

હું મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી અને માન્યતા મુજબ ખોટી જુબાનીના દંડ હેઠળ જાહેર કરું છું કે હું જેના માટે લાભો માટે અરજી કરી રહ્યો છું તે વ્યક્તિ(ઓ) યુએસ નાગરિક(ઓ) છે અથવા યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સમાં કાયદેસર રીતે હાજર છે. હું વધુમાં પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજી પર આપવામાં આવેલી તમામ માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણ મુજબ સાચી અને સાચી છે. હું સમજું છું અને સંમત છું કે DHS-DFCS, DCH અને અધિકૃત ફેડરલ એજન્સીઓ આ અરજી પર હું જે માહિતી આપું છું તેની ચકાસણી કરી શકે છે. ભૂતકાળ અથવા વર્તમાન નોકરીદાતાઓ પાસેથી માહિતી મેળવી શકાય છે. હું સમજું છું કે મારી માહિતીનો ઉપયોગ વેતનની માહિતી અને કામની પ્રવૃત્તિઓમાં મારી સહભાગિતાને ટ્રેક કરવા માટે કરવામાં આવશે.

ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) અને/અથવા TANF પ્રોગ્રામ આવશ્યકતાઓ અનુસાર હું મારી પરિસ્થિતિમાં કોઈપણ ફેરફારની જાણ કરીશ. જો મારા પરિવારમાં કોઈને લોટરી અથવા જુગારમાં જીત મળે તો, \$4250 કે તેથી વધુની કુલ રકમ (ટેક્સ અથવા અન્ય રકમો રોકી દેવામાં આવે તે પહેલાં) હું જાણ કરીશ. હું આ જીતની જાણ જે મહિનાના અંતના 10 દિવસની અંદર કરીશ જેમાં મારા પરિવારને જીત પ્રાપ્ત થશે. હું સમજું છું કે જો કોઈ માહિતી ખોટી છે, તો મારા લાભો ઘટાડી શકાય છે અથવા નકારવામાં આવી શકે છે, અને જાણી જોઈને ખોટી માહિતી પ્રદાન કરવા બદલ મને ફોજદારી કાર્યવાહી કરવામાં આવી શકે છે અથવા DHS-DFCS પ્રોગ્રામ્સમાંથી ગેરલાયક ઠેરવવામાં આવી શકે છે. હું સમજું છું કે જો હું ખોટી માહિતી આપું અથવા માહિતી છુપાવું તો મારા પર કાર્યવાહી થઈ શકે છે. હું સમજું છું કે જો હું મારી અરજી અથવા નવીકરણ પ્રક્રિયા દરમિયાન મારા કેટલાક ખર્ચ વિશે DHS-DFCS ને જણાવવામાં નિષ્ફળ જાઉં અને/અથવા તેમને ચકાસવામાં નિષ્ફળ જાઉં, તો DHS-DFCS મારા ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) લાભોની રકમની ગણતરીમાં તે ખર્ચનું બજેટ કરશે નહીં. .

જ્યોજિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસ (“DHS”) લાભો માટેની તમારી અરજી દરમિયાન વ્યક્તિગત રીતે ઓળખી શકાય તેવી માહિતી (PII), જેમ કે નામ, સરનામા, ટેલિફોન નંબર, ઇમેઇલ સરનામા અને જન્મ તારીખ વગેરે એકત્રિત કરે છે. અમને કોઈપણ વ્યક્તિગત માહિતી સબમિટ કરીને, તમે સંમત થાઓ છો કે અમે DHS નીતિઓ, પ્રક્રિયાઓ અનુસાર અને કાયદા અને/અથવા નિયમો દ્વારા પરવાનગી અથવા આવશ્યકતા અનુસાર આવી કોઈપણ વ્યક્તિગત માહિતી એકત્રિત, ઉપયોગ અને જાહેર કરી શકીએ છીએ.

હસ્તાક્ષર:

તારીખ:

સાક્ષીની સહી જો 'X' દ્વારા સહી કરેલ હોય

તારીખ:

એક્સપ્રેસ લેન પાત્રતા:

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

શું તમે તમારા બાળકોને મેડિકેડ અથવા પીયકેર ફોર કિડ્સ® માં નોંધણી કરવા અથવા રિન્યૂ કરવા માટે ELE નિર્ધારિત કરવા માટે SNAP અથવા TANF માંથી તમારી માહિતીનો ઉપયોગ કરવા DFCSને મંજૂરી આપવા માટે સંમત થાઓ છો?

હા ના

અધિકૃત પ્રતિનિધિ:

જો તમે ઈચ્છો છો કે કોઈ વ્યક્તિ અથવા સંસ્થા તમારી અરજી/નવીકરણ ભરે, ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અથવા TANF માટે તમારો ઈન્ટરવ્યુ પૂર્ણ કરે અને/અથવા જ્યારે તમે ન કરી શકો ત્યારે ખોરાક ભરીદવા માટે તમારા ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) EBT કાર્ડનો ઉપયોગ કરો. દુકાન પર જાઓ. કૃપા કરીને દરેક પ્રોગ્રામ પ્રકાર માટે તપાસો કે જેને તમે અધિકૃત પ્રતિનિધિ તરીકે નિયુક્ત કરવા માંગો છો. કૃપા કરીને તપાસો કે તમે વ્યક્તિ અથવા સંસ્થા પાસે કઈ ફરજો નિભાવવા માંગો છો. જો તમે મેડિકેડ માટે અરજી કરી રહ્યા હો, તો તમે તમારા વતી તબીબી સહાયતા માટે અરજી કરવા માટે એક કરતાં વધુ વ્યક્તિને પસંદ કરી શકો છો.

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

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

વ્યક્તિનું નામ 1: _____

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

સરનામું: _____ એપ્ટ: _____

શહેર: _____ રાજ્ય: _____ ઝિપ: _____

ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન: ઇમેઇલ: હા ના (વૈકલ્પિક) લખાણ મોકલવું: હા ના (વૈકલ્પિક)

ઇમેઇલ સરનામું (વૈકલ્પિક) _____

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

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

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

વ્યક્તિનું નામ 2: _____

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

સરનામું: _____ એપ્ટ: _____

શહેર: _____ રાજ્ય: _____ ઝિપ: _____

ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન: ઇમેઇલ: હા ના (વૈકલ્પિક) લખાણ મોકલવું: હા ના (વૈકલ્પિક)

ઇમેઇલ સરનામું (વૈકલ્પિક) _____

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

અમેરિકનો વિથ ડિસેબિલિટી એક્ટ: અધિકૃત પ્રતિનિધિઓ માટે વાજબી ફેરફાર અને સંચાર સહાય માટેની વિનંતી (જો લાગુ હોય તો):

શું અધિકૃત પ્રતિનિધિને અપંગતા છે કે જેને વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયની જરૂર પડશે? હા No (જો હા, તો કૃપા કરીને તમે વિનંતી કરી રહ્યાં છો તે વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયનું વર્ણન કરો):

સાઇન લેંગ્વેજ દુભાષિયા _____; TTY _____; મોટી પ્રિન્ટ _____; ઇલેક્ટ્રોનિક કોમ્યુનિકેશન (ઇમેઇલ) _____; બ્રેઇલ _____; વિડિયો રિલે _____; ક્યૂડ સ્પીચ ઈન્ટરપ્રીટર _____; મૌખિક દુભાષિયા _____; સ્પર્શોન્દ્રિય દુભાષિયા _____; પ્રોગ્રામ ડેડલાઇનનું ટેલિફોન કોલ રીમાઇન્ડર _____; ટેલિફોનિક હસ્તાક્ષર (જો લાગુ હોય તો) _____; રૂબરૂ મુલાકાત (ઘર મુલાકાત) _____; અન્ય: _____

શું અધિકૃત પ્રતિનિધિને આ વ્યાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયની જરૂર છે

એક વાર _____ અથવા ચાલુ _____? જો શક્ય હોય તો, સંક્ષિપ્તમાં સમજાવો કે તમને ક્યારે અને કેટલા સમય સુધી આ ફેરફાર અથવા સહાયની જરૂર છે? _____

મેડિકેડ માટે જ:

શું તમે આગામી વર્ષે ફેડરલ આવકવેરા રિટર્ન ફાઇલ કરવાની અપેક્ષા રાખો છો? (જો તમે ફેડરલ આવકવેરા રિટર્ન ફાઇલ ન કરો તો પણ તમે સ્વાસ્થ્ય વીમા માટે અરજી કરી શકો છો.)

હા ના જો હા, તો કૃપા કરીને a, b, અને c પ્રશ્નોના જવાબ આપો. જો ના, તો કૃપા કરીને પ્રશ્નોનો જવાબ c.

a. શું તમે જીવનસાથી સાથે સંયુક્ત રીતે ફાઇલ કરશો? હા ના જો હા, જીવનસાથીનું નામ: _____

b. શું તમે તમારા ટેક્સ રિટર્ન પર કોઈપણ આશ્રિતોનો દાવો કરશો? હા ના

જો હા, તો આશ્રિતોના નામ(ઓ)ની યાદી આપો: _____

c. શું કોઈ બીજાના રિટર્ન પર આધારિત ટેક્સ તરીકે કોઈનો દાવો કરવામાં આવશે? હા ના

જો હા, તો ટેક્સ ફાઇલ કરનાર અને ટેક્સ આશ્રિતોના નામની યાદી બનાવો: _____

ટેક્સ ફાઇલર સાથે કર આધારિત કેવી રીતે સંબંધિત છે? _____

સામુદાયિક આઉટરીચ સેવાઓ:

અન્ય DHS સેવાઓ વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને www.dfcs.georgia.gov પર અમારી વેબસાઇટની મુલાકાત લો અથવા (877) 423-4746. પર કોલ કરો.

કૃપા કરીને તમામ પ્રશ્નોના જવાબ આપો અને વિનંતી મુજબ તમામ આવક અને કોઈપણ ખર્ચનો પુરાવો આપો.

સિટિઝનશિપ ઇમિગ્રેશન સ્ટેટસ અને સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર્સ:

કૃપા કરીને અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યો વિશે નીચેનો ચાર્ટ ભરો. નીચેના ફેડરલ કાયદાઓ અને નિયમો: 2008નો ખોરાક અને પોષણ અધિનિયમ, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, અને 42 C.F.R. § 435.920, ને તમારા ઘરના સભ્યોને સામાજિક સુરક્ષા નંબર(ઓ)ની વિનંતી કરવા માટે અધિકૃત કરો. કોઈપણ જે તમારા પરિવારમાં રહે છે અને વાલો માટે અરજી કરી રહ્યું નથી તેને બિન-અરજદાર તરીકે ગણવામાં આવશે. બિન-અરજદારોએ અમને તેમના સામાજિક સુરક્ષા નંબર, નાગરિકતા અથવા ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ વિશે માહિતી આપવાની જરૂર નથી અને તેઓ વાલો માટે પાત્ર નથી. જો તેઓ અન્યથા પાત્ર હોય તો પણ ઘરના અન્ય સભ્યો વાલો પ્રાપ્ત કરી શકશે. જો તમે ઈચ્છો છો કે અમે નક્કી કરીએ કે ઘરના કોઈપણ સભ્યો વાલો માટે પાત્ર છે કે કેમ, તો પણ તમારે અમને તેમની નાગરિકતા અથવા ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ વિશે જણાવવું પડશે અને અમને તેમની સામાજિક સુરક્ષા નંબર (SSN) આપવો પડશે. તમારે હજુ પણ પરિવારની પાત્રતા અને વાલોનું સ્તર નક્કી કરવા માટે તેમની આવક અને સંસાધનો વિશે અમને જણાવવાની જરૂર પડશે. અમે કોઈપણ બિન-અરજદાર પરિવારના સભ્યોની યુનાઈટેડ સ્ટેટ્સ સિટિઝનશિપ એન્ડ ઇમિગ્રેશન સર્વિસિસ (યુએસસીઆઈએસ) સિસ્ટમેટિક એવિયન વેરિફિકેશન ફોર એન્ટાઈટવમેન્ટ્સ (SAVE) સિસ્ટમને જાણ કરીશું નહીં જો તેઓ અમને તેમની નાગરિકતા અથવા ઇમિગ્રેશન સ્ટેટસ નહીં આપે. જો કે, જો તમારી અરજી પર ઇમિગ્રેશન સ્થિતિની માહિતી સબમિટ કરવામાં આવી હોય, તો આ માહિતી SAVE સિસ્ટમ દ્વારા ચકાસણીને આધીન હોઈ શકે છે અને તે ઘરની યોગ્યતા અને વાલોના સ્તરને અસર કરી શકે છે. તમારી આવક અને પાત્રતા ચકાસવા માટે અમે તમારી માહિતીને અન્ય ફેડરલ, રાજ્ય અને સ્થાનિક એજન્સીઓ સાથે મેચ કરીશું. આ માહિતી કાયદા અમલીકરણ અધિકારીઓને પણ આપવામાં આવી શકે છે જેનો ઉપયોગ કાયદાથી ભાગી રહેલા વોકોને પકડવા માટે થાય છે. જો તમારા પરિવાર પાસે ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP)નો દાવો છે, તો SSN સહિતની આ એપ્લિકેશન પરની માહિતી ફેડરલ અને રાજ્ય એજન્સીઓ અને ખાનગી દાવા સંગ્રહ એજન્સીઓને આપવામાં આવી શકે છે જેથી તેઓ દાવો એકત્ર કરવા માટે ઉપયોગ કરી શકે. અમે અરજદાર પરિવારના સભ્યોને વાલો નકારીશું નહીં કારણ કે અન્ય ઘરના સભ્યો તેમની SSN, નાગરિકતા અથવા ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ પ્રદાન કરવામાં નિષ્ફળ જાય છે. જો તમે માત્ર ઇમરજન્સી મેડિકલ સેવાઓ માટે જ અરજી કરી રહ્યા છો, તો તમારે તમારું SSN અથવા તમારા ઇમિગ્રેશન સ્ટેટસ વિશે માહિતી આપવાની જરૂર નથી.

પ્રથમ નામ	પિતાનું નામ	અટક	વંશીયતા હિસ્પેનિક (Ethnicity Hispanic) અથવા લેટિનો? (વૈકલ્પિક)	રેસ (વૈકલ્પિક)	લિંગ M/F	જન્મ તારીખ ફોર્મેટ (mm/dd/yy)	તમારી સાથે સંબંધ	સામાજિક સુરક્ષા નંબર (બિન-અરજદારો માટે વૈકલ્પિક)	શું તમે યુ.એસ.ના નાગરિક છો, યુ.એસ. રાષ્ટ્રીય, વાલક ઇમિગ્રેન્ટ અથવા સંતોષકારક ઇમિગ્રેશન સ્ટેટસમાં? (ફક્ત અરજદારો) (હા/ના)	આની માતા કેરે છે બાળક ઘરમાં રહે છે? (હા/ના)	આની પિતા કેરે છે બાળક ઘરમાં રહે છે? (હા/ના)	શું તમને મેડિકેટ જોઈએ છે? (હા/ના)
			હા/ના				સ્વ		હા/ના	હા/ના	હા/ના	હા/ના
			હા/ના						હા/ના	હા/ના	હા/ના	હા/ના
			હા/ના						હા/ના	હા/ના	હા/ના	હા/ના
			હા/ના						હા/ના	હા/ના	હા/ના	હા/ના
			હા/ના						હા/ના	હા/ના	હા/ના	હા/ના
			હા/ના						હા/ના	હા/ના	હા/ના	હા/ના
			હા/ના						હા/ના	હા/ના	હા/ના	હા/ના

રેસ કોડ્સ (જે લાગુ થાય છે તે બધા પસંદ કરો):
 AI - અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કા મૂળ
 HP - મૂળ હવાઇયન અથવા અન્ય પેસિફિક આઇલેન્ડર
 AS - એશિયન
 WH - સફેદ
 BL - કાળો અથવા આફ્રિકન અમેરિકન

જાતિ/વંશીયતાની માહિતી આપીને, તમે અમારા કાર્યક્રમોને બિન-ભેદભાવપૂર્ણ રીતે સંચાલિત કરવામાં સહાય કરશો. તમારા પરિવારે અમને આ માહિતી આપવાની જરૂર નથી, અને તે તમારી પાત્રતા અથવા વાલોના સ્તરને અસર કરશે નહીં. જો કે, જો તમે આ માહિતી પ્રદાન કરશો નહીં, તો પ્રથમ સામ-સામે મુલાકાત દરમિયાન જાતિ અને વંશીયતાની વિઝ્યુઅલ રજીસ્ટ્રેશન કરવામાં આવશે.

જો તમે અથવા અન્ય ઘરગથ્થુ અરજદારો નેચરલાઈઝ્ડ સિટિઝન હોય, અથવા લાયકાત ધરાવતા એલિયન/ઇમિગ્રન્ટ હોય તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો:

(કૃપા કરીને જરૂર મુજબ વધારાના પૃષ્ઠો ઉમેરો)

નામ પ્રથમ મધ્ય પ્રારંભિક અટક	ઇમીગ્રેશન દસ્તાવેજનો પ્રકાર	એલિયન/પ્રમાણપત્ર/દસ્તાવેજ ID નંબર	શું તમે 1996 થી યુ.એસ.માં રહે છો? (હા/ના)	તારીખ નેચરલાઈઝ્ડ/પ્રવેશની તારીખ અથવા યુ.એસ.માં પ્રવેશ (જો લાગુ હોય) ફોર્મેટ (mm/dd/yy)	શું તમે, અથવા તમારા જીવનસાથી અથવા માતા- પિતા અનુભવી છો અથવા યુએસ સૈન્યના સક્રિય ફરજ સભ્ય છો? (હા/ના)

મેડિકેડ માટે જ:

શું તમારા પરિવારમાં 18 વર્ષની ઉંમરે ફોસ્ટર કેરમાં કોઈ હતું? હા ના

જો તમારી પાસે ટેક્સ આશ્રિતો છે જે તમારી સાથે ઘરમાં રહેતા નથી, તો કૃપા કરીને નીચે સૂચિબદ્ધ કરો.

નામ: _____ સામાજિક સુરક્ષા નંબર _____ લિંગ: પુરુષ સ્ત્રી (કૃપા કરીને એક વર્તુળ કરો)

જન્મ તારીખ: _____ નાગરિકતા: _____

તમારી સાથેનો સંબંધ: _____ (કૃપા કરીને જરૂર મુજબ વધારાના પૃષ્ઠો ઉમેરો)

અમને અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યો વિશે વધુ જણાવો

લાભો માટે કોણ પાત્ર છે તે નક્કી કરવા માટે અમને અરજદાર અને ઘરના તમામ સભ્યો વિશે વધુ માહિતીની જરૂર છે. કૃપા કરીને નીચેના પૃષ્ઠ પર તમે જે લાભ મેળવવા માંગો છો તેના વિશેના પ્રશ્નોના જ જવાબ આપો.

1. શું કોઈને અન્ય દેશ અથવા રાજ્યમાં કોઈ લાભ મળ્યો છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને TANF માટે)

હા ના

જો હા:

કોણ: _____

ક્યાં: _____

ક્યારે: _____

2. 8/22/1996 પછી તેઓ ક્યાં રહે છે અને તેઓ કોને એક કરતાં વધુ વિસ્તારમાં બહુવિધ FS લાભો મેળવવાના છે તે વિશે ખોટી માહિતી આપવા બદલ

શું કોઈને દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના

જો હા:

કોણ: _____

ક્યાં: _____

ક્યારે: _____

3. શું તમારા ઘરના કોઈપણ વ્યક્તિએ અરજીની તારીખના 30 દિવસની અંદર સ્વેચ્છાએ નોકરી છોડી દીધી છે અથવા સ્વેચ્છાએ તેના/તેણીના કામના

કલાકો પ્રતિ સપ્તાહ 30 કલાકથી ઓછા કર્યા છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને TANF માટે) હા ના

જો હા, તો કોણે છોડ્યું? _____

તેણે/તેણીએ શા માટે છોડી દીધું? _____

4. શું કોઈ ગર્ભવતી છે? (આ પ્રશ્ન ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અરજદારોને લાગુ પડતો નથી) હા ના

જો હા, તો અંદાજિત નિયત તારીખ શું છે? _____; અને કેટલા બાળકોની અપેક્ષા છે? _____

જો ના, તો શું છેલ્લા 12 મહિનામાં ઘરના કોઈએ ડિલિવરી કરી છે અથવા ગર્ભાવસ્થા સમાપ્ત થઈ છે? હા ના

જો હા, તો ડિલિવરી/સમાપ્તિ તારીખ શું હતી? _____; અને કેટલા બાળકોની ડિલિવરી/અપેક્ષિત હતી? _____

સર્ગર્ભા સ્ત્રીનું નામ: _____ અજાત બાળકના પિતાનું નામ: _____

પિતાનું સરનામું: _____

5. મેડિકેડ અરજદારો માટે, શું કોઈની પાસે છેલ્લા 3 મહિનાનું કોઈ અવેતન તબીબી બિલ છે? હા ના

જો હા, જો તમારી પાસે મેડિકેડ કેસ હોય તો કૃપા કરીને અવેતન બિલ મોકલો.

6. શું કોઈ ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) અથવા TANF પ્રોગ્રામમાંથી અયોગ્ય છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને TANF માટે) હા ના
જો હા:
કોણ: _____
ક્યાં: _____
7. શું કોઈ અપરાધ માટે રદબાતલ કાર્યવાહી અથવા જેલમાં ભાગી રહ્યું છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને TANF માટે) હા ના જો હા, તો કોણ:

8. શું કોઈ પ્રોબેશન અથવા પેરોલની શરતોનું ઉલ્લંઘન કરી રહ્યું છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને TANF માટે) હા ના
જો હા, તો કોણ: _____
9. શું 8/22/1996 પછી (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને TANF માટે) અથવા હિંસક ગુના (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) પછી નિયંત્રિત ડ્રગ પદાર્થ (એટલે કે, ડ્રગ ફેલોન) ના કબજા, ઉપયોગ અથવા વિતરણથી સંબંધિત વર્તનને કારણે કોઈને અપરાધની સજા છે. ફક્ત TANF માટે)? હા ના
જો હા:
કોણ: _____ ક્યારે: _____
- a. શું તમે ડ્રગના ગુનાની સજાના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પ્રોબેશનની શરતોનું પાલન કરો છો? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા
 ના
- b. શું તમે ડ્રગના ગુનાની સજાના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પેરોલની શરતોનું પાલન કરો છો? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના
- c. શું તમે કોઈપણ ડ્રગ સંબંધિત દોષિત ઠરાવથી સંબંધિત પ્રોબેશન અથવા પેરોલની તમામ શરતો સફળતાપૂર્વક પૂર્ણ કરી છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના
10. શું તમે અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને 8/22/1996 પછી દવાઓ માટે ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) લાભોના વેપાર માટે દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના
જો હા:
કોણ: _____ ક્યારે: _____
11. શું 8/22/1996 પછી ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) ના \$500 થી વધુ લાભો ખરીદવા અથવા વેચવા માટે તમે અથવા ઘરના કોઈ સભ્યને દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના
જો હા:
કોણ: _____
ક્યારે: _____
12. 8/22/1996 પછી બંદૂકો, દારૂગોળો અથવા વિસ્ફોટકો માટે ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) લાભોના વેપાર માટે તમને અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના
જો હા:
કોણ: _____
ક્યારે: _____
13. શું તમે અથવા તમારા ઘરના કોઈપણ સભ્યને ઉગ્ર જાતીય દુર્વ્યવહાર, હત્યા, જાતીય શોષણ અને બાળકોના અન્ય દુર્વ્યવહાર, જાતીય હુમલો સાથે સંકળાયેલા ફેડરલ અથવા રાજ્યના ગુના અથવા એટર્ની જનરલ દ્વારા નિર્ધારિત રાજ્યના કાયદા હેઠળના ગુના માટે પુખ્ત તરીકે દોષિત ઠેરવવામાં આવ્યા છે. 2/7/2014 પછી, આવા અપરાધ સમાન છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના
જો હા:
કોણ: _____

ક્યારે: _____

- a. શું તમે અપરાધની સજાના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પ્રોબેશનની શરતોનું પાલન કરો છો? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના
- b. શું તમે ગુનાહિત દોષારોપણના પરિણામે મળેલી કોઈપણ સજા સાથે સંબંધિત પેરોલની શરતોનું પાલન કરો છો? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના
- c. શું તમે કોઈપણ અપરાધ સંબંધિત દોષિત ઠરાવથી સંબંધિત પ્રોબેશન અથવા પેરોલની તમામ શરતો સફળતાપૂર્વક પૂર્ણ કરી છે? (ફક્ત ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) હા ના

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

જો હા:

કોણ: ક્યારે: _____ પ્રાપ્ત રકમ: _____

15. શું કોઈએ નીચેની સંસ્થાઓ, દારૂની દુકાનો, કેસિનો, પોકર રૂમ, પુખ્ત મનોરંજન વ્યવસાય, જામીન બોન્ડ, નાઈટ ક્લબ, સલુન્સ/ટેવર્ન, બિન્ગો હોલ, રેસ ટ્રેક, બંદૂક/દારૂગોળો સ્ટોર, ફૂઝ શિપ, પર TANF ફંડ અથવા EPPIC કાર્ડનો ઉપયોગ કર્યો છે? માનસિક વાચકો, ધૂમ્રપાનની દુકાનો, ટેટ્ટુ/વેધનની દુકાનો અને સ્પા/મસાજ સલુન્સ?

(માત્ર TANF માટે) હા ના

જો હા:

કોણ: _____ ક્યારે: _____

16. શું કોઈપણ કે જે લાભી માટે અરજી કરી રહ્યું છે, હાલમાં ભરણપોષણ મેળવે છે? હા ના

જો હા:

કોણ: _____

પ્રાપ્ત થયેલ માસિક રકમ : _____

ભરણપોષણ કરારને અંતિમ અથવા છેલ્લે સંશોધિત કર્યાની તારીખ: _____

માત્ર ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને TANF માટે:

ઉચ્ચ શિક્ષણમાં વિદ્યાર્થીઓ: શું તમારા પરિવારમાં કોઈએ કોલેજ, યુનિવર્સિટી, વ્યાવસાયિક અથવા તકનીકી શાળામાં ઓછામાં ઓછા અડધા સમય માટે નોંધણી કરાવી છે? હા ના જો હા, તો કોણ: _____

શાળાનું નામ: _____ ગ્રેડ/સ્ટેટસ ગ્રેજ્યુએશન તારીખ: _____

_____ શું વિદ્યાર્થી નોકરી કરે છે? હા ના વર્ક સ્ટડીમાં નોંધાયેલ છે? હા ના

જો હા, દર અઠવાડિયે કલાકો કામ કરે છે _____ (કૃપા કરીને નીચેનો રોજગાર વિભાગ પણ પૂર્ણ કરો.)

માત્ર ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે:

શું 60 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના અથવા અપંગ વ્યક્તિનો તબીબી ખર્ચ છે? હા ના

શું તમારા તબીબી ખર્ચો જમ કે મેડિકેર પ્રિમિયમ, પ્રિસ્ક્રિપ્શન દવાની કિંમત અથવા હોસ્પિટલના બીલ બદલાયા છે? હા ના

જો હા, તો નીચેના યાદ પર ખર્ચની યાદી આપો. જોડાયેલ બીલ, તાજેતરના મહિનાઓ માટે પ્રિસ્ક્રિપ્શન દવાઓ).

ઘરના સભ્યનું બિલ	ખર્ચનો પ્રકાર (ડોક્ટર, હોસ્પિટલ, પ્રિસ્ક્રિપ્શન)	બાકી રકમ	બિલની તારીખ	વીમો ચૂકવશે? હા/નાં

શું 60 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના અથવા વિકલાંગ વ્યક્તિ પાસે પરિવહન માટે તબીબી ખર્ચ છે? હા ના

જો હા, તો કૃપા કરીને નીચેની માહિતી આપો. જો તમે મેડિકેડ પ્રાપ્ત કરી રહ્યાં હોવ, તો પુરાવા આપો:

સફરનો હેતુ (ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલની મુલાકાત; ફાર્મસી પિક-અપ)	કુલ માઇલ ચલાવેલ:	ટેક્સી, બસ, પાર્કિંગ અથવા રહેવાની કિંમત:
---	------------------	--

શું અન્ય કોઈ તમારા માટે આમાંથી કોઈપણ તબીબી ખર્ચ ચૂકવે છે? હા ના

જો હા, તો કૃપા કરીને નીચેની માહિતી આપો:

કયો ખર્ચ ચૂકવવામાં આવે છે?	ખર્ચ કોણ ચૂકવે છે?
આ વ્યક્તિ કોને બિલ ચૂકવે છે?	સરનામું:

મેડિકેડ માટે જ:

અન્ય આરોગ્ય કવરેજ

શું હવે નીચેનામાંથી કોઈ આરોગ્ય વીમામાં નોંધાયેલ છે?

- જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસિસ મેડિકેડ પીયકેર ફોર કિડ્સ મેડિકેર
- VA હેલ્થકેર પ્રોગ્રામ્સ TRICARE (તમારી પાસે સીધી સંભાળ અથવા ફરજની રેખા છે કે કેમ તે તપાસશો નહીં)
- એમ્પ્લોયર વીમો: વીમાનું નામ _____ નીતિ અનુક્રમ _____
- અન્ય: વીમાનું નામ _____ નીતિ અનુક્રમ _____

શું તમારી પાસે મેડિકેડ સિવાય અન્ય કોઈ સ્વાસ્થ્ય વીમો છે? હા ના

જો હા, તો અમને તમારા વીમા કાર્ડની નકલ મોકલો.

સંસાધનો:

(MAGI મેડિકેડ માટે જરૂરી નથી): શું તમારા ઘરની કોઈપણ વ્યક્તિ પાસે નીચેનામાંથી કોઈ સંસાધનો છે?

હા ના (જો હા હોય તો નીચેની માહિતી આપો. જો તમે વૃદ્ધ, અંધ અથવા વિકલાંગ મેડિકેડ (મેડિકેર સેવિંગ્સ પ્લાન જેમ કે QMB, SLMB અથવા QI-1 સિવાય) પ્રાપ્ત કરી રહ્યાં હોવ તો પુરાવા આપો.

સંસાધન પ્રકાર	માલિક	એકાઉન્ટ/નીતિ # (જો તમારું એકાઉન્ટ/નીતિ # તમારા SSN જેવી જ હોય તો પૂર્ણ કરશો)	મૂલ્ય	બેંક, વીમા કંપની વગેરેનું નામ.
રોકડ				
ચકાસણી/બચત				
કેડિટ યુનિયન				
વાર્ષિકી				
સ્ટોક્સ અથવા બોન્ડ્સ				
સેફ ડિપોઝિટ બોક્સ				
નિવૃત્તિ ખાતું (ફક્ત નોન-MAGI મેડિકેડ/TANF માટે)				
વાહનો (ફક્ત નોન-MAGI મેડિકેડ/TANF માટે)				
સીડી/વાર્ષિક (ફક્ત નોન-MAGI મેડિકેડ/TANF માટે)				
પ્રી-પેઇડ અંતિમવિધિ યોજનાઓ (ફક્ત નોન-MAGI મેડિકેડ/TANF માટે)				
કબ્રસ્તાન પ્લોટ (ફક્ત નોન-MAGI મેડિકેડ/TANF માટે)				
ટ્રસ્ટ ફંડ (ફક્ત નોન-MAGI મેડિકેડ/TANF માટે)				
નોન-હોમ પ્લેસ પ્રોપર્ટી (ફક્ત નોન-MAGI મેડિકેડ/TANF માટે)				

હોમ પ્લેસ પ્રોપર્ટી (ફક્ત નોન-MAGI મેડિકેડ/TANF માટે)				
જીવન વીમો (ફક્ત નોન-MAGI મેડિકેડ/TANF માટે)				
અન્ય				

માત્ર વૃદ્ધ, અંધ અથવા અપંગ મેડિકેડ માટે:

છેલ્લા 60 મહિનામાં તમે, તમારા જીવનસાથી અથવા કોઈને તમે વેચવા, વેપાર કરવા અથવા કોઈ સંસાધન આપવા માટે અરજી કરી રહ્યાં છો. હા ના

જો હા, તો શું? _____
ક્યારે? _____

ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP), TANF અને મેડિકેડ માટે:

રોજગાર: શું તમારા ઘરમાં કોઈ કામ કરે છે? હા ના

જો હા, તો રોજગારમાંથી રોજગારી મેળવનાર વ્યક્તિના પગારની માહિતી જેમ કે વેતન, બોનસ અને ટીપ્સની યાદી બનાવો અને છેલ્લા 4 અઠવાડિયામાં પ્રાપ્ત થયેલી તમામ કુલ આવકનો પુરાવો જોડો.

કામ કરતી વ્યક્તિ	એમ્પ્લોયર	કલાક દીઠ	અઠવાડિ યે કલાકો	કેટલી વાર	DATE(S) ચૂકવેલ	બોનસ પે	ટીપ્સ

મેડિકેડ માટે જ:

કરવેરા પહેલાના ખર્ચ:

- આરોગ્ય વીમો \$ _____ કેટલી વાર? _____ વિઝન ઈન્સ્યોરન્સ \$ _____ કેટલી વાર? _____
- ડેન્ટલ ઈન્સ્યોરન્સ \$ _____ કેટલી વાર? _____
 - અન્ય કપાતનો પ્રકાર \$ _____ કેટલી વાર? _____
 - અન્ય કપાતનો પ્રકાર \$ _____ કેટલી વાર? _____
 - અન્ય કપાતનો પ્રકાર \$ _____ કેટલી વાર? _____
 - વધુ? કૃપા કરીને કાગળની એક અલગ શીટ પર જોડો.

પ્રી-ટેક્સ ખર્ચ એ કર લાગુ થાય તે પહેલાં તમારી આવકમાંથી લેવામાં આવેલી કપાત છે. તમામ કપાત પૂર્વ-કર નથી.

ટેક્સ રિટર્ન કપાત:

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

નોંધ: સ્વ-રોજગારના તમારા જવાબમાં તમે પહેલેથી જ ધ્યાનમાં લીધેલ ખર્ચનો સમાવેશ ન કરવો જોઈએ.

- એલિમોની ચૂકવેલ \$ _____ કેટલી વાર? _____
- વિદ્યાર્થી લોનનું વ્યાજ \$ _____ કેટલી વાર? _____
- અન્ય કપાતનો પ્રકાર \$ _____ કેટલી વાર? _____
- અન્ય કપાતનો પ્રકાર \$ _____ કેટલી વાર? _____

ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP), TANF અને મેડિકેડ માટે:

શું કોઈએ કામ કરવાનું બંધ કર્યું છે? હા ના જો હા, તો નીચેની બાબતો પૂર્ણ કરો અને પુરાવા આપો:

કયું કામ અટક્યું?	કામ કરવાનું બંધ કરનાર ઘરના સભ્યનું નામ:
-------------------	---

નોકરીનું સ્થળ:		
ચૂકવણી બંધ કરવાની તારીખ:	અંતિમ તપાસની તારીખ:	અંતિમ પગારની રકમ (કુલ):

શું કોઈએ કામ કરવાનું શરૂ કર્યું છે? હા ના જો હા, તો નીચેની બાબતો પૂર્ણ કરો અને પુરાવા આપો:

કામ શરૂ કરનાર વ્યક્તિનું નામ:	શરૂઆતની તારીખ:	ફોન નંબર:
એમ્પ્લોયર/વ્યવસાયનું નામ:	પગારનો દર: \$	પ્રથમ ચેક પ્રાપ્ત/પ્રાપ્ત થવાની તારીખ:
કેટલી વાર ચૂકવવામાં આવે છે (કૃપા કરીને એક તપાસો):		
<input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક • દ્વિ-સાપ્તાહિક • મહિનામાં બે વાર • માસિક • અન્ય		

સ્વ રોજગાર:

શું કોઈ સ્વ-રોજગાર ધરાવે છે? હા ના (જો હા, તો કોણ?) _____

મહેરબાની કરીને ટેક્સ ફાઇલો, બિઝનેસ રેકોર્ડ્સ, રસીદો, બિલો અથવા સ્થાપિત વ્યવસાયના ગ્રાહકોના નિવેદનો દ્વારા સ્વ-રોજગાર આવકનો પુરાવો પ્રદાન કરો.

શું આ વ્યવસાય સામેલ છે? હા ના

શું આ વ્યક્તિનો કોઈ સ્વ-રોજગાર ખર્ચ છે? હા ના

જો હા, તો આ વ્યક્તિ કેવા પ્રકારના ખર્ચ કરે છે?

માત્ર મેડિકલ અને TANF માટે: સ્વ-રોજગાર ખર્ચ માટે પુરાવો પ્રદાન કરો.

બિનઉપજિત આવક:

શું તમારા પરિવારમાં કોઈને યોગદાન, સામાજિક સુરક્ષા, **SSI, VA**, ચાઈલ્ડ સપોર્ટ, બેરોજગારી, નિવૃત્તિ અથવા અન્ય કોઈ આવકમાંથી નાણાં મળે છે? હા ના

જો હા, તો નીચેની માહિતી પૂર્ણ કરો અને છેલ્લા 4 અઠવાડિયામાં પ્રાપ્ત થયેલી તમામ આવક અથવા સૌથી તાજેતરના એવોર્ડ પત્રનો પુરાવો આપો.

નામ	સ્ત્રોત	રકમ	કેટલી વારે?

MAGI મેડિકલ માટે:- ચાઈલ્ડ સપોર્ટ, વેટરન પેમેન્ટ, સપ્લીમેન્ટલ સિક્યુરિટી ઈન્કમ (SSI), અથવા વર્કમેનના વળતર લાભોમાંથી આવક ગણવામાં આવશે નહીં.

આશ્રિત સંભાળ ખર્ચ:

શું તમે આશ્રિત બાળક અથવા અપંગ પુખ્ત વયના ધરના સભ્યની સંભાળ માટે ચૂકવણી કરો છો? હા ના

જો હા, તો નીચેના પ્રશ્નો પૂર્ણ કરો.

વ્યક્તિ કે જેને સંભાળની જરૂર છે:	સંભાળ માટે ચૂકવણી કરનાર વ્યક્તિ:	
પ્રદાતાનું નામ:	પ્રદાતાને કેટલી ચૂકવણી કરવામાં આવે છે:	કેટલી વાર ચૂકવવામાં આવે છે:
પ્રદાતાનો ફોન #:	સંભાળ માટેનું કારણ:	

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

આશ્રય ખર્ચ:

શું તમે અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યએ આશ્રય ખર્ચ ચૂકવવાનું શરૂ કર્યું છે અથવા તમારા આશ્રય ખર્ચમાં ફેરફાર થયો છે? હા ના
જો હા, તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો.

ખર્ચ	રકમ	કેટલી વારે?	કોણે ચૂકવણી કરી?
ભાડું/ગીરો			
મિલકત વેરો			
મિલકત વીમો			
વીજળી			
ગેસ			
બળતણ			
તેલ/લાકડાં/કેરોસી			
ફૂલો/સિન્ટિક			
ટાંકી/પાણી/ગટર			
કચરો			
ટેલિફોન			
અન્ય			

ઘરનો પ્રાથમિક ગરમી અથવા ઠંડકનો સ્ત્રોત શું છે? (વીજળી, ગેસ, એર કંડિશનર)

શું અન્ય કોઈ તમારા માટે આમાંથી કોઈ ઘરનું બિલ ચૂકવે છે? હા ના જો હા, તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો :

બિલ કોણ ચૂકવે છે?	કયા બીલ ચૂકવવામાં આવે છે?
કેટલી રકમ ચૂકવવામાં આવે છે?	આ વ્યક્તિ કોને બિલ ચૂકવે છે?

શું તમને છેલ્લા 12 મહિનામાં ઊર્જા સહાય મળી છે? હા ના

જો હા, તો રકમ પ્રાપ્ત \$ _____

શું તમે ઘરના કોઈપણ સાથે માસિક ધર ખર્ચ શેર કરો છો? હા ના

જો હા, તો કોણ? _____

ટિપ્પણીઓ/દસ્તાવેજીકરણ _____

કોને ચૂકવ્યા _____ ચૂકવેલ રકમ \$ _____ પ્રતિ _____

મકાનમાલિકનું નામ _____ મકાનમાલિકનું સરનામું _____

ચાઇલ્ડ સપોર્ટ ચૂકવણી:

શું તમે અથવા તમારા ઘરની કોઈ વ્યક્તિ ઘરની બહાર રહેતા કોઈ વ્યક્તિને બાળ સહાય ચૂકવો છો? હા ના

જો હા, તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો:

કોણ ચૂકવવા માટે જવાબદાર છે?	ફરજિયાત રકમ કેટલી છે?
ચાઇલ્ડ સપોર્ટ કોના માટે ચૂકવવામાં આવે છે?	વાસ્તવિક રકમ કેટલી ચૂકવવામાં આવે છે?
ચાઇલ્ડ સપોર્ટ કોને ચૂકવવામાં આવે છે?	ચાઇલ્ડ સપોર્ટ કેટલી વાર ચૂકવવામાં આવે છે?

માત્ર ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે, કૃપા કરીને પાછલા 3 મહિનામાં ચૂકવવામાં આવેલી રકમ અને ચૂકવવાની કાનૂની જવાબદારીનો પુરાવો આપો.

આ વિભાગ ફક્ત TANF પ્રાપ્તકર્તાઓ માટે છે - તમારે નીચેનાને પૂર્ણ કરવું આવશ્યક છે: શોટ રેકોર્ડ્સ:

શું 7 વર્ષથી ઓછી ઉંમરનું કોઈ બાળક છે, જે હજુ સુધી શાળામાં નોંધાયેલ નથી? (Pre-K ને "શાળા" ગણવામાં આવતું નથી.)

હા ના

જો હા, તો 7 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના દરેક બાળક માટે ફોર્મ 3231- ચાઇલ્ડ કેર ઇમ્યુનાઇઝેશન ફોર્મ મોકલો.

શાળાની આવશ્યકતાઓ:

શું બધા બાળકો (6-18 વર્ષની ઉંમરના) શાળામાં જાય છે? હા ના

જો હા, તો બાળક(બાળકો)ના નામ _____

શાળાઓનું નામ _____

ગ્રેડ(ઓ) _____

શું 16 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરનું કોઈ બાળક શાળામાં નથી? હા ના

જો હા, તો બાળક/બાળકોનું નામ? _____

કૃપા કરીને વર્તમાન ચેક સ્ટબની નકલ પ્રદાન કરો જો આ બાળક નોકરી કરે છે અથવા જો કોઈ અન્ય કાર્ય-સંબંધિત પ્રવૃત્તિમાં રોકાયેલ હોય તો પ્રદાતાનું નિવેદન આપો.

ઘરેલું હિંસા:

શું તમે અથવા તમારા પરિવારમાં કોઈ ઘરેલું હિંસા, જાતીય સતામણી, જાતીય હુમલો અથવા પીછો કરવાનો શિકાર છો? હા ના

જો હા, તો કૃપા કરીને અમને પીડિતાનું નામ જણાવો _____

મૂલ્યાંકન પછી, જો તમારું કુટુંબ લાયક ઠરે છે, તો અમે અમુક પ્રોગ્રામ આવશ્યકતાઓને માફ કરી શકીએ છીએ, જેમ કે, કાર્ય પ્રવૃત્તિઓમાં ભાગીદારી અથવા બાળ સહાય સેવાઓના વિભાગને રેફરલ.

ઓટો ખર્ચ:

શું તમે બાળક (અથવા બાળકો) ના માતા-પિતા અથવા સંબંધી છો અને શું તમે બાળક (અથવા બાળકો સાથે) સાથે TANF AU માં સામેલ છો? હા ના

જો હા, તો નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો:

શું તમે અથવા અન્ય કોઈ પુખ્ત AU સભ્ય ઓટોમોબાઈલની માલિકી ધરાવો છો અથવા ખરીદી રહ્યા છો? હા ના

જો હા, તો કોણ? (માલિકનું નામ) _____

વાહનનું વર્ષ, બનાવટ અને મોડલ: _____

કૃપા કરીને ઓટોમોબાઈલ નોંધની ચૂકવણી, વીમો, જાળવણી અને અન્ય સંબંધિત ખર્ચાઓની સૂચિ બનાવો:

શું તમારી પાસે કોઈ અન્ય પુનરાવર્તિત ખર્ચ છે (ઉદાહરણ તરીકે ક્રેડિટ કાર્ડ બિલ) જે તમે ચૂકવી રહ્યા છો? હા ના

જો હા, તો કૃપા કરીને યાદી આપો: _____

તમામ કાર્યક્રમો માટે અધિકારો અને જવાબદારીઓ

તમને આનો અધિકાર છે:

- જો તમને અંગ્રેજી ભાષા વાંચવામાં, લખવામાં, બોલવામાં અથવા સમજવામાં તકલીફ પડતી હોય તો આ ફોર્મ અને મફત ભાષા સહાય સેવાઓ (દુભાષિયા, અનુવાદિત સામગ્રી અથવા સીધી ભાષામાં સેવાઓ) ભરવા માટે સહાયની વિનંતી કરો.
- જો તમને અથવા તમારા પરિવારમાં કોઈને અપંગતા હોય તો સહાયક સહાય અને સેવાઓ અને વાજબી ફેરફારોની વિનંતી કરો.

સુનાવણીની સૂચના: તમામ કાર્યક્રમોમાં તમને લેખિતમાં અથવા રૂબરૂમાં ન્યાયી સુનાવણીની વિનંતી કરવાનો અધિકાર છે. તમે 1-877-423-4746 પર કોલ કરીને સુનાવણી માટે કહી શકો છો અથવા જો તમે આ નિર્ણય સાથે સંમત ન હોવ તો તમે રાજ્યના સુનાવણી અધિકારી સમક્ષ સુનાવણી માટે કહી શકો છો. સુનાવણીમાં વકીલ, સંબંધી, મિત્ર અથવા તમે પસંદ કરો છો તે કોઈપણ દ્વારા તમારું પ્રતિનિધિત્વ થઈ શકે છે. જો તમને સુનાવણી જોઈતી હોય, તો તમારે લેખિતમાં અથવા નીચેની એજન્સીનો સંપર્ક કરીને સુનાવણી માટે પૂછવું જોઈએ:

- ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે આ નોટિસની તારીખથી 90 દિવસ
- મેડિકેડ અને TANF માટે આ નોટિસની તારીખથી 30 દિવસ

તમે આના માટે જવાબદાર છો:

- તમારા કાર્યકરને સાચી માહિતી આપવી અને લાભો મેળવવા માટે જરૂરી નિવેદનોનો પુરાવો આપવો. જ્યારે તમે આ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરો છો, ત્યારે તમે તમારા કર્મચારીને તમારા એમ્પ્લોયર, બેંક, પાડોશી અથવા અન્ય લોકો પાસેથી માહિતી મેળવવાની પરવાનગી આપો છો જેથી અમે ખાતરી કરી શકીએ કે તમને યોગ્ય રકમનો લાભ મળી રહ્યો છે.
- દરેક સમયે સત્ય કહેવું. જો તમે અથવા તમારા માટે અરજી કરનાર કોઈ વ્યક્તિ ખોટી માહિતી પ્રદાન કરે છે, તો તમે ગુનો કરી શકો છો અને તમે જેલમાં જઈ શકો છો.
- તમે અથવા તમારા ધરના કોઈપણ લાભો માટે અરજી કરતા હોય તે યુ.એસ.ના નાગરિક અથવા પાત્ર ઇમિગ્રન્ટ છે તેનો પુરાવો આપવો.
- ફોડ પ્રિવેન્શન અથવા ઓફિસ ઓફ ઇન્વેસ્ટિગેટિવ સર્વિસિસ માટે કામ કરતા રાજ્ય અને ફેડરલ કર્મચારીઓને સહકાર આપવો અને જેઓ વિશેષ કેસ સમીક્ષાઓ કરી રહ્યા છે. જો તમે સહકાર ન આપો અને અમે નક્કી કરી શકતા નથી કે તમે હજુ પણ ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે પાત્ર છો, તો તમારો કેસ નકારવામાં આવી શકે છે અથવા બંધ થઈ શકે છે.
- (ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે) ક્વોલિટી કંટ્રોલ સમીક્ષા જ્યારે તમે તમારા કેસ મેનેજરને આપેલી માહિતી વિશે તમારો ઇન્ટરવ્યૂ લેવા માટે તમારા ઘરે આવે અથવા ફોન કરે ત્યારે તેમને સહકાર આપે છે. જો તમે તેમની સાથે સહકાર ન આપો, તો તમારો કેસ નકારી અથવા બંધ થઈ શકે છે.
- (ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને TANF માટે) તમને ન મળવા જોઈએ તેવા લાભોની ચુકવણી.
- (મેડિકેડ માટે) જ્યારે તેઓ તમારા કેસ મેનેજરને આપેલી માહિતી વિશે તમારો ઇન્ટરવ્યૂ લેવા માટે તમારા ઘરે ફોન કરે અથવા આવે ત્યારે મેડિકેડ એલિજિબિલિટી ક્વોલિટી કંટ્રોલ અથવા પ્રોગ્રામ ઇન્ટિગ્રિટીને સહકાર આપે છે.
- (મેડિકેડ માટે) સભ્યો કે જેઓ નર્સિંગ હોમ, ઇન્ટરમીડિયેટ કેર ફેસિલિટી, કોમ્યુનિટી-આધારિત સેવામાં છે, અથવા એસ્ટેટ રિકવરી સાથે સહકાર આપતા, માફી કાર્યક્રમ દ્વારા નોંધાયેલા છે અને સેવાઓ મેળવે છે.

જો તમે ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) મેળવો છો, તો તમારે જાણ કરવી જોઈએ કે જ્યારે તમારી કુલ માસિક આવક તમારા ધરના કદની આવક મર્યાદા કરતાં વધી જાય. જો તમે કોઈ બાળકો વિના કામ કરતા પુખ્ત વયના છો, તો તમારે જ્યારે તમારા કામના કલાકો અઠવાડિયાના 20 કલાક અથવા દર મહિને 80 કલાકથી ઓછા હોય ત્યારે તમારે જાણ કરવી જોઈએ. જ્યારે તમારા પરિવારને ચૂંટવું લોટરી અને જુગારની મળવું ત્યારે જાણવું જોઈએ.

જ્યારે તમારા પરિવારને નોંધપાત્ર લોટરી અને જુગારની જીત મળે ત્યારે તમારે જાણ કરવી જોઈએ. આ એક જ ગેમમાં જીતેલ રોકડ પુરસ્કાર છે. જો તમે અથવા ધરના સભ્યને લોટરી અથવા જુગારમાં જીતેલી, \$4250 અથવા વધુની કુલ રકમ (ટેક્સ અથવા અન્ય રકમો રોકી દેવામાં આવે તે પહેલાં) પ્રાપ્ત થાય છે, તો તમારે આ જીતની જાણ જે મહિનાના અંતના 10 દિવસની અંદર પરિવારને જીતી છે તેના 10 દિવસની અંદર કરવી આવશ્યક છે.

જો તમે TANF અથવા મેડિકેડ મેળવો છો, તો તમારે ફેરફાર થયાના 10 દિવસની અંદર તમારી પરિસ્થિતિમાં થતા તમામ ફેરફારોની જાણ કરવી પડશે.

હું સમજું છું કે મારા મેડિકેડ કેસમાં કોઈપણ વ્યક્તિને મળેલી કોઈપણ એકમ રકમ અથવા "વિન્ડફોલ" ચુકવણી યોગ્યતા નક્કી કરવા માટે, અમારી પાસે હોઈ શકે તેવી અન્ય કોઈપણ આવક સાથે બજેટ હોવી જોઈએ.

મેડિકેડ પ્રોગ્રામમાં, તમને આનો અધિકાર છે:

- તમારી પાસે અન્ય સ્વાસ્થ્ય વીમો હોય તો પણ મેડિકેડ મેળવો.
- તમારા મેડિકેડ ડૉક્ટર અથવા પ્રદાતા પસંદ કરો.
- મેડિકેડના પ્રકાર પર આધાર રાખીને, તમે અરજી કરો તે તારીખથી 10, 45 અથવા 60 દિવસની અંદર તમારી મેડિકેડ એપ્લિકેશન મંજૂર અથવા નકારી કાઢો.

મારી મેડિકેડ પાત્રતાની શરત તરીકે:

- હું રાજ્યને તબીબી સહાય માટેના તમામ અધિકારો અને કોઈપણ તૃતીય પક્ષ (હોસ્પિટલ અને તબીબી લાભો) તરફથી તબીબી સંભાળ માટે ચૂકવણી કરવા માટે સંમત છું.
- સંભાળ અને સેવાઓ માટે ચૂકવણી કરવા માટે જવાબદાર હોઈ શકે તેવા કોઈપણ તૃતીય પક્ષને અનુસરવામાં રાજ્યને મદદ કરવા માટે હું રાજ્યને ઓળખવામાં અને માહિતી પ્રદાન કરવામાં સહકાર આપવા માટે સંમત છું. હું સમજું છું કે તબીબી સંભાળ માટે મળેલી કોઈપણ ચૂકવણીની જાણ મારે દસ દિવસની અંદર કરવી જોઈએ. (જો તમે અન્ય વ્યક્તિ વતી આ ફોર્મ ભરો છો અને તમારી પાસે તે વ્યક્તિ માટે સોંપણી ચલાવવાની સત્તા નથી, તો વ્યક્તિએ મેડિકેડ માટેની તેની/તેણીની પાત્રતાની શરત તરીકે ઉપર વર્ણવેલ અધિકારોની સોંપણીનો અમલ કરવાની જરૂર પડશે).
- જો ઉપલબ્ધ હોય, તો હું રાજ્યને ગેરહાજર માતાપિતાને તબીબી વીમો પ્રદાન કરવા માટે જરૂરી કરવાનો અધિકાર આપવા માટે સંમત છું. હું સમજું છું કે જો તે ઉપલબ્ધ હોય તો મારે ગેરહાજર માતાપિતા પાસેથી તબીબી સહાય મેળવવી જોઈએ અને આ સમર્થન મેળવવા માટે બાળ સહાય સેવાઓના વિભાગને સહકાર આપવો જોઈએ. જો હું સહકાર ન આપું, તો હું સમજું છું કે હું મારા મેડિકેડ લાભો ગુમાવી શકું છું અને જ્યાં સુધી સાડું કારણ સ્થાપિત ન થાય ત્યાં સુધી માત્ર મારા બાળકોને જ લાભો પ્રાપ્ત થશે.

ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) પ્રોગ્રામ દંડની ચેતવણીઓ: તમે તમારા લાભો ગુમાવી શકો છો અથવા જાણી જોઈને ખોટી માહિતી પ્રદાન કરવા બદલ ફોજદારી કાર્યવાહીને આધીન થઈ શકો છો.

- તમારા પરિવારને ન મળવા જોઈએ તેવા લાભો મેળવવા માટે ખોટી માહિતી આપશો નહીં અથવા માહિતી છુપાવશો નહીં.
- ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) અથવા EBT કાર્ડનો ઉપયોગ કરશો નહીં જે તમારા નથી અને અન્ય કોઈને તમારા ઉપયોગ કરવા દો નહીં.
- આલ્કોહોલ અથવા સિગારેટ જેવી બિન-ખાદ્ય વસ્તુઓ ખરીદવા અથવા ક્રેડિટ કાર્ડ પર ચૂકવણી કરવા માટે ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) લાભોનો ઉપયોગ કરશો નહીં.
- ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) અથવા EBT કાર્ડનો ગેરકાયદેસર વસ્તુઓ, જેમ કે હથિયારો, દારૂગોળો અથવા નિયંત્રિત પદાર્થ (ગેરકાયદેસર દવાઓ) માટે વેપાર કે વેચાણ કરશો નહીં.

તમારા ઘરની કોઈપણ વ્યક્તિ જે આ નિયમોમાંથી કોઈ પણ હેતુસર ભંગ કરે છે તેને ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) પ્રોગ્રામમાંથી એક વર્ષથી કાયમ માટે પ્રતિબંધિત કરી શકાય છે, **\$250,000** સુધીનો દંડ, **20** વર્ષની કેદ અથવા બંને થઈ શકે છે. તેણી/તેઓ અન્ય લાગુ ફેડરલ અને રાજ્ય કાયદાઓ હેઠળ કાર્યવાહીને પાત્ર હોઈ શકે છે અને જો કોઈ આદેશ આપે તો તેને વધારાના **18** મહિના માટે ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) પ્રોગ્રામથી પણ પ્રતિબંધિત કરવામાં આવી શકે છે.

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

જો કાયદાની અદાલત તમને અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને નિયંત્રિત પદાર્થના વેચાણ સાથે સંકળાયેલા વ્યવહારમાં ઉપયોગ કરવા અથવા લાભ મેળવવા માટે દોષિત ઠરે છે, તો તમે અથવા તે ઘરના સભ્ય પ્રથમ ગુના માટે બે વર્ષ માટે અને કાયમી ધોરણે લાભો માટે પાત્ર બનશો નહીં. બીજો ગુનો.

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

જો કાયદાની અદાલત તમને અથવા ઘરના કોઈપણ સભ્યને કુલ રકમના લાભની હેરફેર કરવા માટે દોષિત માને છે

\$500 અથવા તેથી વધુ, તમે અથવા તે ઘરના સભ્ય આ ઉલ્લંઘનના પ્રથમ ગુના પર ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) પ્રોગ્રામમાં ભાગ લેવા માટે કાયમ માટે અયોગ્ય બનશો.

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

હું સમજું છું કે જો હું ખોટી માહિતી આપું અથવા માહિતી અટકાવું, તો મારા પર છેતરપિંડી માટે કાર્યવાહી થઈ શકે છે.

TANF પ્રોગ્રામ દંડની ચેતવણીઓ: **TANF** પ્રોગ્રામમાં, **AU** ની યોગ્યતા સ્થાપિત કરવા અથવા જાળવવા, લાભો વધારવા, લાભોમાં ઘટાડો અટકાવવા, નકારાત્મક કાર્યવાહી ટાળવા માહિતી રોકવા અથવા પ્રતિબંધિત સ્થળોએ રોકડ સહાયનો ઉપયોગ કરવા માટે ખોટી અથવા ગેરમાર્ગે દોરતી માહિતી પ્રદાન કરીને ઈરાદાપૂર્વકની કાર્યવાહીને ઈરાદાપૂર્વક ગણવામાં આવે છે. પ્રોગ્રામ ઉલ્લંઘન.

ગુનાની ગંભીરતાના આધારે તમારો દંડ નક્કી કરવા માટે તમને ઇન્સ્પેક્ટર જનરલની ઓફિસમાં મોકલવામાં આવી શકે છે જો તમે:

- સમયસર ફેરફારોની જાણ ન કરો અથવા સત્ય ન જણાવો અથવા રોકડ ઉપાડવા માટે રોકડ સહાય ભંડોળ અથવા TANF ડેબિટ કાર્ડનો ઉપયોગ કરો અથવા કેસિનો, દારૂની દુકાનો, પુખ્ત વયના લોકો માટે મનોરંજન સુવિધાઓ "સ્ટ્રીપ ક્લબ", પોકર રૂમ, જામીન બોન્ડ, નાઇટ ક્લબ/સલુન્સ/ટેવર્ન, બિન્ગો હોલ, રેસ ટ્રેક, ગેમિંગ સંસ્થાનો, બંદૂક/દારૂગોળાની દુકાનો, કુઝ શિપ, સાયકલ રીડર્સ, ધૂમ્રપાનની દુકાનો, ટેટ્ટો/વેધનની દુકાનો અને સ્પા/મસાજ

સલુન્સ સખત પ્રતિબંધિત છે, તમે ક્યાં છો તે વિશે ખોટી માહિતી આપો જીવો જેથી તમે 1/1/97 ના રોજ અથવા તે પછી, એક કરતાં વધુ રાજ્યોમાં લાભો પ્રાપ્ત કરી શકો અને ડ્રગ-સંબંધિત આરોપ અથવા ગંભીર હિંસક ગુના માટે દોષિત ઠરે.

તમારા ઘરની કોઈપણ વ્યક્તિ જે હેતુસર આ નિયમોનો ભંગ કરે છે તેને TANF પ્રોગ્રામમાંથી છ મહિનાથી કાયમ માટે પ્રતિબંધિત કરી શકાય છે.

મેડિકેડ માટે, છેતરપિંડી અથવા દુરુપયોગ એ કાયદાની વિરુદ્ધ છે. તમને મેડિકેડ અને પીયકેર ફોર કિડ્સ® પ્રોગ્રામ ઈન્ટિગ્રિટી યુનિટમાં મોકલવામાં આવી શકે છે. ઉલ્લંઘન કરનારાઓ એક પ્રદાતાનો ઉપયોગ કરવા માટે મર્યાદિત હોઈ શકે છે, પ્રોગ્રામમાંથી સમાપ્ત થઈ શકે છે અથવા પૂરી પાડવામાં આવતી તબીબી સેવાઓ માટે સામુદાયિક આરોગ્ય વિભાગને વળતર આપવા માટે કહેવામાં આવી શકે છે.

છેતરપિંડી એ હેતુસર કરવામાં આવેલ અપ્રમાણિક કૃત્ય છે. દુરુપયોગ એ એક કૃત્ય છે જે સારી પ્રથાઓનું પાલન કરતું નથી.

સહભાગી છેતરપિંડી અને દુરુપયોગના ઉદાહરણો છે:

- તમારા મેડિકેડ, પીયકેર ફોર કિડ્સ® અથવા CMO સ્વાસ્થ્ય વીમા કાર્ડનો ઉપયોગ અન્ય કોઈને કરવા દેવા
- દવાઓનો દુરુપયોગ અથવા વેચાણ કરવાના ઉદ્દેશ્ય સાથે પ્રિસ્ક્રિપ્શન મેળવવું
- સેવાઓ મેળવવા માટે બનાવટી દસ્તાવેજોનો ઉપયોગ કરવો
- મેડિકેડ અથવા પીયકેર ફોર કિડ્સ દ્વારા પૂરા પાડવામાં આવેલ સાધનોનો દુરુપયોગ અથવા દુરુપયોગ કરવો ®
- મેડિકેડ અથવા પીયકેર ફોર કિડ્સ® પાત્રતા મેળવવા માટે ખોટી માહિતી આપવી અથવા અન્ય લોકોને આમ કરવાની મંજૂરી આપવી
- મેડિકેડ અથવા પીયકેર ફોર કિડ્સ® પાત્રતા મેળવવા માટે ખોટી માહિતી આપવી અથવા અન્ય લોકોને આમ કરવાની મંજૂરી આપવી

પ્રાપ્તકર્તાઓ અથવા પ્રદાતાઓ પર શંકાસ્પદ મેડિકેડ છેતરપિંડીની જાણ કરવા માટે, જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ કોમ્યુનિટી હેલ્થ-ઓફિસ ઓફ ઈન્સ્પેક્ટર જનરલને (સ્થાનિક) (404) 463-7590 અથવા (ટોલ ફ્રી) (800) 533-0686 પર કોલ કરો; organonymous@dch.ga.gov પર ઈમેલ દ્વારા; ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ કોમ્યુનિટી હેલ્થ, OIG PI Section, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303; પર ટપાલ દ્વારા; અથવા <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>. ની મુલાકાત લો.

મતદાર નોંધણીની માહિતી

જો તમે અત્યારે જ્યાં રહો છો ત્યાં મત આપવા માટે તમે નોંધાયેલા નથી, તો શું તમે આજે અહીં મત આપવા માટે નોંધણી કરવા અરજી કરવા માંગો છો?

_____હા

_____No

_____હું મતદાર નોંધણી પ્રશ્નનો જવાબ આપવા માંગતો નથી

નોંધણી માટે અરજી કરવી અથવા મત આપવા માટે નોંધણી કરવાનો ઇનકાર કરવાથી તમને આ એજન્સી દ્વારા આપવામાં આવતી સહાયની રકમ પર કોઈ અસર થશે નહીં.

જો તમને મતદાર નોંધણી અરજી ફોર્મ ભરવામાં મદદ જોઈતી હોય, તો અમે તમને મદદ કરીશું. મદદ લેવી કે સ્વીકારવી તે નિર્ણય તમારો છે. તમે ખાનગી રીતે અરજી ફોર્મ ભરી શકો છો.

જો તમે માનતા હોવ કે કોઈએ નોંધણી કરાવવાના તમારા અધિકારમાં દખલ કરી છે અથવા મત આપવા માટે નોંધણી કરવાનો ઇનકાર કર્યો છે, તો નોંધણી કરવી કે મત આપવા માટે અરજી કરવી તે નક્કી કરવામાં તમારો ગોપનીયતાનો અધિકાર, અથવા તમારો પોતાનો રાજકીય પક્ષ અથવા અન્ય રાજકીય પસંદગી પસંદ કરવાનો તમારો અધિકાર. , તમે રાજ્યના સચિવને પર ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 અથવા (404) 656-2871. પર કોલ કરીને.

જો તમે બેમાંથી એક બોક્સને ચેક નહીં કરો, તો તમે આ સમયે મત આપવા માટે નોંધણી ન કરવાનું નક્કી કર્યું હોવાનું માનવામાં આવશે.

જ્યોર્જિયા મતદાર નોંધણી અરજીની નકલ DFCS અરજીઓ, નવીકરણ અને સરનામાંના ફોર્મમાં ફેરફાર સાથે સમાવિષ્ટ છે. તમે તમારા કેસવર્કર પાસેથી પણ મતદાર નોંધણી અરજીની વિનંતી કરી શકો છો. જો તમે મતદાર નોંધણી અરજી પૂર્ણ કરો છો, તો મતદાર નોંધણી અરજી પર આપવામાં

આવેલી સૂચનાઓને અનુસરીને તેને જ્યોર્જિયા સેક્રેટરી ઓફ સ્ટેટની ઓફિસમાં સબમિટ કરો.

જો તમે તમારા મેડિકેડ અને ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અથવા TANF ને રિન્યૂ કરી રહ્યાં હોવ, તો તમારે સહી કરવી અને તારીખ કરવી પડશે બોક્સમાં જે તમારી પરિસ્થિતિને શ્રેષ્ઠ રીતે બંધબેસે છે.

કૃપા કરીને રિન્યૂઅલ પ્રક્રિયા શરૂ કરવા માટે પ્રમાણપત્રની અંતિમ તારીખ પહેલાં આ ફોર્મ પરત કરો.

• માત્ર મેડિકેડ માટે - જ્યારે અરજદાર/સદસ્ય/કાનૂની ગાર્ડિયન પૂર્ણ કરે ત્યારે અહીં સહી કરો:
જો હું મારા માટે મેડિકેડ માટે અરજી/નવીકરણ કરું છું, તો હું ખોટી જુબાનીના ઇંડ હેઠળ જાહેર કરું છું કે હું યુ.એસ. નાગરિક, U.S. યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સમાં હાજર રાષ્ટ્રીય અને/અથવા લાયક ઇમિગ્રન્ટ. જો હું માતાપિતા અથવા કાનૂની વાલી હોઉં, તો હું જાહેર કરું છું કે અરજદાર(ઓ) યુ.એસ. નાગરિક, U.S. યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સમાં રાષ્ટ્રીય અને/અથવા લાયક ઇમિગ્રન્ટ. હું વધુમાં પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજી પર આપવામાં આવેલી તમામ માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણ મુજબ સાચી

હસ્તાક્ષર: _____ તારીખ: _____

• માત્ર મેડિકેડ માટે - જ્યારે અરજદાર/સદસ્ય/માતાપિતા/કાનૂની વાલી સિવાયની વ્યક્તિ હોય ત્યારે અહીં સહી કરો
પૂર્ણ
હું મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી અને માન્યતા મુજબ પ્રમાણિત કરું છું કે જે વ્યક્તિ(વ્યક્તિઓ) માટે હું મેડિકેડ માટે અરજી/નવીકરણ કરી રહ્યો છું તે યુ.એસ.ના નાગરિક(ઓ), યુ.એસ. રાષ્ટ્રીય(ઓ) અને/અથવા લાયક ઇમિગ્રન્ટ અથવા કાયદેસર રીતે યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સમાં હાજર છે. હું વધુમાં પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજી પર આપવામાં આવેલી તમામ માહિતી

હસ્તાક્ષર: _____ તારીખ: _____

ફોન જ્યાં તમે પહોંચી શકો છો _____

જો અરજદાર/સદસ્ય/માતા-પિતા/કાનૂની વાલી આ વ્યક્તિને વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ તરીકે ઇચ્છે છે, તો તેણીએ અથવા તેણે અહીં તપાસ કરવી જોઈએ અને નીચે સહી કરવી જોઈએ હા • ના

(અરજદાર/સદસ્ય/માતાપિતા/કાનૂની વાલી) _____ તારીખ: _____

ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને/અથવા TANF માટે - જ્યારે અરજદાર/પ્રાપ્તકર્તા/કાનૂની વાલી પૂર્ણ કરે છે: હું મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી અને માન્યતા મુજબ ખોટી જુબાનીના ઇંડ હેઠળ જાહેર કરું છું કે હું જેના માટે લાભો માટે અરજી કરી રહ્યો છું તે વ્યક્તિ(ઓ) યુ.એસ. નાગરિક(ઓ) છે અથવા યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સમાં કાયદેસર રીતે હાજર છે. હું વધુમાં પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજી પર આપવામાં આવેલી તમામ માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણ મુજબ સાચી અને સાચી છે. હું સમજું છું અને સંમત છું કે DHS-DFCS, DCH અને અધિકૃત ફેડરલ એજન્સીઓ આ અરજી પર હું જે માહિતી આપું છું તેની ચકાસણી કરી શકે છે. ભૂતકાળ અથવા વર્તમાન નોકરીદાતાઓ પાસેથી માહિતી મેળવી શકાય છે. હું સમજું છું કે મારી માહિતીનો ઉપયોગ વેતનની માહિતી અને કામની પ્રવૃત્તિઓમાં મારી સહભાગિતાને ટ્રેક કરવા માટે કરવામાં આવશે.

ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) અને/અથવા TANF પ્રોગ્રામ આવશ્યકતાઓ અનુસાર હું મારી પરિસ્થિતિમાં કોઈપણ ફેરફારની જાણ કરીશ. જો મારા પરિવારમાં કોઈને લોટરી અથવા જુગારમાં જીત મળે તો, \$4250 કે તેથી વધુની કુલ રકમ (ટેક્સ અથવા અન્ય રકમો રોકી દેવામાં આવે તે પહેલાં) હું જાણ કરીશ. હું આ જીતની જાણ જે મહિનાના અંતના 10 દિવસની અંદર કરીશ જેમાં મારા પરિવારને જીત પ્રાપ્ત થશે. હું સમજું છું કે જો કોઈ માહિતી ખોટી છે, તો મારા લાભો ઘટાડી શકાય છે અથવા નકારવામાં આવી શકે છે, અને જાણી જોઈને ખોટી માહિતી પ્રદાન કરવા બદલ મને ફોજદારી કાર્યવાહી કરવામાં આવી શકે છે અથવા DHS-DFCS પ્રોગ્રામ્સમાંથી ગેરલાયક ઠેરવવામાં આવી શકે છે. હું સમજું છું કે જો હું ખોટી માહિતી આપું અથવા માહિતી છુપાવું તો મારા પર કાર્યવાહી થઈ શકે છે. હું સમજું છું કે જો હું મારી અરજી અથવા નવીકરણ પ્રક્રિયા દરમિયાન મારા કેટલાક ખર્ચ વિશે DHS-DFCSને જણાવવામાં નિષ્ફળ જાઉં અને/અથવા તેમની ચકાસણી કરવામાં નિષ્ફળ જાઉં, તો DHS-DFCS મારા SNAP લાભોની રકમની ગણતરીમાં તે ખર્ચનું બજેટ કરશે નહીં.

જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસ (“DHS”) લાભો માટેની તમારી અરજી દરમિયાન વ્યક્તિગત રીતે ઓળખી શકાય તેવી માહિતી (PII), જેમ કે નામ, સરનામા, ટેલિફોન નંબર, ઈમેલ સરનામા અને જન્મ તારીખ વગેરે એકત્રિત કરે છે. અમને કોઈપણ વ્યક્તિગત માહિતી સબમિટ કરીને, તમે સંમત થાઓ છો કે અમે DHS નીતિઓ, પ્રક્રિયાઓ અનુસાર અને કાયદા અને/અથવા નિયમો દ્વારા પરવાનગી અથવા આવશ્યકતા અનુસાર આવી કોઈપણ વ્યક્તિગત માહિતી એકત્રિત, ઉપયોગ અને જાહેર કરી શકીએ છીએ.

હસ્તાક્ષર: _____ તારીખ: _____

(તમારી માહિતી માટે આ દસ્તાવેજો રાખો)

આ ચાર્ટ આ ફોર્મ પર ઉપયોગમાં લેવાતા કેટલાક શબ્દો સમજાવે છે.

અરજદાર	જાહેર સહાય અથવા લાભો મેળવવા માટે અરજી કરનાર વ્યક્તિ.
સહાયક એકમ (AU)	સહાયતા એકમમાં એવા પાત્ર વ્યક્તિઓનો સમાવેશ થાય છે જેઓ સાથે રહે છે અને જાહેર સહાય/લાભ મેળવે છે.
રખેવાળ	માતાપિતા, સંબંધી અથવા કાનૂની વાલી કે જેઓ તેમની સંભાળમાં બાળકો સાથે TANF માટે અરજી કરે છે અને મેળવે છે.
ક્લાયન્ટ આઈડી #:	જાહેર સહાય/લાભ મેળવનાર વ્યક્તિને અસાઇન કરેલ અનન્ય નંબર.
ગેરલાયક	ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) અથવા TANF કેસમાંથી વ્યક્તિને દૂર કરવા માટે લેવામાં આવેલી કાર્યવાહી કારણ કે તેણે સત્ય કહ્યું ન હતું અને લાભો મેળવ્યા હતા જે તેમને મળવા જોઈએ ન હતા.
ધરેલું હિંસા	ધરેલું હિંસામાં જીવનસાથી, બોયફ્રેન્ડ/ગર્લફ્રેન્ડ, જીવનસાથી દ્વારા મારવા, લાત મારવી, માર મારવો, બળાત્કાર, ગૂંગળામણ, ધમકાવવું, નિયંત્રિત કરવું અથવા તમારે જે જીવવાની જરૂર છે તે (જેમ કે ખોરાક, દવા અથવા ઘર) મેળવવાથી રોકવાનો સમાવેશ થાય છે.
ઇલેક્ટ્રોનિક બેનિફિટ ટ્રાન્સફર (EBT)	ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે લાયક વ્યક્તિઓને લાભો ચૂકવવા માટે જ્યોર્જિયામાં ઉપયોગમાં લેવાતી સિસ્ટમ. સહાય મેળવનારી વ્યક્તિઓને EBT ડેબિટ કાર્ડ આપવામાં આવે છે, જેનો ઉપયોગ તેમના ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) એકાઉન્ટને એક્સેસ કરવા માટે થાય છે.
ઇલેક્ટ્રોનિક ક્રોમ્યુનિકેશન્સ	તમે તમારી માહિતી વિશે કેવી રીતે સૂચનાઓ પ્રાપ્ત કરવા માંગો છો તે પસંદ કરવાનો તમારી પાસે વિકલ્પ છે. જો તમે ઇમેઇલ અથવા ટેક્સ્ટ સૂચનાઓ પ્રાપ્ત કરવાનું પસંદ કરો છો, તો તમને એક સંદેશ પ્રાપ્ત થશે જે તમને સૂચિત કરશે કે તમારી પાસે GA ગેટવે ગ્રાહક પોર્ટલમાં સ્થિત My Notices માં નોટિસ છે. ઇમેઇલ ક્રોમ્યુનિકેશન માટે, તમારે અમને તમારું ઇમેઇલ સરનામું પ્રદાન કરવું પડશે અને તમે એકાઉન્ટ બનાવ્યા પછી GA ગેટવે ગ્રાહક પોર્ટલમાં સ્થિત પેપરલેસ નોટિસ માટેના નિયમો અને શરતો સ્વીકારવી પડશે. તમારી સૂચના સેટિંગ્સને અપડેટ કરવા માટે કૃપા કરીને www.gateway.ga.gov પર GA ગેટવે ગ્રાહક પોર્ટલ વેબસાઇટની મુલાકાત લો. ટેક્સ્ટિંગ ક્રોમ્યુનિકેશન માટે, તમારે અમને તમારો ફોન નંબર પ્રદાન કરવો આવશ્યક છે. માનક સંદેશ અને ડેટા દર અરજી દરમિયાન આ લાભો લેવા માટે આપવામાં આવે છે. આ દ્વારા તમારું સંપર્ક નંબર અપડેટ કરવામાં આવે છે.
EPPICard ડેબિટ માસ્ટરકાર્ડ	જ્યોર્જિયા રાજ્યએ TANF પ્રાપ્તકર્તાઓ માટે EPPICard ડેબિટ માસ્ટરકાર્ડ તરીકે ઓળખાતા અનુકૂળ "ઇલેક્ટ્રોનિક" ચુકવણી વિકલ્પનો અમલ કર્યો છે. આ ચુકવણી વિકલ્પ હેઠળ, મહિનાના પ્રથમ કેલેન્ડર દિવસે પ્રાપ્તકર્તાના ખાતામાં પૈસા જમા કરવામાં આવે છે. જો પ્રથમ સપ્તાહના અંતે અથવા રજા પર પડે છે, તો લાભો અગાઉના મહિનાના છેલ્લા કામકાજના દિવસે ઉપલબ્ધ કરવામાં આવે છે. પ્રાપ્તકર્તાને તેના અથવા તેણીના ભંડોળની તાત્કાલિક એક્સેસ હોય છે કારણ કે ભંડોળ ઇલેક્ટ્રોનિક રીતે ડેબિટ માસ્ટરકાર્ડ પર લોડ કરવામાં આવે છે.
અનુદાન આપનાર સંબંધી	માતાપિતા, સંબંધી અથવા કાનૂની વાલી કે જેઓ બાળકો વતી તેમના નામમાં TANF માટે અરજી કરે છે અને મેળવે છે.
કુલ આવક	કર અથવા અન્ય કપાતને ધ્યાનમાં લેતા પહેલા વ્યક્તિની કુલ આવક.
ઘરના સભ્યો	તમારા ઘરમાં રહેતી વ્યક્તિઓ. ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ (SNAP) માટે, જે વ્યક્તિઓ સાથે રહે છે અને ખરીદી કરે છે અને સાથે મળીને ભોજન તૈયાર કરે છે.
આવક	વેતન, પગાર, કમિશન, બોનસ, કામદારનું વળતર, વિકલાંગતા, પેન્શન, નિવૃત્તિ લાભો, વ્યાજ, ચાઇલ્ડ સપોર્ટ અથવા અન્ય કોઇપણ પ્રકારના નાણાં પ્રાપ્ત કરવા જેવી ચૂકવણી.
મિડલ ક્લાસ ટેક્સ રિલીફ એક્ટ 2012	આ કાયદો રોકડ સહાય ભંડોળ અથવા TANF ડેબિટ કાર્ડના ઉપયોગ પર રોકડ ઉપાડવા અથવા કેસિનો, દારૂની દુકાનો, પુખ્ત વયના મનોરંજન સુવિધાઓ, પોકર રૂમ, જામીન બોન્ડ, નાઇટ ક્લબ/સલુન્સ/ટેવર્ન, બિન્ગો હોલ, રેસ ટ્રેક પર વ્યવહારો કરવા માટે પ્રતિબંધિત કરે છે. ગેમિંગ મથકો, બંદૂક/દારૂગોળો સ્ટોર, કુઝ શિપ, માનસિક વાચકો, ધૂમ્રપાનની દુકાનો, ટેટ્ટો/વેધનની દુકાનો અને સ્પા/મસાજ સલુન્સ. આ વ્યવસાયો પર રોકડ સહાય ભંડોળ અથવા TANF ડેબિટ કાર્ડનો ઉપયોગ પ્રાપ્તકર્તા તરફથી ઇરાદાપૂર્વક કાર્યક્રમ ઉલ્લંઘન (છેતરપિંડી) ની રચના કરશે.
બિન-અરજદાર	એક વ્યક્તિ જે જાહેર સહાય/લાભ માટે અરજી કરતી નથી અથવા પ્રાપ્ત કરતી નથી. બિન-અરજદારોએ સામાજિક સુરક્ષા નંબર, નાગરિકતા અથવા ઇમિગ્રેશન સ્થિતિ પ્રદાન કરવાની જરૂર નથી.
લેનાર	ચૂકવણી કરનાર એવી વ્યક્તિ છે જે AU વતી રોકડ સહાય મેળવવા અને ભંડોળ ખર્ચવાની જવાબદારી સ્વીકારે છે. ચૂકવણી કરનાર એચુ સભ્ય હોઈ શકે કે ન પણ હોઈ શકે.
પૂર્વ કરવેરા ખર્ચ	પ્રી-ટેક્સ ખર્ચ એ કર લાગુ થાય તે પહેલાં તમારી આવકમાંથી લેવામાં આવેલી કપાત છે. તમામ કપાત પૂર્વ-કર નથી. સૌથી સામાન્ય પ્રી-ટેક્સ કપાત આરોગ્ય વીમો, દાંતનો વીમો, દ્રષ્ટિ વીમો વગેરે છે. http://www.irs.gov

લાયક એલિયન/ઇમિગ્રન્ટ	<p>લાયકતા ધરાવતા એલિયન/ઇમિગ્રન્ટ એ એવી વ્યક્તિ છે જે કાયદેસર રીતે U.S.માં રહેતી હોય જે નીચેની શ્રેણીઓમાંની એકમાં આવે છે:</p> <ul style="list-style-type: none"> ઇમિગ્રેશન એન્ડ નેશનાલિટી એક્ટ (INA) હેઠળ કાયમી નિવાસ (LPR) માટે કાયદેસર રીતે સ્વીકારવામાં આવેલ વ્યક્તિ; ફોરેન ઓપરેશન્સ, એક્સપોર્ટ ફાઇનાન્સિંગ એન્ડ રિલેટેડ પ્રોગ્રામ એપ્રોપ્રિએશન એક્ટ ઓફ 1988ની કલમ 584 હેઠળ અમેરિકિયન ઇમિગ્રન્ટ; INA ની કલમ 208 હેઠળ આશ્રય આપવામાં આવેલ વ્યક્તિ; શરણાર્થીઓ, INA ની કલમ 207 હેઠળ દાખલ; INA ની કલમ 212 (d)(5) હેઠળ શરણાર્થી અથવા શરણાર્થી તરીકે પેરોલ કરાયેલ વ્યક્તિ; INA ની કલમ 243(h) હેઠળ 1 એપ્રિલ, 1997 પહેલા અથવા INA ની કલમ 241(b)(3) હેઠળ જે વ્યક્તિનો દેશનિકાલ અટકાવવામાં આવ્યો છે, જે સુધારેલ છે; INA ની કલમ 203(a)(7) હેઠળ 1 એપ્રિલ, 1980 પહેલા અમલમાં આવેલી વ્યક્તિ જે શરતી પ્રવેશ મંજૂર કરે છે; 1980 ના રેફ્યુજી એજ્યુકેશન આસિસ્ટન્સ એક્ટની કલમ 501(e) માં વ્યાખ્યાયિત કર્યા મુજબ ક્યુબન અથવા હૈતિયન ઇમિગ્રન્ટ્સ; ટ્રાફિકિંગ વિક્ટિમ્સ પ્રોટેક્શન એક્ટ 2000ની કલમ 107(b)(1) હેઠળ માનવ તસ્કરીના પીડિતો; પર્સનલ રિસ્પોન્સિબિલિટી એન્ડ વર્ક ઓપોર્ચુનિટી રિકોન્સિલેશન એક્ટ, 1996ની કલમ 431 (c) માં નિર્ધારિત શરતોને પૂર્ણ કરનારા પરેશાન ઇમિગ્રન્ટ્સ; અફઘાન અથવા ઇરાકી ઇમિગ્રન્ટ્સને INA ની કલમ 101(a)(27) હેઠળ વિશેષ ઇમિગ્રન્ટનો દરજ્જો આપવામાં આવ્યો છે (નિર્દિષ્ટ શરતોને આધીન); INA ની કલમ 289 હેઠળ યુ.એસ.માં રહેતા કેનેડામાં જન્મેલા અમેરિકન ભારતીયો અથવા ભારતીય સ્વ-નિર્ધારણ અને શિક્ષણ સહાય અધિનિયમની કલમ 4(e) હેઠળ સંઘીય માન્યતા પ્રાપ્ત ભારતીય જનજાતિના બિન-નાગરિકો અને; હમોગ અથવા હાઇલેન્ડ લાઓટિયન આદિવાસી સભ્યો કે જેઓ વિયેતનામ યુગ (8/05/1964 – 5/07/1975) દરમિયાન લશ્કરી અથવા બચાવ કામગીરીમાં ભાગ લઈને યુએસ કર્મચારીઓને સહાયતા પ્રદાન કરે છે.
સંસાધનો	રોકડ, મિલકત અથવા અસ્કયામતો જેમ કે બેંક ખાતા, વાહનો, સ્ટોક, બોન્ડ અને જીવન વીમો.
જાતીય હુમલો	કેડરલ, આદિજાતિ અથવા રાજ્યના કાયદા દ્વારા પ્રતિબંધિત અસંમતિપૂર્ણ જાતીય કૃત્ય, જેમાં ભોગ બનનારની સંમતિ આપવાની ક્ષમતાનો અભાવ હોય ત્યારે સમાવેશ થાય છે.
જાતીય સત્તામણી	સેક્સ પર આધારિત પ્રતિફૂળ, ડરાવવા અથવા દમનકારી વર્તન કે જે અપમાનજનક કાર્ય વાતાવરણ બનાવે છે.
દાંડી	ઇરાદાપૂર્વક અને વારંવાર અન્ય વ્યક્તિને અનુસરવાનું અથવા હેરાન કરવાનું કૃત્ય અથવા અપરાધ એવા સંજોગોમાં કે જેના કારણે વાજબી વ્યક્તિને ઇજા અથવા મૃત્યુનો ડર હોય, ખાસ કરીને સ્પષ્ટ અથવા ગર્ભિત ધમકીઓને કારણે.
કરપાત્ર આવક	વેતન, વેતન, કમિશન, બોનસ, વિકલાંગતા, પેન્શન, નિવૃત્તિ લાભો, વ્યાજ અથવા અન્ય કોઈપણ સ્વરૂપે પ્રાપ્ત નાણાં જેવી ચૂકવણી.
કર આધારિત	એક વ્યક્તિ જે ટેક્સ ફાઇલ કરનારના ટેક્સ રિટર્ન પર દાવો કરવાની અપેક્ષા રાખે છે. http://www.irs.gov
ટેક્સ ફાઇલર	એક વ્યક્તિ જે ટેક્સ રિટર્ન ફાઇલ કરવાની અપેક્ષા રાખે છે. http://www.irs.gov
ટેક્સ રિટર્ન કપાત	ટેક્સ રિટર્ન કપાત એ તમારા ટેક્સ રિટર્ન ફોર્મ 1040 પર મળેલ માન્ય IRS કપાત છે, જે લાઇન 23 થી લાઇન 35 થી શરૂ થાય છે. તેઓ સમાવેશ થાય છે: શિક્ષક ખર્ચ; ફોર્મ 2106; આરોગ્ય બચત ફોર્મ 8889; મૂલિંગ એક્સપેન્સિસ ફોર્મ 3909; દંડ/બચતનો વહેલો ઉપાડ; ભરણપોષણ ચૂકવણી; IRA કપાત; વિદ્યાર્થી લોન વ્યાજ; ટ્યુશન અને ફી ફોર્મ 8917; ધરેલું ઉત્પાદન પ્રવૃત્તિઓ ફોર્મ 8903. http://www.irs.gov
ફૂડ સ્ટેમ્પ (SNAP) પ્રોગ્રામમાં ટ્રાફિકિંગ	<p>ટ્રાફિકિંગ SNAP લાભોનો અર્થ છે:</p> <p>(1) EBT કાર્ડ્સ, કાર્ડ નંબર્સ અને પિન નંબર્સ દ્વારા અથવા મેન્યુઅલ વાઉચર અને સહી દ્વારા જારી કરાયેલા SNAP લાભો ખરીદવા, વેચવા, ચોરી કરવા અથવા અન્યથા એક્સેસ કરવા માટે, CASH માટે અથવા પાત્ર ખોરાક સિવાયની વિચારણા માટે, પ્રત્યક્ષ, પરોક્ષ રીતે, સંડોવણી અથવા અન્ય લોકો સાથે મિલીભગત, અથવા એકલા અભિનય; (2) હથિયારો, દારૂગોળો, વિસ્ફોટકો અથવા નિયંત્રિત પદાર્થોનું વિનિમય; (3) SNAP લાભો સાથેનું ઉત્પાદન ખરીદવું કે જેમાં કન્ટેનર હોય કે જેમાં ઉત્પાદનનો ત્યાગ કરીને અને ડિપોઝિટની રકમ માટે કન્ટેનર પરત કરીને રોકડ મેળવવાના ઉદ્દેશ્ય સાથે રિટર્ન ડિપોઝિટની આવશ્યકતા હોય, ઉત્પાદનને ઇરાદાપૂર્વક કાઢી નાખવું અને ઇરાદાપૂર્વક ડિપોઝિટની રકમ માટે કન્ટેનર પરત કરવું; (4) ઉત્પાદનનું પુનઃવેચાણ કરીને લાયક ખોરાક સિવાયના રોકડ અથવા વિચારણા મેળવવાના ઉદ્દેશ્ય સાથે SNAP લાભો સાથે ઉત્પાદન ખરીદવું, અને ત્યારબાદ લાયક ખોરાક સિવાય રોકડ અથવા વિચારણાના બદલામાં SNAP લાભો સાથે ખરીદેલ ઉત્પાદનને જાણીજોઈને ફરીથી વેચવું; (5) લાયક ખોરાક સિવાયના રોકડ અથવા વિચારણાના બદલામાં મૂળરૂપે SNAP લાભો સાથે ખરીદેલ ઉત્પાદનોની ઇરાદાપૂર્વક ખરીદી કરવી. (6) ઇલેક્ટ્રોનિક બેનિફિટ ટ્રાન્સફર (EBT) કાર્ડ્સ, કાર્ડ નંબર્સ અને પર્સનલ આઇડેન્ટિફિકેશન નંબર્સ (PIN), અથવા મેન્યુઅલ વાઉચર અને હસ્તાક્ષર દ્વારા, રોકડ માટે જારી કરાયેલા અને એક્સેસ કરાયેલા SNAP લાભોની ખરીદી, વેચાણ, ચોરી અથવા અન્યથા અસર કરવાનો પ્રયાસ કરવો. અથવા લાયક ખોરાક સિવાયની વિચારણા, કાં તો પ્રત્યક્ષ રીતે, પરોક્ષ રીતે, અન્યો સાથેની મિલીભગત અથવા મિલીભગતમાં, અથવા એકલા કાર્ય.</p>

ADA/કલમ 504 અધિકારોની સુચના

વિકલાંગ લોકો માટે મદદ

જ્યોજિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસિસ અને જ્યોજિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ કોમ્યુનિટી હેલ્થ ("વિભાગો") એ ફેડરલ લો* દ્વારા વિકલાંગ વ્યક્તિઓને વિભાગોના કાર્યક્રમો, સેવાઓ અથવા પ્રવૃત્તિઓમાં ભાગ લેવાની અને લાયક બનવાની સમાન તક પૂરી પાડવા માટે જરૂરી છે. આમાં SNAP, TANF અને તબીબી સહાય જેવા કાર્યક્રમોનો સમાવેશ થાય છે.

વિકલાંગતાના આધારે ભેદભાવ ટાળવા માટે જ્યારે ફેરફારો જરૂરી હોય ત્યારે વિભાગો વ્યાજબી ફેરફારો પ્રદાન કરે છે. ઉદાહરણ તરીકે, સમાન એક્સેસ પ્રદાન કરવા માટે અમે નીતિઓ, પ્રથાઓ અથવા પ્રક્રિયાઓમાં ફેરફાર કરી શકીએ છીએ. સમાન રીતે અસરકારક સંદેશાવ્યવહાર સુનિશ્ચિત કરવા માટે, અમે વિકલાંગ વ્યક્તિઓ અથવા વિકલાંગતા ધરાવતા તેમના સાથીઓને સંચાર સહાય પૂરી પાડીએ છીએ, જેમ કે સાંકેતિક ભાષાના દુભાષિયા. અમારી મદદ મફત છે. વિભાગોએ કોઈ ફેરફાર કરવાની જરૂર નથી કે જેના પરિણામે સેવા, કાર્યક્રમ અથવા પ્રવૃત્તિના સ્વરૂપમાં અથવા અનુચિત નાણાકીય અને વહીવટી બોજોમાં મૂળભૂત ફેરફાર થાય.

વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયની વિનંતી કેવી રીતે કરવી

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

ફરિયાદ કેવી રીતે ફાઇલ કરવી

જો તમારી વિકલાંગતાને કારણે વિભાગોએ તમારી સાથે ભેદભાવ કર્યો હોય તો તમને ફરિયાદ કરવાનો અધિકાર છે. ઉદાહરણ તરીકે, તમે ભેદભાવની ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો જો તમે વાજબી ફેરફાર અથવા સાંકેતિક ભાષાના દુભાષિયા માટે પૂછ્યું હોય જેને નકારવામાં આવ્યો હોય અથવા વાજબી સમયની અંદર કાર્યવાહી ન કરવામાં આવી હોય. તમે તમારા કેસ વર્કર, તમારી સ્થાનિક DFCS ઓફિસ અથવા DFCS સિવિલ રાઇટ્સ, ADA/સેક્શન 504 કોઓર્ડિનેટરનો 2 Peachtree St NW, 29, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. પર સંપર્ક કરીને મૌખિક અથવા લેખિતમાં ફરિયાદ કરી શકો છો. DCH માટે, 2211 Beaver Ruin Road, Ste ખાતે KB ટીમ ADA/વિભાગ 504 કોઓર્ડિનેટરનો સંપર્ક કરો. 150, Norcross, GA 30071, અથવા PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH ઇમેઇલ છે: dch.adarequests@dch.ga.gov.

તમે તમારા કેસ વર્કરને DFCS સિવિલ રાઇટ્સ, ADA/સેક્શન 504 ફરિયાદ ફોર્મની નકલ માટે કહી શકો છો. ફરિયાદ ફોર્મ <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> પર પણ ઉપલબ્ધ છે. જો તમને ભેદભાવની ફરિયાદ કરવામાં મદદની જરૂર હોય, તો તમે ઉપર સૂચિબદ્ધ DFCS સ્ટાફનો સંપર્ક કરી શકો છો. જે વ્યક્તિઓ બહેરા હોય અથવા સાંભળવામાં અક્ષમ હોય અથવા જેમને બોલવાની અક્ષમતા હોય તેઓ અમારી સાથે જોડાવા માટે ઓપરેટરને 711 પર કોલ કરી શકે છે. DCH નાગરિક અધિકારની ફરિયાદો માટેનો ઇમેઇલ છે: dch.civilrights@dch.ga.gov. DCH નાગરિક અધિકાર પ્રક્રિયા અને ફરિયાદ ફોર્મ માટેની લિંક અહીં સ્થિત છે <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

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

*1973ના પુનર્વસન અધિનિયમની કલમ 504; અમેરિકનો વિથ ડિસેબિલિટી એક્ટ 1990; અને અમેરિકનો વિથ ડિસેબિલિટી એક્ટ એમેન્ડમેન્ટ્સ એક્ટ 2008 એ સુનિશ્ચિત કરે છે કે વિકલાંગ વ્યક્તિઓ ગેરકાનૂની ભેદભાવથી મુક્ત છે.

ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ કોમ્યુનિટી હેલ્થ (DCH) નીતિ હેઠળ, તબીબી સહાયતા કાર્યક્રમો તમારી જાતિ, ઉંમર, લિંગ, અપંગતા, રાષ્ટ્રીય મૂળ અથવા ધર્મના આધારે તમને પાત્રતા અથવા લાભોને નકારી શકતા નથી.

USDA અથવા HHS ને અરજીઓ મોકલશો નહિ

ભેદભાવ વિનાનું નિવેદન

ફેડરલ નાગરિક અધિકાર કાયદા અનુસાર અને U.S ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ એગ્રીકલ્ચર (USDA) ના નાગરિક અધિકાર નિયમો અને નીતિઓ, USDA તેની એજન્સીઓ, કચેરીઓ અને કર્મચારીઓ અને USDA કાર્યક્રમોમાં ભાગ લેતી અથવા તેનું સંચાલન કરતી સંસ્થાઓને જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, લિંગ (લિંગ ઓળખ સહિત) ના આધારે ભેદભાવ કરવા માટે પ્રતિબંધિત છે. જાતીય અભિગમ), ધાર્મિક સંપ્રદાય, અપંગતા, ઉંમર, રાજકીય માન્યતાઓ અથવા યુએસડીએ દ્વારા આયોજિત અથવા ભંડોળ પૂરું પાડવામાં આવેલ કોઈપણ કાર્યક્રમ અથવા પ્રવૃત્તિમાં અગાઉની નાગરિક અધિકાર પ્રવૃત્તિ માટે બદલો અથવા બદલો. U.S. તરફથી ફેડરલ નાણાકીય સહાય મેળવતા કાર્યક્રમો ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હેલ્થ એન્ડ હ્યુમન સર્વિસ (HHS), જરૂરિયાતમંદ પરિવારો માટે અસ્થાયી સહાયક (TANF), અને HHS જે પ્રોગ્રામ્સ સીધી રીતે ચલાવે છે તે પણ ફેડરલ નાગરિક અધિકાર કાયદા અને HHS નિયમો હેઠળ ભેદભાવથી પ્રતિબંધિત છે.

વિકલાંગ વ્યક્તિઓ કે જેમને કાર્યક્રમની માહિતી માટે સંચારના વૈકલ્પિક માધ્યમોની જરૂર હોય છે (દા.ત., બ્રેઇલ, મોટી પ્રિન્ટ, ઓડિઓટેપ, અમેરિકન સાઇન લેંગ્વેજ), તેઓએ જ્યાં લાભો માટે અરજી કરી હોય તે એજન્સી (રાજ્ય અથવા સ્થાનિક)નો સંપર્ક કરવો જોઈએ. જે વ્યક્તિઓ બહેરા છે, સાંભળવામાં અસમર્થ છે અથવા જેમને બોલવામાં અસમર્થતા છે તેઓ (800) 877-8339 પર ફેડરલ રિલે સર્વિસ દ્વારા USDA નો સંપર્ક કરી શકે છે. વધુમાં, પ્રોગ્રામની માહિતી અંગ્રેજી સિવાયની અન્ય ભાષાઓમાં ઉપલબ્ધ કરાવી શકાય છે.

USDA કાર્યક્રમોને સંડોવતા નાગરિક અધિકારોની ફરિયાદો

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

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

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

HHS કાર્યક્રમોને સંડોવતા નાગરિક અધિકારોની ફરિયાદો

TANF, હેડ સ્ટાર્ટ, લો ઇન્કમ હોમ એનર્જી આસિસ્ટન્સ પ્રોગ્રામ (LIHEAP) અને અન્ય સહિત આરોગ્ય અને સુખાકારીને વધારવા માટે HHS ઘણા કાર્યક્રમો માટે સંઘીય નાણાકીય સહાય પૂરી પાડે છે. જો તમે માનતા હોવ કે તમારી જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, વિકલાંગતા, ઉંમર, લિંગ (ગર્ભાવસ્થા, જાતીય અભિગમ અને લિંગ ઓળખ સહિત), અથવા એવા કાર્યક્રમો અથવા પ્રવૃત્તિઓમાં ધર્મ કે જે HHS સીધી રીતે ચલાવે છે અથવા જેના માટે HHS ફેડરલ નાણાકીય સહાય પૂરી પાડે છે, તમે તમારા માટે અથવા અન્ય કોઈ વ્યક્તિ માટે ઓફિસ ડ્રો સિવિલ રાઇટ્સ (OCR) માં ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો.

HHS દ્વારા ફેડરલ નાણાકીય સહાય મેળવતા પ્રોગ્રામ અંગે તમારા અથવા અન્ય કોઈ વ્યક્તિ માટે ભેદભાવની ફરિયાદ નોંધાવવા માટે, OCR ના ફરિયાદ પોર્ટલ દ્વારા <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> પર ફોર્મ ઓનલાઇન ભરો. તમે મેઇલ દ્વારા OCR નો સંપર્ક અહીં પણ કરી શકો છો: કેન્દ્રીયકૃત કેસ મેનેજમેન્ટ કામગીરી U.S. આરોગ્ય અને માનવ સેવા વિભાગ, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; ફેક્સ (202) 619-3818; અથવા ઇમેઇલ OCRmail@hhs.gov. ઝડપી પ્રક્રિયા માટે, અમે તમને મેઇલ દ્વારા ફાઇલ કરવાને બદલે ફરિયાદો ફાઇલ કરવા માટે OCR ઓનલાઇન પોર્ટલનો ઉપયોગ કરવા પ્રોત્સાહિત કરીએ છીએ. જે વ્યક્તિઓને નાગરિક અધિકારોની ફરિયાદ દાખલ કરવામાં સહાયની જરૂર હોય તેઓ OCRMail@hhs.gov પર ઇમેઇલ કરી શકે છે અથવા 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 પર OCR ટોલ-ફ્રી કોલ કરી શકે છે. જે વ્યક્તિઓ બહેરા હોય, સાંભળવામાં તકલીફ હોય અથવા બોલવામાં તકલીફ હોય, તો કૃપા કરીને ટેલિફોનિકેશન રિલે સેવાઓને ચેક્સ કરવા માટે 7-1-1 ડાયલ કરો. ફરિયાદ દાખલ કરવા માટે અમે વૈકલ્પિક ફોર્મેટ્સ (જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટ), સહાયક સહાય અને ભાષા સહાય સેવાઓ પણ મફતમાં પ્રદાન કરીએ છીએ.

આ સંસ્થા સમાન તક પ્રદાતા છે.

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

USDA અથવા HHS ને અરજીઓ મોકલશો નહિ