

دپارتمان خدمات انسانی جورجیا  
فرم تمدید کوپن غذا (SNAP)/میدکید/TANF

اگر برای خواندن یا تکمیل این سند به کمک نیاز دارید یا برای برقراری ارتباط با ما به کمک نیاز دارید، از ما بپرسید یا با 423-4746 (877) تماس بگیرید. خدمات ما، از جمله مترجم، رایگان است. اگر ناشنوا، کم شنوا، ناشنوا و نابینا هستید یا در صحبت کردن مشکل دارید، می توانید با شماره گیری 711 (رله گرجستان) با شماره فوق تماس بگیرید.

فقط برای استفاده در دفتر: تاریخ اخذ شده _____ شناسه مشتری # _____ تاریخ شروع _____
برنامه ها آغاز شده: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> کوپن غذا (SNAP) میدکید

اگر برای دریافت تمیر غذا (SNAP) درخواست مجدد می دهید یا مزایای TANF یا مید یکد خود را تمدید می کنید، می توانید این فرم تمدید/درخواست را فقط با نام، آدرس و امضای خود ثبت کنید. با این حال، به ما کمک می کند تا درخواست شما، صدور گواهینامه مجدد / تمدید را سریعتر پردازش کنیم اگر کل فرم را تکمیل کنید و در صورت درخواست، تأیید صحت اطلاعات را ارائه دهید. می توانید از این فرم برای ارسال یک تمدید/برنامه مشترک برای برنامه کوپن غذا (SNAP) /مید کید و/یا TANF استفاده کنید. یا فقط برای برنامه کوپن غذا (SNAP). تمدید کوپن غذا (SNAP) شما صرفاً به این دلیل خاتمه نمی یابد که تمدید / درخواست شما برای برنامه دیگری رد یا خاتمه یافته است. ما برای تمدید کوپن غذا (SNAP) شما واجد شرایط بودن را جداگانه تعیین خواهیم کرد.

**لطفاً نام و آدرس فردی را که مجدداً برای مزایای درخواست می کند در فضای زیر چاپ کنید:**

مشتری نام:	تاریخ پیدایش:	شماره تامین اجتماعی: (اختیاری برای غیر متقاضیان*)
*وضعیت مهاجرت شهروندی و شماره تامین اجتماعی را در زیر ببینید.		
آدرس خیابان:		
آدرس پستی:		
شماره تلفن اصلی:	شماره تماس دیگر:	
ارتباطات الکترونیکی: پست الکترونیک: بله _____ یا خیر _____ (اختیاری) ارسال پیامک: بله _____ یا خیر _____ (اختیاری)	آدرس ایمیل: (اختیاری)	
زبان مورد نظر شما چیست؟	در صورت نیاز به مصاحبه، آیا به مترجم نیاز دارید؟ بله _____ یا نه _____	

**قانون آمریکایی های دارای معلولیت: درخواست برای اصلاح منطقی و کمک ارتباطی (در صورت وجود):**

آیا معلولیتی دارید که نیاز به اصلاح معقول یا کمک ارتباطی داشته باشد؟ بله \_\_\_\_\_ (اگر بله،)

**لطفاً اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی مورد درخواست خود را شرح دهید:**

مترجم زبان اشاره: \_\_\_\_\_ TTY: \_\_\_\_\_؛ چاپ بزرگ: \_\_\_\_\_؛ ارتباطات الکترونیکی (ایمیل): \_\_\_\_\_؛ الفباء نابینایان: \_\_\_\_\_؛ رله ویدئو: \_\_\_\_\_؛ مترجم گفتار نشانه دار: \_\_\_\_\_؛ مترجم شفاهی: \_\_\_\_\_؛ مترجم لمسی: \_\_\_\_\_؛ یادآوری تماس تلفنی مهلت های برنامه: \_\_\_\_\_؛ امضای تلفنی (در صورت وجود): \_\_\_\_\_؛ مصاحبه حضوری (بازدید از منزل): \_\_\_\_\_؛ دیگر: \_\_\_\_\_

آیا یک بار به این اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی نیاز دارید؟ \_\_\_\_\_ یا در حال انجام \_\_\_\_\_؟ در صورت امکان، به طور خلاصه توضیح دهید که چه زمانی و چه مدت به این اصلاح یا کمک نیاز دارید؟

من طبق جرمه شهادت دروغ با بهترین دانش و اعتقاد اعلام می‌کنم که شخص یا افرادی که برای آنها درخواست مزایا می‌کنم، شهروند (شهروندان) ایالات متحده هستند یا غیر شهروند (ها) به طور قانونی در ایالات متحده حضور دارند. من همچنین گواهی می‌دهم که تمام اطلاعات ارائه شده در این برنامه تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است. می‌دانم و موافقم که DHS-DFCS، DCH و آژانس‌های فدرال مجاز ممکن است اطلاعاتی را که من در این برنامه ارائه می‌دهم تأیید کنند. اطلاعات ممکن است از کارفرمایان گذشته یا فعلی بدست آید. می‌دانم که از اطلاعات من برای ردیابی اطلاعات دستمزد و مشارکت من در فعالیت‌های کاری استفاده می‌شود.

من هر گونه تغییر در وضعیت خود را با توجه به الزامات برنامه کوپن غذا (SNAP) و/یا TANF گزارش خواهم کرد. همچنین اگر کسی در خانواده من برنده بخت آزمایی یا قمار دریافت کند، مبلغ ناخالص \$4250 یا بیشتر (قبل از کسر مالیات یا سایر مبالغ) را گزارش خواهم کرد. من این برنده‌ها را ظرف 10 روز از پایان ماهی که خانواده‌ام برنده‌ها را دریافت می‌کنند، گزارش خواهم کرد. من می‌دانم که اگر اطلاعات نادرست باشد، ممکن است مزایای من کاهش یا رد شود، و ممکن است تحت تعقیب کیفری قرار بگیرم یا به دلیل ارائه آگاهانه اطلاعات نادرست از برنامه‌های DHS-DFCS محروم شده‌اند. من می‌دانم که در صورت ارائه اطلاعات نادرست یا مخفی کردن اطلاعات، می‌توانم تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم. می‌دانم که اگر نتوانم در طول درخواست یا فرآیند تمدید برخی از هزینه‌هایم را به DHS-DFCS بگویم و/یا آنها را تأیید نکنم، DHS-DFCS این هزینه را برای محاسبه میزان مزایای کوپن غذا (SNAP) من بوجه نخواهد داد.

دپارتمان خدمات انسانی جورجیا ("DHS") اطلاعات شناسایی شخصی (PII) مانند نام، آدرس، شماره تلفن، آدرس ایمیل، و تاریخ تولد و غیره را در طول درخواست شما برای مزایا جمع‌آوری می‌کند. با ارسال هرگونه اطلاعات شخصی به ما، موافقت می‌کنید که ما می‌توانیم چنین اطلاعات شخصی را مطابق با خط‌مشی‌ها، رویه‌های DHS و طبق قانون و/یا مقررات مجاز یا مورد نیاز جمع‌آوری، استفاده و افشا کنیم.

امضا:

تاریخ

امضای شاهد در صورت امضای «X»

تاریخ

### واجد شرایط بودن خطوط اکسپرس:

واجد شرایط بودن خط اکسپرس (ELE) یک فرآیند خودکار برای ثبت نام یا تمدید کودکان واجد شرایط زیر 19 سال است که برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP) را یا کمک موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF) در برنامه کمک‌های پزشکی دریافت می‌کنند. اگر فرزندان شما واجد شرایط SNAP یا TANF باشند، بخش خدمات خانواده و کودکان (DFCS) از اطلاعات اندازه خانوار، محل سکونت و درآمد از SNAP یا TANF استفاده خواهد کرد، اما DFCS وضعیت شهروندی یا مهاجرت را با استفاده از قوانین کمک پزشکی تأیید می‌کند تا تصمیم ELE برای ثبت نام یا تمدید کودکان در مید کید یا PeachCare برای کودکان® بگیرد. اگر فرزندان شما واجد شرایط PeachCare برای کودکان® باشند، ممکن است مشمول یک حق بیمه شوند. DFCS برای شما یک اخطار تعیین‌کننده ارسال می‌کند، به شما اجازه می‌دهد هر گونه تغییری را اعمال کنید و به شما اجازه می‌دهد هر زمان که خواستید انصراف دهید.

آیا موافقت می‌کنید که DFCS از اطلاعات شما از SNAP یا TANF برای تصمیم‌گیری ELE برای ثبت نام یا تمدید فرزندان شما در مید کید یا PeachCare برای کودکان® استفاده کند؟

بله  خیر

## نماینده مجاز:

این بخش را فقط در صورتی تکمیل کنید که می خواهید شخص یا سازمانی درخواست/تجدید شما را پر کند، مصاحبه خود را برای کوپن غذا (SNAP) یا TANF تکمیل کنید، و/یا از کارت EBT کوپن غذا (SNAP) خود برای خرید غذا در زمانی که نمی توانید به فروشگاه بروید استفاده کنید. لطفاً هر نوع برنامه ای را که می خواهید به عنوان نماینده مجاز تعیین کنید بررسی کنید. لطفاً بررسی کنید که می خواهید شخص یا سازمان چه وظایفی داشته باشد. اگر برای مید کید درخواست می دهید، می توانید بیش از یک نفر را برای درخواست کمک پزشکی از طرف شما انتخاب کنید.

نماینده مجاز 1 انواع برنامه: کوپن غذا TANF □ (SNAP) □ کمک پزشکی □  
نماینده مجاز 1 وظایف: درخواست را از طرف متقاضی امضا کنید □ تکمیل و ارسال فرم تمدید □ دریافت کپی از اطلاعاتی ها و سایر ارتباطات □ از طرف متقاضی در سایر موارد اقدام کنید □ دریافت کارت مزایای (EPPIC) TANF □

نام شخص 1: \_\_\_\_\_  
نام سازمان 1 (در صورت وجود): \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_  
آدرس: \_\_\_\_\_ آپارتمان: \_\_\_\_\_  
شهر: \_\_\_\_\_ کشور: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_  
ارتباطات الکترونیکی: پست الکترونیک: بله \_\_\_ خیر \_\_\_ (اختیاری) ارسال پیامک: بله \_\_\_ خیر \_\_\_ (اختیاری)  
آدرس ایمیل (اختیاری) \_\_\_\_\_  
زبان ترجیحی: \_\_\_\_\_ آیا مترجم نیاز است؟ آره یا نه \_\_\_

نماینده مجاز 2 نوع برنامه: کوپن غذا TANF □ (SNAP) □ کمک پزشکی □  
نماینده مجاز 2 وظایف: درخواست را از طرف متقاضی امضا کنید □ تکمیل و ارسال فرم تمدید □ دریافت کپی از اطلاعاتی ها و سایر ارتباطات □ از طرف متقاضی در سایر موارد اقدام کنید □ دریافت کارت مزایای (EPPIC) TANF □

نام شخص 2: \_\_\_\_\_  
نام سازمان 2 (در صورت وجود): \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_  
آدرس: \_\_\_\_\_ آپارتمان: \_\_\_\_\_  
شهر: \_\_\_\_\_ کشور: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_  
ارتباطات الکترونیکی: پست الکترونیک: بله \_\_\_ خیر \_\_\_ (اختیاری) ارسال پیامک: بله \_\_\_ خیر \_\_\_ (اختیاری)  
آدرس ایمیل (اختیاری) \_\_\_\_\_  
زبان ترجیحی: \_\_\_\_\_ آیا مترجم نیاز است؟ بله \_\_\_ یا نه \_\_\_

## قانون آمریکایی های دارای معلولیت: درخواست برای اصلاح معقول و کمک ارتباطی برای نمایندگان مجاز (در صورت وجود):

آیا نماینده مجاز دارای معلولیتی است که نیاز به تغییر معقول یا کمک ارتباطی داشته باشد؟ بله \_\_\_ خیر \_\_\_ (اگر بله، لطفاً اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی مورد درخواست خود را شرح دهید):

مترجم زبان اشاره: \_\_\_ TTY: \_\_\_ چاپ بزرگ: \_\_\_ ؛ ارتباطات الکترونیکی (ایمیل): \_\_\_ ؛ القباء نابینایان: \_\_\_ ؛ رله ویدئو: \_\_\_ ؛  
مترجم گفتار نشانه دار: \_\_\_ ؛ مترجم شفاهی: \_\_\_ ؛ مترجم لمسی: \_\_\_ ؛ یادآوری تماس تلفنی مهلت های برنامه: \_\_\_ ؛ امضای  
تلفنی (در صورت وجود) \_\_\_ ؛ مصاحبه حضوری (بازدید از منزل) \_\_\_ ؛ دیگر: \_\_\_

آیا نماینده مجاز به این اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی نیاز دارد؟  
سر وقت \_\_\_ یا در حال انجام \_\_\_ در صورت امکان، به طور خلاصه توضیح دهید که چه زمانی و چه مدت به این اصلاح یا کمک نیاز دارید؟ \_\_\_\_\_

## فقط برای مید کید:

آیا انتظار دارید سال آینده یک اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال ارائه کنید؟ (حتی اگر اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال را ارسال نکنید، همچنان می توانید برای بیمه درمانی اقدام کنید.)

□ بله □ خیر اگر بله، لطفاً به سوالات a، b و c پاسخ دهید. اگر خیر، لطفاً به سوال ج پاسخ دهید.

- a. آیا به طور مشترک با همسر خود پرونده تشکیل می دهید؟ □ بله □ خیر اگر بله، نام همسر: \_\_\_\_\_  
b. آیا در اظهارنامه مالیاتی خود از افراد تحت تکفل خود مطالبه خواهید کرد؟ □ بله □ خیر  
اگر بله، نام(های) وابستگان را فهرست کنید: \_\_\_\_\_  
c. آیا کسی به عنوان مالیات وابسته به اظهارنامه شخص دیگری مطالبه می شود؟ □ بله □ خیر  
اگر بله، نام پرونده مالیاتی و مالیات را ذکر کنید افراد تحت تکفل: \_\_\_\_\_  
وابستگی مالیاتی چگونه با پرونده مالیاتی مرتبط است؟ \_\_\_\_\_

**خدمات اطلاع رسانی جامعه:**

برای اطلاعات بیشتر در مورد سایر خدمات DHS، لطفاً از وب سایت ما به آدرس [www.dfcs.georgia.gov](http://www.dfcs.georgia.gov) دیدن کنید یا با شماره 423-4746 (877) تماس بگیرید.

لطفاً به همه سوالات پاسخ دهید و در صورت درخواست، مدرکی دال بر درآمد و هرگونه هزینه ارائه دهید.

**وضعیت مهاجرت شهروندی و شماره های امنیت اجتماعی:**

لطفاً نمودار زیر را در مورد متقاضی و همه اعضای خانواده پر کنید. قوانین و مقررات فدرال زیر: قانون غذا و تغذیه سال

**2008, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 435.910, 42 C.F.R. § 435.920 و 205.52**

DFCS اجازه دهید از شما و اعضای خانواده شما شماره(های) تامین اجتماعی درخواست کند. هر کسی که در خانه شما زندگی می کند و برای مزایا درخواست نمی کند، ممکن است به عنوان یک غیر متقاضی تلقی شود. افراد غیرمتقاضی مجبور نیستند اطلاعاتی درباره شماره تامین اجتماعی، تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود به ما بدهند و واجد شرایط دریافت مزایا نیستند. اگر سایر اعضای خانواده واجد شرایط باشند، ممکن است همچنان بتوانند از مزایا بهره مند شوند. اگر می خواهید تصمیم بگیرید که آیا اعضای خانواده واجد شرایط دریافت مزایا هستند یا خیر، همچنان باید وضعیت شهروندی یا مهاجرت آنها را به ما بگویید و شماره تامین اجتماعی (SSN) آنها را به ما بدهید. برای تعیین صلاحیت و سطح مزایای خانوار، همچنان باید در مورد درآمد و منابع آنها به ما بگویید. ما هیچ یک از اعضای خانواده غیر متقاضی را به سیستم تأیید اعتبار سیستماتیک بیگانگان برای حقوق (حفظ) خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده (USCIS) گزارش نمی کنیم. اگر آنها تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود را به ما ندهند. با این حال، اگر اطلاعات وضعیت مهاجرت در درخواست شما ارسال شده باشد، این اطلاعات ممکن است از طریق سیستم SAVE تأیید شود و بر واجد شرایط بودن و سطح مزایای خانواده تأثیر بگذارد. ما اطلاعات شما را با سایر سازمان های فدرال، ایالتی و محلی تطبیق می دهیم تا درآمد و واجد شرایط بودن شما را تأیید کنیم. این اطلاعات همچنین ممکن است به مقامات مجری قانون داده شود تا از آنها برای دستگیری افرادی که از قانون فرار می کنند استفاده کنند. اگر خانوار شما ادعای تمبر غذا (SNAP) داشته باشد، اطلاعات مربوط به این برنامه، از جمله SSN، ممکن است در اختیار آژانس های فدرال و ایالتی و آژانس های جمع آوری مطالبات خصوصی قرار گیرد تا از آنها در جمع آوری ادعا استفاده کنند. ما مزایا را برای اعضای خانواده متقاضی انکار نخواهیم کرد زیرا سایر اعضای خانواده از ارائه SSN، شهروندی یا وضعیت مهاجرت خود کوتاهی می کنند. اگر فقط برای خدمات فوریت های پزشکی درخواست می دهید، مجبور نیستید SSN یا اطلاعاتی در مورد وضعیت مهاجرت خود ارائه دهید.

نام کوچک	M I	نام خانوادگی	نژاد اسپانیایی یا لاتین تبار؟ (اختیاری)	مسابقه (اختیاری)	جنسیت مرد/زن	تاریخ تولد قالب (ماه/روز/سال)	رابطه با شما	شماره تامین اجتماعی (اختیاری برای غیر متقاضیان) (Y/N)	آیا شما شهروند ایالات متحده هستید، ایالات متحده مهاجر ملی، واجد شرایط یا در وضعیت مهاجرت (فقط متقاضیان) (Y/N)	آیا مادر این است؟ (Y/N)	آیا پدر این است؟ (Y/N)	آیا میباید می خواهید؟ (Y/N)
			Y/N				خود		Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
			Y/N						Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
			Y/N						Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
			Y/N						Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
			Y/N						Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
			Y/N						Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
			Y/N						Y/N	Y/N	Y/N	Y/N

کدهای مسابقه (همه موارد مورد نظر را انتخاب کنید):

BL - سیاه پوست یا آفریقایی آمریکایی

AS - آسیایی

WH - سفید

هوش مصنوعی - سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا

HP - بومی هاوایی یا سایر جزایر اقیانوس آرام

با ارائه اطلاعات نژاد/قومیت، به ما در اجرای برنامه های مان به شیوه ای بدون تبعیض کمک می کنید. خانواده شما ملزم به ارائه این اطلاعات به ما نیست و بر واجد شرایط بودن یا سطح مزایای شما تأثیری نخواهد داشت. اما در صورت عدم ارائه این اطلاعات، شناسایی بصری نژاد و قومیت در اولین مصاحبه حضوری انجام می شود.

اگر شما یا سایر متقاضیان خانواده یک شهروند تابعیت یا یک بیگانه/مهاجر واجد شرایط هستید، نمودار زیر را کامل کنید:  
(لطفاً در صورت نیاز صفحات اضافی اضافه کنید)

نام اولین ابتدایی میان آخر	نوع سند مهاجرت	شماره شناسه بیگانه/گواهی/سند	آیا از سال 1996 در ایالات متحده زندگی می کنید؟	تاریخ طبیعی شدن/تاریخ ورود یا پذیرش در ایالات متحده. (در صورت امکان) قالب (ماه/روز/سال)	آیا شما یا همسر یا والدینتان کهنه سرباز یا یکی از اعضای فعال ارتش ایالات متحده هستید؟
			(Y/N)		(Y/N)

فقط برای مید کید:

آیا کسی در خانواده شما در سن 18 سالگی در فاستر کر بود؟  بله  خیر  
اگر وابستگان مالیاتی دارید که با شما در خانه زندگی نمی کنند، لطفاً در زیر فهرست کنید.

نام: \_\_\_\_\_ شماره تامین اجتماعی \_\_\_\_\_ جنسیت: M F (لطفاً یک دایره بزنید)  
تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ تابعیت: \_\_\_\_\_  
ارتباط با شما: \_\_\_\_\_ (لطفاً صفحات اضافی در صورت نیاز اضافه کنید)

درباره متقاضی و همه اعضای خانواده به ما بگویید

ما به اطلاعات بیشتری در مورد متقاضی و همه اعضای خانواده نیاز داریم تا تصمیم بگیریم چه کسانی واجد شرایط دریافت مزایا هستند. لطفاً فقط به سوالات مربوط به مزایایی که می خواهید در صفحه زیر دریافت کنید پاسخ دهید.

1. آیا کسی در استان یا ایالت دیگری مزایایی دریافت کرده است؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP) و (TANF)  بله  خیر

اگر بلی:

چه کسی؟

\_\_\_\_\_

کجا:

\_\_\_\_\_

چه وقت:

\_\_\_\_\_

2. آیا کسی به دلیل ارائه اطلاعات نادرست در مورد محل زندگی خود و چه کسی برای دریافت مزایای FS متعدد در بیش از یک منطقه پس از 22/8/1996 محکوم شده است؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP))  بله  خیر

اگر بلی:

چه کسی؟

\_\_\_\_\_

کجا:

\_\_\_\_\_

چه وقت:

\_\_\_\_\_

3. آیا کسی در خانواده شما داوطلبانه کار خود را ترک کرده یا به طور داوطلبانه ساعات کار خود را به کمتر از 30 ساعت در هفته ظرف 30 روز از تاریخ درخواست کاهش داده است؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP) و (TANF)  بله  خیر

اگر بله، چه کسی استعفا داد؟

\_\_\_\_\_

چرا او دست از کار کشید؟

\_\_\_\_\_

4. آیا کسی باردار است؟ (این سوال برای متقاضیان کوپن های غذا (SNAP) صدق نمی کند)  بله  خیر

اگر بله، تاریخ سررسید تخمینی چقدر است؟ \_\_\_\_\_؛ و چند نوزاد انتظار می رود؟ \_\_\_\_\_

اگر نه، آیا کسی در خانواده زایمان کرده یا در 12 ماه گذشته بارداری خاتمه یافته است؟  بله  خیر

اگر بله، تاریخ تحویل/خاتمه چه زمانی بوده است؟ \_\_\_\_\_؛ و چند نوزاد به دنیا آمدند/انتظار داشتند؟ \_\_\_\_\_

نام زن باردار: \_\_\_\_\_ نام پدر نوزاد متولد نشده: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ آدرس پدر: \_\_\_\_\_

5. برای متقاضیان مید کید، آیا کسی صورت حساب پزشکی پرداخت نشده در 3 ماه گذشته دارد؟  بله  خیر  
اگر بله، لطفاً صورت حساب های پرداخت نشده را در صورتی که مورد مید کید دارید ارسال کنید.

6. آیا کسی از برنامه کوپن غذا (SNAP) یا TANF رد صلاحیت شده است؟ (فقط برای کوپن غذا (SNAP) و TANF)  بله  خیر

اگر بلی:

چه کسی؟

کجا:

7. آیا کسی برای یک جنایت به یک پیگرد قانونی یا زندان باطل فرار می کند؟ (فقط برای کوپن غذا (SNAP) و TANF)  بله  خیر اگر بله، چه کسی:

8. آیا کسی شرایط آزادی مشروط یا مشروط را نقض می کند؟ (فقط برای کوپن غذا (SNAP) و TANF)  بله  خیر  
اگر بله، چه کسی:

9. آیا کسی به دلیل رفتار مربوط به داشتن، استفاده یا توزیع یک ماده مخدر کنترل شده (مثلاً جنایتکار مواد مخدر) پس از 22/8/1996 (فقط برای کوپن های غذا (SNAP) و TANF) یا یک جنایت خشونت آمیز محکوم به جرم شده است. فقط برای TANF؟  بله  خیر

اگر بله:

چه کسی؟

چه وقت:

a. آیا شما با شرایط مشروط مربوط به هر مجازاتی که در نتیجه محکومیت به جرم مواد مخدر دریافت شده است، رعایت می کنید؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP))  بله  خیر

b. آیا شما با شرایط آزادی مشروط مربوط به هر حکمی که در نتیجه محکومیت به جرم مواد مخدر دریافت شده است، رعایت می کنید؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP))  بله  خیر

c. آیا تمام شرایط مشروط یا آزادی مشروط مربوط به محکومیت مربوط به مواد مخدر را با موفقیت به پایان رسانده اید؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP))  بله  خیر

10. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده به دلیل تجارت مزایای کوپن غذا (SNAP) برای دارو پس از 22/8/1996 محکوم شده اید؟ (فقط برای کوپن غذا (SNAP))  بله  نخیر

اگر بلی:

چه کسی:

چه وقت:

11. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده به خرید یا فروش مزایای کوپن غذا (SNAP) بیش از \$500 پس از 22/8/1996 محکوم شده اید؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP))  بله  خیر

اگر بلی:

چه کسی؟

چه وقت:

12. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده پس از تاریخ 22/8/1996 به دلیل معامله مزایای کوپن غذا (SNAP) برای اسلحه، مهمات یا مواد منفجره محکوم شده اید؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP))  بله  خیر

اگر بلی:

چه کسی؟

چه وقت:

13. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده تان به عنوان یک بزرگسال به دلیل تشدید سوء استفاده جنسی، قتل، بهره کشی جنسی، و سایر سوء استفاده از کودکان، یک جرم فدرال یا ایالتی شامل تجاوز جنسی، یا جرمی تحت قانون ایالتی که توسط دادستان کل تعیین شده است، محکوم شده اید. پس از 7/2/2014 به طور قابل ملاحظه ای مشابه چنین جرمی باشد؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP))  بله  خیر

اگر بله:

چه کسی؟ \_\_\_\_\_

چه وقت: \_\_\_\_\_

a. آیا شما با شرایط مشروط مربوط به هر نوع مجازاتی که در نتیجه محکومیت به جرم دریافت شده است، رعایت می کنید؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP))  بله  خیر

b. آیا شما با شرایط آزادی مشروط مربوط به هر حکمی که در نتیجه محکومیت جنایی دریافت شده است، رعایت می کنید؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP))  بله  خیر

c. آیا تمام شرایط مشروط یا آزادی مشروط مربوط به محکومیت های مرتبط با جنایت را با موفقیت به پایان رسانده اید؟ (فقط برای کوپن های غذا (SNAP))  بله  خیر

14. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده برنده های بخت آزمایی یا قمار را دریافت کرده اید؟  بله  خیر

اگر بله:

چه کسی؟ \_\_\_\_\_

زمان: \_\_\_\_\_

مبلغ دریافتی: \_\_\_\_\_

15. آیا کسی از وجوه TANF یا کارت EPPIC در مؤسسات زیر، مشروبفروشی ها، کازینوها، اتاق های پوکر، کسب و کار سرگرمی بزرگسالان، وثیقه ها، کلوپ های شبانه، سالن ها/میخانه ها، سالن های بینگو، مسیرهای مسابقه، فروشگاه های اسلحه/مهمات، کشتی های کروز استفاده کرده است. روانخوان ها، مغازه های سیگار، مغازه های خالکوبی/سوراخ کردن، و سالن های اسپا/ماساژ؟ (فقط برای TANF)  بله  خیر

اگر بله:

چه کسی؟ \_\_\_\_\_

چه وقت: \_\_\_\_\_

16. آیا کسی که متقاضی دریافت مزایا است در حال حاضر نفقه دریافت می کند؟  بله  خیر  خیر

اگر بله:

چه کسی؟ \_\_\_\_\_

مبلغ دریافتی ماهانه: \_\_\_\_\_

تاریخ نهایی شدن یا آخرین اصلاح قرارداد نفقه: \_\_\_\_\_

### فقط برای کوپن غذا (SNAP) و TANF:

دانش آموزان در مقاطع آموزش عالی: آیا کسی در خانواده شما حداقل به صورت نیمه وقت در کالج، دانشگاه، مدرسه فنی و حرفه ای ثبت نام کرده است؟  بله  خیر

اگر بله، چه کسی: \_\_\_\_\_

نام مدرسه: \_\_\_\_\_

درجه/وضعیت تاریخ فارغ التحصیلی: \_\_\_\_\_

آیا دانشجو شاغل است؟  بله  خیر در مطالعه کاری ثبت نام کرده اید؟  بله  خیر

خیر

اگر بله، ساعات کار در هفته \_\_\_\_\_ (لطفا بخش استخدام زیر را نیز تکمیل کنید.)

### فقط برای کوپن غذا (SNAP):

آیا کسی 60 ساله یا بالاتر یا معلول هزینه های پزشکی دارد؟  بله  خیر

آیا هزینه های پزشکی شما مانند حق بیمه مدیکر، هزینه داروهای تجویزی یا صورتحساب های بیمارستان تغییر کرده است؟  بله  خیر

اگر بله، هزینه ها را در نمودار زیر فهرست کنید. صورتحساب ها، داروهای نسخه ای را برای ماه (های اخیر) پیوست کنید.

صورتحساب عضو خانوار	نوع هزینه (پزشک، بیمارستان، نسخه)	مبلغ قرض دار است	تاریخ بل	آیا بیمه پرداخت خواهد کرد؟ بلی/خیر

آیا کسی 60 سال به بالا یا معلول هزینه های درمانی برای حمل و نقل دارد؟  بله  خیر  
**اگر بله، لطفا اطلاعات زیر را ارائه دهید. اگر مید کنید دریافت می کنید، مدارک زیر را ارائه دهید:**

هدف از سفر (ویزیت پزشک یا بیمارستان، تحویل داروخانه)	مجموع مایل های طی شده:	هزینه تاکسی، اتوبوس، پارکینگ یا اقامت:
--	------------------------	--

آیا شخص دیگری هیچ یک از این هزینه های پزشکی را برای شما پرداخت می کند؟  بله  خیر  
**اگر بله، لطفا اطلاعات زیر را ارائه دهید:**

کدام هزینه پرداخت می شود؟	چه کسی بل را پرداخت می کند؟
این شخص قبوض را به چه کسی پرداخت می کند؟	درس:

### فقط برای مید کید:

#### سایر پوشش های بهداشتی

آیا کسی در حال حاضر در بیمه سلامت از زیر ثبت نام کرده است؟

- مدیکید دیپارتمان خدمات انسانی جورجیا
- برنامه های مراقبت های بهداشتی VA  TRICARE (بررسی نکنید که آیا مراقبت مستقیم با خط وظیفه دارید)
- بیمه کارفرما: نام بیمه \_\_\_\_\_ شماره خط مشی \_\_\_\_\_
- دیگر: نام بیمه \_\_\_\_\_ شماره خط مشی \_\_\_\_\_

آیا بیمه درمانی دیگری به جز مید کید دارید؟  بله  خیر  
 اگر بله، یک کپی از کارت بیمه خود را برای ما ارسال کنید.

### منابع:

(برای MAGI مید کید لازم نیست): آیا کسی در خانواده شما یکی از منابع زیر را دارد؟

بله  خیر (اگر بله اطلاعات زیر را ارائه دهید. اگر مید کید سالخورده، نابینا یا معلول دریافت می کنید (غیر از برنامه های پس انداز مدیکر مانند QMB، SLMB یا 1-QI فقط) مدرک ارائه دهید.

نوع منبع	مالک	شماره حساب/خط مشی (اگر شماره حساب/خط مشی شما با SSN شما)	ارزش	نام بانک، شرکت بیمه و غیره
پول نقد				
چک کردن / پس انداز				
اتحادیه اعتباری				
سنوات				
سهام یا اوراق قرضه				
صندوق امانات				
حساب بازنشستگی (فقط برای مید کید/TANF غیر)				



				وسایل نقلیه (فقط برای مید کید/TANF غیر CD's/سنوات (فقط برای مید کید/TANF غیر برنامه های تدفین پیش پرداخت شده قطعه قبرستان (فقط برای مید کید/TANF غیر صندوق های اعتماد (فقط برای مید کید/TANF غیر املاک غیر خانگی (فقط برای مید کید/TANF غیر خانه محل املاک (فقط برای مید کید/TANF غیر بیمه عمر (فقط برای مید کید/TANF غیر دیگر
--	--	--	--	--

**فقط برای سالمندان، نابینا یا معلولان مید کید:**

آیا در 60 ماه گذشته شما، همسران یا شخصی که برایش درخواست داده اید، منبعی را فروخته، معامله کرده یا به شما داده اید.  بله  خیر

اگر بله، چه؟ \_\_\_\_\_  
چه وقت؟ \_\_\_\_\_

**برای کوپن های غذا (SNAP)، TANF، و مید کید:**

استخدام: آیا کسی در خانه شما کار می کند؟  بله  خیر

اگر پاسخ مثبت است، اطلاعات مربوط به دستمزد فرد شاغل از محل کار مانند دستمزد، پاداش و انعام را فهرست کنید و مدرکی مبنی بر تمام درآمد ناخالص دریافتی در 4 هفته گذشته را پیوست کنید.

TIPS	پاداش پرداخت	تاریخ پرداخت	چند بار پرداخت می شود	ساعت در هفته	پرداخت در هر ساعت	کارفرما	شخص در حال کار

**فقط برای مید کید:**

**هزینه های قبل از مالیات:**

بیمه درمانی \$ \_\_\_\_\_ هر چند وقت یکبار؟  بیمه ویزن \$ \_\_\_\_\_ هر چند وقت یکبار؟

• بیمه دندان پزشکی \$ \_\_\_\_\_ هر چند وقت یکبار؟ سایر کسرها \$ \_\_\_\_\_ هر چند وقت یکبار؟ نوع: \_\_\_\_\_

سایر کسرها \$ \_\_\_\_\_ هر چند وقت یکبار؟ نوع: \_\_\_\_\_ سایر کسرها \$ \_\_\_\_\_ هر چند وقت یکبار؟ نوع: \_\_\_\_\_

سایر کسرها \$ \_\_\_\_\_ هر چند وقت یکبار؟ نوع: \_\_\_\_\_  
• بیشتر؟ لطفاً روی یک برگه جداگانه ضمیمه کنید.

هزینه های قبل از مالیات کسرهایی هستند که قبل از اعمال مالیات از درآمد شما خارج می شوند. همه کسورات قبل از مالیات نیستند.

**کسر اظهارنامه مالیاتی:**

همه موارد مربوطه را بررسی کنید و مقدار و تعداد دفعات پرداخت آن را بفرمایید.

توجه داشته باشید: شما نباید هزینه ای را که قبلاً در نظر گرفته اید در پاسخ خود به خوداشتغالی لحاظ کنید.

▪ نفقه پرداخت شده \$ \_\_\_\_\_ چند وقت؟ \_\_\_\_\_ ▪ سود قرض دانشجویی \$ \_\_\_\_\_ چند وقت؟ \_\_\_\_\_  
 سایر کسرها \$ \_\_\_\_\_ هر چند وقت یکبار؟ \_\_\_\_\_ نوع: \_\_\_\_\_ سایر کسرها \$ \_\_\_\_\_ هر چند وقت یکبار؟ \_\_\_\_\_ نوع: \_\_\_\_\_

**برای کوپن های غذا (SNAP)، TANF، و مید کید:**

آیا کسی کار را متوقف کرده است؟  بله  خیر اگر بله، موارد زیر را تکمیل و مدرک ارائه کنید:

چه شغلی متوقف شد؟	نام یکی از اعضای خانواده که کار را متوقف کرده است:
محل استخدام:	
تاریخ توقف پرداخت:	تاریخ بررسی نهایی:
	مبلغ پرداخت نهایی (ناخالص):

کسی شروع به کار کرده؟  بله  خیر اگر بله، موارد زیر را تکمیل و مدرک ارائه کنید:

نام فردی که شروع به کار کرد:	تاریخ شروع:	شماره تلفن:
نام کارفرما/کسب و کار:	نرخ پرداخت:	تاریخ اولین چک دریافت/دریافت خواهد شد:
چند بار پرداخت شده (لطفاً یکی را بررسی کنید):	▪ دو بار در ماه	▪ ماهانه
<input type="checkbox"/> هفتگی	▪ دو هفته یکبار	▪ دیگر

**خوداشتغالی:**

آیا کسی خوداشتغال است:  بله  خیر (اگر بله، چه کسی؟) \_\_\_\_\_

لطفاً از طریق پرونده‌های مالیاتی، سوابق تجاری، رسیده‌ها، صورت‌حساب‌ها یا صورت‌حساب‌های مشتریان یک کسب‌وکار تأسیس شده، مدرکی دال بر درآمد خوداشتغالی ارائه دهید.

آیا این تجارت ثبت شده است؟  بله  خیر

آیا این فرد هزینه‌های خوداشتغالی دارد؟  بله  خیر

اگر بله، این شخص چه نوع هزینه‌هایی دارد؟

**فقط برای مید کید و TANF: مدرکی برای هزینه‌های خوداشتغالی ارائه دهید.**

**درآمد کسب نشده:**

آیا کسی در خانواده شما از کمک‌ها، تامین اجتماعی، SSI، VA، حمایت از کودکان، بیکاری، بازنشستگی، یا هر درآمد دیگری پول دریافت می‌کند؟  بله  خیر

اگر بله، اطلاعات زیر را تکمیل کنید و مدرکی دال بر تمام درآمدهای دریافتی در 4 هفته گذشته یا آخرین نامه جایزه ارائه دهید.

نام	منبع	مبلغ	چند وقت؟

برای MAGI مید کید: درآمد حاصل از حمایت از فرزند، پرداخت جانبازان، درآمد تضمینی تکمیلی (SSI)، یا مزایای غرامت کارگر محاسبه نخواهد شد.

هزینه‌های مراقبت وابسته:

آیا هزینه مراقبت از یک کودک وابسته یا یک عضو بزرگسال معلول خانواده را پرداخت می کنید؟  بله  خیر  
 اگر بله، سوالات زیر را کامل کنید.

شخصی که هزینه مراقبت را پرداخت می کند:		فردی که نیاز به مراقبت دارد:	
نام ارائه دهنده:	ارائه دهنده چقدر پرداخت می شود:	چند بار پرداخت:	
شماره تلفن ارائه دهنده:		دلیل مراقبت:	

آیا هزینه ایاب و ذهاب را برای یک کودک تحت تکفل یا یکی از اعضای بزرگسال معلول خانواده پرداخت می کنید؟  بله  خیر  
 آیا این هزینه ها شامل هزینه های مراقبت وابسته می شود؟  بله  خیر  
 اگر نه، لطفاً به این سوال پاسخ دهید: مجموع مایل های طی شده در هفته: \_\_\_\_\_

### هزینه های سرپناه:

آیا شما یا یکی از اعضای خانواده شروع به پرداخت هزینه های سرپناه کرده اید یا هزینه های سرپناه شما تغییر کرده است؟  بله  خیر  
اگر بله، نمودار زیر را کامل کنید.

هزینه	مبلغ	چند وقت؟	چه کسی پرداخت کرد؟
اجاره / رهن			
دارایی مالیات			
بیمه اموال			
برق			
گاز			
روغن سوخت / چوب / نفت			
چاه / سپتیک تانک / آب / فاضلاب			
زباله			
تلفن			
دیگر			

منبع اصلی گرما یا سرمایش خانه چیست؟ (برق، گاز، کولر گازی)

آیا شخص دیگری هیچ یک از این قبوض خانه را برای شما پرداخت می کند؟  بله  خیر اگر بله، نمودار زیر را کامل کنید:

چه کسی بل را پرداخت می کند؟	چه بل ها پرداخت می شود؟
چه مبلغی پرداخت می شود؟	این شخص قبوض را به چه کسی پرداخت می کند؟

آیا در 12 ماه گذشته کمک انرژی دریافت کرده اید؟  بله  خیر

اگر بله، مبلغ دریافتی \$ \_\_\_\_\_ است

آیا هزینه های ماهانه خانه را با کسی در خانه تقسیم می کنید؟  بله  خیر

اگر بله، چه کسی؟ \_\_\_\_\_

نظرات / مستندات \_\_\_\_\_

پرداخت برای چه کسانی \_\_\_\_\_ مبلغ پرداخت شده \$ \_\_\_\_\_ در هر \_\_\_\_\_

نام صاحبخانه \_\_\_\_\_ آدرس صاحبخانه: \_\_\_\_\_

### پرداخت حمایت از کودک:

آیا شما یا یکی از اعضای خانواده تان به شخصی که خارج از خانه زندگی می کند، نفقه فرزند پرداخت می کنید؟  بله  خیر

اگر بله، نمودار زیر را کامل کنید:

چه کسی مکلف به پرداخت است؟	مبلغ تعهدی چقدر است؟
نفقه کودک برای چه کسانی پرداخت می شود؟	مبلغ واقعی پرداخت شده چقدر است؟
نفقه فرزند به چه کسی پرداخت می شود؟	نفقه کودک چند بار پرداخت می شود؟

فقط برای کوپن غذا (SNAP)، لطفاً مدرکی مبنی بر مبلغ پرداختی در 3 ماه گذشته و تعهد قانونی برای پرداخت ارائه دهید.

### این بخش فقط برای گیرندگان TANF است - شما باید موارد زیر را تکمیل کنید: ثبت های مختصر:

آیا کودکی زیر 7 سال وجود دارد که هنوز در مدرسه ثبت نام نکرده باشد؟ (Pre-K "مدرسه" در نظر گرفته نمی شود.)

بله  خیر

اگر بله، فرم 3231-فرم ایمن سازی مراقبت از کودک را برای هر کودک زیر 7 سال ارسال کنید.

**شرایط مدرسه:**

آیا همه کودکان ( 6-18 تا سال) به مدرسه می روند؟  بله  خیر

اگر بله، نام(های) فرزند(فرزندان)

نام مدرسه(ها)

درجه (ها)

آیا کودکی 16 ساله یا بزرگتر وجود دارد که در مدرسه نباشد؟  بله  خیر

اگر بله، نام فرزند/فرزندان؟

لطفاً در صورتی که این کودک شاغل است، یک کپی از خرد چک فعلی یا اگر در هر فعالیت مرتبط با کار دیگری مشغول است، بیانیه ای از ارائه دهنده ارائه دهید.

**خشونت خانگی:**

آیا شما یا هرکسی در خانواده تان قربانی خشونت خانگی، آزار جنسی، تجاوز جنسی، یا تعقیب شده اید؟  بله  خیر

اگر بله، لطفاً نام قربانی را به ما اطلاع دهید

پس از ارزیابی، اگر خانواده شما واجد شرایط باشد، می توانیم از برخی الزامات برنامه، مانند مشارکت در فعالیت های کاری یا ارجاع به بخش خدمات حمایت از کودکان چشمپوشی کنیم.

**هزینه خودکار:**

آیا شما والدین یا یکی از بستگان کودک (یا فرزندان) هستید و آیا همراه با فرزند (یا با فرزندان) شامل TANF AU می شوید؟  بله  خیر

نخیر

اگر بله، به سوالات زیر پاسخ دهید:

آیا شما یا هر عضو بزرگسال دیگری از AU دارید یا در حال خرید خودرو هستید؟

بله  خیر

اگر بله، چه کسی؟ (نام مالک)

سال، برند و مدل خودرو:

لطفاً پرداخت های یادداشت خودرو، بیمه، تعمیر و نگهداری و سایر هزینه های مرتبط را فهرست کنید:

آیا هزینه های مکرر دیگری (به عنوان مثال صورتحساب کارت اعتباری) که در حال پرداخت آن هستید دارید؟  بله  خیر

اگر بله، لطفاً لیست کنید:

## شما این حق را دارید که:

- اگر در خواندن، نوشتن، صحبت کردن یا درک زبان انگلیسی مشکل دارید، برای پر کردن این فرم و خدمات کمک زبان رایگان (مترجم، مطالب ترجمه شده یا خدمات مستقیم به زبان انگلیسی) درخواست کمک کنید.
- اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان معلولیت دارید، کمک ها و خدمات کمکی و تغییرات منطقی را درخواست کنید.

اطلاعیه شنیداری: در همه برنامه ها شما حق دارید که به صورت کتبی یا حضوری درخواست رسیدگی عادلانه داشته باشید. شما می‌توانید با تماس با شماره 1-877-423-4746 درخواست رسیدگی کنید یا اگر با این تصمیم موافق نیستید، می‌توانید از یک افسر دادرسی ایالتی درخواست رسیدگی کنید. شما ممکن است در جلسه دادگاه توسط یک وکیل، خوشاوند، دوست یا هر کسی که انتخاب می‌کنید، نمایندگی کنید. اگر خواهان جلسه استماع هستید، باید به صورت کتبی یا با تماس با آژانس در موارد زیر درخواست رسیدگی کنید:

- 90 روز از تاریخ این اطلاعیه برای کوپن غذا / ارشد SNAP
- 30 روز از تاریخ این اطلاعیه برای میدکید و TANF

## شما مسئول هستید برای:

- دادن اطلاعات صحیح به کارگر خود و ارائه مدرکی دال بر اظهارات مورد نیاز برای دریافت مزایا. وقتی این فرم را امضا می‌کنید، به کارگر خود اجازه می‌دهید تا اطلاعاتی را از کارفرما، بانک، همسایه یا دیگران دریافت کند تا بتوانیم مطمئن شویم که میزان صحیح مزایا را دریافت می‌کنید.
- گفتن حقیقت در همه حال اگر شما یا شخصی که برای شما درخواست داده اطلاعات نادرستی ارائه دهد، ممکن است مرتکب جرم شده باشید و ممکن است به زندان بروید.
- ارائه مدرکی مبنی بر اینکه شما یا هر فردی از اعضای خانواده شما که برای دریافت مزایا درخواست می‌کنند، شهروند ایالات متحده یا مهاجر واجد شرایط هستید.
- همکاری با پرسنل ایالتی و فدرال که برای پیشگیری از کلاهبرداری یا دفتر خدمات تحقیقاتی کار می‌کنند و در حال بررسی موارد خاص هستند. اگر همکاری نکنید و ما نتوانیم تعیین کنیم که هنوز واجد شرایط دریافت کوپن غذا (SNAP) هستید، ممکن است پرونده شما رد یا بسته شود.
- (برای کوپن غذا (SNAP)) همکاری با بازبینان کنترل کیفیت زمانی که با شما تماس می‌گیرند یا به خانه شما می‌آیند تا درباره اطلاعاتی که به مدیر پرونده خود داده اید با شما مصاحبه کنند. اگر با آنها همکاری نکنید، ممکن است پرونده شما رد یا بسته شود.
- (برای کوپن غذا (SNAP) و TANF) مزایای بازپرداختی که نباید دریافت می‌کردید.
- (برای میدکید) همکاری با کنترل کیفیت واجد شرایط بودن میدکید یا یکپارچگی برنامه زمانی که با شما تماس می‌گیرند یا به خانه شما می‌آیند تا درباره اطلاعاتی که به مدیر پرونده خود داده اید با شما مصاحبه کنند.
- (برای میدکید) اعضای که در خانه سالمندان، مرکز مراقبت میانی، خدمات مبتنی بر جامعه هستند، یا در یک برنامه چشم پوشی ثبت نام کرده اند و خدمات دریافت می‌کنند و با بازیابی املاک همکاری می‌کنند.

اگر کوپن غذا (SNAP) دریافت می‌کنید، باید گزارش دهید که کل درآمد ناخالص ماهانه شما از حد درآمد برای اندازه خانوار شما فراتر رود. اگر یک بزرگسال شاغل و بدون فرزند هستید، باید زمانی را گزارش دهید که ساعات کاری شما کمتر از 20 ساعت در هفته یا 80 ساعت در ماه است. شما باید این تغییرات را حداکثر تا دهمین روز از پایان ماهی که در آن تغییر رخ داده است گزارش دهید.

همچنین باید گزارش دهید که خانواده شما برنده های قابل توجهی در قرعه کشی و قمار دریافت می‌کند. این یک جایزه نقدی است که در یک بازی به دست می‌آید. اگر شما یا یکی از اعضای خانواده برنده های بخت آزمایی یا قمار، مبلغ ناخالص \$4250 یا بیشتر (قبل از کسر مالیات یا سایر مبالغ) دریافت می‌کنید، باید این بردها را ظرف 10 روز از پایان ماهی که خانواده در آن برنده شده است، گزارش دهید.

اگر TANF یا میدکید دریافت می‌کنید، باید تمام تغییرات در وضعیت خود را ظرف 10 روز پس از وقوع تغییر گزارش دهید.

من درک می‌کنم که برای تعیین واجد شرایط بودن، هر مبلغ یکجا یا پرداخت "ویژه" که هر فرد در پرونده میدکید من دریافت می‌کند، باید همراه با هر درآمد دیگری که ممکن است داشته باشیم، بودجه بندی شود. در برنامه میدکید، شما حق دارید:

- حتی اگر بیمه درمانی دیگری دارید، میدکید دریافت کنید.
- پزشک یا ارائه دهنده میدیکید خود را انتخاب کنید.
- بسته به نوع میدکید، ظرف 10، 45 یا 60 روز از تاریخ درخواست، درخواست میدکید شما تأیید یا رد شود.

## به عنوان شرط واجد شرایط بودن میدکد من:

- من موافقت می‌کنم که تمام حقوق حمایت پزشکی و پرداخت هزینه مراقبت پزشکی از هر شخص ثالث (مزایای بیمارستانی و پزشکی) را به دولت واگذار کنم.
- من موافقت می‌کنم که با دولت در شناسایی و ارائه اطلاعات برای کمک به دولت در تعقیب هر شخص ثالثی که ممکن است مسئول پرداخت هزینه مراقبت و خدمات باشد، همکاری کنم. می‌دانم که باید هر گونه پرداختی را که برای مراقبت های پزشکی دریافت کرده ام ظرف ده روز گزارش کنم. (اگر شما این فرم را از طرف شخص دیگری تکمیل می‌کنید و قدرت اجرای یک تکلیف برای آن فرد را ندارید، آن فرد باید به عنوان شرط واجد شرایط بودن خود برای میدکد، حقوقی را که در بالا توضیح داده شد، انجام دهد)
- من موافقت می‌کنم که در صورت وجود، به دولت این حق را بدهم که از والدین غایب خود بخواهد بیمه درمانی ارائه کند. می‌دانم در صورت وجود، باید از والدین غایب حمایت پزشکی دریافت کنم و باید برای دریافت این حمایت با بخش خدمات حمایت از کودک همکاری کنم. اگر همکاری نکنم، می‌دانم که ممکن است مزایای میدکد خود را از دست بدهم و فقط فرزندانم مزایا را دریافت خواهند کرد، مگر اینکه دلیل موجهی ثابت شود.

اخطارهای مجازات برنامه کوپن غذا (SNAP): ممکن است به دلیل ارائه آگاهانه اطلاعات نادرست، مزایای خود را از دست بدهید یا تحت تعقیب کیفری قرار بگیرید.

- برای دریافت مزایایی که خانواده شما نباید دریافت کنند، اطلاعات نادرست ندهید یا اطلاعاتی را پنهان نکنید.
- از کارت های کوپن غذا (SNAP) یا EBT که مال شما نیست استفاده نکنید و اجازه ندهید شخص دیگری از شما استفاده کند.
- از مزایای کوپن غذا (SNAP) برای خرید اقلام غیرخوراکی مانند الکل یا سیگار یا پرداخت با کارت اعتباری استفاده نکنید.
- از تجارت یا فروش کارت های کوپن غذا (SNAP) یا EBT برای اقلام غیرقانونی مانند سلاح گرم، مهمات یا مواد کنترل شده (داروهای غیرقانونی) خودداری کنید.

هر کسی در خانواده شما که عمداً یکی از این قوانین را زیر پا بگذارد، می‌تواند از یک سال تا دهم از برنامه کوپن غذا (SNAP) محروم شود، تا \$250000 جریمه شود، به مدت 20 سال یا هر دو زندانی شود. او ممکن است تحت پیگرد قانونی دیگر قوانین فدرال و ایالتی قابل اجرا باشد و همچنین ممکن است در صورت حکم دادگاه از برنامه کوپن غذا (SNAP) برای 18 ماه دیگر محروم شود.

هر کس در خانواده شما که عمداً قوانین را زیر پا بگذارد، ممکن است برای اولین تخلف یک سال، برای تخلف دوم دو سال و برای سومین تخلف به طور دائم کوپن غذا (SNAP) دریافت نکند.

اگر یک دادگاه قانونی شما یا یکی از اعضای خانواده را در استفاده یا دریافت مزایا در معامله ای که شامل فروش یک ماده کنترل شده است، مجرم تشخیص دهد، شما یا آن عضو خانواده به مدت دو سال برای اولین جرم و به طور دائم برای تخلف دوم واجد شرایط دریافت مزایا نخواهید بود.

اگر دادگاه حقوقی شما یا یکی از اعضای خانواده را متهم به استفاده یا دریافت مزایا در معامله ای شامل فروش اسلحه گرم، مهمات یا مواد منفجره تشخیص دهد، شما یا آن عضو خانواده در اولین تخلف از این تخلف برای همیشه واجد شرایط شرکت در برنامه کوپن غذا (SNAP) نخواهید بود.

اگر دادگاه حقوقی شما یا یکی از اعضای خانواده را مجرم به داشتن مزایای قاچاق به مبلغ کل پیدا کند \$ 500 یا بیشتر، شما یا آن عضو خانواده در اولین تخلف از این تخلف برای همیشه واجد شرایط شرکت در برنامه کوپن غذا (SNAP) نخواهید بود.

اگر مشخص شود که شما یا یکی از اعضای خانواده اظهارات یا اظهارات تقلبی در رابطه با هویت (که هستند) یا محل سکونت (محل زندگی آنها) ارائه کرده اند به منظور دریافت مزایای متعدد کوپن غذا (SNAP)، شما یا آن عضو خانواده برای مدت 10 سال واجد شرایط شرکت در برنامه کوپن غذا (SNAP) نخواهید بود.

من می‌دانم که اگر اطلاعات نادرست ارائه دهم یا اطلاعاتی را پنهان کنم، ممکن است به دلیل کلاهبرداری تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم.

هشدارهای پنالتی برنامه TANF: در برنامه TANF، اقدامی عمدی با ارائه اطلاعات نادرست یا گمراه کننده برای ایجاد یا حفظ صلاحیت AU، افزایش مزایا، جلوگیری از کاهش مزایا، پنهان کردن اطلاعات برای جلوگیری از اقدام منفی یا استفاده از کمک نقدی در مکان های ممنوعه تخلف عمدی برنامه محسوب می‌شود.

ممکن است برای تعیین مجازات بر اساس شدت تخلف به دفتر بازرسی کل ارجاع داده شوید اگر:

- تغییرات را به موقع گزارش نکنید یا حقیقت را نگوئید یا از وجوه کمک نقدی یا کارت TANF DEBIT برای برداشت پول نقد یا انجام معاملات در کازینو، مشروبات فروشی ها، مراکز سرگرمی بزرگسالان "کلوپ های استریپ"، اتاق های پوکر، وثیقه، استفاده نکنید. کلوپ های شبانه/سالن ها/میخانه ها، سالن های بینگو، مسیرهای مسابقه، موسسات بازی، فروشگاه های اسلحه/مهمات، کشتی های کروزر، کتابخوان های روانی، مغازه های سیگار، مغازه های خالکوبی/سوراخ کردن، و سالن های اسپا/ماساژ اکیدا ممنوع است. اطلاعات نادرست در مورد محل زندگی خود بدهید تا بتوانید در بیش از یک ایالت مزایا دریافت کنید و به اتهامات مرتبط با مواد مخدر یا جنایات شدید خشونت آمیز محکوم شوید، در تاریخ 1/1/97 یا بعد از آن.

هر کسی در خانواده شما که این قوانین را عمداً زیر پا بگذارد می‌تواند از شش ماه تا دائمی از برنامه TANF محروم شود.

برای میدکید، ارتکاب کلاهبرداری یا سوء استفاده خلاف قانون است. ممکن است به واحد صداقت برنامه میدکید و PeachCare برای کودکان ارجاع داده شوید. متجاوزان ممکن است به استفاده از یک ارائه دهنده محدود شوند، از برنامه خاتمه داده شوند یا از وزارت بهداشت جامعه برای خدمات پزشکی ارائه شده بازپرداخت کنند. کلاهبرداری یک عمل غیر صادقانه است که عمدا انجام می شود. سوء استفاده عملی است که از شیوه های خوب پیروی نمی کند.

#### نمونه هایی از کلاهبرداری و سوء استفاده از شرکت کنندگان عبارتند از:

- به شخص دیگری اجازه دهید از کارت بیمه درمانی میدکید، PeachCare برای کودکان ® یا CMO شما استفاده کند
- گرفتن نسخه به قصد سوء مصرف یا فروش دارو
- استفاده از اسناد جعلی برای دریافت خدمات
- سوء استفاده یا سوء استفاده از تجهیزات ارائه شده توسط میدکید یا PeachCare برای کودکان ®
- ارائه اطلاعات نادرست یا اجازه دادن به دیگران برای دریافت واجد شرایط بودن میدکید یا PeachCare برای کودکان
- عدم گزارش تغییراتی که در درآمد، ترتیبات زندگی یا منابع رخ می دهد

برای گزارش کلاهبرداری مشکوک Medicaid در مورد گیرندگان یا ارائه دهندگان، با اداره سلامت جامعه جورجیا، دفتر بازرسی کل به (محلی) 463-7590 (404) تماس بگیرید. یا (رایگان) 533-0686 (800); از طریق ایمیل به آدرس [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov); از طریق پست در وزارت بهداشت جامعه، OIG PI بخش، 2 Peachtree Street NW, منزل پنجم، اتلانتا، GA 30303; یا به <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud> مراجعه کنید.

#### اطلاعات ثبت نام رای دهندگان

اگر برای رای دادن در جایی که اکنون زندگی می کنید ثبت نام نکرده اید، آیا می خواهید امروز برای رای دادن در اینجا ثبت نام کنید؟

بله \_\_\_\_\_

نخیر \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ من نمی خواهم به سوال ثبت نام رای دهندگان پاسخ دهم

درخواست برای ثبت نام یا امتناع از ثبت نام برای رای دادن بر میزان کمکی که توسط این آژانس به شما ارائه می شود تأثیری نخواهد داشت.

اگر برای تکمیل فرم درخواست ثبت نام رای دهندگان کمک می خواهید، ما به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم گیری در مورد درخواست یا پذیرش کمک با شماست. می توانید فرم درخواست را به صورت خصوصی پر کنید.

اگر فکر می کنید که شخصی در حق ثبت نام شما یا امتناع از ثبت نام برای رای دادن دخالت کرده است، حق حفظ حریم خصوصی شما در تصمیم گیری برای ثبت نام یا درخواست ثبت نام برای رای دادن، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی یا ترجیحات سیاسی دیگر، می توانید با وزیر امور خارجه شکایت کنید.

2 مارتین لوتر کینگ جونیور درایو، Ste. 802، برج غربی، اتلانتا، GA 30334 یا با شماره (404) 656-2871 تماس بگیرید.

اگر هر یک از کادرها را علامت نزنید، در نظر گرفته می شوید که تصمیم گرفته اید در این زمان برای رای دادن ثبت نام نکنید.

یک کپی از برنامه ثبت نام رای دهندگان گرجستان همراه با برنامه های کاربردی DFCS، تمدید و تغییر فرم های آدرس موجود است. همچنین می توانید درخواست ثبت نام رای دهندگان را از کارمند پرونده خود درخواست کنید. اگر درخواست ثبت نام رای دهندگان را تکمیل می کنید، آن را به دنبال دستورالعمل های ارائه شده در درخواست ثبت نام رای دهندگان به دفتر وزیر امور خارجه جورجیا ارسال کنید.



اگر در حال تمدید داروی خود هستید و تمبرهای غذا (SNAP) یا TANF، باید امضا و تاریخ داشته باشید در جعبه ای که به بهترین شکل با شرایط شما سازگار است.

لطفاً برای شروع فرآیند تمدید، این فرم را قبل از تریخ پلین گواهی برگردانید.

• فقط برای میدکید

• فقط برای میدکید

□ برای کوپن غذا (SNAP) و/یا TANF - زمانی که متقاضی/گیرنده/نگهبان قانونی در حال تکمیل است: من طبق جریمه شهادت دروغ با بهترین دانش و اعتقاد اعلام می‌کنم که شخص یا افرادی که برای آنها درخواست مزایا می‌کنم، شهروند (شهروندان) ایالات متحده هستند یا غیرشهروند (ها) به طور قانونی در ایالات متحده حضور دارند. من همچنین گواهی می‌دهم که تمام اطلاعات ارائه شده در این برنامه تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است. می‌دانم و موافقم که DHS-DFCS، DCH و آژانس‌های فدرال مجاز ممکن است اطلاعاتی را که من در این برنامه ارائه می‌دهم تأیید کنند. اطلاعات ممکن است از کارفرمایان گذشته یا فعلی بدست آید. می‌دانم که از اطلاعات من برای ردیابی اطلاعات دستمزد و مشارکت من در فعالیت های کاری استفاده می‌شود.

من هر گونه تغییر در وضعیت خود را با توجه به نیازهای برنامه کوپن غذا (SNAP) و/یا TANF گزارش خواهم کرد. همچنین اگر کسی در خانواده من برنده بخت آزمایی یا قمار دریافت کند، مبلغ ناخالص \$4250 یا بیشتر (قبل از کسر مالیات یا سایر مبالغ) را گزارش خواهم کرد. من این برنده‌ها را ظرف 10 روز از پایان ماهی که خانواده‌ام برنده‌ها را دریافت می‌کنند، گزارش خواهم کرد. می‌دانم که اگر اطلاعات نادرست باشد، ممکن است مزایای من کاهش یا رد شود، و ممکن است به دلیل ارائه آگاهانه اطلاعات نادرست، مشمول تعقیب کیفری یا محرومیت از برنامه‌های DHS-DFCS باشم. من درک می‌کنم که در صورت ارائه اطلاعات نادرست یا مخفی کردن اطلاعات، می‌توانم تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم. می‌دانم که اگر نتوانم در طول درخواست یا فرآیند تمدید برخی از هزینه‌هایم را به DHS-DFCS بگویم و/یا آنها را تأیید نکنم، DHS-DFCS آن هزینه را برای محاسبه میزان مزایای SNAP من بودجه نخواهد داد.

دپارتمان خدمات انسانی جورجیا ("DHS") اطلاعات شناسایی شخصی (PII) مانند نام، آدرس، شماره تلفن، آدرس ایمیل، و تاریخ تولد و غیره را در طول درخواست شما برای مزایا جمع‌آوری می‌کند. با ارسال هرگونه اطلاعات شخصی به ما، موافقت می‌کنید که ما می‌توانیم چنین اطلاعات شخصی را مطابق با خطمشی‌ها، رویه‌های DHS و طبق قانون و/یا مقررات مجاز یا مورد نیاز جمع‌آوری، استفاده و افشا کنیم.

(تاریخ)

(امضا)

**(این مدارک را برای اطلاع خود نگه دارید)**

این نمودار برخی از اصطلاحات استفاده شده در این فرم را توضیح می دهد.

درخواست کننده	فردی که برای دریافت کمک یا مزایای عمومی درخواست می دهد.
واحد کمک (AU)	یک واحد کمک شامل افراد واجد شرایطی است که با هم زندگی می کنند و کمک/مزایای عمومی دریافت می کنند.
سرپرست	والدین، خویشاوندان یا قیم قانونی که برای TANF با فرزندان تحت مراقبت خود درخواست داده و دریافت می کنند.
شناسه مشتری	شماره منحصر به فردی که به فردی که کمک/مزایای عمومی را دریافت می کند اختصاص می یابد.
رد صلاحیت شد	اقدامی که برای حذف یک فرد از پرونده کوپن غذا (SNAP) یا TANF انجام شد، زیرا آنها حقیقت را نگفتند و مزایایی را دریافت کردند که نباید دریافت می کردند.
خشونت خانگی	خشونت خانگی می تواند شامل ضربه خوردن، لگد زدن، ضرب و شتم، تجاوز جنسی، خفه شدن، تهدید، کنترل، یا از دریافت چیزهایی که برای زندگی نیاز دارید (مانند غذا، دارو یا خانه) توسط همسر، دوست پسر/دوست دختر، شریک زندگی یا "سابق" خودداری کنید.
انتقال الکترونیکی سود (EBT)	سیستمی که در گرجستان برای پرداخت مزایا به افرادی که واجد شرایط دریافت کوپن غذا (SNAP) هستند، استفاده می شود. برای افرادی که کمک دریافت می کنند، کارت نقدی EBT صادر می شود که برای دسترسی به حساب های کوپن غذا (SNAP) آنها استفاده می شود.
الکترونیکی ارتباطات	شما می توانید انتخاب کنید که چگونه می خواهید اعلان های مربوط به اطلاعات خود را دریافت کنید. اگر دریافت ایمیل یا اعلان های متنی را انتخاب کنید، پیامی دریافت می کنید که به شما اطلاع می دهد در «اعلامیه های من» واقع در پورتال مشتریان GA Gateway. برای ارتباط با ایمیل، باید آدرس ایمیل خود را به ما ارائه دهید و پس از ایجاد حساب، شرایط و ضوابط اعلامیه های بدون کاغذ واقع در پورتال مشتریان GA Gateway را بپذیرید. لطفاً از وبسایت پورتال مشتریان GA Gateway در <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a> دیدن کنید تا تنظیمات اعلان خود را به روزرسانی کنید.
مسترکارت بدهی EPPICard	برای ارسال پیامک، باید شماره تلفن خود را در اختیار ما قرار دهید. نرخ استاندارد پیام و داده ممکن است درخواست شود. این ممکن است بسته به شرکت های مخابراتی متفاوت باشد، لطفاً با ارائه دهنده خود بررسی کنید. ایالت جورجیا یک گزینه پرداخت "الکترونیکی" مناسب برای گیرندگان TANF به نام ماسترکارت بدهی EPPICard اجرا کرده است. تحت این گزینه پرداخت، پول در اولین روز تقویم ماه به حساب گیرنده واریز می شود. اگر اولین روز تعطیلات آخر هفته یا تعطیلات باشد، مزایا در آخرین روز کاری ماه قبل در دسترس است. گیرنده فوراً به وجوه خود دسترسی دارد زیرا وجوه به صورت الکترونیکی در ماسترکارت بدهی بارگیری می شود.
اقوام دریافت کننده کمک هزینه	والدین، خویشاوندان یا قیم قانونی که از طرف فرزندان برای دریافت TANF به نام خود درخواست داده و دریافت می کنند.
درآمد ناخالص	کل درآمد یک شخص قبل از در نظر گرفتن مالیات یا سایر کسرها.
اعضای خانوار	افرادی که در خانه شما زندگی می کنند. برای کوپن غذا (SNAP)، افرادی که با هم زندگی می کنند و وعده های غذایی خود را با هم خریداری و آماده می کنند.
درآمد	پرداخت هایی مانند دستمزد، حقوق، پورسانت، پاداش، غرامت کارگر، ازکارافتادگی، مستمری، مزایای بازنشستگی، بهره، نفقه فرزند یا هر نوع پول دریافتی.
قانون معافیت مالیاتی طبقه متوسط 2012	این قانون استفاده از وجوه کمک نقدی یا کارت های نقدی TANF را برای برداشت پول نقد یا انجام معاملات در کازینو، مشروبات الکلی، امکانات سرگرمی بزرگسالان، اتاق های پوکر، وثیقه، کلب های شبانه/سالن ها/میخانه ها، سالن های بکنوع بازی شبیه لوتو، مسیرهای مسابقه، موسسات بازی، فروشگاه های اسلحه/مهمات، کشتی های کروز، کتابخوان های روان خوان، مغازه های سیگار، مغازه های خالکوبی/سوراخکاری، و سالن های اسپا/ماساژ ممنوع می کند. استفاده از وجوه کمک نقدی یا کارت بدهی TANF در این کسب و کارها نقض عمدی برنامه (کلاهبرداری) از سوی گیرنده خواهد بود.
غیر متقاضی	فردی که برای کمک/مزایای عمومی درخواست یا دریافت نمی کند. افراد غیر متقاضی نیازی به ارائه شماره تأمین اجتماعی، شهروندی یا وضعیت مهاجرت ندارند.
دریافت کننده وجه	دریافت کننده فردی است که مسئولیت دریافت کمک نقدی و خرج کردن وجوه را از طرف AU می پذیرد. گیرنده پرداخت ممکن است عضو AU باشد یا نباشد.
هزینه های قبل از مالیات	هزینه های قبل از مالیات کسرهایی هستند که قبل از اعمال مالیات از درآمد شما خارج می شوند. همه کسورات قبل از مالیات نیستند. رایج ترین کسورات قبل از مالیات عبارتند از بیمه درمانی، بیمه دندانپزشکی، بیمه بینایی و غیره. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>

<p><b>بیگانه / مهاجر واجد شرایط</b></p>	<p>بیگانه / مهاجر واجد شرایط شخصی است که به طور قانونی در ایالات متحده اقامت دارد و در یکی از دسته بندی های زیر قرار می گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شخصی که به طور قانونی برای اقامت دائم (LPR) تحت قانون مهاجرت و ملیت (INA) پذیرفته شده است.</li> <li>• مهاجر آمراسیایی تحت بخش 584 قانون عملیات خارجی، تأمین مالی صادرات و تخصیص برنامه های مربوطه 1988.</li> <li>• شخصی که طبق ماده INA 208 پناهنده دریاقت کرده است.</li> <li>• پناهندهگان پذیرفته شده بر اساس بخش INA 207؛</li> <li>• شخصی که طبق بخش (5) (د) INA 212 به عنوان پناهنده یا پناهنده آزاد شده است.</li> <li>• شخصی که بر اساس بخش ANI 243(h) که قبل از 1 آوریل 1997 لازم الاجرا بود، یا بخش INA (3)(b) 241، با اصلاحیه، اخراج او متوقف شده است.</li> <li>• شخصی که طبق بخش ANI (7)(a) 203 که قبل از 1 آوریل 1980 لازم الاجرا بود، اجازه ورود مشروط به وی داده شده است.</li> <li>• مهاجران کوبایی یا هائیتی همانطور که در بخش (e) 501 قانون کمک آموزشی پناهندگان در سال 1980 تعریف شده است.</li> <li>• قربانیان قاچاق انسان بر اساس بخش (1) (ب) 107 قانون حمایت از قربانیان قاچاق انسان در سال 2000.</li> <li>• مهاجران کتک خورده که شرایط مندرج در بخش 431 (ج) قانون آشتی مسئولیت شخصی و فرصت های کاری سال 1996 با اصلاحیه را دارند.</li> <li>• مهاجران افغان یا عراقی که بر اساس بخش ANI (27)(a) 101 وضعیت مهاجر ویژه ای اعطا کرده اند (با توجه به شرایط مشخص).</li> <li>• سرخپوستان آمریکایی متولد شده در کانادا و مقیم ایالات متحده تحت بخش INA 289 یا غیر شهروندان قبیله سرخپوستانی که توسط فدرال به رسمیت شناخته شده اند بر اساس بخش 4 (e) قانون خودتعیین و کمک آموزشی هند و.</li> <li>• اعضای قبیله Hmong یا Highland Laasian که با شرکت در عملیات نظامی یا نجات در دوران ویتنام – 5/08/1964 – 7/05/1975 به پرسنل ایالات متحده کمک کردند.</li> </ul> <p>فقط برای متقاضیان کمک پزشکی، پیمان انجمن آزاد (COFA) شهروندان ایالات فدرال میکرونازی، جمهوری جزایر مارشال و جمهوری پالائو هست. مهاجران COFA نیازی به رعایت بند 5 ساله ندارند.</p>
<p><b>منابع</b></p>	<p>پول نقد، اموال یا دارایی هایی مانند حساب های بانکی، وسایل نقلیه، سهام، اوراق قرضه و بیمه عمر.</p>
<p><b>تجاوز جنسی</b></p>	<p>اعمال جنسی غیر توافقی که توسط قانون فدرال، قبیله ای یا ایالتی ممنوع شده است، از جمله زمانی که قربانی فاقد توانایی برای رضایت باشد.</p>
<p><b>آزار جنسی</b></p>	<p>رفتارهای خصمانه، ارعاب کننده یا ظالمانه بر اساس جنسیت که محیط کاری توهمین آمیز ایجاد می کند.</p>
<p><b>تعقیب کردن</b></p>	<p>عمل یا جنایت تعقیب یا آزار و اذیت عمدی و مکرر شخص دیگری در شرایطی که باعث ترس یک فرد منطقی از جراحت یا مرگ شود، به ویژه به دلیل تهدیدهای صریح یا ضمنی.</p>
<p><b>درآمد مشمول مالیات</b></p>	<p>پرداخت هایی مانند دستمزد، حقوق، پورسانت، پاداش، ازکارافتادگی، بازنشستگی، مزایای بازنشستگی، بهره یا هر شکل دیگری از پول دریافتی.</p>
<p><b>وابسته به مالیات</b></p>	<p>فردی که انتظار دارد در اظهارنامه مالیاتی پرونده مالیاتی مطالبه شود. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>
<p><b>پرونده مالیاتی</b></p>	<p>فردی که انتظار دارد اظهارنامه مالیاتی ارائه کند. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>
<p><b>کسر اظهارنامه مالیاتی</b></p>	<p>کسر اظهارنامه مالیاتی / کسرهای مجاز IRS هستند که در فرم اظهارنامه مالیاتی 1040 شما یافت می شوند و از خط 23 تا خط 35 شروع می شوند. آنها عبارتند از: هزینه های مریبان؛ فرم 2106؛ فرم پس انداز سلامت 8889؛ هزینه جابجایی فرم 3909؛ جریمه / برداشت زود هنگام پس انداز؛ نفقه پرداخت شده؛ کسر IRA؛ بهره وام دانشجویی؛ فرم شهریه و شهریه 8917؛ فرم فعالیت های تولید داخلی 8903. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>
<p><b>قاچاق در برنامه کوپن غذا (SNAP).</b></p>	<p>سودهای قاچاق اسنپ به این معناست:</p> <p>(1) خرید، فروش، سرقت، یا مبادله مزایای SNAP که از طریق کارت های EBT، شماره کارت و شماره پین یا با کوپن و امضای دستی، برای پول نقد یا در نظر گرفتن غیر از غذای واجد شرایط، به طور مستقیم، غیر مستقیم، با مشارکت تباری یا دیگران، یا عمل به تنهایی؛ (2) مبادله سلاح گرم، مهمات، مواد منفجره یا مواد کنترل شده؛ (3) خرید محصولی با مزایای اسنپ که دارای کانتینری است که مستلزم سپرده برگشتی با هدف دریافت پول نقد از طریق دور انداختن محصول و بازگرداندن ظرف به ازای مبلغ سپرده، دور انداختن عمدی محصول و بازگرداندن عمدی ظرف برای مبلغ سپرده است؛ (4) خرید محصولی با مزایای اسنپ با هدف به دست آوردن پول نقد یا مبلغی غیر از غذای واجد شرایط از طریق فروش مجدد محصول و متعاقباً فروش مجدد عمدی محصول خریداری شده با مزایای اسنپ در ازای پول نقد یا مبلغی غیر از غذای واجد شرایط؛ (5) خرید عمدی محصولاتی که در اصل با مزایای SNAP در ازای پول نقد یا مبلغی غیر از غذای واجد شرایط خریداری شده اند؛ (6) تلاش برای خرید، فروش، سرقت، یا تأثیر گذاری بر مبادله مزایای SNAP که از طریق کارت های انتقال مزایای الکترونیکی (EBT)، شماره کارت و شماره شناسایی شخصی (PIN)، یا با کوپن و امضای دستی برای پول نقد صادر و به آنها دسترسی پیدا می کند. یا در نظر گرفتن غیر از غذای واجد شرایط، به طور مستقیم، غیر مستقیم، در همدستی یا تباری با دیگران، یا اقدام به تنهایی. (6) تلاش برای خرید، فروش، سرقت، یا تأثیر گذاری بر مبادله مزایای SNAP که از طریق کارت های انتقال الکترونیکی مزایای (EBT)، شماره کارت و شماره شناسایی شخصی (PIN) صادر شده و به آن دسترسی داشته باشید. یا از طریق کوپن و امضای دستی، برای پول نقد یا پرداختی غیر از غذای واجد شرایط، به طور مستقیم، غیر مستقیم، در همدستی یا تباری با دیگران، یا اقدام به تنهایی.</p>

کمک به افراد دارای معلولیت

اداره خدمات انسانی جورجیا و وزارت بهداشت جامعه جورجیا («اداره‌ها») طبق قانون فدرال\* ملزم هستند به افراد دارای معلولیت فرصتی برابر برای مشارکت در برنامه‌ها، خدمات یا فعالیت‌های دپارتمان‌ها و واجد شرایط بودن برای آنها فراهم کنند. این شامل برنامه‌هایی مانند SNAP، TANF، و کمک پزشکی است.

دپارتمان‌ها برای جلوگیری از تبعیض بر اساس ناتوانی، تغییرات معقولی را در مواقعی که اصلاحات لازم باشد، ارائه می‌کنند. برای مثال، ممکن است سیاست‌ها، رویه‌ها یا رویه‌ها را تغییر دهیم تا دسترسی برابر را فراهم کنیم. برای اطمینان از ارتباط یکسان موثر، ما به افراد دارای معلولیت یا همراهان دارای معلولیت کمک ارتباطی مانند مترجمان زبان اشاره ارائه می‌دهیم. کمک ما رایگان است. دپارتمان‌ها ملزم به ایجاد هرگونه تغییری نیستند که منجر به تغییر اساسی در ماهیت یک خدمت، برنامه یا فعالیت یا باز مالی و اداری ناروا شود.

چگونه می‌توان یک تغییر معقول یا کمک ارتباطی درخواست کرد

اگر ناتوانی دارید و نیاز به اصلاح منطقی، کمک ارتباطی یا کمک اضافی دارید، لطفاً با کارمند پرونده خود تماس بگیرید. به عنوان مثال، اگر به کمک یا خدماتی برای ارتباط موثر نیاز دارید، مانند مترجم زبان اشاره، تماس بگیرید. می‌توانید با کارفرمای پرونده خود تماس بگیرید یا با DFCS به شماره 6474-324 (877) یا با تیم DCH Katie Beckett (KB) به شماره 7449-248 (678) تماس بگیرید تا درخواست خود را ارائه دهید. همچنین می‌توانید درخواست خود را با استفاده از فرم درخواست اصلاح معقول ADA DFCS که در دفتر محلی DFCS یا به صورت آنلاین در دسترس است، ارسال کنید. <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> یا می‌توانید فرم درخواست اصلاح معقول DCH ADA را از تیم KB یا به صورت آنلاین در <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>، اما مجبور نیستید از فرم استفاده کنید.

نحوه ثبت شکایت

اگر ادارات به دلیل ناتوانی شما علیه شما تبعیض قائل شده اند، حق شکایت دارید. به عنوان مثال، اگر از شما درخواست تغییر معقول یا مترجم زبان اشاره کرده‌اید که در یک زمان معقول رد شده است یا به آن عمل نشده است، می‌توانید شکایت تبعیض ارائه کنید. می‌توانید با تماس با کارگر پرونده، دفتر محلی DFCS، یا هماهنگ‌کننده حقوق مدنی DFCS، ADA/بخش 504 در 2 Peachtree St NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303 (877)423-4746 شفاف‌سازی یا کتبی شکایت کنید. برای DCH KB با تیم ADA/بخش 504 هماهنگ کننده در 2211 Beaver Ruin Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071 تماس بگیرید، یا صندوق پستی 172, Norcross, GA 30091، 248-7449 (678). ایمیل DCH این است: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov)

می‌توانید از کارمند پرونده خود یک کپی از فرم شکایت حقوق مدنی DFCS، 504 بخش ADA بخواید. فرم شکایت نیز در این آدرس موجود است <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. اگر برای شکایت تبعیض به کمک نیاز دارید، می‌توانید با کارکنان DFCS فهرست شده در بالا تماس بگیرید. افرادی که ناشنوا یا کم شنوا هستند یا ممکن است ناتوانی گفتاری داشته باشند، می‌توانند با 711 تماس بگیرند تا اپراتور با ما ارتباط برقرار کند. ایمیل برای شکایات حقوق مدنی DCH این است: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). پیوند فرآیند حقوق مدنی DCH و فرم شکایت در آدرس زیر قرار دارد: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>

شما همچنین می‌توانید شکایت تبعیض را با آژانس فدرال مربوطه ارسال کنید. اطلاعات تماس برای ایالات متحده وزارت کشاورزی (USDA) و ایالات متحده وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS) در "بیانیه عدم تبعیض" گنجانده شده است.

\* بند 504 قانون احیا 1973؛ قانون آمریکایی های معلول 1990؛ و قانون اصلاحات قانون آمریکایی های دارای معلولیت در سال 2008 تضمین می‌کند که افراد دارای معلولیت از تبعیض غیرقانونی رها هستند.

تحت خط مشی وزارت بهداشت جامعه (DCH)، برنامه های کمک پزشکی نمی توانند واجد شرایط بودن یا مزایای شما را بر اساس نژاد، سن، جنس، ناتوانی، منشاء ملی یا مذهب شما رد کنند.

### بیانیه عدم تبعیض

مطابق با قوانین فدرال حقوق مدنی و ایالات متحده مقررات و سیاست‌های حقوق مدنی وزارت کشاورزی (USDA)، وزارت کشاورزی آمریکا، آژانس‌ها، دفاتر و کارمندان آن، و مؤسساتی که در برنامه‌های USDA شرکت می‌کنند یا اجرا می‌کنند، از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، منشأ ملی، جنسیت منع شده‌اند. (شامل هویت جنسی و گرایش جنسی)، اعتقادات مذهبی، ناتوانی، سن، اعتقادات سیاسی، یا تلافی یا تلافی برای فعالیت های حقوق مدنی قبلی در هر برنامه یا فعالیتی که توسط USDA انجام شده یا تأمین مالی شده است. برنامه هایی که از ایالات متحده کمک مالی فدرال دریافت می کنند. وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS)، مانند کمک های موقت برای خانواده های نیازمند (TANF)، و برنامه هایی که HHS مستقیماً اجرا می کند نیز طبق قوانین فدرال حقوق مدنی و مقررات HHS از تبعیض منع شده اند.

افراد دارای معلولیت که برای اطلاعات برنامه نیاز به وسایل ارتباطی جایگزین دارند (مانند خط بریل، چاپ بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی)، باید با آژانس (ایالتی یا محلی) که در آن درخواست مزایا کرده‌اند تماس بگیرند. افرادی که ناشنوا، کم شنوا یا دارای ناتوانی در گفتار هستند، می توانند از طریق خدمات رله فدرال به شماره 877-8339 (800) با USDA تماس بگیرند. علاوه بر این، اطلاعات برنامه ممکن است به زبان های دیگری غیر از انگلیسی در دسترس باشد.

### شکایات حقوق مدنی که شامل برنامه های USDA می شود

USDA کمک مالی فدرال برای بسیاری از برنامه های امنیت غذایی و کاهش گرسنگی مانند برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)، برنامه توزیع غذا در رزرواسیون هند (FDPIR) و غیره ارائه می کند. برای ثبت شکایت برنامه در مورد تبعیض، فرم شکایت تبعیض برنامه را تکمیل کنید، (3027-AD) که به صورت آنلاین در آدرس اینترنتی موجود است. [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) و در هر دفتر USDA یا ارسال نامه خطاب به USDA و در نامه تمام اطلاعات درخواست شده در فرم را ارائه کنید. برای درخواست کپی فرم شکایت با شماره (866) 632-9992 تماس بگیرید. فرم یا نامه تکمیل شده خود را از طریق:

1. پست الکترونیکی: خدمات غذا و تغذیه، USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314
2. فکس: (833) 256-1665 یا (202) 690-7442; یا
3. تلفن: (833) 620-1071; یا
4. پست الکترونیک: [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

برای هر گونه اطلاعات دیگری در مورد مسائل اسنپ، افراد باید با شماره خط تلفن USDA SNAP به شماره (800) 221-5689، که به زبان اسپانیایی نیز می باشد، یا با اطلاعات ایالت/شماره های خط تلفن تماس بگیرید (برای فهرستی از شماره های خط تلفن بر اساس ایالت، روی پیوند کلیک کنید) تماس بگیرید؛ یافت شده آنلاین در: خط تلفن اسنپ.

### شکایات حقوق مدنی که شامل برنامه های HHS می شود

HHS کمک های مالی فدرال را برای بسیاری از برنامه ها برای ارتقای سلامت و رفاه فراهم می کند، از جمله TANF، Head Start، برنامه کمک به انرژی در خانه با درآمد کم (LIHEAP) و غیره. اگر فکر می کنید که به دلیل نژاد، رنگ، منشأ ملی، ناتوانی، سن، جنسیت (از جمله بارداری، گرایش جنسی و هویت جنسی) مورد تبعیض قرار گرفته اید، یا مذهب در برنامه‌ها یا فعالیت‌هایی که HHS مستقیماً انجام می‌دهد یا HHS به آنها کمک مالی فدرال ارائه می‌کند، می‌توانید برای خود یا برای شخص دیگری به اداره حقوق مدنی (OCR) شکایت کنید.

برای ثبت شکایت از تبعیض برای خود یا شخص دیگری در رابطه با برنامه دریافت کمک مالی فدرال از طریق HHS، فرم را به صورت آنلاین از طریق پورتال شکایت OCR به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> تکمیل کنید. شما همچنین می توانید با OCR از طریق پست در تماس باشید: عملیات مدیریت پرونده متمرکز، ایالات متحده وزارت بهداشت و خدمات انسانی، 200 خیابان استقلال، S.W. اتاق 509F HHH Bldg، ایالت واشنگتن. 20201؛ فکس: (202) 619-3818؛ یا ایمیل: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). برای پردازش سریعتر، ما شما را تشویق می کنیم که به جای ارسال از طریق پست، از پورتال آنلاین OCR برای ثبت شکایات استفاده کنید. افرادی که برای ثبت شکایت حقوق مدنی به کمک نیاز دارند می توانند به آدرس OCR ایمیل بزنند [OCRAMail@hhs.gov](mailto:OCRAMail@hhs.gov) یا با OCR رایگان با شماره 1-800-368-1-1019، 1019 TDD 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای افرادی که ناشنوا، کم شنوا یا مشکلات گفتاری دارند، لطفاً برای دسترسی به خدمات رله مخابراتی 1-7-1 را شماره گیری کنید. ما همچنین قالب های جایگزین (مانند خط بریل و چاپ بزرگ)، کمک های کمکی و خدمات کمک زبان را به صورت رایگان برای ثبت شکایت ارائه می دهیم.

این موسسه، یک ارائه کننده فرصتهای مساوی است.

تحت اداره خدمات انسانی (DHS)، همچنین می توانید با تماس با دفتر محلی DFCS یا هماهنگ کننده حقوق مدنی DFCS و 504 بخش / ADA در

2 Peachtree St NW، منزل اول، اتلانتا، GA 30303، (877) 423-4746 شکایت های تبعیض ارائه کنید برای شکایات مبنی بر تبعیض بر اساس مهارت محدود انگلیسی، با برنامه تسلط محدود انگلیسی و اختلال حسی DHS در خیابان ترینیتی NW 2، طبقه 29th، اتلانتا، GA 30303 تماس بگیرید یا با شماره (877) 423-4746 تماس بگیرید.

درخواست ها را به USDA یا HHS ارسال نکنید