ဦးတည်းလုပ်ဆောင်၍ ဝယ်ယူခြင်း၊ ရောင်းချခြင်း၊ ခိုးယူခြင်း သို့မဟုတ် လဲလှယ်ခြင်းအပေါ် အကျိုးသက်ရောက်စေခြင်း။</p> |

ADA/ဆက်ရှင် 504 အခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ အသိပေးချက်

မသန်စွမ်းမှုများရှိသူများအတွက် အကူအညီ

ကျော်ဂျီယာပြည်နယ် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာနနှင့် ကျော်ဂျီယာပြည်နယ် အသိုင်းအဝိုင်း ကျန်းမာရေးဌာန ("ဌာနများ") သည် ပြည်ထောင်စု ဥပဒေ*အရမသန်စွမ်းမှုများ ရှိသူများအတွက် ဌာနများ၏ အစီအစဉ်များ၊ ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် လှုပ်ရှားမှုများတွင် ပါဝင်လုပ်ဆောင်ရန်နှင့် အရည်အချင်းပြည့်မီရန် သာတူညီမျှ အခွင့်အရေးတစ်ခု ပေးအပ်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ ယင်းအတွင်း SNAP၊ TANF နှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ (Medical Assistance) ကဲ့သို့သော အစီအစဉ်များ ပါဝင်ပါသည်။

မသန်စွမ်းမှုပေါ် အခြေပြု၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းကို ရှောင်ကြဉ်ရန် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုများ လိုအပ်ချိန်တွင် ဌာနများက ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုများ ပေးအပ်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် သာတူညီမျှ အသုံးပြုခွင့်ပေးအပ်ရန်အတွက် မူဝါဒများ၊ အလေ့အထများ သို့မဟုတ် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများကို ကျွန်ုပ်တို့ ပြောင်းလဲနိုင်ပါသည်။ ထပ်တူ သက်ရောက်မှုရှိသည့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုရှိကြောင်း သေချာစေရန် မသန်စွမ်းမှုများရှိသူများ သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုရှိသော ၎င်းတို့၏ အပေါင်းအဖော်များအား လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ စကားပြန်ကဲ့သို့ ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေးဆိုင်ရာ အထောက်အကူ ကျွန်ုပ်တို့ ပေးအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ အကူအညီသည် အခမဲ့ဖြစ်ပါသည်။ ဌာနများအနေဖြင့် ဝန်ဆောင်မှု၊ အစီအစဉ် သို့မဟုတ် လှုပ်ရှားမှုတစ်ခု၏ သဘောသဘာဝတွင်း အခြေခံပြောင်းလဲမှုတစ်ခု သို့မဟုတ် မဖြစ်သင့်သည့် ငွေကြေးနှင့် စီမံအုပ်ချုပ်ရေး ဝန်ထုပ်ဝန်ပိုးများ ရလဒ်ဖြစ်စေနိုင်သော မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုတစ်ခုခုကို လုပ်ရန် မလိုအပ်ပါ။

ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှုတစ်ခု သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူတစ်ခု တောင်းဆိုပုံ

သင့်ထံတွင် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခုရှိပြီး ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု၊ ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး အထောက်အကူ သို့မဟုတ် ထပ်ဆောင်းအကူအညီလိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းအား ဆက်သွယ်ပေးပါ။ ဥပမာ - ကူညီသူတစ်ဦး သို့မဟုတ် လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ စကားပြန်တစ်ဦးကဲ့သို့ ထိရောက်သည့် ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုရရှိရန် ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခု သင်လိုအပ်ပါက ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ သင်၏ တောင်းဆိုချက်ကိုပြုလုပ်ရန် သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းအား ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် DFCS အား ဖုန်းနံပါတ် (877) 423-4746 တွင် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် DCH Katie Beckett (KB) အဖွဲ့အား ဖုန်းနံပါတ် (678) 248-7449 တွင် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ DFCS ADA ၏ ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု တောင်းဆိုချက် ဖောင်ပုံစံကို အသုံးပြု၍လည်း သင်၏တောင်းဆိုမှုကို ပြုလုပ်နိုင်ပြီး ယင်းဖောင်ပုံစံကို သင်၏ ဒေသန္တရ DFCS ရုံး သို့မဟုတ် အွန်လိုင်းပေါ်ရှိ <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> တွင်ရရှိနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် DFCS ADA ၏ ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု တောင်းဆိုချက် ဖောင်ပုံစံကို KB အဖွဲ့ သို့မဟုတ် အွန်လိုင်းပေါ်ရှိ <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> တွင် ရယူနိုင်ပါသော်လည်း သင့်အနေဖြင့် ဖောင်ပုံစံတစ်ခု သုံးကိုသုံးရမည်မဟုတ်ပါ။

တိုင်ကြားမှုတစ်ခု တင်သွင်းပုံ

သင်၏မသန်စွမ်းမှုကြောင့် ဌာနများက သင့်အား ခွဲခြားဆက်ဆံမှုပြုပါက သင့်ထံတွင် တိုင်ကြားပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ ဥပမာ သင်က ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် မွမ်းမံပြင်ဆင်မှု သို့မဟုတ် လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ စကားပြန်တစ်ဦး တောင်းဆိုခဲ့ပြီး အဆိုပါတောင်းဆိုချက်ကို ငြင်းဆန်ခဲ့ပါက သို့မဟုတ် ကျိုးကြောင်းလျော်ညီသည့် အချိန်တစ်ခုအတွင်း မလုပ်ဆောင်ပေးခဲ့ပါက ခွဲခြားဆက်ဆံမှုဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်တစ်စောင် သင်တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ သင်၏ အမှုကိုင်ဝန်ထမ်း၊ ဒေသန္တရ DFCS ရုံး သို့မဟုတ် 2 Peachtree St NW, 29th Floor, Atlanta, GA, 30303, (877) 423-4746 ရှိ DFCS အရပ်သားအခွင့်အရေးရုံး၊ ADA/ဆက်ရှင် 504 ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးမှူးအား ဆက်သွယ်ပြီး တိုင်ကြားချက်ကို နှုတ်ဖြင့်ဖြစ်စေ စာဖြင့်ဖြစ်စေ တင်သွင်းပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ DCH အတွက် KB အဖွဲ့/ADA/ဆက်ရှင် 504 ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးမှူးအား နောက်ရှိ လိပ်စာတွင်ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ -2211 Beaver Ruin Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, or PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH ၏ အီးမေးလ်မှာ - dch.adarequests@dch.ga.gov ဖြစ်ပါသည်။

DFCS အရပ်သားအခွင့်အရေးရုံး၊ ADA/ဆက်ရှင် 504 တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံ မိတ္တူတစ်စောင် ရရှိရန် သင်၏အမှုကိုင်ဝန်ထမ်းထံ တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံကို <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> တွင်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုအကြောင်း တိုင်ကြားချက်တစ်ခု ပြုလုပ်ရန် အကူအညီ သင်လိုအပ်ပါက အထက်တွင် စာရင်းပေးထားသော DFCS ဝန်ထမ်းအား ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ နားမကြားသည့် သို့မဟုတ် နားကြားရန်ခက်ခဲသည့် ပုဂ္ဂိုလ်များ သို့မဟုတ် စကားပြောမသန်စွမ်းမှု ရှိသူများအနေဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့နှင့်ဆက်သွယ်ပေးရန် အော်ပရေတာတစ်ဦးအား 711 တွင် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ DCH အရပ်သားအခွင့်အရေးရုံး တိုင်ကြားချက်အတွက် အီးမေးလ်မှာ - dch.civilrights@dch.ga.gov ဖြစ်ပါသည်။ DCH အရပ်သားအခွင့်အရေးရုံး လုပ်ငန်းစဉ်နှင့် တိုင်ကြားချက်ဖောင်ပုံစံ ရရှိရန် လင့်ခ်သည် <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> တွင် ရှိပါသည်။

သင့်အနေဖြင့် သင့်လျော်ရာ ပြည်ထောင်စုအေဂျင်စီဖြင့် ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက်တစ်ခုကိုလည်း တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးရေးဌာန (USDA) နှင့် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန (HHS) အား ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်သည် အတွင်း၌ပါရှိသည့် "ခွဲခြားဆက်ဆံမှုပြုရေး ကြေငြာချက်" အတွင်း ပါရှိပါသည်။

*ပြန်လည်နာလန်ထူရေး အက်ဥပဒေ 1973 ၏ *ဆက်ရှင် 504 ၊ မသန်စွမ်းမှုများရှိသော အမေရိကန်နိုင်ငံသားများ အက်ဥပဒေ 1990 နှင့် မသန်စွမ်းမှုများရှိသော အမေရိကန်နိုင်ငံသားများ အက်ဥပဒေ မွမ်းမံပြင်ဆင်ချက် အက်ဥပဒေ 2008 အရ မသန်စွမ်းမှုရှိသူများသည် ဥပဒေနှင့်မညီသော ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမှ လွတ်ကင်းကြောင်း သေချာစေပါသည်။*

လူထုကျန်းမာရေးဌာန (DCH) မူဝါဒအရ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အကူ အစီအစဉ်များအနေဖြင့် လူမျိုး၊ အသက်အရွယ်၊ လိင်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ ဇာတိနိုင်ငံ သို့မဟုတ် ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာပေါ် အခြေပြု၍ သင်၏ အရည်အချင်း ပြည့်မီမှု သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များကို မငြင်းဆန်နိုင်ပါ။

လျှောက်လွှာကို USDA သို့မဟုတ် HHS သို့ မပို့ပါနှင့်

ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမပြုရေး ကြေငြာစာတမ်း

ပြည်ထောင်စု အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ ဥပဒေနှင့် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးရေးဌာန (USDA) အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းများနှင့် မူဝါဒများအရ USDA၊ ၎င်း၏ အေဂျင်စီများ၊ ရုံးများနှင့် ဝန်ထမ်းများ နှင့် USDA အစီအစဉ်တွင်း ပါဝင်လုပ်ဆောင်သော သို့မဟုတ် စီမံအုပ်ချုပ်သော အဖွဲ့အစည်းများအနေဖြင့် မည်သည့်အစီအစဉ်တွင်းမဆို သို့မဟုတ် USDA မှ လုပ်ဆောင်သော သို့မဟုတ် ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့သော လှူဒါန်းမှုများအတွင်း လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ဇာတိနှင့်၊ လိင် (ကျားမ ခွဲခြားသတ်မှတ်မှုနှင့် လိင်စိတ် တိမ်းညွတ်မှု အပါအဝင်)၊ ဘာသာရေး သက်ဝင်ယုံကြည်မှု၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်အရွယ်၊ နိုင်ငံရေး ယုံကြည်ချက်များကို အခြေပြု၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း သို့မဟုတ် ယခင် အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ လှူဒါန်းမှုများအတွက် လက်တုံ့ပြန်ခြင်း သို့မဟုတ် လက်စားချေခြင်းတို့မပြုရန် တားမြစ်ထားပါသည်။ လိုအပ်ချက်ရှိသော မိသားစုများအတွက် ယာယီအထောက်အကူ (TANF) နှင့် HHS မှ တိုက်ရိုက် လုပ်ငန်းလုပ်ဆောင်သည့် အစီအစဉ်များကဲ့သို့သော အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန (HHS) မှ ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အကူရရှိသည့် အစီအစဉ်များအားလည်း ပြည်ထောင်စု အရပ်သားအခွင့်အရေးများ ဥပဒေနှင့် HHS စည်းမျဉ်းများအရ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းမပြုရန် တားမြစ်ထားပါသည်။

အစီအစဉ် အချက်အလက်များရရှိရန် အခြား ဆက်သွယ်ပြောဆိုရေး နည်းလမ်းများ (ဥပမာ - မျက်မမြင်သုံး ဘရေးလား (Braille)၊ စာလုံးကြီးကြီး၊ အော်ဒီယိုတိပ်ခွေ၊ အမေရိကန် လက်ဟန်ခြေဟန်ပြ ဘာသာစကား) လိုအပ်သည့် မသန်စွမ်းမှုများ ရှိကြသူများအနေဖြင့် အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် ၎င်းတို့လျှောက်ထားသည့်နေရာမှ အေဂျင်စီ (ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရ) ထံ ဆက်သွယ်သင့်ပါသည်။ နားမကြားသူ၊ နားကြားရခက်ခဲသူ သို့မဟုတ် စကားပြော မသန်စွမ်းမှုများ ရှိသူများအနေဖြင့် ဖုန်းနံပါတ် (800) 877-8339 ရှိ ပြည်ထောင်စု တစ်ဆင့်ခံ ဝန်ဆောင်မှုမှတစ်ဆင့် USDA အား ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ ထို့အပြင် အစီအစဉ် အချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာမဟုတ်သည့် အခြားဘာသာစကားဖြင့်လည်း ရရှိနိုင်ဖွယ်ရှိပါသည်။

USDA အစီအစဉ်များ ပါဝင်သည့် အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်များ

USDA က ဖြည့်စွက် အာဟာရ အထောက်အကူအစီအစဉ် (SNAP)၊ အင်းဒီးယန်း ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ရေးဆိုင်ရာ အစားအစာ ဖြန့်ဖြူးရေး အစီအစဉ် (FDPIR) နှင့် အခြားအရာများကဲ့သို့ စားနပ်ရိက္ခာဖူလုံရေးနှင့် ဆာလောင်မှုလျှော့ချရေး အစီအစဉ်များအပြားအတွက် ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ပေးအပ်ပါသည်။ အစီအစဉ်တွင်း ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက်တစ်စောင် တင်သွင်းရန် အစီအစဉ်တွင်း ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံ (AD-3027) ကို ဖြည့်စွက်သင့်ပြီး ယင်းဖောင်ပုံစံကို အွန်လိုင်း -

[https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR-P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf) တွင် တွေ့ရှိနိုင်ပြီး မည်သည့် USDA ရုံးမဆို သို့မဟုတ်

USDA သို့လိပ်ပို့ပြီး စာတစ်စောင်ရေးသားကာ ဖောင်ပုံစံတွင်း တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်အားလုံးကို စာအတွင်း ပေးအပ်ခြင်းဖြင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။ တိုင်ကြားချက် ဖောင်ပုံစံ မိတ္တူတစ်စောင် တောင်းဆိုရန် ဖုန်းနံပါတ် (866) 632-9992 ကို ခေါ်ဆိုပါ။ သင်၏ ဖြည့်စွက်ပြီးသား ဖောင်ပုံစံ သို့မဟုတ် စာကို USDA သို့ တင်သွင်းရန်မှာ -

1. **စာတိုက်မှ - Food and Nutrition Service, USDA**
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314 သို့မဟုတ်
2. **ဖက်စ်ဖြင့် - (833) 256-1665** သို့မဟုတ် (202) 690-7442 သို့မဟုတ်
3. **ဖုန်းဖြင့် - (833) 620-1071** သို့မဟုတ်
4. **အီးမေးလ်ဖြင့် - FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov**

SNAP ပြဿနာနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် အခြားအချက်အလက်တစ်ခုခုရရှိရန် လူများအနေဖြင့် USDA SNAP ဟော့တ်လိုင်းနံပါတ် (800) 221-5689 ကို ဆက်သွယ်သင့်ပြီး စပ်ဘာသာစကားဖြင့်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် **ပြည်နယ် အချက်အလက်/ဟော့တ်လိုင်း နံပါတ်များ**ကို ခေါ်ဆိုသင့်ပါသည် (ပြည်နယ်မှ ပေးထားသော ဟော့တ်လိုင်းနံပါတ်များ စာရင်းတစ်ခုရရှိရန် လင့်ခ်ကိုနှိပ်လိုက်ပါ)။ ၎င်းကို အွန်လိုင်း - [SNAP hotline](#) တွင် တွေ့ရှိနိုင်ပါသည်။

HHS အစီအစဉ်များ ပါဝင်သည့် အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်များ

HHS က ကျန်းမာရေးနှင့် ခွင်လန်းရေးကို မြှင့်တင်ရန်ပေးရန် TANF၊ Head Start၊ ဝင်ငွေနှည်းအိမ်များအတွက် စွမ်းအင်အထောက်အကူ အစီအစဉ် (LIHEAP) နှင့် အခြားအရာများ အပါအဝင် အစီအစဉ်များအပြားအတွက် ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အကူ ပေးအပ်ပါသည်။ HHS မှ တိုက်ရိုက်လည်ပတ်သည့် သို့မဟုတ် HHS မှ ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ပေးထားသည့် အစီအစဉ်များ သို့မဟုတ် လှူဒါန်းမှုများအတွင်း သင်၏ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ဇာတိနှင့်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်အရွယ်၊ လိင် (ကိုယ်ဝန်ဆောင်မှု၊ လိင်စိတ် တိမ်းညွတ်မှုနှင့် ကျားမ ခွဲခြားသတ်မှတ်မှု အပါအဝင်) သို့မဟုတ် ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာကြောင့် ခွဲခြားဆက်ဆံခံရသည်ဟု သင်ယုံကြည်ပါက သင်ကိုယ်တိုင်အတွက် သို့မဟုတ် အခြားတစ်ဦးအတွက် အရပ်သားအခွင့်အရေးများရုံး (OCR) သို့ တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။

HHS မှတစ်ဆင့် ပြည်ထောင်စု ငွေကြေးအထောက်အပံ့ ရရှိနေသည့် အစီအစဉ်တစ်ခုနှင့် စပ်လျဉ်းပြီး သင်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦးအတွက် ခွဲခြားဆက်ဆံကြောင်း တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းရန် OCR ၏ တိုင်ကြားရေး ပေါ်တယ်ဖြစ်သည့် <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> မှတစ်ဆင့် အွန်လိုင်း ဖောင်ပုံစံတစ်ခုကို ဖြည့်စွက်ပါ။ သင့်အနေဖြင့် OCR အား အောက်ပါအီးမေးလ်မှတစ်ဆင့်လည်း ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည် - ဗဟို အမှုကိစ္စ စီမံခန့်ခွဲရေး လုပ်ငန်းများ၊ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများဌာန၊ 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; ဖက်စ်ဖြင့် - (202) 619-3818; သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ဖြင့် - OCRmail@hhs.gov။ ပို၍မြန်မြန် ဆက်လက်လုပ်ဆောင်ရန်အတွက် သင့်အနေဖြင့် တိုင်ကြားချက်ကို စာတိုက်မှတစ်ဆင့် တင်သွင်းမည့်အစား OCR အွန်လိုင်း ပေါ်တယ်ကို အသုံးပြု၍ တင်သွင်းရန် ကျွန်ုပ်တို့ တိုက်တွန်းအားပေးပါသည်။ အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းရာ၌ အထောက်အကူလိုအပ်သူများသည် OCR အား OCRMail@hhs.gov တွင် အီးမေးလ်ပို့နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် OCR အဝင်အခမဲ့ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 ကို ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။ နားမကြားသူ၊ နားကြားရခက်ခဲသူ သို့မဟုတ် စကားပြောရာ၌ အခက်အခဲများရှိသူများအတွက် တယ်လီကုန်မြူနီကေးရှင်း တဆင့်ခံဝန်ဆောင်မှုများ အသုံးပြုရန် ကျေးဇူးပြု၍ 7-1-1 ကိုခေါ်ဆိုပါ။ တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းရန် ကျွန်ုပ်တို့သည် အခြား ဖောမက်ပုံစံများ (ဥပမာ - မျက်မမြင်သုံး ဘရေးလား (Braille) နှင့် စာလုံးကြီးကြီး)၊ အရန် အကူအညီများနှင့် ဘာသာစကား အထောက်အကူ ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ပေးအပ်ပါသည်။

ဤအဖွဲ့အစည်းသည် သာတူညီမျှ အခွင့်အလမ်း ပေးအပ်သူဖြစ်ပါသည်။ လူသားရေးရာ ရင်းမြစ်များဌာန (DHS) အောက်တွင် သင်၏ ဒေသန္တရ DFCS ရုံး သို့မဟုတ် 2 Peachtree St NW, 29th Floor, Atlanta, GA, 30303, (877) 423-4746ရှိ DFCS အရပ်သားအခွင့်အရေးရုံး၊ ADA/ဆက်ရှင် 504 ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးမှူးအား ဆက်သွယ်၍လည်း အခြား ခွဲခြားဆက်ဆံမှုများအတွက် တိုင်ကြားချက်ကို တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ အင်္ဂလိပ်စကားပြော သွက်လက်မှု အကန့်အသတ်ရှိခြင်းအပေါ် အခြေပြု၍ ခွဲခြားဆက်ဆံကြောင်း စွပ်စွဲတိုင်ကြားမှုများအတွက် 2 Peachtree St NW, 29th Floor, Atlanta, GA, 30303 ရှိ DHS အင်္ဂလိပ်စကားပြော သွက်လက်မှု အကန့်အသတ်ရှိခြင်းနှင့် အာရုံခံအစိတ်အပိုင်း ချွတ်ယွင်းမှုဆိုင်ရာအစီအစဉ်အား ဆက်သွယ်ပါ သို့မဟုတ် (877) 423-4746ကို ခေါ်ဆိုပေးပါ။

လျှောက်လွှာကို USDA သို့မဟုတ် HHS သို့ မပို့ပါနှင့်