

**Georgia Department of Human Services  
FOOD STAMP (SNAP)/MEDICAID/TANF Renewal Form**

अगर आपको इस दस्तावेज़ को पढ़ने या पूरा करने में मदद चाहिए या हमसे संवाद करने में मदद चाहिए, तो हमसे पूछें या (877) 423-4746 पर कॉल करें. दुभाषियों सहित हमारी सेवाएं नि:शुल्क हैं. यदि आप बहरे हैं, सुनने में कठिनाई है, बहरे-अंधे हैं या आपको बोलने में कठिनाई होती है, तो आप हमें ऊपर दिए गए नंबर पर 711 (जॉर्जिया रिले) डायल करके कॉल कर सकते हैं.

<b>कार्यालय के उपयोग के लिए ही:</b> दिनांक प्राप्ति _____ ग्राहक ID # _____ दिनांक आरंभ _____ कार्यक्रम शुरू किए गए: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> फूड स्टैम्स (SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid
---

यदि आप फूड स्टैम्स (SNAP) के लिए पुनः आवेदन कर रहे हैं या अपने TANF या Medicaid लाभों का नवीनीकरण कर रहे हैं, तो आप केवल अपने नाम, पते और हस्ताक्षर के साथ इस नवीनीकरण/आवेदन प्रपत्र को फ़ाइल कर सकते हैं. **हालांकि**, यदि आप पूरे फॉर्म को पूरा करते हैं **और** अनुरोध किए जाने पर **जानकारी का सत्यापन प्रदान करते हैं**, तो यह आपके आवेदन को संसाधित करने, पुनः प्रमाणीकरण/नवीनीकरण को अधिक **तेज़ी से** संसाधित करने में हमारी सहायता करेगा. आप इस फॉर्म का उपयोग फूड स्टैम्प (SNAP)/Medicaid और/या TANF प्रोग्राम या फूड स्टैम्प (SNAP) प्रोग्राम के लिए संयुक्त नवीनीकरण/आवेदन दाखिल करने के लिए कर सकते हैं. आपका फूड स्टैम्प (SNAP) नवीनीकरण केवल इस आधार पर समाप्त नहीं किया जाएगा कि आपका नवीनीकरण/किसी अन्य कार्यक्रम के लिए आवेदन अस्वीकार/समाप्त कर दिया गया है. हम आपके फूड स्टैम्प (SNAP) के नवीनीकरण के लिए एक अलग पात्रता निर्धारण करेंगे.

**कृपया नीचे दिए गए स्थान पर उस व्यक्ति का नाम और पता प्रिंट करें जो लाभ के लिए फिर से आवेदन कर रहा है:**

ग्राहक का नाम:	जन्म की तारीख:	सामाजिक सुरक्षा संख्या: (गैर-आवेदकों के लिए वैकल्पिक*)
क्या आप बेघर हैं? हाँ _____ नहीं _____		*नीचे नागरिकता अप्रवासन स्थिति और सामाजिक सुरक्षा नंबर देखें.
गली का पता:		
डाक पता:		
मुख्य फोन नंबर:	अन्य संपर्क नंबर:	
इलेक्ट्रॉनिक संचार: ईमेल: हाँ _____ या नहीं _____ (वैकल्पिक) संदेश भेजना: हाँ _____ या नहीं _____ (वैकल्पिक)	ईमेल पता: (वैकल्पिक)	
आपको पसंदीदा भाषा क्या है?	यदि साक्षात्कार की आवश्यकता है, तो क्या आपको _____ हाँ _____ या नहीं _____ दुभाषण की आवश्यकता	

**अमेरिकी विकलांग अधिनियम: उचित संशोधन और संचार सहायता के लिए अनुरोध (यदि लागू हो):**

क्या आपके पास कोई विकलांगता है जिसके लिए उचित संशोधन या संचार सहायता की आवश्यकता होगी? हाँ \_\_\_\_\_ नहीं \_\_\_\_\_  
(यदि हाँ, तो कृपया उस उचित संशोधन या संचार सहायता का वर्णन करें जिसका आप अनुरोध कर रहे हैं):

सांकेतिक भाषा दुभाषिया \_\_\_\_\_; TTY \_\_\_\_\_; बड़ी छपाई \_\_\_\_\_; इलेक्ट्रॉनिक संचार (ईमेल) \_\_\_\_\_ ब्रेल;

मौखिक दुभाषिया \_\_\_\_\_; स्पर्श दुभाषिया \_\_\_\_\_; कार्यक्रम की समय सीमा के टेलीफोन कॉल अनुस्मारक \_\_\_\_\_; टेलीफोन पर हस्ताक्षर (यदि लागू हो) \_\_\_\_\_; आमने-सामने साक्षात्कार (घर का दौरा) \_\_\_\_\_; अन्य \_\_\_\_\_

क्या आपको एक बार इस उचित संशोधन या संचार सहायता की आवश्यकता है \_\_\_\_\_ या चल रहा है \_\_\_\_\_? यदि संभव हो, तो संक्षेप में बताएं कि आपको इस संशोधन या सहायता की आवश्यकता कब और कब तक है?

मैं अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार झूठी गवाही के दंड के तहत घोषित करता हूँ कि जिस व्यक्ति (व्यक्तियों) के लिए मैं लाभ के लिए आवेदन कर रहा हूँ वह अमेरिकी नागरिक हैं या संयुक्त राज्य अमेरिका में कानूनी रूप से गैर-नागरिक हैं। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही है। मैं समझता हूँ और सहमत हूँ कि DHS-DFCS, DCH और अधिकृत संघीय एजेंसियां इस आवेदन पर मेरे द्वारा दी गई जानकारी को सत्यापित कर सकती हैं। जानकारी पिछले या वर्तमान नियोक्ताओं से प्राप्त की जा सकती है। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरी जानकारी का उपयोग वेतन संबंधी जानकारी और कार्य गतिविधियों में मेरी भागीदारी को ट्रैक करने के लिए किया जाएगा।

मैं फूड स्टैम्प (SNAP) और/या TANF कार्यक्रम की आवश्यकताओं के अनुसार अपनी स्थिति में किसी भी बदलाव की रिपोर्ट करूँगा। मैं यह भी रिपोर्ट करूँगा कि अगर मेरे घर में किसी को लॉटरी या जुए में जीत मिलती है, तो सकल राशि \$4250 या उससे अधिक (करों या अन्य राशियों को रोके जाने से पहले)। मैं इन जीतों की रिपोर्ट उस महीने के अंत से 10 दिनों के भीतर करूँगा जिसमें मेरे परिवार को जीत मिलती है। मैं समझता हूँ कि यदि कोई जानकारी गलत है, तो मेरे लाभों को कम या अस्वीकार किया जा सकता है, और जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करने के लिए मुझ पर आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है या DHS-DFCS कार्यक्रमों से अयोग्य घोषित किया जा सकता है। मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मैं गलत जानकारी देता हूँ या जानकारी छुपाता हूँ तो मुझ पर मुकदमा चलाया जा सकता है। मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मैं अपने आवेदन या नवीनीकरण प्रक्रिया के दौरान अपने कुछ खर्चों के बारे में DHS-DFCS को बताने में विफल रहता हूँ और/या उन्हें सत्यापित करने में विफल रहता हूँ, तो DHS-DFCS मेरे फूड स्टैम्प (SNAP) लाभों की राशि की गणना में उस खर्च का बजट नहीं करेगा।

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

हस्ताक्षर पृष्ठ:

दिनांक

गवाह हस्ताक्षर यदि 'X' द्वारा हस्ताक्षरित है'

दिनांक

### Express Lane Eligibility:

एक्सप्रेस लेन पात्रता (ELE) 19 वर्ष से कम आयु के उन पात्र बच्चों को नामांकित या नवीनीकृत करने की एक स्वचालित प्रक्रिया है, जो चिकित्सा सहायता कार्यक्रम में पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP) या जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF) प्राप्त कर रहे हैं। यदि आपके बच्चे SNAP या TANF के लिए पात्र हैं, तो परिवार और बाल सेवा विभाग (DFCS) SNAP या TANF से घर के आकार, निवास और आय की जानकारी का उपयोग करेगा, लेकिन DFCS चिकित्सा सहायता नियमों का उपयोग करके नागरिकता या अप्रवास स्थिति को सत्यापित करेगा। बच्चों को Medicaid या PeachCare for Kids® में नामांकित या नवीनीकृत करने का एक ELE दृढ़ संकल्प। यदि आपके बच्चों के लिए पीच केयर® के लिए पात्र हैं, तो उन पर प्रीमियम लगाया जा सकता है। DFCS आपको एक दृढ़ संकल्प नोटिस भेजेगा, आपको कोई भी परिवर्तन करने देगा और आपको किसी भी समय बाहर निकलने की अनुमति देगा।

क्या आप DFCS को अपने बच्चों को Medicaid या PeachCare for Kids® में नामांकित या नवीनीकृत करने के लिए ELE का निर्धारण करने के लिए SNAP या TANF से आपकी जानकारी का उपयोग करने की अनुमति देने के लिए सहमत हैं?

हाँ  नहीं

## अधिकृत प्रतिनिधि:

इस अनुभाग को तभी पूरा करें जब आप चाहते हैं कि कोई व्यक्ति या कोई संगठन आपका आवेदन/नवीकरण भरें, फूड स्टैम्स (SNAP) या TANF के लिए अपना साक्षात्कार पूरा करें, और/या अपने फूड स्टैम्स (SNAP) EBT कार्ड का उपयोग करके भोजन खरीदें जब आप ऐसा नहीं कर सकते दुकान पर जाओ। कृपया प्रत्येक प्रोग्राम प्रकार की जाँच करें जिसे आप एक अधिकृत प्रतिनिधि के रूप में नामित करना चाहते हैं। कृपया जाँच लें कि आप उस व्यक्ति या संगठन को कौन से कर्तव्य निभाना चाहते हैं। यदि आप Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आप अपनी ओर से चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन करने के लिए एक से अधिक व्यक्तियों को चुन सकते हैं।

अधिकृत प्रतिनिधि 1 कार्यक्रम के प्रकार: फूड स्टैम्स (SNAP)  TANF  चिकित्सा सहायता   
अधिकृत प्रतिनिधि 1 के कर्तव्य: आवेदक की ओर से आवेदन पर हस्ताक्षर करें  नवीनीकरण फॉर्म को पूरा करें और जमा करें  नोटिस और अन्य संचार की प्रतियां प्राप्त करें  अन्य सभी मामलों में आवेदक की ओर से कार्यवाही करें  TANF लाभ कार्ड (EPPIC) प्राप्त करें

व्यक्ति का नाम 1: \_\_\_\_\_  
संगठन का नाम 1 (यदि लागू हो): \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_  
पता: \_\_\_\_\_ एए: \_\_\_\_\_  
शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ पिन नंबर: \_\_\_\_\_  
इलेक्ट्रॉनिक संचार: ईमेल: हाँ  नहीं  (वैकल्पिक) संदेश भेजना: हाँ  नहीं  (वैकल्पिक)  
ईमेल पता (वैकल्पिक): \_\_\_\_\_  
पसंदीदा भाषा: \_\_\_\_\_ क्या दुभाषिण की आवश्यकता है? हाँ  या नहीं

अधिकृत प्रतिनिधि 2 कार्यक्रम के प्रकार: फूड स्टैम्स (SNAP)  TANF  चिकित्सा सहायता   
अधिकृत प्रतिनिधि 2 के कर्तव्य: आवेदक की ओर से आवेदन पर हस्ताक्षर करें  नवीनीकरण फॉर्म को पूरा करें और जमा करें  नोटिस और अन्य संचार की प्रतियां प्राप्त करें  अन्य सभी मामलों में आवेदक की ओर से कार्यवाही करें  TANF लाभ कार्ड (EPPIC) प्राप्त करें

व्यक्ति का नाम 2: \_\_\_\_\_  
संगठन का नाम 2 (यदि लागू हो): \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_  
पता: \_\_\_\_\_ एए: \_\_\_\_\_  
शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ पिन नंबर: \_\_\_\_\_  
इलेक्ट्रॉनिक संचार: ईमेल: हाँ  नहीं  (वैकल्पिक) संदेश भेजना: हाँ  नहीं  (वैकल्पिक)  
ईमेल पता (वैकल्पिक): \_\_\_\_\_  
पसंदीदा भाषा: \_\_\_\_\_ क्या दुभाषिण की आवश्यकता है? हाँ  या नहीं

**Americans with Disabilities Act: प्राधिकृत प्रतिनिधियों के लिए उचित संशोधन और संचार सहायता का अनुरोध (यदि लागू हो):**

क्या अधिकृत प्रतिनिधि की कोई विकलांगता है जिसके लिए उचित संशोधन या संचार सहायता की आवश्यकता होगी? हाँ  नहीं   
(यदि हाँ, तो कृपया उस उचित संशोधन या संचार सहायता का वर्णन करें जिसका आप अनुरोध कर रहे हैं):

सांकेतिक भाषा दुभाषिया \_\_\_\_\_; TTY \_\_\_\_\_; बड़ी छपाई \_\_\_\_\_; इलेक्ट्रॉनिक संचार (ईमेल) \_\_\_\_\_; ब्रेल \_\_\_\_\_; वीडियो रिले \_\_\_\_\_;  
क्यूड स्पीच इंटरप्रेटर \_\_\_\_\_; मौखिक दुभाषिया \_\_\_\_\_; स्पर्श दुभाषिया \_\_\_\_\_; कार्यक्रम की समय सीमा का टेलीफोन कॉल अनुस्मारक \_\_\_\_\_; टेलीफोनिक हस्ताक्षर (यदि लागू हो) \_\_\_\_\_; आमने-सामने साक्षात्कार (घर का दौरा) \_\_\_\_\_;  
अन्य: \_\_\_\_\_

क्या अधिकृत प्रतिनिधि को इस उचित संशोधन या संचार सहायता की जरूरत है वन टाइम \_\_\_\_\_ या चल रहे \_\_\_\_\_? यदि संभव हो, तो संक्षेप में बताएं कि आपको इस संशोधन या सहायता की आवश्यकता कब और कितनी देर तक है? \_\_\_\_\_

**केवल Medicaid के लिए:**

क्या आप अगले वर्ष संधीय आयकर रिटर्न दाखिल करने की अपेक्षा करते हैं? (आप अभी भी स्वास्थ्य बीमा के लिए आवेदन कर सकते हैं, भले ही आप संधीय आयकर रिटर्न दाखिल न करें।)

हाँ नहीं यदि हाँ, तो कृपया a, b, और c प्रश्नों के उत्तर दें। यदि नहीं, तो कृपया प्रश्न का उत्तर दें c.

- क्या आप जीवन साथी के साथ संयुक्त रूप से फाइल करेंगे? हाँ नहीं यदि हाँ, तो पति या पत्नी का नाम: \_\_\_\_\_
- क्या आप अपने टैक्स रिटर्न पर किसी आश्रित का दावा करेंगे? हाँ नहीं  
यदि हाँ, तो आश्रितों के नाम (नामों) की सूची बनाएं: \_\_\_\_\_
- क्या किसी को किसी और के रिटर्न पर निर्भर कर के रूप में दावा किया जाएगा? हाँ नहीं  
यदि हाँ, तो कर दाखिल करने वाले और कर आश्रितों का नाम सूचीबद्ध करें: \_\_\_\_\_  
कर आश्रित का कर दाखिल करने वाले से क्या संबंध है? \_\_\_\_\_

**सामुदायिक आउटरीच सेवाएं:**

अन्य DHS सेवाओं के बारे में अधिक जानकारी के लिए, कृपया हमारी वेबसाइट [www.dfcs.georgia.gov](http://www.dfcs.georgia.gov) पर जाएं या (877) 423 - 4746 पर कॉल करें. कृपया सभी प्रश्नों के उत्तर दें और अनुरोध के अनुसार सभी आय और किसी भी खर्च का प्रमाण प्रदान करें.

**नागरिकता अप्रवासन स्थिति और सामाजिक सुरक्षा संख्या:**

**कृपया आवेदक और परिवार के सभी सदस्यों के बारे में नीचे दिए गए चार्ट को भरें. निम्नलिखित संघीय कानून और विनियम: 2008 के फूड और पोषण अधिनियम के अनुसार, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R.**

§ 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, और 42 C.F.R. § 435.920, DFCS को आपसे और आपके परिवार के सदस्यों के सामाजिक सुरक्षा नंबरों का अनुरोध करने के लिए अधिकृत करता है. कोई भी व्यक्ति जो आपके घर में रह रहा है और लाभ के लिए आवेदन नहीं कर रहा है, उसे गैर-आवेदक के रूप में माना जा सकता है. गैर-आवेदकों को हमें उनके सामाजिक सुरक्षा नंबर, नागरिकता, या आप्रवास स्थिति के बारे में जानकारी देने की आवश्यकता नहीं है और वे लाभ के लिए पात्र नहीं हैं. घर के अन्य सदस्य तब भी लाभ प्राप्त करने में सक्षम हो सकते हैं यदि वे अन्यथा पात्र हों. यदि आप चाहते हैं कि हम यह तय करें कि क्या कोई घर का सदस्य लाभ के लिए पात्र है, तो भी आपको हमें उनकी नागरिकता या अप्रवास स्थिति के बारे में बताना होगा और हमें उनका सामाजिक सुरक्षा नंबर (SSN) देना होगा. घर की पात्रता और लाभ के स्तर को निर्धारित करने के लिए आपको अभी भी हमें उनकी आय और संसाधनों के बारे में बताना होगा. हम किसी भी गैर-आवेदक वाले घर के सदस्य को यूनाइटेड स्टेट्स सिटिजनशिप एंड इमिग्रेशन सर्विसेज (USCIS) सिस्टैमेटिक एलियन वेरिफिकेशन फॉर एंटाइटेल्मेंट (SAVE) सिस्टम को रिपोर्ट नहीं करेंगे, अगर वे हमें अपनी नागरिकता या इमिग्रेशन स्टेटस नहीं देते हैं. हम आपकी जानकारी को यूनाइटेड स्टेट्स सिटिजनशिप एंड इमिग्रेशन सर्विसेज (USCIS) के साथ साझा नहीं करेंगे; हालांकि, यदि आपके आवेदन पर आव्रजन स्थिति की जानकारी प्रस्तुत की गई है, तो यह जानकारी USCIS के माध्यम से सत्यापन के अधीन हो सकती है और आपके परिवार की पात्रता और लाभ स्तर को प्रभावित कर सकती है. आपकी आय और योग्यता को सत्यापित करने के लिए हम आपकी जानकारी का मिलान अन्य संघीय, राज्य और स्थानीय एजेंसियों के साथ करेंगे. यह जानकारी कानून प्रवर्तन अधिकारियों को भी दी जा सकती है ताकि वे कानून से भाग रहे लोगों को पकड़ने के लिए उपयोग कर सकें. यदि आपके परिवार के पास फूड स्टैम्प (SNAP) का दावा है, तो SSN सहित इस आवेदन की जानकारी संघीय और राज्य एजेंसियों और निजी दावा संग्रहण एजेंसियों को दी जा सकती है, ताकि वे दावा एकत्र करने में उपयोग कर सकें. हम आवेदक परिवार के सदस्यों को लाभ से वंचित नहीं करेंगे क्योंकि घर के अन्य सदस्य अपनी SSN, नागरिकता, या अप्रवास स्थिति प्रदान करने में विफल रहते हैं. यदि आप केवल आपातकालीन चिकित्सा सेवाओं के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपको अपना SSN या अपनी अप्रवास स्थिति के बारे में जानकारी प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है.

प्रथमनाम	M I	अंतिमनाम	जातीयता हिस्पैनिक या लातीनी? (वैकल्पिक)	दौड़ (वैकल्पिक)	सेक्स M/F	जन्म की तारीख फॉर्मेट (महिना/दिन/साल)	आप से सम्बन्ध	सोशल सिक्योरिटी नंबर (गैर-आवेदकों के लिए वैकल्पिक)	क्या आप एक अमेरिकी नागरिक हैं, यू.एस. राष्ट्रीय, योग्य अप्रवासी या संतोषजनक आप्रवास स्थिति में? (केवल आवेदक) (हां/नहीं)	क्या इस बच्चे को मां घर में रहती है? (हां/नहीं)	क्या इस बच्चे का पिता घर में रहता है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं? (हां/नहीं)	क्या आप Medicaid चाहते हैं? (हां/नहीं)
			हां/नहीं				खुद		हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं
			हां/नहीं						हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं
			हां/नहीं						हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं
			हां/नहीं						हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं
			हां/नहीं						हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं
			हां/नहीं						हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं
			हां/नहीं						हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं

**रेस कोड** (लागू होने वाले सभी को चुनें):

AI - अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी

HP - मूल निवासी हवाईयन या अन्य प्रशांत द्वीप वासी

AS - एशियाई

WH - सफेद

BL - काला या अफ्रीकी अमेरिकी

नस्ल/जातीय जानकारी प्रदान करके, आप हमारे कार्यक्रमों को बिना किसी भेदभाव के संचालित करने में हमारी सहायता करेंगे. आपके परिवार के लिए हमें यह जानकारी देने की आवश्यकता नहीं है, और यह आपकी पात्रता या लाभ स्तर को प्रभावित नहीं करेगा. हालांकि, यदि आप यह जानकारी प्रदान नहीं करते हैं, तो पहले आमने-सामने साक्षात्कार के दौरान जाति और जाति की दृढ़ पहचान की जाएगी.

यदि आप या अन्य घरेलू आवेदक एक देशीय नागरिक हैं, या एक योग्य विदेशी/अप्रवासी हैं, तो निम्नलिखित चार्ट को पूरा करें:  
(कृपया आवश्यकतानुसार अतिरिक्त पृष्ठ जोड़ें)

नाम प्रथम मध्य आरंभ अंतिम	अप्रवासन दस्तावेज़ के प्रकार	एलियन/प्रमाण पत्र/दस्तावेज़ ID नंबर	क्या आप 1996 से यू.एस. में रहते हैं? (हां/नहीं)	दिनांक प्राकृतिक/यू.एस. में प्रवेश या प्रवेश की तिथि. (यदि लागू हो) फार्मेट (महिना/दिन/साल)	क्या आप, या आपके पति या पत्नी या माता-पिता एक अनुभवी या यू.एस. सेना के सक्रिय-ड्यूटी सदस्य हैं? (हां/नहीं)

### केवल Medicaid के लिए:

क्या आपके घर में 18 वर्ष की आयु में कोई फोस्टर केयर में था?  हाँ  नहीं  
यदि आपके पास ऐसे कर आश्रित हैं जो आपके साथ घर में नहीं रहते हैं, तो कृपया नीचे सूची दें.

नाम: \_\_\_\_\_ सामाजिक सुरक्षा संख्या \_\_\_\_\_ लिंग: M F ((कृपया एक सर्कल करें)

जन्म की तारीख: \_\_\_\_\_ नागरिकता: \_\_\_\_\_

आपसे संबंध: \_\_\_\_\_ (कृपया आवश्यकतानुसार अतिरिक्त पृष्ठ जोड़ें)

### हमें आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में अधिक बताएं

लाभ के लिए कौन पात्र है, यह तय करने के लिए हमें आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में अधिक जानकारी चाहिए. कृपया नीचे दिए गए पृष्ठ पर केवल उन लाभों के बारे में प्रश्नों के उत्तर दें जिन्हें आप प्राप्त करना चाहते हैं.

1. क्या किसी को दूसरे काउंटी या राज्य में कोई लाभ मिला है? (केवल फूड स्टैम्प (SNAP) और TANF के लिए)  
 हाँ  नहीं

#### यदिहां:

कौन: \_\_\_\_\_

कहाँ पर: \_\_\_\_\_

कब: \_\_\_\_\_

2. क्या किसी को इस बारे में गलत जानकारी देने का दोषी पाया गया है कि वे कहाँ रहते हैं और उन्हें 8/22/1996 के बाद एक से अधिक क्षेत्रों में अनेक FS लाभ प्राप्त करने वाले कौन हैं? (केवल फूड स्टैम्स (SNAP) के लिए)  हाँ  नहीं

#### यदिहां:

कौन: \_\_\_\_\_

कहाँ पर: \_\_\_\_\_

कब: \_\_\_\_\_

3. क्या आपके घर में किसी ने स्वेच्छा से नौकरी छोड़ दी या आवेदन की तारीख से 30 दिनों के भीतर स्वेच्छा से अपने काम के घंटे प्रति सप्ताह 30 घंटे से कम कर दिए? (केवल फूड स्टैम्स (SNAP) और TANF के लिए)  हाँ  नहीं

यदिहां, तो किसने छोड़ा? \_\_\_\_\_

उसने/उसने क्यों छोड़ दिया? \_\_\_\_\_

4. क्या कोई गर्भवती है? (यह प्रश्न फूड स्टैम्प (SNAP) आवेदकों पर लागू नहीं होता)  हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो अनुमानित नियत तिथि क्या है? \_\_\_\_\_; और कितने बच्चों की उम्मीद थी? \_\_\_\_?

यदि नहीं, तो क्या पिछले 12 महीनों के भीतर घर में किसी का प्रसव हुआ या गर्भावस्था समाप्त हुई?  हाँ  नहीं?

यदि हाँ, तो सुपुर्दगी/समाप्ति तिथि क्या थी? \_\_\_\_\_; और कितने शिशुओं का जन्म/प्रत्याशित हुआ? \_\_\_\_\_

गर्भवती महिला का नाम: \_\_\_\_\_ अजन्मे बच्चे के पिता का नाम: \_\_\_\_\_

पिता का पता: \_\_\_\_\_

5. Medicaid आवेदकों के लिए, क्या किसी के पास पिछले 3 महीनों का कोई भुगतान न किया गया मेडिकल बिल है?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो कृपया भुगतान न किए गए बिल भेजें यदि आपके पास Medicaid का मामला है.

6. क्या किसी व्यक्ति को फूड स्टैम्प (SNAP) या TANF प्रोग्राम से अयोग्य ठहराया गया है? (केवल फूड स्टैम्प (SNAP) और TANF के लिए)  
 हाँ  नहीं

**यदि हाँ:**

कौन: \_\_\_\_\_

कहाँ पर: \_\_\_\_\_

7. क्या कोई व्यक्ति किसी अपराध के लिए शून्य अभियोजन या जेल की ओर भाग रहा है? (केवल फूड स्टैम्प (SNAP) और TANF के लिए)  
 हाँ  नहीं यदि हाँ, तो कौन: \_\_\_\_\_

8. क्या किसी ने परिवीक्षा या पैरोल की शर्तों का उल्लंघन किया है? (केवल फूड स्टैम्प (SNAP) और TANF के लिए)  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो कौन: \_\_\_\_\_

9. क्या 8/22/1996 के बाद (केवल फूड स्टैम्प (SNAP) और TANF के लिए) या एक हिंसक अपराध (केवल TANF के लिए) एक नियंत्रित मादक पदार्थ (अर्थात, नशीली दवाओं के अपराधी) के कब्जे, उपयोग या वितरण से संबंधित व्यवहार के कारण किसी को घोर अपराध का दोषी पाया गया है? हाँ नहीं

**यदि हाँ:**

कौन: \_\_\_\_\_ कब: \_\_\_\_\_

- a. क्या आप नशीली दवाओं के अपराध की सजा के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी भी सजा से संबंधित परिवीक्षा की शर्तों के अनुपालन में हैं? (केवल फूड स्टैम्प (SNAP) के लिए)  हाँ  नहीं
- b. क्या आप नशीली दवाओं के अपराध की सजा के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी सजा से संबंधित पैरोल की शर्तों का अनुपालन करते हैं? (केवल फूड स्टैम्प (SNAP) के लिए)  हाँ  नहीं
- c. क्या आपने किसी ड्रग संबंधी दोषसिद्धि से संबंधित **परिवीक्षा या पैरोल** की **सभी शर्तों** को सफलतापूर्वक पूरा कर लिया है? (केवल फूड स्टैम्प (SNAP) के लिए)  हाँ  नहीं
10. क्या आप या घर के किसी सदस्य को 8/22/1996 के बाद दवाओं के लिए फूड स्टैम्प (SNAP) लाभों का व्यापार करने का दोषी पाया गया है? (केवल फूड स्टैम्प (SNAP) के लिए)  हाँ  नहीं

**यदि हाँ:**

कौन: \_\_\_\_\_ कब: \_\_\_\_\_

11. क्या आपको या घर के किसी सदस्य को 8/22/1996 के बाद \$500 से अधिक फूड स्टैम्प (SNAP) लाभ खरीदने या बेचने का दोषी पाया गया है? (केवल फूड स्टैम्प (SNAP) के लिए)  हाँ  नहीं

**यदि हाँ:**

कौन: \_\_\_\_\_

कब: \_\_\_\_\_

12. क्या आपको या घर के किसी सदस्य को 8/22/1996 के बाद बंदूकों, गोला-बारूद, या विस्फोटकों के लिए फूड स्टैम्प (SNAP) लाभों के व्यापार के लिए दोषी ठहराया गया है? (केवल फूड स्टैम्प (SNAP) के लिए)  हाँ  नहीं

**यदि हाँ:**

कौन: \_\_\_\_\_

कब: \_\_\_\_\_

13. एक वयस्क के रूप में गंभीर यौन शोषण, हत्या, यौन शोषण, और बच्चों के अन्य दुर्व्यवहार, यौन उत्पीड़न से जुड़े एक संघीय या राज्य के अपराध, या अटॉर्नी जनरल द्वारा निर्धारित राज्य के कानून के तहत अपराध के लिए एक अपराध की सजा है, जो इस तरह के 2/7/2014 के बाद के अपराध के काफी हद तक समान है? (केवल फूड स्टैम्प (SNAP) के लिए)  हाँ  नहीं

**यदि हाँ:**

कौन: \_\_\_\_\_

कब: \_\_\_\_\_

- a. क्या आप किसी गुंडागर्दी के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी सजा से संबंधित परिवीक्षा की शर्तों का अनुपालन करते हैं? (केवल फूड स्टैम्प (SNAP) के लिए)  हाँ  नहीं

- b. क्या आप किसी गुंडागर्दी के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी भी सजा से संबंधित पैरोल की शर्तों का अनुपालन करते हैं? (केवल फूड स्टैम्स (SNAP) के लिए)  हाँ  नहीं
- c. क्या आपने किसी घोर अपराध से संबंधित दोषसिद्धि से संबंधित **परिवीक्षा या पैरोल की सभी शर्तें** सफलतापूर्वक पूरी कर ली हैं? (केवल फूड स्टैम्स (SNAP) के लिए)  हाँ  नहीं

14. क्या आपको या घर के किसी सदस्य को लॉटरी या जुए में जीत मिली है?  हाँ  नहीं

यदि हाँ:

कौन: \_\_\_\_\_ कब: \_\_\_\_\_ प्राप्त राशि: \_\_\_\_\_

15. क्या किसी ने निम्नलिखित प्रतिष्ठानों, शराब की दुकानों, कैसीनो, पोकर रूम, वयस्क मनोरंजन व्यवसाय, जमानत बांड, नाइट क्लब, सैलून / सराय, बिंगो हॉल, रेस ट्रैक, बंदूक / गोला बारूद स्टोर, कूज जहाजों, मानसिक पाठक, धूम्रपान की दुकानें, टैटू/भेदी की दुकानें, और स्पा/मालिश सैलून पर TANF फंड या EPPIC कार्ड का उपयोग किया है? (केवल TANF के लिए)  हाँ  नहीं

यदि हाँ:

कौन: \_\_\_\_\_ कब: \_\_\_\_\_

16. क्या कोई है जो लाभ के लिए आवेदन कर रहा है, वर्तमान में गुजारा भत्ता प्राप्त कर रहा है?  हाँ  नहीं

यदि हाँ:

कौन: \_\_\_\_\_

मासिक राशि प्राप्त: \_\_\_\_\_

दिनांक गुजारा भत्ता समझौते को अंतिम रूप दिया गया या अंतिम बार संशोधित किया गया: \_\_\_\_\_

**(केवल फूड स्टैम्स (SNAP) के लिए)  हाँ  नहीं:**

उच्च शिक्षा के छात्र: क्या आपके घर में किसी ने कॉलेज, विश्वविद्यालय, व्यावसायिक या तकनीकी स्कूल में कम से कम आधे समय में दाखिला लिया है?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो कौन: \_\_\_\_\_

विद्यालय का नाम: \_\_\_\_\_ ग्रेड/स्थिति: \_\_\_\_\_ स्नातक की तारीख: \_\_\_\_\_ क्या

छात्र कार्यरत है?  हाँ  नहीं कार्य अध्ययन में नामांकित?  हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो प्रति सप्ताह घंटों काम किया जाता है (कृपया नीचे दिए गए रोजगार अनुभाग को भी पूरा करें।)

**केवल फूड स्टैम्स (SNAP) के लिए:**

**क्या 60 वर्ष या उससे अधिक आयु के किसी व्यक्ति या विकलांग के पास चिकित्सा व्यय है?  हाँ  नहीं**

क्या आपके चिकित्सा व्यय जैसे Medicare प्रीमियम, प्रिस्क्रिप्शन दवा की लागत, या अस्पताल के बिल में परिवर्तन हुआ है?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो नीचे दिए गए चार्ट में खर्चों की सूची बनाएं. हाल के महीनों के लिए संलग्न बिल, प्रिस्क्रिप्शन दवाएं.

घरेलू सदस्य बिल	व्यय का प्रकार (डॉक्टर, अस्पताल, प्रिस्क्रिप्शन)	बकाया राशि	बिल की तारीख	क्या बीमा भुगतान करेगा? हां/नहीं

क्या 60 वर्ष या उससे अधिक उम्र के या विकलांग या विकलांग व्यक्ति के परिवहन के लिए चिकित्सा व्यय है?  हाँ  नहीं

**यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई जानकारी प्रदान करें. यदि आप Medicaid प्राप्त कर रहे हैं, तो प्रमाण प्रदान करें:**

यात्रा का उद्देश्य (डॉक्टर या अस्पताल का दौरा; फ़ार्मसी पिक-अप)	कुल मील चालित:	टैक्सो, बस, पार्किंग या ठहरने का खर्च:
---	----------------	--

क्या कोई और आपके लिए इनमें से किसी भी चिकित्सा खर्च का भुगतान करता है?  हाँ  नहीं

**यदि हाँ, तो कृपया नीचे जानकारी प्रदान करें:**

किस खर्च का भुगतान किया जाता है?	खर्च का भुगतान कौन करता है?
यह व्यक्ति बिलों का भुगतान किसके लिए करता है?	पता:

## केवल Medicaid के लिए:

### अन्यस्वास्थ्य कवरेज

क्या अब निम्न में से किसी ने स्वास्थ्य बीमा में नामांकन किया है?

- जॉर्जिया मानव सेवा विभाग Medicaid  PeachCare for Kids® • Medicare  
 VA हेल्थकेयर प्रोग्राम TRICARE (जांच न करें कि आपके पास सीधी देखभाल है या ड्यूटी की लाइन)  
 नियोक्ता बीमा: बीमा का नाम \_\_\_\_\_ नीति संख्या \_\_\_\_\_  
 अन्य: बीमा का नाम \_\_\_\_\_ नीति संख्या \_\_\_\_\_

क्या आपके पास Medicaid के अलावा कोई स्वास्थ्य बीमा है?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो हमें अपने बीमा कार्ड की एक प्रति भेजें।

### संसाधन:

(MAGI Medicaid के लिए आवश्यक नहीं): क्या आपके घर में किसी व्यक्ति के पास निम्नलिखित में से कोई संसाधन है?

हाँ  नहीं (यदि हां तो नीचे दी गई जानकारी प्रदान करें. यदि आप वृद्ध, नेत्रहीन या विकलांग Medicaid प्राप्त कर रहे हैं (केवल QMB, SLMB या QI-1 जैसी चिकित्सा बचत योजनाओं के अलावा) प्रमाण प्रदान करें.

संसाधन के प्रकार	मालिक	खाता/नीति # (यदि आपका खाता/नीति # आपके SSN के समान है तो पूर्ण नहीं करें।)	महत्व	बैंक, बीमा कंपनी आदि का नाम.
नकद				
बचत/ जांच हो रही है				
ऋण संघ				
वार्षिकियां				
स्टॉकया बांड				
सुरक्षित जमा बॉक्स				
रिटायरमेंट अकाउंट (केवल गैर- वाहनी (केवल गैर- सीडी / वार्षिकियां (केवल गैर-MAGI				
प्री-पेड अंतिम संस्कार योजनाएं				
काब्रिस्तान के भूखंड (केवल गैर- ट्रस्ट निधियां (केवल गैर- गैर-होमस्थान प्राप्टी (केवल गैर- होमप्लेस प्राप्टी (केवल गैर- जीवन बीमा (केवल गैर- अन्य				

### केवल वृद्ध, नेत्रहीन या विकलांग Medicaid के लिए:

क्या आपने, आपके पति या पत्नी या कोई ऐसा व्यक्ति जिसे आप पिछले 60 महीनों में बेचने, व्यापार करने या कोई संसाधन देने के लिए आवेदन कर रहे हैं।  हाँ  नहीं

यदि हाँ तो क्या ? \_\_\_\_\_ कब? \_\_\_\_\_

### फूड स्टैम्प्स (SNAP), TANF, और Medicaid के लिए :

रोजगार: क्या आपके घर में कोई काम करता है?  हाँ  नहीं

यदि हां, तो रोजगार से नियोजित व्यक्ति के वेतन की जानकारी जैसे मजदूरी, बोनस, और युक्तियों की सूची बनाएं और पिछले 4 सप्ताह में प्राप्त सभी सकल आय का प्रमाण संलग्न करें.

काम करने वाला व्यक्ति	मालिक	प्रति घंटे भुगतान करें	घंटे प्रति सप्ताह	कितनी बार भुगतान किया गया	भुगतान किया गया दिनांक	बोनस भुगतान	सलाह

क्या इस समय कोई हड़ताल पर है?  हाँ  नहीं

### केवल Medicaid के लिए:

#### कर-पूर्व व्यय:

- स्वास्थ्य बीमा \$ \_\_\_\_\_ कितनी बार? \_\_\_\_\_
- दंत चिकित्सा बीमा \$ \_\_\_\_\_ कितनी बार? \_\_\_\_\_
- अन्य कटौती प्रकार \$ \_\_\_\_\_ कितनी बार? \_\_\_\_\_
- अन्य कटौती के प्रकार \$ \_\_\_\_\_ कितनी बार? \_\_\_\_\_
- अधिक? कृपया कागज की एक अलग शीट पर संलग्न करें.
- दृष्टि बीमा \$ \_\_\_\_\_ कितनी बार? \_\_\_\_\_
- अन्य कटौती प्रकार \$ \_\_\_\_\_ कितनी बार? \_\_\_\_\_
- अन्य कटौती प्रकार \$ \_\_\_\_\_ कितनी बार? \_\_\_\_\_

**कर-पूर्व व्यय कर लागू होने से पहले आपकी आय में से की गई कटौती हैं। सभी कटौती प्री-टैक्स नहीं हैं।**

#### टैक्स रिटर्न कटौतियाँ :

लागू होने वाले सभी की जांच करें और राशि बताएं और आप इसे कितनी बार भुगतान करते हैं।

टिप्पणी: आपको वह लागत शामिल नहीं करनी चाहिए जिसे आपने स्व-रोजगार के अपने उत्तर में पहले ही माना है।

- गुजारा भत्ता \$ \_\_\_\_\_ कितनी बार चुकाया गया? \_\_\_\_\_
- छात्र ऋण ब्याज \$ \_\_\_\_\_ कितनी बार? \_\_\_\_\_
- अन्य कटौती प्रकार \$ \_\_\_\_\_ कितनी बार? \_\_\_\_\_
- अन्य कटौती प्रकार \$ \_\_\_\_\_ कितनी बार? \_\_\_\_\_

### फूड स्टैम्प्स (SNAP), TANF, और Medicaid के लिए :

**क्या किसी ने काम करना बंद कर दिया है?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो निम्नलिखित को पूरा करें और प्रमाण प्रदान करें:**

क्या कामरुक गया?	परिवार के सदस्य का नाम जिन्होंने काम करना बंद कर दिया है:	
रोजगार की जगह:		
दिनांक वेतन रोक दिया गया:	अंतिम जांच की तिथि:	अंतिम वेतनकीराशि (सकल):

**क्या किसी ने काम करना शुरू कर दिया है?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो निम्नलिखित को पूरा करें और प्रमाण प्रदान करें:**

उस व्यक्ति का नाम जिसने कार्य करना प्रारंभ किया:	आरंभतिथि:	फ़ोननंबर:
नियोक्ता/व्यवसाय का नाम:	वेतन की दर: \$	दिनांक प्रथम चेक प्राप्त/प्राप्त किया जाएगा:
कितनी बार भुगतान किया गया (कृपया एक को जांच करें): <input type="checkbox"/> साप्ताहिक • <input type="checkbox"/> द्वि-साप्ताहिक • महीने में दो बार • मासिक • अन्य		

#### स्व-रोजगार:

क्या कोई स्वरोजगार है:  हाँ  नहीं (यदि हाँ, तो कौन?) \_\_\_\_\_

**कृपया किसी स्थापित व्यवसाय के ग्राहकों से टैक्स फ़ाइलों, व्यवसाय रिकॉर्ड, रसीदों, बिलों या विवरणों के माध्यम से स्व-रोजगार आय का प्रमाण प्रदान करें।**

क्या यह व्यवसाय शामिल है?  हाँ  नहीं

क्या इस व्यक्ति का कोई स्वरोजगार खर्च है?  हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो इस व्यक्ति के किस प्रकार के खर्च हैं?

**केवल Medicaid और TANF के लिए: स्व-रोजगार व्यय के लिए प्रमाण प्रदान करें.**

**बिना मेहनत की कमाई ::**

क्या आपके घर में किसी को अंशदान, सामाजिक सुरक्षा, SSI, VA, बाल सहायता, बेरोजगारी, सेवानिवृत्ति, या किसी अन्य आय से धन प्राप्त होता है?  हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो नीचे दी गई जानकारी को पूरा करें और पिछले 4 सप्ताहों में प्राप्त सभी आय या सबसे हाल के पुरस्कार पत्र का प्रमाण प्रदान करें.

नाम	स्रोत	रकम	कितनी बार?

MAGI Medicaid के लिए: बाल सहायता, वयोवृद्ध के भुगतान, पूरक सुरक्षा आय (SSI), या कर्मकार के मुआवजे के लाभों से होने वाली आय की गणना नहीं की जाएगी.

**आश्रित देखभाल की लागत:**

क्या आप एक आश्रित बच्चे या एक विकलांग वयस्क परिवार के सदस्य की देखभाल के लिए भुगतान करते हैं?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो नीचे दिए गए प्रश्नों को पूरा कीजिए.

जिस व्यक्ति को देखभाल की आवश्यकता होती है:		वह व्यक्ति जो देखभाल के लिए भुगतान करता है:	
प्रदाता का नाम:		प्रदाता को कितना भुगतान किया जाता है:	कितनी बार भुगतान किया जाता है:
प्रदाता का फोन #:	देखभाल का कारण:		

क्या आप एक आश्रित बच्चे या विकलांग वयस्क परिवार के सदस्य के लिए परिवहन खर्च का भुगतान करते हैं?  हाँ  नहीं

क्या ये खर्च आश्रित देखभाल खर्च में शामिल हैं?  हाँ  नहीं

यदि नहीं, तो कृपया इस प्रश्न का उत्तर दें: **Total miles driven weekly:** \_\_\_\_\_

## आश्रय की लागत:

क्या आपने या घर के किसी सदस्य ने आश्रय की लागत का भुगतान करना शुरू कर दिया है या आपके आश्रय की लागत बदल गई है?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो नीचे दिया गया चार्ट पूरा करें.

खर्च	रकम	कितनी बार?	किसने भुगतान किया?
किराया/बंधक			
प्रॉपर्टीकर			
प्रॉपर्टीबोमा			
बिजली			
गैस			
ईंधन तेल/लकड़ी/केरोसिन			
कुआं/सेप्टिक टैंक/पानी/सीवेज कचरा			
टेलीफोन			
अन्य			

घर का प्राथमिक ताप या शीतलन स्रोत क्या है? (बिजली, गैस, एयर कंडीशनर)

क्या कोई और आपके लिए इनमें से किसी घरेलू बिल का भुगतान करता है?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो नीचे दिए गए चार्ट को पूरा करें:

बिल का भुगतान कौन करता है?	क्या बिलों का भुगतान किया जाता है?
कितनी राशि का भुगतान किया जाता है?	यह व्यक्ति बिलों का भुगतान किसके लिए करता है?

क्या आपको पिछले 12 महीनों में ऊर्जा सहायता मिली है?  हाँ  नहीं

यदि हाँ, प्राप्त राशि \$ \_\_\_\_\_

क्या आप मासिक घरेलू खर्च घर में किसी के साथ साझा करते हैं

यदि हाँ, तो कौन? \_\_\_\_\_

टिप्पणियाँ/दस्तावेजीकरण \_\_\_\_\_

किसको भुगतान किया \_\_\_\_\_ भुगतान की गई राशि \$ \_\_\_\_\_ प्रति \_\_\_\_\_

मकान मालिक का नाम \_\_\_\_\_ मकान मालिक का पता \_\_\_\_\_

## CHILD SUPPORT PAYMENT:

क्या आप या आपके परिवार में कोई घर से बाहर रहने वाले किसी व्यक्ति को बाल सहायता का भुगतान करता है?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो नीचे दिए गए चार्ट को पूरा करें:

भुगतान करने के लिए कौन बाध्य है?	कितनी हे बाध्य राशि ?
किसके लिए बाल सहायता का भुगतान किया जाता है?	वास्तविक भुगतान की गई राशि कितनी है?
बाल सहायता किस दी जाती है?	कितनी बार बाल सहायता का भुगतान किया जाता है?

केवल फूड स्टैम्प (SNAP) के लिए, कृपया पिछले 3 महीनों में भुगतान की गई राशि और भुगतान करने के लिए कानूनी दायित्व का प्रमाण प्रदान करें.

## यह अनुभाग केवल TANF प्राप्तकर्ताओं के लिए है - आपको निम्नलिखित को पूरा करना होगा: शॉर्ट रिकॉर्ड:

क्या 7 वर्ष से कम आयु का कोई बच्चा है जो अभी तक विद्यालय में नामांकित नहीं हुआ है? (प्री-के को "स्कूल" नहीं माना जाता है।)

हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो प्रपत्र 3231- 7 वर्ष से कम आयु के प्रत्येक बच्चे के लिए चाइल्ड केयर टीकाकरण प्रपत्र भेजें.

**स्कूल आवश्यकताएँ:**

क्या सभी बच्चे (6-18 वर्ष के) स्कूल जा रहे हैं?  हाँ  नहीं

यदि हां, तो बच्चे (बच्चों) का नाम (नाम) \_\_\_\_\_

स्कूलों का नाम) \_\_\_\_\_

ग्रेड) \_\_\_\_\_

क्या 16 वर्ष या उससे अधिक उम्र का कोई बच्चा है जो स्कूल में नहीं है

यदि हां, तो बच्चे/बच्चों का नाम? \_\_\_\_\_

कृपया वर्तमान चेक स्टम्प की एक प्रति प्रदान करें यदि यह बच्चा कार्यरत है या किसी अन्य कार्य-संबंधी गतिविधि में संलग्न होने पर प्रदाता से एक बयान प्रदान करें.

**घरेलू हिंसा:**

क्या आप या आपके घर में कोई घरेलू हिंसा, यौन उत्पीड़न, यौन उत्पीड़न या पीछा करने का शिकार है?  हाँ  नहीं

यदि हां, तो कृपया हमें पीड़िता का नाम बताएं \_\_\_\_\_

मूल्यांकन के बाद, यदि आपका परिवार योग्य है, तो हम बाल सहायता सेवा विभाग के साथ रोजगार या नियुक्ति जैसी कुछ कार्यक्रम आवश्यकताओं को छोड़ सकते हैं.

**ऑटो का खर्च:**

क्या आप बच्चे (या बच्चों) के माता-पिता या रिश्तेदार हैं और क्या आप बच्चे के साथ (या बच्चों के साथ) TANF AU में शामिल हैं?

हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दीजिए:

क्या आप या कोई अन्य वयस्क AU सदस्य ऑटोमोबाइल के मालिक हैं या खरीद रहे हैं?

हाँ  नहीं

यदि हां, तो कौन? (मालिक का नाम) \_\_\_\_\_

वाहन का वर्ष, मेक और मॉडल: \_\_\_\_\_

कृपया ऑटोमोबाइल नोट भुगतान, बीमा, रखरखाव, और अन्य संबंधित खर्चों की सूची बनाएं:

क्या आपके पास कोई अन्य आवर्ती व्यय है (उदाहरण के लिए क्रेडिट कार्ड बिल) जिसका आप भुगतान कर रहे हैं?  हाँ  नहीं

यदि हां, तो कृपया सूची दें: \_\_\_\_\_

## सभी कार्यक्रमों के अधिकार और दायित्व

### आपको इसका अधिकार है:

- यदि आपको अंग्रेजी भाषा को पढ़ने, लिखने, बोलने या समझने में परेशानी होती है, तो इस फॉर्म को भरने में सहायता का अनुरोध करें और मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं (दुभाषिए, अनुवादित सामग्री, या सीधे भाषा में सेवाएं) दें।
- यदि आप या आपके घर में कोई विकलांग है तो सहायक सहायता और सेवाओं और **उचित संशोधनों** का अनुरोध करें।

सुनवाई का नोटिस: सभी कार्यक्रमों में आपको लिखित रूप में या व्यक्तिगत रूप से निष्पक्ष सुनवाई के लिए अनुरोध करने का अधिकार है। आप 1-877-423-4746 पर कॉल करके सुनवाई के लिए कह सकते हैं या यदि आप इस निर्णय से सहमत नहीं हैं तो आप राज्य के सुनवाई अधिकारी के समक्ष सुनवाई के लिए कह सकते हैं। सुनवाई में आपका प्रतिनिधित्व वकील, रिश्तेदार, मित्र या आपके द्वारा चुने गए किसी भी व्यक्ति द्वारा किया जा सकता है। यदि आप सुनवाई चाहते हैं, तो आपको लिखित रूप में या एजेंसी से संपर्क करके सुनवाई के लिए पूछना चाहिए:

- फूड स्टैम्स (SNAP) के लिए इस नोटिस की तिथि से 90 दिन
- Medicaid और TANF . के लिए इस नोटिस की तारीख से 30 दिन

### आप इसके लिए जिम्मेदार हैं:

- अपने कार्यकर्ता को सही जानकारी देना और लाभ प्राप्त करने के लिए आवश्यक बयानों का प्रमाण प्रदान करना। जब आप इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करते हैं, तो आप अपने कर्मचारी को अपने नियोक्ता, बैंक, पड़ोसी या अन्य लोगों से जानकारी प्राप्त करने की अनुमति दे रहे हैं ताकि हम सुनिश्चित कर सकें कि आपको सही मात्रा में लाभ मिल रहे हैं।
- हर समय सच बोलना। यदि आप या आपके लिए आवेदन करने वाला कोई व्यक्ति गलत जानकारी प्रदान करता है, तो हो सकता है कि आप अपराध कर रहे हों, और आपको जेल भी हो सकती है।
- इस बात का प्रमाण देना कि आप या आपके परिवार में लाभ के लिए आवेदन करने वाला कोई भी व्यक्ति यू.एस. नागरिक या योग्य अप्रवासी है।
- राज्य और संघीय कर्मियों के साथ सहयोग करना जो धोखाधड़ी निवारण या जांच सेवाओं के कार्यालय के लिए काम करते हैं और जो विशेष मामले की समीक्षा कर रहे हैं। यदि आप सहयोग नहीं करते हैं और हम यह निर्धारित नहीं कर सकते हैं कि आप अभी भी फूड स्टैम्स (SNAP) के लिए योग्य हैं, तो आपका मामला अस्वीकार या बंद किया जा सकता है।
- (फूड स्टैम्स (SNAP) के लिए) गुणवत्ता नियंत्रण समीक्षकों के साथ सहयोग करते हुए जब वे आपके केस मैनेजर को दी गई जानकारी के बारे में साक्षात्कार के लिए आपके घर आते हैं या आपके घर आते हैं। यदि आप उनके साथ सहयोग नहीं करते हैं, तो आपके मामले को अस्वीकार या बंद किया जा सकता है।
- (फूड स्टैम्स (SNAP) और TANF के लिए) उन लाभों का पुनर्भुगतान जो आपको प्राप्त नहीं होने चाहिए थे।
- (Medicaid के लिए) Medicaid पात्रता गुणवत्ता नियंत्रण या कार्यक्रम की अखंडता के साथ सहयोग करते हुए जब वे आपके केस मैनेजर को दी गई जानकारी के बारे में आपका साक्षात्कार करने के लिए कॉल या आपके घर आते हैं।
- (Medicaid के लिए) सदस्य जो नर्सिंग होम, इंटरमीडिएट केयर फैसिलिटी, कम्युनिटी-बेस्ड सर्विस में हैं, या इस्टेट रिकवरी के साथ सहयोग करते हुए वेवर प्रोग्राम के माध्यम से नामांकित हैं और सेवाएं प्राप्त करते हैं।

यदि आप फूड स्टैम्स (SNAP) प्राप्त करते हैं, तो आपको रिपोर्ट करनी होगी कि आपकी कुल मासिक सकल आय आपके घरेलू आकार की आय सीमा से अधिक हो गई है। यदि आप एक कामकाजी वयस्क हैं और आपके बच्चे नहीं हैं, तो आपको रिपोर्ट करना होगा कि आपके काम के घंटे सप्ताह में 20 घंटे या प्रति माह 80 घंटे से कम हैं। आपको इन परिवर्तनों की रिपोर्ट उस महीने के अंत से 10वें दिन के बाद नहीं करनी चाहिए जिसमें परिवर्तन हुआ था।

आपको यह भी रिपोर्ट करना चाहिए कि आपके परिवार को लॉटरी और जुए में पर्याप्त जीत कब प्राप्त होती है। यह एक एकल गेम में जीता गया नकद पुरस्कार है। अगर आपको या घर के किसी सदस्य को लॉटरी या जुए में जीत मिलती है, तो कुल \$4250 या उससे अधिक की राशि (कर या अन्य राशि रोके जाने से पहले), आपको उस महीने के अंत से 10 दिनों के भीतर इन जीत की रिपोर्ट करनी होगी जिसमें परिवार को जीत मिली।

यदि आप TANF या Medicaid प्राप्त करते हैं, तो आपको परिवर्तन होने के 10 दिनों के भीतर अपनी स्थिति में सभी परिवर्तनों की रिपोर्ट करनी होगी।

मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे Medicaid मामले में किसी भी व्यक्ति को प्राप्त होने वाली किसी भी एकमुश्त या "अप्रत्याशित" भुगतान को पात्रता निर्धारित करने के लिए, किसी भी अन्य आय के साथ, जो हमारे पास हो सकती है, बजट में होना चाहिए।

Medicaid कार्यक्रम में, आपको निम्न का अधिकार है:

- Medicaid प्राप्त करें भले ही आपके पास अन्य स्वास्थ्य बीमा हो।
- अपना Medicaid डॉक्टर या प्रदाता चुनें।
- Medicaid के प्रकार के आधार पर, आपके द्वारा आवेदन करने की तिथि से 10, 45, या 60 दिनों के भीतर अपने Medicaid आवेदन को स्वीकृत या अस्वीकृत करें।

## मेरी Medicaid पात्रता की एक शर्त के रूप में:

- मैं राज्य को चिकित्सा सहायता और किसी तीसरे पक्ष (अस्पताल और चिकित्सा लाभ) से चिकित्सा देखभाल के लिए भुगतान के सभी अधिकार सौंपने के लिए सहमत हूँ.
- मैं किसी तीसरे पक्ष को जो देखभाल और सेवाओं के लिए भुगतान करने के लिए उत्तरदायी हो सकता है, का पीछा करने में राज्य की सहायता करने के लिए जानकारी प्रदान करने में राज्य के साथ सहयोग करने के लिए सहमत हूँ. मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे चिकित्सा देखभाल के लिए प्राप्त किसी भी भुगतान की सूचना दस दिनों के भीतर देनी होगी. (यदि आप किसी अन्य व्यक्ति को ओर से इस फॉर्म को भर रहे हैं और उस व्यक्ति के लिए असाइनमेंट निष्पादित करने की शक्ति नहीं है, तो व्यक्ति को Medicaid के लिए अपनी योग्यता की शर्त के रूप में ऊपर वर्णित अधिकारों के असाइनमेंट को निष्पादित करने की आवश्यकता होगी).
- मैं राज्य को यह अधिकार देने के लिए सहमत हूँ कि यदि उपलब्ध हो तो चिकित्सा बीमा प्रदान करने के लिए एक अनुपस्थित माता-पिता की आवश्यकता है. मैं समझता/समझती हूँ कि यदि अनुपस्थित माता-पिता उपलब्ध हैं तो मुझे उनसे चिकित्सा सहायता प्राप्त करनी चाहिए और इस सहायता को प्राप्त करने में बाल सहायता सेवाओं के प्रभाग का सहयोग करना चाहिए. अगर मैं सहयोग नहीं करता हूँ, तो मैं समझता हूँ कि मैं अपने Medicaid लाभों को खो सकता हूँ और केवल मेरे बच्चों को ही लाभ मिलेगा जब तक कि अच्छा कारण स्थापित नहीं हो जाता.

## फूड स्टैम्प (SNAP) कार्यक्रम दंड चेतावनी: जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करने के लिए आप अपने लाभ खो सकते हैं या आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है.

- आपके परिवार को जो लाभ नहीं मिलना चाहिए, उसे पाने के लिए झूठी जानकारी न दें या जानकारी छिपाएँ.
- फूड स्टैम्प (SNAP) या EBT कार्ड का उपयोग न करें जो आपके नहीं हैं और किसी और को अपना उपयोग न करने दें.
- फूड स्टैम्प (SNAP) लाभों का उपयोग गैर-खाद्य वस्तुओं जैसे शराब या सिगरेट खरीदने या क्रेडिट कार्ड से भुगतान करने के लिए न करें.
- अवैध वस्तुओं, जैसे आग्नेयास्त्रों, गोला-बारूद, या नियंत्रित पदार्थ (अवैध ड्रग्स) के लिए फूड स्टैम्प (SNAP) या EBT कार्ड का व्यापार या बिक्री न करें.

आपके घर में कोई भी व्यक्ति जो जानबूझकर इनमें से किसी भी नियम का उल्लंघन करता है, उसे फूड स्टैम्प (SNAP) कार्यक्रम से एक वर्ष से स्थायी रूप से प्रतिबंधित किया जा सकता है, \$ 250,000 तक का जुर्माना, 20 साल की कैद या दोनों हो सकता है. उस पर अन्य लागू संघीय और राज्य कानूनों के तहत मुकदमा चलाया जा सकता है और अगर अदालत ने आदेश दिया तो उसे अतिरिक्त 18 महीनों के लिए फूड स्टैम्प (SNAP) कार्यक्रम से प्रतिबंधित भी किया जा सकता है.

आपके घर में कोई भी व्यक्ति जो जानबूझकर नियम तोड़ता है, हो सकता है कि पहले अपराध के लिए एक वर्ष के लिए, दूसरे अपराध के लिए दो वर्ष के लिए और तीसरे अपराध के लिए स्थायी रूप से फूड स्टैम्प (SNAP) प्राप्त न करें.

यदि कोई अदालत आपको या घर के किसी सदस्य को नियंत्रित पदार्थ की बिक्री से जुड़े लेन-देन में लाभ का उपयोग करने या प्राप्त करने के लिए दोषी पाती है, तो आप या घर का वह सदस्य पहले अपराध के लिए दो साल और दूसरा अपराध के लिए स्थायी रूप से लाभ के पात्र नहीं होंगे.

अगर कोई अदालत आपको या घर के किसी सदस्य को आग्नेयास्त्रों, गोला-बारूद, या विस्फोटक, आप या घर का वह सदस्य इस उल्लंघन के पहले अपराध पर फूड स्टैम्प (SNAP) कार्यक्रम में भाग लेने के लिए स्थायी रूप से अपात्र होंगे.

यदि कोई न्यायालय आपको या परिवार के किसी सदस्य को \$500 या उससे अधिक की कुल राशि के लिए अवैध व्यापार के लाभ के लिए दोषी पाता है, तो आप या वह परिवार का सदस्य इसके पहले अपराध पर फूड स्टैम्प (SNAP) कार्यक्रम में भाग लेने के लिए स्थायी रूप से उल्लंघन अपात्र होगा.

यदि आप या घर के किसी सदस्य ने कई फूड स्टैम्प (SNAP) लाभ प्राप्त करने के लिए पहचान (वे कौन हैं) या निवास स्थान (जहाँ वे रहते हैं) के संबंध में एक कपटपूर्ण बयान या प्रतिनिधित्व दिया है, तो आप या वह परिवार सदस्य 10 वर्ष की अवधि के लिए फूड स्टैम्प (SNAP) कार्यक्रम में भाग लेने के लिए अपात्र होंगे.

मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मैं गलत जानकारी देता हूँ या जानकारी छुपाता हूँ, तो मुझ पर धोखाधड़ी का मुकदमा चलाया जा सकता है.

TANF कार्यक्रम दंड चेतावनी: TANF कार्यक्रम में, AU की योग्यता को स्थापित करने या बनाए रखने के लिए झूठी या भ्रामक जानकारी प्रदान करके, लाभ में वृद्धि, लाभों में कमी को रोकने, किसी नकारात्मक कार्रवाई से बचने के लिए जानकारी को रोकना या निषिद्ध स्थानों पर नकद सहायता का उपयोग करना जानबूझकर कार्यक्रम का उल्लंघन माना जाता है.

अपराध की गंभीरता के आधार पर अपना दंड निर्धारित करने के लिए आपको महानिरीक्षक के कार्यालय में भेजा जा सकता है यदि आप:

- समय पर परिवर्तन की रिपोर्ट न करें या सच न बताएं या नकद सहायता निधि या TANF डेबिट कार्ड का उपयोग नकद निकालने या कैसीनो, शराब की दुकानों, वयस्क-उन्मुख मनोरंजन सुविधाओं "स्ट्रिप क्लब", पोकर रूम, जमानत बांड पर लेन देन करने के लिए न करें। नाइट क्लब/सैलून/सराय, बिंगो हॉल, रेस ट्रैक, गेमिंग प्रतिष्ठान, बंदूक/गोला-बारूद स्टोर, कूज जहाज, मानसिक पाठक, धूम्रपान की दुकानें, टैटू/छेदने की दुकानें, और स्पा/मालिश सैलून सख्त वर्जित हैं, जहाँ आप लाइव ताकि आप 1/1/97 को या उसके बाद एक से अधिक राज्यों में लाभ प्राप्त कर सकें और नशीली दवाओं से संबंधित आरोप या गंभीर हिंसक अपराध के दोषी पाए जा सकें.

आपके घर में कोई भी व्यक्ति जो जानबूझकर इन नियमों को तोड़ता है, उसे TANF कार्यक्रम से छह महीने से स्थायी रूप से प्रतिबंधित किया जा सकता है।

MEDICAID के लिए धोखाधड़ी या दुर्व्यवहार करना कानून के खिलाफ है। आपको Medicaid और PeachCare for Kids® प्रोग्राम इंटीग्रेटी यूनिट में भेजा जा सकता है। उल्लंघनकर्ताओं को एक प्रदाता का उपयोग करने तक सीमित किया जा सकता है, कार्यक्रम से समाप्त किया जा सकता है, या प्रदान की गई चिकित्सा सेवाओं के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग की प्रतिपूर्ति करने के लिए कहा जा सकता है। धोखाधड़ी जानबूझकर किया गया एक बेईमान कार्य है। दुर्व्यवहार एक ऐसा कार्य है जो अच्छे व्यवहारों का पालन नहीं करता है।

### सहभागी धोखाधड़ी और दुर्व्यवहार के उदाहरण हैं:

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

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

### मतदाता पंजीकरण जानकारी

यदि आप अभी जहां रहते हैं वहां मतदान करने के लिए पंजीकृत नहीं हैं, तो क्या आप आज यहां मतदान करने के लिए पंजीकरण के लिए आवेदन करना चाहेंगे?

\_\_\_हाँ

\_\_\_ नहीं

\_\_\_ मैं मतदाता पंजीकरण प्रश्न का उत्तर नहीं देना चाहता

पंजीकरण के लिए आवेदन करने या मतदान के लिए पंजीकरण करने से इंकार करने से आपको इस एजेंसी द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता की राशि प्रभावित नहीं होगी।

यदि आप मतदाता पंजीकरण आवेदन पत्र भरने में सहायता चाहते हैं, तो हम आपकी सहायता करेंगे। मदद लेने या स्वीकार करने का निर्णय आपका है। आप निजी तौर पर आवेदन पत्र भर सकते हैं।

यदि आप मानते हैं कि किसी ने मतदान करने के लिए पंजीकरण करने या पंजीकरण करने से इनकार करने के आपके अधिकार में हस्तक्षेप किया है, तो मतदान करने के लिए पंजीकरण करने या आवेदन करने के लिए निजता के अधिकार में, या अपना खुद का राजनीतिक दल या अन्य राजनीतिक वरीयता चुनने का अधिकार, आप राज्य सचिव के पास शिकायत दर्ज कर सकते हैं  
2 Martin Luther King Jr. ड्राइव, स्टी. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 या (404) 656-2871 पर कॉल करके।

यदि आप किसी भी बॉक्स को चेक नहीं करते हैं, तो यह माना जाएगा कि आपने इस समय वोट देने के लिए पंजीकरण नहीं करने का निर्णय लिया है।

जॉर्जिया मतदाता पंजीकरण आवेदन की एक प्रति DFCS आवेदनों, नवीनीकरणों और पते के परिवर्तन के साथ शामिल है। आप अपने केस वर्कर से मतदाता पंजीकरण आवेदन का अनुरोध भी कर सकते हैं। यदि आप एक मतदाता पंजीकरण आवेदन को पूरा करते हैं, तो मतदाता पंजीकरण आवेदन पर दिए गए निर्देशों का पालन करते हुए इसे जॉर्जिया राज्य सचिव के कार्यालय में जमा करें।

यदि आप अपने MEDICAID और फूड स्टैम्स (SNAP) या TANF का नवीनीकरण कर रहे हैं, तो आपको हस्ताक्षर करना होगा और दिनांक IN THE BOX THAT BEST FITS YOUR SITUATION.

PLEASE RETURN THIS FORM PRIOR TO THE CERTIFICATION END DATE TO BEGIN THE RENEWAL PROCESS.

**केवल Medicaid के लिए - आवेदक/सदस्य/कानूनी अभिभावक के पूरा होने पर यहां हस्ताक्षर करें:**

अगर मैं अपने लिए Medicaid के लिए आवेदन कर रहा/रही हूँ, तो मैं झूठी गवाही के दंड के तहत घोषित करता हूँ कि मैं यू.एस. नागरिक, यू.एस. संयुक्त राज्य में मौजूद राष्ट्रीय और/या योग्य अप्रवासी। अगर मैं माता-पिता या कानूनी अभिभावक हूँ, तो मैं घोषणा करता हूँ कि आवेदक यू.एस. नागरिक, यू.एस. संयुक्त राज्य अमेरिका में राष्ट्रीय और/या योग्य अप्रवासी। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही है।

\_\_\_\_\_ (हस्ताक्षर)

\_\_\_\_\_ (दिनांक)

**केवल Medicaid के लिए - यहां हस्ताक्षर करें जब आवेदक/सदस्य/माता-पिता/कानूनी अभिभावक के अलावा कोई अन्य व्यक्ति हो:**

मैं अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार प्रमाणित करता/करती हूँ कि जिस व्यक्ति (व्यक्तियों) के लिए मैं Medicaid के लिए आवेदन/नवीनीकरण कर रहा/रही हूँ, वह यू.एस. नागरिक है, यू.एस. राष्ट्रीय (ओं) और/या योग्य अप्रवासी या संयुक्त राज्य अमेरिका में कानूनी रूप से मौजूद हैं। मैं यह भी प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही है।

\_\_\_\_\_ (हस्ताक्षर)

\_\_\_\_\_ (दिनांक)

**फ्रॉन जहां आप पहुंचा जा सकता है**

यदि आवेदक/सदस्य/माता-पिता/कानूनी अभिभावक इस व्यक्ति को व्यक्तिगत प्रतिनिधि के रूप में चाहते हैं, तो उसे यहां जांचना होगा और नीचे हस्ताक्षर करना होगा  नहीं

\_\_\_\_\_ (आवेदक/सदस्य/माता-पिता/कानूनी अभिभावक)

\_\_\_\_\_ (दिनांक)

**फूड स्टैम्स (SNAP) और/या TANF के लिए - जब आवेदक/प्राप्तकर्ता/कानूनी अभिभावक पूरा कर रहे हों:** मैं अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार झूठी गवाही के दंड के तहत घोषित करता हूँ कि जिस व्यक्ति (व्यक्तियों) के लिए मैं लाभ के लिए आवेदन कर रहा हूँ वह अमेरिकी नागरिक हैं या संयुक्त राज्य अमेरिका में कानूनी रूप से गैर-नागरिक हैं। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही है। मैं समझता हूँ और सहमत हूँ कि मैं समझता हूँ और सहमत हूँ कि DHS-DFCS, DCH और अधिकृत संघीय एजेंसियां इस आवेदन पर मेरे द्वारा दी गई जानकारी को सत्यापित कर सकती हैं। और अधिकृत संघीय एजेंसियां इस आवेदन पर मेरे द्वारा दी गई जानकारी को सत्यापित कर सकती हैं। जानकारी पिछले या वर्तमान नियोक्ताओं से प्राप्त की जा सकती है। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरी जानकारी

मैं फूड स्टैम्स (SNAP) और/या TANF कार्यक्रम की आवश्यकताओं के अनुसार अपनी स्थिति में किसी भी बदलाव की रिपोर्ट करूंगा। मैं यह भी रिपोर्ट करूंगा कि अगर मेरे घर में किसी को लॉटरी या जुए में जीत मिलती है, तो सकल राशि \$4250 या उससे अधिक (कर या अन्य राशि रोके जाने से पहले)। मैं इन जीतों की रिपोर्ट उस महीने के अंत से 10 दिनों के भीतर करूंगा जिसमें मेरे परिवार को जीत मिलती है। मैं समझता हूँ कि यदि कोई जानकारी गलत है, तो मेरे लाभों को कम या अस्वीकार किया जा सकता है, और जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करने के लिए मुझ पर आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है या DHS-DFCS कार्यक्रमों से अयोग्य घोषित किया जा सकता है। मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मैं गलत जानकारी देता हूँ या जानकारी छुपाता हूँ तो मुझ पर मुकदमा चलाया जा सकता है। मैं समझता हूँ कि यदि मैं अपने आवेदन या नवीनीकरण प्रक्रिया के दौरान अपने कुछ खर्चों के बारे में DHS-DFCS को बताने में विफल रहता हूँ और/या उन्हें सत्यापित करने में विफल रहता हूँ, तो DHS-DFCS मेरे सैन्य लाभों की राशि की गणना में उस खर्च का बजट नहीं करेगा।

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

\_\_\_\_\_ (हस्ताक्षर)

\_\_\_\_\_ (दिनांक)

## (इन दस्तावेजों को अपनी जानकारी के लिए रखें)

यह चार्ट इस फॉर्म में प्रयुक्त कुछ शब्दों की व्याख्या करता है।

<b>Applicant</b>	एक व्यक्ति जो सार्वजनिक सहायता या लाभ प्राप्त करने के लिए आवेदन करता है।
<b>Assistance Unit (AU)</b>	सहायता इकाई में ऐसे पात्र व्यक्ति शामिल होते हैं जो एक गर्भवती व्यक्ति और एक अजन्मे बच्चे सहित एक साथ रहते हैं, और सार्वजनिक सहायता/लाभ प्राप्त करते हैं।
<b>Caretaker</b>	माता-पिता, गर्भवती व्यक्ति, रिश्तेदार या कानूनी अभिभावक जो अजन्मे बच्चे सहित अपनी देखभाल में बच्चों के साथ टीएनएफ के लिए आवेदन करते हैं और प्राप्त करते हैं।
<b>ग्राहक ID</b>	सार्वजनिक सहायता/लाभ प्राप्त करने वाले व्यक्ति को दिया गया एक विशिष्ट नंबर।
<b>अयोग्य घोषित कर दिया</b>	किसी व्यक्ति को फूड स्टैम्प (SNAP) या TANF मामले से निकालने के लिए की गई कार्यवाही क्योंकि उन्होंने सच नहीं बताया और वे लाभ प्राप्त किए जो उन्हें नहीं मिलने चाहिए थे।
<b>घरेलू हिंसा</b>	घरेलू हिंसा में पति या पत्नी, प्रेमी/प्रेमिका, साथी या "पूर्व प्रेमिका" द्वारा मारा जाना, लात मारना, पीटना, बलात्कार करना, गला घोटना, धमकाना, नियंत्रित करना, या जीने के लिए आवश्यक वस्तु (जैसे भोजन, दवा, या घर) प्राप्त करने से रोकना शामिल हो सकता है।
<b>इलेक्ट्रॉनिक लाभ हस्तांतरण (EBT)</b>	जॉर्जिया में फूड स्टैम्प (SNAP) के लिए पात्र व्यक्तियों को लाभ देने के लिए इस्तेमाल की जाने वाली प्रणाली। सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्तियों को एक EBT डेबिट कार्ड जारी किया जाता है, जिसका उपयोग उनके फूड स्टैम्प (SNAP) खातों तक पहुँचने के लिए किया जाता है।
<b>इलेक्ट्रॉनिक संचार</b>	आपके पास यह चुनने का विकल्प है कि आप अपनी जानकारी के बारे में सूचनाएं कैसे प्राप्त करना चाहते हैं। यदि आप ईमेल या टेक्स्ट सूचनाएं प्राप्त करना चुनते हैं, तो आपको एक संदेश प्राप्त होगा जो आपको सूचित करेगा कि आपके पास GA गेटवे ग्राहक पोर्टल में स्थित माई नोटिस में एक सूचना है।  ईमेल संचार के लिए, आपको हमें अपना ईमेल पता प्रदान करना होगा और खाता बनाने के बाद GA गेटवे ग्राहक पोर्टल में स्थित कागज रहित नोटिस के लिए नियम और शर्तें स्वीकार करनी होंगी। कृपया अपनी अधिसूचना सेटिंग अपडेट करने के लिए GA गेटवे ग्राहक पोर्टल वेबसाइट <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a> पर जाएं।  टेक्स्टिंग संचार के लिए, आपको हमें अपना फ़ोन नंबर प्रदान करना होगा। मानक संदेश और डेटा दरें। यह वाहकों द्वारा भिन्न हो सकता है, कृपया अपने प्रदाता से संपर्क करें।
<b>EPPICard debit MasterCard</b>	जॉर्जिया राज्य ने TANF प्राप्तकर्ताओं के लिए एक सुविधाजनक "इलेक्ट्रॉनिक" भुगतान विकल्प लागू किया है जिसे EPPICard डेबिट मास्टरकार्ड कहा जाता है। इस भुगतान विकल्प के तहत, महीने के पहले कैलेंडर दिन प्राप्तकर्ता के खाते में पैसा जमा किया जाता है। यदि पहली बार सप्ताहांत या छुट्टी पर पड़ता है, तो लाभ पिछले महीने के अंतिम व्यावसायिक दिन पर उपलब्ध कराए जाते हैं। प्राप्तकर्ता के पास अपने फंड तक तत्काल पहुंच होती है क्योंकि फंड इलेक्ट्रॉनिक रूप से डेबिट मास्टरकार्ड में लोड होते हैं।
<b>Grantee Relative</b>	माता-पिता, गर्भवती व्यक्ति, रिश्तेदार या कानूनी अभिभावक जो अजन्मे बच्चे सहित बच्चों की ओर से अपने नाम पर टीएनएफ के लिए आवेदन करते हैं और प्राप्त करते हैं।
<b>Gross Income</b>	कर या अन्य कटौती को ध्यान में रखने से पहले एक व्यक्ति की कुल आय।
<b>Homeless Individual</b>	एक व्यक्ति जिसके पास निश्चित और नियमित रात्रि निवास का अभाव है या एक व्यक्ति जिसका प्राथमिक रात्रि निवास है: <ul style="list-style-type: none"> <li>अस्थायी आवास प्रदान करने के लिए डिज़ाइन किया गया एक पर्यवेक्षित आश्रय (जैसे कि एक कल्याण हॉटल या सामूहिक आश्रय);</li> <li>एक हाफवे हाउस या इसी तरह की संस्था जो संस्थागत होने के इच्छुक व्यक्तियों के लिए अस्थायी निवास प्रदान करती है;</li> <li>किसी अन्य व्यक्ति के निवास में 90 दिनों से अधिक के लिए अस्थायी आवास नहीं; या ऐसी जगह जो मनुष्यों के लिए नियमित शयन आवास के रूप में डिज़ाइन नहीं की गई है, या आमतौर पर उपयोग नहीं की जाती है (एक हॉलवे, एक बस स्टेशन, एक लॉबी, या इसी तरह की जगह)।</li> </ul>
<b>Household Members</b>	आपके घर में रहने वाले लोग। फूड स्टैम्प (SNAP) के लिए, वे व्यक्ति जो एक साथ रहते हैं और एक साथ अपना भोजन खरीदते और तैयार करते हैं।
<b>Income</b>	वेतन, वेतन, कमीशन, बोनस, कर्मचारी का मुआवजा, विकलांगता, पेंशन, सेवानिवृत्ति लाभ, ब्याज, बच्चे का समर्थन या प्राप्त धन के किसी अन्य रूप जैसे भुगतान।
<b>मध्यम वर्ग कर राहत अधिनियम 2012</b>	यह अधिनियम नकद सहायता निधि या TANF डेबिट कार्ड के उपयोग को नकद निकालने या कैसीनो, शराब की दुकानों, वयस्क-उन्मुख मनोरंजन सुविधाओं, पोकर रूम, जमानत बांड, नाइट क्लब / सैलून / सराय, बिंगो हॉल, रेस ट्रैक, गेमिंग प्रतिष्ठान, बंदूक / गोला बारूद स्टोर, कूज जहाज, मानसिक पाठक, धूम्रपान की दुकानें, टैटू / भेदी की दुकानें, और स्पा / मालिश सैलून पर लेनदेन करने के लिए प्रतिबंधित करता है। इन व्यवसायों में नकद सहायता निधि या TANF डेबिट कार्ड का उपयोग प्राप्तकर्ता की ओर से एक जानबूझकर कार्यक्रम उल्लंघन (धोखाधड़ी) होगा।

<b>Non-applicant</b>	एक व्यक्ति जो सार्वजनिक सहायता/लाभके लिए आवेदन नहीं करता या प्राप्त नहीं करता। गैर-आवेदकों को एक सामाजिक सुरक्षा संख्या, नागरिकता, या अप्रवास स्थिति प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है।
<b>Payee</b>	प्राप्तकर्ता वह व्यक्ति होता है जो AU को और से नकद सहायता प्राप्त करने और धन खर्च करने की जिम्मेदारी स्वीकार करता है। एक प्राप्तकर्ता AU सदस्य हो सकता है या नहीं भी हो सकता है।
<b>कर पूर्व खर्च</b>	कर-पूर्व व्यय कर लागू होने से पहले आपकी आय में से की गई कटौती हैं। सभी कटौती कर-पूर्व नहीं होती हैं। सबसे आम कर-पूर्व कटौती स्वास्थ्य बीमा, दंत चिकित्सा बीमा, दृष्टि बीमा, आदि हैं। <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
<b>योग्य एलियन/अप्रवासी</b>	<p>एक योग्य विदेशी/अप्रवासी वह व्यक्ति है जो कानूनी रूप से यू.एस. में रह रहा है जो निम्नलिखित श्रेणियों में से एक में आता है:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• आब्रजन और राष्ट्रीयता अधिनियम (INA) के तहत स्थायी निवास (LPR) के लिए कानूनी रूप से भर्ती व्यक्ति;</li> <li>• विदेशी संचालन, निर्यात वित्तपोषण और संबंधित कार्यक्रम विनियोग अधिनियम 1988 की धारा 584 के तहत अमेरिकी अप्रवासी;</li> <li>• एक व्यक्ति जिसे INA की धारा 208 के तहत शरण दी गई है;</li> <li>• शरणार्थी, INA की धारा 207 के तहत भर्ती;</li> <li>• INA की धारा 212 (डी)(5) के तहत शरणार्थी या शरण लेने वाले के रूप में एक व्यक्ति को पैरोल किया गया;</li> <li>• एक व्यक्ति जिसका निर्वासन 1 अप्रैल, 1997 से पहले INA की धारा 243 (एच) के तहत या संशोधित INA की धारा 241 (बी) (3) के तहत रोक दिया गया है;</li> <li>• एक व्यक्ति जिसे 1 अप्रैल 1980 से पहले INA की धारा 203 (ए) (7) के तहत सह-शर्त प्रवेश दिया गया है;</li> <li>• 1980 के शरणार्थी शिक्षा सहायता अधिनियम की धारा 501 (ई) में परिभाषित क्यूबा या हाईटियन अप्रवासी;</li> <li>• 2000 के अवैध व्यापार पीड़ित संरक्षण अधिनियम की धारा 107(बी)(1) के तहत मानव तस्करी के शिकार;</li> <li>• व्यक्तिगत उत्तरदायित्व और कार्य अवसर सुलह अधिनियम 1996 की धारा 431 (सी) में निर्धारित शर्तों को पूरा करने वाले पस्त अप्रवासी, जैसा कि संशोधित है;</li> <li>• अफगान या इराकी अप्रवासियों को INA की धारा 101(ए)(27) के तहत 8989विशेष अप्रवासी का दर्जा दिया गया (निर्दिष्ट शर्तों के अधीन);</li> <li>• <b>भारतीय आत्मनिर्णय और शिक्षा सहायता अधिनियम की धारा 4 (ई) के तहत INA की धारा 289 या संघ-मान्यता प्राप्त भारतीय जनजाति के गैर-नागरिकों के तहत अमेरिका में रहने वाले कनाडा में पैदा हुए अमेरिकी भारतीय और;</b></li> <li>• हम्मोंग या हाईलैंड लाओटियन आदिवासी सदस्य जिन्होंने वियतनाम युग (8/05/1964 - 5/07/1975) के दौरान सैन्य या बचाव अभियान में भाग लेकर अमेरिकी कर्मियों को सहायता प्रदान की।</li> </ul> <p>केवल चिकित्सा सहायता आवेदकों के लिए, कॉम्पेक्ट ऑफ फ्री एसोसिएशन (COFA) माइक्रोनेशिया के संघीय राज्यों, मार्शल द्वीप गणराज्य और पलाऊ गणराज्य के नागरिक हैं। COFA प्रवासियों को 5 साल के बार से मिलने की जरूरत नहीं है।</p>
<b>Resources</b>	नकद, संपत्ति, या संपत्ति जैसे बैंक खाते, वाहन, स्टॉक, बांड और जीवन बीमा।
<b>Sexual Assault</b>	गैर-सहमति यौन कृत्य संघीय, जनजातीय या राज्य के कानून द्वारा निषिद्ध है, जिसमें पीड़ित के पास सहमति की क्षमता का अभाव होने पर भी शामिल है।
<b>Sexual Harassment</b>	सेक्स के आधार पर शत्रुतापूर्ण, डराने वाला या दमनकारी व्यवहार जो एक आक्रामक कार्य वातावरण बनाता है।
<b>Stalking</b>	जानबूझकर और बार-बार किसी अन्य व्यक्ति का उन परिस्थितियों में पीछा करने या परेशान करने का कार्य या अपराध जो एक उचित व्यक्ति को विशेष रूप से व्यक्त या निहित खतरों के कारण चोट या मृत्यु से डरने का कारण बनता है।
<b>Taxable Income</b>	भुगतान जैसे वेतन, वेतन, कमीशन, बोनस, विकलांगता, पेंशन, सेवानिवृत्ति लाभ, ब्याज, या किसी अन्य प्रकार की प्राप्त धनराशि।
<b>टैक्स पर निर्भर</b>	एक व्यक्ति जो टैक्स फाइलर के टैक्स रिटर्न पर दावा किए जाने की उम्मीद करता है। <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
<b>टैक्स फाइलर</b>	एक व्यक्ति जो कर रिटर्न दाखिल करने की अपेक्षा करता है। <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
<b>टैक्स रिटर्न कटौती</b>	टैक्स रिटर्न कटौती स्वीकार IRS कटौती है जो आपके टैक्स रिटर्न फॉर्म 1040 पर मिलती है, जो लाइन 23 से लाइन 35 तक शुरू होती है। उनमें शामिल हैं: शिक्षक खर्च; फॉर्म 2106; स्वास्थ्य बचत फॉर्म 8889; व्यय प्रपत्र 3909; जुमाना/बचत का शीघ्र आहरण; गुजारा भत्ता भुगतान; IRA कटौती; छात्र ऋण ब्याज; ट्यूशन और फीस फॉर्म 8917; घरेलू उत्पादन गतिविधियां फॉर्म 8903। <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>

<p><b>फूड स्टाम्प (SNAP) कार्यक्रम में तस्करी</b></p>	<p><i>अवैध व्यापार SNAP लाभों का अर्थ है:</i></p> <p>(1) EBT कार्ड, कार्ड नंबर और पिन नंबर या मैनुअल वाउचर और हस्ताक्षर के माध्यम से जारी और एक्सेस किए गए स्नेप लाभों को खरीदना, बेचना, चोरी करना, या अन्यथा आदान-प्रदान करना, नकद के लिए या योग्य भोजन के अलावा अन्य विचार, या तो प्रत्यक्ष, अप्रत्यक्ष रूप से, मिलीभगत में या दूसरों के साथ मिलीभगत, या अकेले अभिनय करना; (2) आग्नेयास्त्रों, गोला-बारूद, विस्फोटकों या नियंत्रित पदार्थों का आदान-प्रदान; (3) SNP लाभों के साथ एक उत्पाद खरीदना जिसमें एक कंटेनर है जिसमें उत्पाद को त्यागकर और जमा राशि के लिए कंटेनर वापस करने के इरादे से वापसी जमा की आवश्यकता होती है, जानबूझकर उत्पाद को त्यागना, और जानबूझकर जमा राशि के लिए कंटेनर वापस करना ; (4) उत्पाद को पुनर्विक्रय करके योग्य भोजन के अलावा नकद या प्रतिफल प्राप्त करने के इरादे से SNAP लाभों के साथ उत्पाद खरीदना, और बाद में पात्र भोजन के अलावा नकद या प्रतिफल के बदले में SNAP लाभों के साथ खरीदे गए उत्पाद को जानबूझकर पुनर्विक्रय करना; (5) पात्र भोजन के अलावा नकद या प्रतिफल के बदले मूल रूप से SNAP लाभों के साथ खरीदे गए उत्पादों को जानबूझकर खरीदना. (6) इलेक्ट्रॉनिक बेनिफिट ट्रांसफर (EBT) कार्ड, कार्ड नंबर और व्यक्तिगत पहचान संख्या (पिन), या मैनुअल वाउचर और हस्ताक्षर द्वारा जारी और एक्सेस किए गए स्नेप लाभों के आदान-प्रदान को खरीदने, बेचने, चोरी करने या अन्यथा प्रभावित करने का प्रयास, नकद के लिए या योग्य भोजन के अलावा अन्य विचार, प्रत्यक्ष, अप्रत्यक्ष रूप से, दूसरों के साथ मिलीभगत या मिलीभगत में, या अकेले अभिनय करना.</p>
---	--

## **ADA /धारा 504 अधिकारों की सूचना**

### **विकलांग लोगों के लिए सहायता**

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

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

### **उचित संशोधन या संचार सहायता का अनुरोध कैसे करें**

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

### **शिकायत कैसे दर्ज करें**

यदि आपकी अक्षमता के कारण विभागों ने आपके साथ भेदभाव किया है तो आपको शिकायत करने का अधिकार है। उदाहरण के लिए, यदि आपने एक उचित संशोधन या सांकेतिक भाषा दुभाषिया के लिए कहा है जिसे अस्वीकार कर दिया गया है या उचित समय के भीतर कार्रवाई नहीं की गई है, तो आप भेदभाव की शिकायत दर्ज कर सकते हैं। आप अपने केस वर्कर, अपने स्थानीय DFCS कार्यालय, या DFCS सिविल राइट्स, एडीए/धारा 504 समन्वयक से 47 Trinity Avenue SW, 30334<sup>st</sup> Floor, Atlanta, GA 877, (423-4746) 657- 3735 से संपर्क करके मौखिक या लिखित रूप में शिकायत कर सकते हैं। DCH के लिए, 2211 Beaver Ruin Road, Suite150 Norcross, GA 30071 पर KB टीम ADA/सेक्शन 504 समन्वयक से संपर्क करें। Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH ईमेल है: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

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

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

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

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

## Do Not Send Applications to the USDA or HHS

### Nondiscrimination Statement

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

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

### **CIVIL RIGHTS COMPLAINTS INVOLVING USDA PROGRAMS**

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

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

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

### **CIVIL RIGHTS COMPLAINTS INVOLVING HHS PROGRAMS**

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

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

यह संस्थान समान अवसर प्रदान करता है।

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

## Do Not Send Applications to the USDA or HHS