

जर्जिया मानव सेवा विभाग (Georgia Department of Human Services)

फूड स्ट्याम्प (SNAP)/MEDICAID/TANF नवीकरण फाराम

तपाईंलाई यो कागजात पढ्न वा पूरा गर्न वा हामीसँग सञ्चार गर्न मद्दत आवश्यक पर्छ भने, हामीलाई अनुरोध गर्नुहोस् वा

(877) 423-4746 मा कल गर्नुहोस्। दोभाषेहरूसहित हाफ्रा सेवाहरू निःशुल्क छन्। तपाईंको श्रवणशक्ति कमजोर छ, सुन्नमा कठिनाइ हुन्छ, दृष्टिविहीन हुनुहुन्छ वा बोल्नमा कठिनाइ हुन्छ भने, तपाईं हामीलाई 711 (जर्जिया रिले) डायल गरेर माथिको नम्बरमा फोन गर्न सक्नुहुन्छ।

कार्यालय प्रयोजनका लागि मात्र: प्राप्त गरेको मिति _____ सेवाग्राही आइडी # _____ प्रारम्भ गरिएको मिति _____
 प्रारम्भ गरिएका कार्यक्रमहरू: • TANF • फुड स्ट्याम्पहरू (SNAP) • Medicaid

तपाईंले फूड स्ट्याम्पहरूको लागि पुनः आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ वा आफ्नो TANF वा Medicaid लाभहरू नवीकरण गर्दै हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो नाम, ठेगाना र हस्ताक्षरको साथमा मात्र यो नवीकरण/आवेदन फाराम भर्न सक्नुहुन्छ। यद्यपि, अनुरोध गरिएमा तपाईंले समग्र फाराम पूरा गर्नुहुन्छ र जानकारीको प्रमाणिकरण उपलब्ध गराउनुहुन्छ भने, यसले तपाईंको आवेदन, पुनः प्रमाणीकरण/नवीकरण थप द्रुत रूपमा प्रक्रिया गर्न मद्दत गर्नेछ। तपाईं फूड स्ट्याम्प (SNAP)/Medicaid र/वा TANF कार्यक्रमका लागि वा फूड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रमका लागि मात्र संयुक्त नवीकरण/आवेदन दायर गर्न यो फाराम प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। अर्को कार्यक्रमका लागि तपाईंको नवीकरण/आवेदन अस्वीकार/खारेज गरिएको छ भने कुराको आधारमा तपाईंको फूड स्ट्याम्प (SNAP) नवीकरण एकल रूपमा खारेज गरिने छैन। हामीले तपाईंको फूड स्ट्याम्प (SNAP) आवेदनका लागि छुट्टै योग्यता निर्धारण गर्ने छौं।

कृपया तलको खाली ठाउँमा लाभहरूको लागि पुनः आवेदन दिने व्यक्तिको नाम र ठेगाना लेख्नुहोस्:

ग्राहकको नाम:	जन्ममिति:	सामाजिक सुरक्षा नम्बर: (गैर-आवेदकहरूका लागि वैकल्पिक*)
		*तलको नागरिकताको आप्रवासन स्थिति र सामाजिक सुरक्षा नम्बरहरू हेर्नुहोस्।
स्ट्रीट ठेगाना:		
पत्राचार गर्ने ठेगाना:		
मुख्य फोन नम्बर:	अन्य सम्पर्क नम्बर:	
विद्युतीय सञ्चार: इमेल: हो ___ वा होइन ___ (वैकल्पिक) टेक्स्ट गर्ने: हो ___ वा होइन ___ (वैकल्पिक)	इमेल ठेगाना: (वैकल्पिक)	
तपाईंको प्राथमिकताको भाषा के हो?	अन्तरवार्ता आवश्यक भएमा, तपाईंलाई दोभाषे आवश्यक हुनेछ? हुने छ ___ वा हुने छैन ___	

असक्षमता भएका अमेरिकनहरूको ऐन: उचित परिमार्जन तथा सञ्चार सहायताका लागि अनुरोध (लागूयोग्य भएमा):

के तपाईंलाई उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता आवश्यक पर्ने असक्षमता छ? छ _____ छैन _____

(यदि छ भने, कृपया तपाईंले अनुरोध गरिरहेको उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायताको बारेमा व्याख्या गर्नुहोस्):

साङ्केतिक भाषा दोभाषे ___; TTY ___; ठूलो प्रिन्ट ___; इलेक्ट्रोनिक सञ्चार (इमेल) ___; ब्रेल ___; भिडियो रिले ___; साङ्केतिक बोली दोभाषे ___; मौखिक दोभाषे ___; स्पर्शनीय दोभाषे ___; कार्यक्रमको समाप्ति मिति सम्झाउने टेलिफोन कल ___; टेलिफोनिक हस्ताक्षर (लागूयोग्य भएमा) ___; आमुन्ने-सामुन्ने अन्तर्वार्ता (गृह भेट) ___; अन्य: _____

तपाईंलाई यो उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता एकपटक _____ वा निरन्तर _____ आवश्यक छ? सम्भव भएमा, तपाईंलाई कहिले र कति समयसम्म यो परिमार्जन वा सहायता आवश्यक पर्छ भन्नेबारे संक्षिप्त रूपमा वर्णन दिनुहुन्छ?

मैले लाभहरूको लागि आवेदन दिँदै गरेको व्यक्ति(हरू) संयुक्त राज्य अमेरिकाको नागरिक(हरू) वा गैर-नागरिक(हरू) हो/हुन् वा कानूनी रूपमा संयुक्त राज्य अमेरिकामा उपस्थित छन् भनी मैले जान्न मरो ज्ञान र विश्वासको लागि मैले झुठो बयानको सजाय घोषणा गर्दछु। मलाई ज्ञान भएसम्म यो आवेदनमा उपलब्ध गराइएका सम्पूर्ण जानकारी सही र सत्य छ भनी म थप प्रमाणित गर्दछु। DHS-DFCS, DCH र आधिकारिक संघीय निकायहरूले मैले यस आवेदनमा दिएका जानकारीलाई प्रमाणित गर्न सक्छन् भनी मैले बुझ्दछु र स्वीकार गर्दछु। जानकारी विगतका वा वर्तमान रोजगारदाताहरूबाट प्राप्त गरिएको हुन सक्छ। मेरो जानकारी ज्याला जानकारी र कार्य क्रियाकलापहरूमा मेरो सहभागितालाई ट्याक गर्न प्रयोग हुनेछ भनी म बुझ्दछु।

मैले फुड स्ट्याम्प (SNAP) र/वा TANF कार्यक्रमका आवश्यकताहरूअनुसार मेरो अवस्थामा हुने कुनै पनि परिवर्तनका बारेमा रिपोर्ट गर्ने छु। म मेरो परिवारमा कसैले \$ 4250 वा सोभन्दा बढी कुल रकम (कर अघि वा अन्य रकम रोक्नुअघि) को लोटर वा जुवा खेल्ने जितहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ भने पनि रिपोर्ट गर्नेछु। म मेरो घरपरिवारले जितहरूको रकम प्राप्त गरेको महिनाको अन्तिम दिनबाट 10 दिनभित्र यी जितहरूको रकम बारे रिपोर्ट गर्नेछु। कुनै जानकारी गलत भएमा, मेरा लाभहरूमा कटौती हुन वा अस्वीकार गरिन सक्छ र मलाई आपराधिक अभियोग लाग्न सक्छ वा जानी-जानी गलत जानकारी प्रदान गरेकोमा म DHS-DFCS कार्यक्रमहरूबाट अयोग्य ठहरिन सक्छु भन्ने कुरा म बुझ्दछु। मैले गलत जानकारी प्रदान गरेमा वा जानकारी लुकाएमा, मलाई अभियोग लगाउन सक्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। म मेरो आवेदन दिने वा नवीकरण गर्ने प्रक्रियाको अवधिमा मेरा केही खर्चहरूका बारेमा DHS-DFCS लाई बताउन असफल भए र/वा तिनीहरूलाई प्रमाणित गर्न असफल भए भने DHS-DFCS मेरा फुड स्ट्याम्प (SNAP) लाभहरूको मेरो रकम हिसाब गर्दा उक्त खर्चको बजेट बनाउने छैन भन्ने कुरा बुझ्दछु।

जर्जिया मानव सेवा विभाग ("DHS") ले लाभहरूका लागि तपाईंले आवेदन दिएको अवधिमा नाम, ठेगाना, टेलिफोन नम्बर, इमेल ठेगाना, जन्ममितिहरू आदि जस्ता व्यक्तिगत रूपमा पहिचानयोग्य जानकारी (PII) सङ्कलन गर्छ। हामीलाई कुनै पनि व्यक्तिगत जानकारी पेश गरेर, तपाईं हामी DHS नीति, प्रक्रिया र कानून र/वा नियमहरूद्वारा अनुमति दिए वा आवश्यक भएअनुसार कुनै पनि व्यक्तिगत जानकारी सङ्कलन, प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं भन्ने कुरासँग सहमत हुनुहुन्छ।

हस्ताक्षर:

मिति

'X' द्वारा हस्ताक्षर गरिएको भएमा साक्षीको हस्ताक्षर

मिति

एक्सप्रेस लेन एलिजिबिलिटी (Express Lane Eligibility)

एक्सप्रेस लेन एलिजिबिलिटी (ELE) भनेको चिकित्सा सहायता कार्यक्रममा पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP) वा निर्धन परिवारहरूलाई अस्थायी सहायता (TANF) प्राप्त गर्ने 19 वर्षभन्दा कम उमेरका योग्य बालबालिकाहरूलाई नामाङ्कन गर्ने वा नवीकरण गर्ने स्वतः प्रक्रिया हो। तपाईंको बच्चा SNAP वा TANF का लागि योग्य हुनुहुन्छ भने परिवार तथा बालबालिका सेवा विभाग (DFCS) ले SNAP वा TANF बाट घरपरिवारको आकार, निवास र आम्दानीसम्बन्धी जानकारी प्रयोग गर्ने छ तर DFCS ले बालबालिकालाई Medicaid वा PeachCare for Kids® मा नामाङ्कन वा नवीकरण गर्नका लागि ELE निर्धारण गर्ने चिकित्सा सहायताका नियमहरू प्रयोग गरी नागरिकता वा आप्रवासन स्थिति प्रमाणित गर्ने छ। तपाईं PeachCare for Kids® का लागि योग्य हुनुहुन्छ भने तिनीहरू प्रीमियमसँग सम्बन्धित हुन सक्छ। DFCS ले तपाईंलाई कुनै पनि परिवर्तन गर्न र तपाईंलाई कुनै पनि समयमा अप्ट आउट गर्नका लागि अनुमति दिन निर्धारण सूचना पठाउने छ।

तपाईं आफ्नो बच्चाहरूलाई Medicaid वा PeachCare for Kids® मा नामाङ्कन गर्न वा नवीकरण गर्नका लागि ELE निर्धारण गर्न DFCS लाई SNAP वा TANF बाट आफ्नो जानकारी प्रयोग गर्नका लागि अनुमति दिन सहमत हुनुहुन्छ?

छु छैन

अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि:

तपाईंले आफ्ना आवेदन/नवीकरण व्यक्ति वा संस्थाद्वारा भरिदियोस्, फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) वा TANF का लागि अन्तर्वार्ता पूरा गरिदियोस् र/वा तपाईं पसल जान नसक्दा खाना खरिद गर्न तपाईंको फूड स्ट्याम्प प्रयोग गरिदियोस् भन्ने चाहनुहुन्छ भने मात्र यो खण्ड पूरा गर्नुहोस्। कृपया तपाईंले अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको रूपमा तोक्न चाहने प्रत्येक कार्यक्रमको प्रकार जाँच गर्नुहोस्। कृपया तपाईंले व्यक्ति वा संस्थालाई दिन चाहेका कर्तव्यहरूमा सही चिन्ह लगाउनुहोस्। तपाईं Medicaid का लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने, तपाईं आफ्नो तर्फबाट चिकित्सा सहायताका लागि आवेदन दिन एकभन्दा बढी मानिस छनोट गर्न सक्नुहुन्छ।

अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि 1 कार्यक्रमको प्रकार: फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) TANF चिकित्सा सहायता
अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि 1 कर्तव्यहरू: आवेदकको तर्फबाट आवेदनमा हस्ताक्षर गर्ने नवीकरण फाराम भरि पेश गर्ने
सूचना र अन्य सञ्चारका प्रतिलिपिहरू प्राप्त गर्ने अन्य सबै विषयमा आवेदकको तर्फबाट कार्य गर्ने
TANF लाभ कार्ड (EPPIC) प्राप्त गर्ने

व्यक्तिको नाम 1: _____
संस्थाको नाम 1 (लागूयोग्य भएमा): _____ फोन: _____
ठेगाना: _____ अपार्टमेन्ट: _____
सहर: _____ राज्य: _____ जिल्ला: _____
विद्युतीय सञ्चार: इमेल: हो होइन (वैकल्पिक) टेक्स्ट: हो होइन (वैकल्पिक)
इमेल ठेगाना (वैकल्पिक) _____
प्राथमिकता दिइएको भाषा: _____ दोभाषे आवश्यक छ? हो वा होइन

अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि 2 कार्यक्रमको प्रकार: फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) TANF चिकित्सा सहायता
अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि 2 कर्तव्यहरू: आवेदकको तर्फबाट आवेदनमा हस्ताक्षर गर्ने नवीकरण फाराम भरि पेश गर्ने
सूचना र अन्य सञ्चारका प्रतिलिपिहरू प्राप्त गर्ने अन्य सबै विषयमा आवेदकको तर्फबाट कार्य गर्ने
TANF लाभ कार्ड (EPPIC) प्राप्त गर्ने

व्यक्तिको नाम 2: _____
संस्थाको नाम 2 (लागूयोग्य भएमा): _____ फोन: _____
ठेगाना: _____ अपार्टमेन्ट: _____
सहर: _____ राज्य: _____ जिल्ला: _____
इलेक्ट्रोनिक सञ्चार: इमेल: हो होइन (वैकल्पिक) टेक्स्ट: हो होइन (वैकल्पिक)
इमेल ठेगाना (वैकल्पिक) _____
प्राथमिकता दिइएको भाषा: _____ दोभाषे आवश्यक छ? हो वा होइन

असक्षमताहरू भएका अमेरिकनहरूको ऐन: **अधिकृत प्रतिनिधिका लागि (लागूयोग्य भएमा) उचित परिमार्जन र सञ्चार सहायताका लागि अनुरोध:**

अधिकृत प्रतिनिधिलाई उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता आवश्यक पर्ने असक्षमता छ? छ छैन

(यदि छ भने, कृपया तपाईंले अनुरोध गरिरहेको उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायताको व्याख्या गर्नुहोस्):

साङ्केतिक भाषा दोभाषे _____; TTY _____; टूलो प्रिन्ट _____; इलेक्ट्रोनिक सञ्चार (इमेल) _____; ब्रेल _____; भिडियो रिले _____;
साङ्केतिक बोली दोभाषे _____; मौखिक दोभाषे _____; स्पर्शनीय दोभाषे _____; कार्यक्रमको समाप्ति मिति सम्झाउने टेलिफोन कल _____; टेलिफोनिक हस्ताक्षर
(लागूयोग्य भएमा) _____; आमुन्ने-सामुन्ने अन्तर्वार्ता (गृह भेट) _____; अन्य: _____

अधिकृत प्रतिनिधिलाई यो उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता एकपटक _____ वा निरन्तर _____

एक-पटक _____ वा जारी _____ आवश्यक हुन्छ? सम्भव भएमा, तपाईंलाई कहिले र कति समयसम्म यो परिमार्जन वा सहायता आवश्यक पर्छ भन्नेबारे संक्षिप्त रूपमा वर्णन दिनुहुन्छ? _____

Medicaid का लागि मात्र:

के तपाईंले अर्को वर्ष संघीय आम्दानी कर फिर्ता दायर गर्ने अपेक्षा गर्नुभएको छ? (तपाईंले संघीय आम्दानी कर फिर्ता दायर नगरेको भएपनि, तपाईं अझैपनि स्वास्थ्य बीमाको लागि आवेदन दिन सक्नुहुन्छ।)

छ छैन यदि छ भने, कृपया प्रश्नहरू a, b र c को जवाफ दिनुहोस् यदि छैन भने, कृपया प्रश्न c को जवाफ दिनुहोस्।

- के तपाईंले जीवनसाथिसँग संयुक्त रूपमा दायर गर्नु हुने छ? गर्नु हुने छ गर्नु हुने छैन यदि गर्नु हुने छ भने, जीवनसाथीको नाम: _____
- तपाईंले आफ्नो कर फिर्तामा कुनै पनि आश्रित दाबी गर्नुहुनेछ? गर्नु हुने छ गर्नु हुने छैन
यदि गर्नु हुने छ भने, आश्रित व्यक्तिहरूको नाम(हरू) अद्यावधिक गर्नुहोस्: _____
- के कसैलाई कोहीको फिर्तामा कर आश्रित व्यक्तिको रूपमा दाबी गरिने छ? गरिने छ गरिने छैन
यदि गरिने छ भने, कर फाइलर र कर आश्रित व्यक्तिहरूको नाम सूचीबद्ध गर्नुहोस्: _____
कर फाइलरसँग कर आश्रित व्यक्ति कसरी सम्बन्धित हुनुहुन्छ? _____

समुदाय आउटरिच सेवाहरू:

अन्य DHS सेवाहरूबारे थप जानकारीका लागि, कृपया हाम्रो वेबसाइट www.dfcs.georgia.gov मा जानुहोस् वा (877) 423-4746 मा कल गर्नुहोस्।

कृपया सबै प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस् र अनुरोध गरिए अनुसार सबै आम्दानी र खर्चहरूको प्रमाण उपलब्ध गराउनुहोस्।

नागरिकता आप्रवासन स्थिति र सामाजिक सुरक्षा नम्बरहरू:

कृपया तल दिइएका आवेदक र सबै परिवार सदस्यहरूको बारेमा तालिका भर्नुहोस्। निम्न संघीय कानून र नियमनहरू: खाद्य तथा पोषण ऐन 2008, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7 C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910 र 42 C.F.R. § 435.920, DFCS लाई तपाईं र तपाईंको धरायसी सदस्यहरूका सामाजिक सुरक्षा नम्बर(हरू) लाई अनुरोध गर्न अधिकार-प्रदान गर्नुहोस्। तपाईंको घरपरिवारमा बस्ने र लाभहरूको लागि आवेदन नदिने कुनै पनि व्यक्तिलाई गैर-आवेदक को रूपमा व्यवहार गरिएको हुन सक्छ। गैर-आवेदकहरूले हामीलाई आफ्नो सामाजिक सुरक्षा नम्बर, नागरिकता वा आप्रवासी स्थितिबारे जानकारी दिनुपर्दैन र उहाँहरू लाभहरूका लागि योग्य हुँदैनन्। घरपरिवारका अन्य सदस्यहरू अन्यथा योग्य ठहरिएमा, उहाँहरू अझै पनि लाभहरू प्राप्त गर्न सक्षम हुन सक्छन्। तपाईं घरको कुनै पनि सदस्य लाभहरूको लागि योग्य हुनुहुन्छ कि हुनुहुन्न भनी हामीलाई निर्णय दिन चाहेमा, तपाईंले अझै पनि हामीलाई उहाँहरूको नागरिकता वा आप्रवासी स्थिति बारे बताउनुपर्छ र उहाँहरूको सामाजिक सुरक्षा नम्बर (SSN) दिनुपर्छ। तपाईंले परिवारको क्षमता र लाभ स्तरलाई निर्धारण गर्न अझै पनि हामीलाई उनीहरूको आम्दानी र स्रोतहरूबारे **बताउन** आवश्यक हुनेछ। कुनै पनि गैर-आवेदक परिवारका सदस्यहरूले हामीलाई आफ्नो नागरिकता वा आप्रवासी स्थिति दिदैनन् भने हामीले उनीहरूलाई संयुक्त राज्य नागरिकता तथा आप्रवासन सेवाहरू (USCIS) को अधिकारको प्रणालीगत विदेशी प्रमाणीकरण (SAVE) प्रणालीमा रिपोर्ट गर्नेछौं। यद्यपि, तपाईंको आवेदनमा आप्रवासी स्थिति सम्बन्धी जानकारी पेश गरिएको छ भने, यो जानकारी SAVE प्रणाली मार्फत प्रमाणीकरण गर्ने सम्बन्धित हुन सक्छ र परिवारको क्षमता र लाभ स्तरलाई प्रभाव पार्न सक्छ। हामीले तपाईंको आम्दानी र योग्यता प्रमाणित गर्न अन्य संघीय, राज्य र स्थानीय निकायसँग तपाईंका जानकारी मिलान गर्नेछौं। यो जानकारी कानूनबाट भाग्ये मानिसहरूलाई समात्न प्रयोग गर्नको लागि कानून प्रवर्तन अधिकारीहरूलाई दिन पनि सकिन्छ। तपाईंको घरपरिवारमा फूड स्ट्याम्प (SNAP) को दाबी छ भने, दाबी सङ्कलन गर्ने कार्यमा प्रयोग गर्नका लागि संघीय तथा राज्य निकाय र निजी दाबी सङ्कलन निकायहरूलाई SSNs सहित यो आवेदनमा भएको जानकारी दिन सकिन्छ। परिवारका अन्य सदस्यहरू आफ्नो SSN, नागरिकता वा आप्रवासन स्थिति उपलब्ध गराउन असफल भएकाले हामी घरपरिवारका सदस्यहरूको आवेदकलाई लाभहरू दिन अस्वीकार गर्ने छौं। तपाईं आपतकालीन चिकित्सा सेवाहरूको लागि मात्र आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो SSN वा आफ्नो आप्रवासी स्थिति बारे जानकारी उपलब्ध गराउनु पर्दैन।

पहिलो नाम	M I	अन्तिम नाम	जातीयता हिस्पानिक वा ल्याटिनो? (वैकल्पिक)	जाति (वैकल्पिक)	लिङ्ग महिला/पु रुष	जन्म मिति ढाँचा (महिना/दिन/वर्ष)	तपाईंसँगको सम्बन्ध	सामाजिक सुरक्षा नम्बर (गैर-आवेदकहरूका लागि वैकल्पिक)	के तपाईं संयुक्त राज्यको नागरिक वा संयुक्त राज्य राष्ट्रिय नागरिक, योग्य आप्रवासी वा सन्तोषजनक आप्रवासी स्थितिमा हुनुहुन्छ? (आवेदकहरू मात्र) (हो/होइन)	यो बच्चाको आमा घरमै बस्नुहुन्छ? (हुन्छ/हुँदैन)	यो बच्चाको बुबा घरमै बस्नुहुन्छ? (हुन्छ/हुँदैन)	के तपाईंलाई Medicaid आवश्यक छ? (हुन्छ/हुँदैन)
			छ/छैन				स्वयं		छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन
			छ/छैन						छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन
			छ/छैन						छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन
			छ/छैन						छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन
			छ/छैन						छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन
			छ/छैन						छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन
			छ/छैन						छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन
			छ/छैन						छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन	छ/छैन

जाति कोडहरू (लागू हुने सबै चयन गर्नुहोस्):

AI – अमेरिकी भारती वा अलास्का निवासी

AS – एसियाली

BL – काला जाती वा अफ्रिकी अमेरिकी

HP – प्राचिन हवाइ निवासी वा अन्य प्यासिफिक आइल्याण्डर

WH – सेतो जाती

जाति/जातीयता बारे जानकारी उपलब्ध गराए, तपाईंले हामीलाई गैर-विभेदपूर्ण तरिकाले हाम्रा कार्यक्रमहरूको प्रबन्ध मिलाउन सहायता गर्नुहुनेछ। तपाईंको परिवारले हामीलाई यो जानकारी दिन आवश्यक छैन र यसले तपाईंको योग्यता वा लाभ स्तरलाई प्रभाव पार्नेछैन। यद्यपि, तपाईंले यो जानकारी उपलब्ध गराउनुहुन भने, पहिलो आमुने-सामुने अन्तर्क्रियाको अवधिमा जाति र जातीयताको दृश्यात्मक पहिचान गरिनेछ।

तपाईं वा अन्य धरायसी आवेदकहरू प्राकृतिकीकृत नागरिक वा योग्य विदेशी/आप्रवासी हो भने, निम्न चार्ट प्रयोग गर्नुहोस्:

(कृपया आवश्यक भएअनुसार अतिरिक्त पृष्ठहरू थप्नुहोस्)

नाम पहिलो बीच प्रथमाक्षर थर	आप्रवासन कागजातको प्रकार	विदेशी/प्रमाणपत्र/कागजातको आइडी नम्बर	तपाईं 1996 देखि संयुक्त राज्यमा बस्नु भएको छ?	प्राकृतिकीकृत भएको मिति/संयुक्त राज्यमा प्रविष्टि वा नामाङ्कनको मिति (उचित भएमा) ढाँचा (महिना/दिन/वर्ष)	के तपाईं वा तपाईंको जीवनसाथी वा आमाबुवा संयुक्त राज्य मिलिटरीको सेवानिवृत्त सैनिक वा सक्रिय-ड्युटीमा हुनुहुन्छ? (हुनुहुन्छ/हुनुहुन्न)
			(छ/छैन)		

Medicaid को लागि मात्र:

तपाईंको परिवारको कुनै सदस्य 18 वर्षको उमेरमा पालन-पोषण स्याहारमा हुनुहुन्छ्यो? हुनुहुन्छ्यो हुनुहुन्थेन
तपाईंसँग कर आश्रितहरू हुनुहुन्छ जो तपाईंसँगै घरमा बस्नुहुन्न भने, कृपया तल सूचीबद्ध गर्नुहोस्।

नाम: _____ सामाजिक सुरक्षा नम्बर _____ लिङ्ग: पुरुष महिला (कृपया एउटामा गोलो लगाउनुहोस्)
जन्म मिति: _____ नागरिकता: _____
तपाईंसँगको सम्बन्ध: _____ (कृपया आवश्यक भएअनुसार अतिरिक्त पृष्ठहरू थप्नुहोस्)

हामीलाई आवेदक र घरका सबै सदस्यहरूको बारेमा थप कुरा बताउनुहोस्

लाभहरूको लागि को योग्य हुनुहुन्छ भनी निर्णय लिनका लागि हामीलाई आवेदक र परिवारका सबै सदस्यहरू बारे थप जानकारी आवश्यक हुन्छ। कृपया तल दिइएको पृष्ठमा तपाईंले प्राप्त गर्न चाहनुभएको लाभहरू बारे भएका प्रश्नहरूको मात्र जवाफ दिनुहोस्।

1. अर्को राष्ट्र वा राज्यमा कसैले कुनै लाभ प्राप्त गर्नुभएको छ? (फुड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र TANF का लागि मात्र)
 छ छैन
यदि छ भने:
कसले: _____
कहाँ: _____
कहिले: _____
2. कसैलाई 8/22/96 पछि एकभन्दा बढी क्षेत्रमा बहु FS लाभहरू प्राप्त गर्नका लागि उनीहरू कहाँ बस्छन् र उनीहरू को हुन् भन्ने बारेमा गलत जानकारी दिइएको भनी दोषी ठहर गरिएको छ? (फुड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र) छ छैन
यदि छ भने:
कसले: _____
कहाँ: _____
कहिले: _____
3. तपाईंको घरपरिवारको कोही सदस्यले आवेदन मितिदेखि 30 दिनभित्र स्वच्छापूर्वक जागिर छोड्नुभएको थियो वा आफ्नो काम गर्ने समयलाई प्रति हप्ता 30 घण्टाभन्दा कम समयमा स्वच्छापूर्वक घटाउनुभएको थियो? (फुड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र TANF का लागि मात्र) थियो थिएन
यदि हो भने, कसले छोड्नुभयो? _____
उहाँले किन छोड्नुभएको थियो? _____
4. कोही गर्भवती हुनुहुन्छ? (यो प्रश्न फुड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का आवेदकहरूलाई लागू हुँदैन) हुनुहुन्छ हुनुहुन्न
यदि हो भने, अनुमानित बाँकी मिति कति हो? _____; र कति वटा बच्चा अपेक्षा गरिएको छ? _____
यदि हुनुहुन्न भने, घरपरिवारमा पछिल्लो 12 महिनाभित्र कसैको डेलिभरी वा गर्भपतन भएको थियो? थियो थिएन
यदि थियो भने, डेलिभरी/पतन मिति कति थियो? _____; र कति वटा बच्चा डेलिभरी गरिएको/अपेक्षा गरिएको थियो? _____
गर्भवती महिलाको नाम: _____ नजन्मिएको बच्चाको बुवाको नाम: _____
बुवाको ठेगाना: _____
5. Medicaid आवेदकहरूका लागि, कसैसँग गत 3 महिनाको कुनै पनि भुक्तानी नगरिएको चिकित्सा बिल छ? छ छैन
यदि छ भने, तपाईंको Medicaid मामिला भएमा कृपया भुक्तान नगरिएका बिलहरू पठाउनुहोस्।
6. कोही व्यक्ति फुड स्ट्याम्प (SNAP) वा TANF कार्यक्रमबाट अयोग्य ठहर हुनुभएको छ? (फुड स्ट्याम्पहरू (SNAP)

र TANF का लागि मात्र) छ छैन

यदि छ भने:

कसले: _____

कहाँ: _____

7. कोही व्यक्ति घोर अपराधको अभियोग लामबाट वा जेल जानबाट बच्न भागिरहेको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र TANF का लागि मात्र) छ छैन यदि छ भने, को हो:

8. कसैले परीक्षणकाल वा पेरोलका अवस्थाहरूलाई उल्लङ्घन गरिरहेको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र TANF का लागि मात्र)

छ छैन

यदि छ भने, कसलाई: _____

9. कसैलाई 8/22/1996 पछि (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र TANF का लागि मात्र) नियन्त्रित लागू पदार्थ (उदाहरणका लागि लागूऔषध अपराधी) को स्वामित्व, प्रयोग वा वितरणसँग सम्बन्धित व्यवहार वा हिंसात्मक घोर अपराधको कारणले घोर अपराधको सजाय भएको छ? हो होइन

यदि छ भने:

कसले: _____ कहिले: _____

a. के तपाईं लागूपदार्थको घोर अपराधको परिणाम स्वरूप प्राप्त भएको कुनै सजायसँग सम्बन्धित परीक्षणकालका सर्तहरूको अनुपालनामा हुनुहुन्छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र) हो होइन

b. के तपाईं लागूपदार्थको घोर अपराधको परिणाम स्वरूप प्राप्त भएको कुनै सजायसँग सम्बन्धित पेरोलका सर्तहरूको अनुपालनामा हुनुहुन्छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र) हुनुहुन्छ हुनुहुन्न

c. तपाईंले लागूपदार्थसम्बन्धी कुनै पनि अपराधसँग सम्बन्धित परीक्षणकाल वा पेरोलकासबै सर्तहरू सफलतापूर्वक पूरा गर्नुभएको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र) छ छैन

10. तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्यलाई 8/22/96 पछि लागू औषधका लागि फूड स्ट्याम्प लाभहरूको कारोबारमा दोषी ठहर गरिएको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र) छ छैन

यदि छ भने:

कसले: _____ कहिले: _____

11. तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्यलाई 8/22/1996 पछि \$500 भन्दा बढी रकममा फूड स्ट्याम्पका लाभहरू खरिद वा बिक्री गरेको भनी दोषी ठहर गरिएको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र) छ छैन

यदि छ भने:

कसले: _____

कहिले: _____

12. तपाईं वा कुनै पनि घरायसी सदस्यलाई बन्दुक, गोली वा विस्फोटक पदार्थहरूका लागि फूड स्ट्याम्प (SNAP) लाभहरूको कारोबारमा दोषी ठहर गरिएको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र) छ छैन

यदि छ भने:

कसले: _____

कहिले: _____

13. तपाईं वा तपाईंको परिवारको कुनै सदस्यलाई बढ्दो वयस्कको यौन दुर्व्यवहार, हत्या, यौन शोषण र बालबालिकाको अन्य दुर्व्यवहार, यौन आक्रमण संलग्न हुने संघीय वा राज्यको अपराध वा 2/7/2014 पछि त्यस्तो अपराधसँग समानुपातिक रूपमा महान्यायाधिवक्ताले निर्धारण गरेको राज्य कानून अन्तर्गतको अपराधको रूपमा दोषी ठहर गरिएको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र) छ छैन

यदि छ भने:

कसले: _____

कहिले: _____

a. तपाईं घोर अपराधको अभियोगको परिणाम स्वरूप प्राप्त गर्नुभएको कुनै पनि जेल सजायसँग सम्बन्धित परीक्षणकालका सर्तहरूको अनुपालनामा हुनुहुन्छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र) हुनुहुन्छ हुनुहुन्न

b. तपाईं घोर अपराधको अभियोगको परिणाम स्वरूप प्राप्त गर्नुभएको कुनै पनि जेल सजायसँग सम्बन्धित परीक्षणकालका सर्तहरूको अनुपालनामा हुनुहुन्छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र) हुनुहुन्छ हुनुहुन्न

C. तपाईंले कुनै पनि घोर अपराध अभियोगसँग सम्बन्धित परीक्षण वा परीक्षणकालका सबै सर्त पूर्ण रूपमा पूरा गर्नुभएको छ? (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र) छ छैन

14. तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्यले लोटर वा जुवा खेलमा जितहरू प्राप्त गर्नुभएको छ? छ छैन

यदि छ भने:

कसले: _____ कहिले: _____ प्राप्त रकम: _____

15. कसैले निम्न स्थापनाहरू, मदिरा पसल, क्यासिनो, पोकर कोठा, वयस्क मनोरञ्जन व्यवसाय, बेल बण्ड, रात्री क्लब, सलुन/टार्भन, बिन्गो हल, रेस ट्र्याक, बन्दुक/युद्ध सामग्री पसल, समुद्री यात्रा गर्ने सिप, अलौकिक अध्ययनकर्ता, धुम्रपान पसल, ट्याटु/वेध पसल र स्पा/मसाज सलुनहरूमा TANF कोषहरू वा EPPIC कार्ड प्रयोग गर्नुभएको छ?

(TANF का लागि मात्र) छ छैन

यदि छ भने:

कसले: _____ कहिले: _____

16. के लाभहरूका लागि आवेदन दिने कुनै पनि व्यक्तिले हाल निर्वाह धन प्राप्त गरिरहनुभएको छ? छ छैन

यदि छ भने:

कसले: _____

प्राप्त मासिक रकम: _____

निर्वाह धनसम्बन्धी सम्झौताबारे अन्तिम निर्णय लिइएको वा पछिल्लो पटक परिमार्जन गरिएको मिति: _____

फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र TANF का लागि मात्र:

उच्च शिक्षाका विद्यार्थीहरू: तपाईंको परिवारको कुनै सदस्य कलेज, विश्वविद्यालय, व्यावसायिक वा प्राविधिक विद्यालयहरूमा कम्तीमा आधा-समय नामाङ्कित हुनुभएको छ? छ छैन

यदि छ भने, को हो: _____

विद्यालयको नाम: _____ ग्रेड/स्थिति ग्रेजुएसन मिति: _____

विद्यार्थी रोजगारप्राप्त हुनुहुन्छ? हुनुहुन्छ हुनुहुन्न कार्य अध्ययनमा नामाङ्कित हुनुहुन्छ? हुनुहुन्छ हुनुहुन्न

यदि हुनुहुन्छ भने, प्रति हप्ता काम गरेको समय _____ (साथै, कृपया तलको रोजगार खण्ड पूरा गर्नुहोस्।)

फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि मात्र:

60 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेर भएको वा असक्षम भएको कोही व्यक्तिको चिकित्सा खर्चहरू छन्? छन् छैन

तपाईंका Medicare प्रिमियम, निर्धारित औषधिको लागत वा अस्पतालका बिलहरू जस्ता चिकित्सा खर्चहरू परिवर्तन भएका थिए? थियो थिएन

यदि हो भने, तलको मानचित्रमा खर्चहरूको सूची बनाउनुहोस्। सबैभन्दा हालैको महिना(हरू) को बिलहरू, निर्देशित औषधिहरू संलग्न गर्नुहोस्।

परिवार सदस्यको नाममा बिल बनाइयो	खर्चको प्रकार (चिकित्सक, अस्पताल, निर्धारित औषधि)	स्वामित्वमा रहेको मात्रा	बिल मिति	के बीमाले भुक्तानी गर्नेछ? गर्ने छ/गर्ने छैन

60 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेर भएको वा असक्षम भएको कोही व्यक्तिको यातायात सम्बन्धी चिकित्सा खर्चहरू छन्? छ छैन

यदि छ भने, कृपया तल जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस्। तपाईंले Medicaid प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ भने, निम्न प्रमाण उपलब्ध गराउनुहोस्:

यात्राको उद्देश्य (चिकित्सक वा अस्पताल भ्रमण; फार्मोसी पिक-अप)	डाइभ गरिएको कुल माइल:	ट्याक्सी, बस, पार्किङ वा लजिङको लागत:
--	-----------------------	---------------------------------------

कसैले तपाईंको लागि यीमध्ये कुनै चिकित्सा खर्चको भुक्तान गर्नुहुन्छ? छ छैन

यदि गर्नुहुन्छ भने कृपया तलको जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस्:

कुन खर्च भुक्तान गरिएको छ?	खर्च कसले भुक्तान गर्छ?
यस व्यक्तिले कसलाई बिलहरू भुक्तानी गर्नुहुन्छ?	ठेगाना:

Medicaid को लागि मात्र:

अन्य स्वास्थ्य कभरेज

अहिले स्वास्थ्य बीमामा निम्नबाट कोही व्यक्ति नामांकित हुनुहुन्छ?

- जर्जिया मानव सेवा विभाग Medicaid PeachCare for Kids® Medicare
 VA स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमहरू TRICARE (तपाईंसँग प्रत्यक्ष स्याहार वा कर्तव्यको लाइन छ भने ठीक चिन्ह नलगाउनुहोस्)
 रोजगारदाताको बीमा: बीमाको नाम _____ नीति नम्बर _____
 अन्य: बीमाको नाम _____ नीति नम्बर _____

तपाईंको Medicaid बाहेक अन्य कुनै स्वास्थ्य बिमा छ? छ छैन

यदि गर्नुहुन्न भने तपाईंको बीमा कार्डको प्रतिलिपि हामीलाई पठाउनुहोस्

स्रोतहरू:

(MAGI Medicaid का लागि आवश्यक छैन): तपाईंको परिवारको कुनै व्यक्तिसँग निम्नमध्ये कुनै पनि स्रोत छ?

छ छैन (यदि छ भने तलको जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस्। तपाईं वृद्ध-वृद्धा, दृष्टिविहीन वा असक्षमता भएको Medicaid (QMB, SLMB वा QI-1 जस्ता अन्य Medicare बचत योजनाहरू बाहेक मात्र) प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ भने, प्रमाण उपलब्ध गराउनुहोस्।

स्रोत प्रकार	मालिक	खाता/नीति # (तपाईंको खाता/नीति # तपाईंको SSN अनुसार समान छ भने पूरा नगर्नुहोस्)	मान	बैंक, बीमा कम्पनी इत्यादिको नाम
नगद				
चेकिङ/बचतहरू				
क्रेडिट यूनियन				
वार्षिक भत्ताहरू				
स्टक वा बोनडहरू				
सुरक्षित डिपोजिट बाकस				
अवकाश खाताहरू (गैर-MAGI Medicaid/TANF को लागि मात्र)				
सवारी साधनहरू (गैर-MAGI Medicaid/TANF को लागि मात्र)				
CD को/वार्षिक भत्ताहरू (गैर-MAGI Medicaid/TANF को लागि मात्र)				
प्री-पेड दाहसंस्कार योजनाहरू (गैर-MAGI Medicaid/TANF को लागि मात्र)				
सिमेटरी प्लटहरू (गैर-MAGI Medicaid/TANF को लागि मात्र)				
ट्रस्ट कोषहरू (गैर-MAGI Medicaid/TANF को लागि मात्र)				
गैर-गृह स्थान सम्पत्ति (गैर-MAGI Medicaid/TANF को लागि मात्र)				
गृह स्थान सम्पत्ति (गैर-MAGI Medicaid/TANF को लागि मात्र)				
जीवन बीमा (गैर-MAGI Medicaid/TANF को लागि मात्र)				
अन्य				

वृद्ध-वृद्धा, दृष्टिविहीन वा असक्षमता भएका व्यक्तिको Medicaid को लागि मात्र:

तपाईं, तपाईंको जीवनसाथी वा तपाईंले जसका लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ सो व्यक्तिले गत 60 महिनामा स्रोतको बिक्री, व्यापार वा हस्तान्तरण गर्नुभएको छ? छ छैन

यदि छ भने, के हो? _____

कहिले? _____

फूड स्ट्याम्प (SNAP), TANF र Medicaid:

रोजगारी: तपाईंको घरमा कसैले काम गर्नुहुन्छ? गर्नुहुन्छ गर्नुहुन्न

यदि गर्नुहुन्छ भने, रोजगार गर्ने व्यक्तिले रोजगारबाट पाउनु हुने ज्याला, बोनस र टिप्सको भुक्तानीबारे जानकारीको सूची बनाउनुहोस् र गत 4 हप्तामा प्राप्त गर्नुभएको सबै कुल आमदानीको प्रमाण संलग्न गर्नुहोस्।

काम गर्ने व्यक्ति	रोजगारदाता	प्रति घण्टा भुक्तानी	प्रति हप्ता समय(घण्टा)	कति समयमा भुक्तानी पाउनुहुन्छ	भुक्तानी गरिएको मिति(हरू)	बोनस भुक्तानी	टिप्स:

Medicaid को लागि मात्र:

कर-अधिका खर्चहरू:

- स्वास्थ्य बीमा \$ _____ कति पटक? _____ दृष्टि बीमा \$ _____ कति पटक? _____
- दन्त बीमा \$ _____ कति पटक? _____ अन्य कटौतीको प्रकार \$ _____ कति पटक? _____
- अन्य कटौतीको प्रकार \$ _____ कति पटक? _____ अन्य कटौतीको प्रकार \$ _____ कति पटक? _____
- अन्य कटौतीको प्रकार \$ _____ कति पटक? _____
- थप? कृपया कागजको छुट्टै पानामा संलग्न गर्नुहोस्।

कर-अधिका खर्चहरू करहरू लागू गर्नुअघि तपाईंको आमदानीबाट निकालिएको कटौती गरिएका हुन्छन्। सबै कटौतीहरू कर-अधिका हुँदैनन्।

कर फिर्ताका कटौती रकम:

लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस् र रकम र तपाईंले यो कति पटक भुक्तान गर्नुहुन्छ भन्नेबारे जानकारी दिनुहोस्।

ध्यान दिनुपर्ने कुरा: तपाईंले स्वरोजगारमा दिनुभएको जवाफमा पहिले नै विचार गर्नुभएको लागत समावेश गर्नुहुँदैन।

- निर्वाह धनको भुक्तानी \$ _____ कति पटक? _____ विद्यार्थीको ब्याजदर \$ _____ कति पटक? _____
- अन्य कटौतीको प्रकार \$ _____ कति पटक? _____ अन्य कटौतीको प्रकार \$ _____ कति पटक? _____

फूड स्ट्याम्प (SNAP), TANF र Medicaid:

कसैले काम गर्न रोक्नुभएको छ? हो होइन यदि हो भने, निम्न पूरा गरेर प्रमाण उपलब्ध गराउनुहोस्:

कुन जागिर रोक्नुभयो?	काम गर्न रोक्नुभएको परिवार सदस्यको नाम:	
रोजगारीको ठाँउ:		
भुक्तानी रोक्िएको मिति:	अन्तिम चेकको मिति:	अन्तिम भुक्तानी रकम (कुल):

कसैले काम गर्न सुरु गर्नुभएको छ? छ छैन यदि छ भने, निम्न पूरा गरेर प्रमाण उपलब्ध गराउनुहोस्:

काम गर्न सुरु गर्नुभएको व्यक्तिको नाम:	सुरु गरेको मिति:	फोन नम्बर:
रोजगारदाता/व्यवसायको नाम:	पारिश्रमिक दर: \$	पहिलो चेक प्राप्त गरेको/प्राप्त गर्ने मिति:
कति पटक भुक्तानी पाउनुहुन्छ (कृपया एउटामा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्):		
<input type="checkbox"/> साप्ताहिक रूपमा	<input type="checkbox"/> पाक्षिक	<input type="checkbox"/> महिनाको दुईपटक
<input type="checkbox"/> मासिक रूपमा	<input type="checkbox"/> अन्य	

स्वरोजगार:

कोही स्वरोजगार हुनुहुन्छ? हुनुहुन्छ हुनुहुन्न (यदि हुनुहुन्छ भने, को हुनुहुन्छ?) _____

कृपया स्थापित व्यवसायका ग्राहकहरूबाट कर फाइल, व्यापार रेकर्ड, रसिद, बिल वा विवरणहरू मार्फत स्वरोजगार आमदानीको प्रमाण उपलब्ध गराउनुहोस्।

यो व्यापार संयुक्त गरिएको छ? गर्नु हुने छ गर्नु हुने छैन

यस व्यक्तिका कुनै स्वरोजगार खर्चहरू छन्? गर्नु हुने छ गर्नु हुने छैन

यदि छ भने, यस व्यक्तिका कस्ता प्रकारका खर्चहरू छन्?

Medicaid तथा TANF को लागि मात्र: स्वरोजगार खर्चहरूको लागि प्रमाण उपलब्ध गराउनुहोस्।

अनार्जित आमदानी:

काराम 508 (संशोधित 10/2022)

तपाईंको परिवारको कोही सदस्यले योगदानहरू, सामाजिक सुरक्षा, SSI, VA, बाल सहायता, बेरोजगारी, अवकाश वा अन्य कुनै पनि आम्दानीबाट रकम (पैसा) प्राप्त गर्नुहुन्छ?
 गर्नुहुन्छ गर्नुहुन्न

यदि गर्नुहुन्छ भने, तलको जानकारी पूरा गर्नुहोस् र गत 4 हप्तामा प्राप्त गरेको सबै आम्दानीको प्रमाण वा हालसालै दिएको पत्र उपलब्ध गराउनुहोस्।

Name	स्रोत	रकम	कति पटक?

MAGI Medicaid को लागि: बाल सहायता, भेटेरनको भुक्तानी, पूरक सुरक्षा आम्दानी (SSI) वा श्रमिकको क्षतिपूर्ति लाभहरूबाट प्राप्त आम्दानीलाई गणना गरिनेछैन।

आश्रित व्यक्तिको स्याहार लागतहरू:

तपाईंले आश्रित बच्चा वा घरको असक्षम भएको वयस्क सदस्यको स्याहारको लागि भुक्तानी गर्नुहुन्छ? छन् छैनन्

यदि गर्नुहुन्छ भने, तलका प्रश्नहरू पूरा गर्नुहोस्।

स्याहार आवश्यक हुने व्यक्ति:		स्याहारको लागि भुक्तानी गर्ने व्यक्ति:	
प्रदायकको नाम:		प्रदायकलाई कति भुक्तानी गर्नुहुन्छ:	प्रायः कति पटक भुक्तानी गर्नुहुन्छ:
प्रदायकको फोन #:	स्याहारको कारण:		

तपाईंले आश्रित बच्चा वा घरको असक्षम भएको वयस्क सदस्यको लागि यातायात खर्चहरू भुक्तानी गर्नुहुन्छ? गर्नु हुने छ गर्नु हुने छैन

यी खर्चहरू आश्रित स्याहार खर्चहरूमा समावेश गरिएका छन्? गर्नु हुने छ गर्नु हुने छैन

यदि छैनन् भने, कृपया यो प्रश्नको जवाफ दिनुहोस्: साप्ताहिक रूपमा ड्राइभ गरिएको कुल माइल: _____

निवासस्थान लागतहरू:

तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्यले निवासस्थान खर्चहरू भुक्तानी गर्न सुरु गर्नुभयो वा तपाईंको निवासस्थानका खर्चहरू परिवर्तन भए?

छन् छैनन्

यदि छ भने, तल दिइएको मानचित्र पूरा गर्नुहोस्।

खर्च	रकम	कति पटक?	कसले भुक्तानी गर्नुभयो?
भाडा/ऋण			
सम्पत्ति करहरू			
सम्पत्तिको बिमा			
विद्युत			
ग्याँस			
इन्धन तेल/काठ/मट्टीतेल			
वेला/सेप्टिक ट्याङ्क/पानी/ढल			
फोहोर			
टेलिफोन			
अन्य			

तपाईंको घरको प्राथमिक तातो वा चिसो गराउने स्रोत के हो? (विद्युत, ग्याँस, एयर कन्डिस्नर)

अन्य कसैले तपाईंको लागि यीमध्ये कुनै घरायसी बिल भुक्तान गर्नुहुन्छ? गर्नुहुन्छ गर्नुहुन्न यदि गर्नुहुन्छ भने तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्:

बिल कसले भुक्तान गर्छ?	के-कस्ता बिलहरू भुक्तानी गरिन्छ?
कति रकम भुक्तानी गरिन्छ?	यस व्यक्तिले कसलाई बिलहरू भुक्तानी गर्नुहुन्छ?

तपाईंले गत 12 महिनामा उर्जा सहायता प्राप्त गर्नुभएको छ? छन् छैनन्

यदि छ भने, प्राप्त गरिएको रकम \$ _____

तपाईंले घरको कोही व्यक्तिसँग मासिक घरायसी खर्चहरू साझा गर्नुहुन्छ? छन् छैनन्

यदि गर्नुहुन्छ भने, कोसँग? _____

टिप्पणीहरू/कागजात

कसलाई भुक्तानी गर्नुभयो _____ भुक्तानी गरिएको रकम \$ _____ प्रति _____

घरधनीको नाम _____ घरधनीको ठेगाना _____

बाल सहायता भुक्तानी:

तपाईं र तपाईंको घरपरिवारले घरभन्दा बाहिर बस्ने कुनै कसैलाई बाल सहायता भुक्तान गर्नुहुन्छ? छन् छैनन्

यदि छन् भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्:

भुक्तान गर्न को बाध्य छ?	भुक्तानी गर्न बाध्य रकम कति हो?
कसको लागि बाल सहायता भुक्तानी गरिन्छ?	वास्तविक भुक्तानी गर्नुपर्ने रकम कति हो?
कसलाई बाल सहायता भुक्तानी गरिन्छ?	बाल सहायताको लागि प्रायः कति पटक भुक्तानी गरिन्छ?

फूड स्ट्याम्पहरूका लागि मात्र, कृपया गत 3 महिनामा भुक्तानी गरिएको रकम र भुक्तानी गर्नका लागि कानूनी दायित्वको प्रमाण उपलब्ध गराउनुहोस्।

यो खण्ड TANF प्राप्तकर्ताहरूको लागि मात्र हो – तपाईंले निम्न कराहरू पूरा गर्नुपर्छ: सुइ सम्बन्धी रेकर्डहरू:

7 वर्ष उमेर मुनिका कुनै बालबालिका हुनुहुन्छ, जो अहिलेसम्म विद्यालयमा भर्ना हुनुभएको छैन? (प्री-K विद्यालयमा विचार गरिएको हुँदैन।)

छन् छैनन्

यदि हो भने, Form 3231 - 7 वर्ष उमेरभन्दा कम उमेरको प्रत्येक बच्चाका लागि बाल स्याहार प्रतिरक्षण फाराम पठाउनुहोस्।

विद्यालयका आवश्यकताहरू:

के सबै बालबालिका (6-18 वर्ष उमेरको) विद्यालयमा उपस्थित भइरहेका छन्? छन् छैनन्

यदि छन् भने, बच्चा(हरू) को नाम(हरू) _____

विद्यालय(हरू) को नाम _____

ग्रेड(हरू) _____

16 वर्ष वा सोभन्दा माथिको बच्चा हुनुहुन्छ जो अहिले विद्यालयमा हुनुहुन्छ? छन् छैनन्

यदि हुनुहुन्छ भने, बच्चा/बालबालिकाको नाम? _____

यो बच्चा रोजगारप्राप्त हुनुहुन्छ भने हालैका चेक स्टबहरूको प्रतिलिपि वा कुनै पनि अन्य कार्यसँग सम्बन्धित क्रियाकलापहरूमा संलग्न हुनुहुन्छ भने प्रदायकबाट विवरण उपलब्ध गराउनुहोस्।

घरेलु हिंसा:

तपाईं वा तपाईंको घरायसीको कोही व्यक्ति घरेलू हिंसा, यौन दुर्व्यवहार, यौन उत्पीडन वा पछ्याउनेबाट पीडित हुनुहुन्छ?

हुनुहुन्छ हुनुहुन्न

यदि हुनुहुन्छ भने, कृपया हामीलाई पीडितको नाम थाहा दिनुहोस् _____

मूल्याङ्कन पछि, तपाईंको परिवार योग्य भएमा, हामीले निश्चित कार्यक्रमका आवश्यकताहरूलाई अस्वीकार गर्न सक्छौं, जस्तै: कार्य सम्बन्धी गतिविधिहरूमा सहभागीता वा बाल सहायता सेवा विभागमा सन्दर्भ।

अटो खर्चहरू:

तपाईं बच्चा (वा बालबालिका) को आमाबुवा वा नातेदार हो र तपाईंलाई बच्चा (वा बालबालिकासँग) सँग TANF AU मा समावेश गरिएको छ? छ

छैन

यदि छ भने, निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्:

तपाईं वा अन्य कुनै पनि वयस्क AU सदस्यले आफैं अटोमोबाइल खरिद गर्दै हुनुहुन्छ? हुनुहुन्छ हुनुहुन्न

यदि गर्नुहुन्छ भने, कोसँग? (मालिकको नाम) _____

सवारी साधनको वर्ष, बनावट र मोडेल _____

कृपया अटोमोबाइल नोट भुक्तानीहरू, बीमा, मर्मत-सम्भार र अन्य सम्बन्धित खर्चहरूको सूची बनाउनुहोस्:

तपाईंसँग आफूले भुक्तानी गरिरहेको अन्य कुनै पनि पुनरावर्ती खर्चहरू छन् (उदाहरणका लागि क्रेडिट कार्ड बिलहरू)?

छन् छैनन्

यदि छन् भने, कृपया निम्न कुराहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्: _____

सबै कार्यक्रमको लागि अधिकार तथा उत्तरदायित्वहरू

तपाईंसँग निम्न कुराको अधिकार छ:

- तपाईंलाई अङ्ग्रेजी भाषा पढ्न, लेख्न, बोल्न वा बुझ्न समस्या छ भने **यो फाराम भर्न र निःशुल्क भाषा सहायता सेवाहरू** (दोभाषे, अनुवाद गरिएका सामग्री वा प्रत्यक्ष भाषा सुविधा सेवाहरू) मा सहायता अनुरोध गर्ने।
- तपाईं वा तपाईंको परिवारको कोही व्यक्ति असक्षम हुनुहुन्छ भने **सहायक सामग्री तथा सेवाहरू र उचित परिमार्जनहरूको अनुरोध गर्ने**

सुनुवाई सूचना: सबै कार्यक्रमहरूमा तपाईंलाई लिखित र व्यक्तिगत रूपमा निष्पक्ष सुनुवाईको अनुरोध गर्ने अधिकार छ। तपाईं यो निर्णयमा सहमत हुनुहुन्न भने तपाईंले 1-877-423-4746 मा कल गरेर सुनुवाईको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ वा राज्य सुनुवाई अधिकारीले भन्दा अघि सुनुवाईको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं सुनुवाईमा वकील, नातेदार, साथी वा तपाईंले छनोट गरेको अन्य कोहीद्वारा प्रस्तुत हुन सक्नुहुन्छ। तपाईंले सुनुवाई चाहनुहुन्छ भने, तपाईंले निम्नलिखित समयसम्म लिखित रूपमा वा निकायलाई सम्पर्क गरेर सुनुवाईको लागि अनुरोध गर्नुपर्छ:

- **फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि** यो सूचनाको मितिदेखि **90 दिन**
- **Medicaid र TANF को लागि** यो सूचनाको मितिदेखि **30 दिन**

तपाईं निम्न कुराहरूको लागि जिम्मेवार हुनुहुन्छ:

- तपाईंको कामदारको सही जानकारी दिने र लाभहरू प्राप्त गर्न आवश्यक पर्ने विवरणहरूको प्रमाण उपलब्ध गराउने। तपाईंले यो फाराम हस्ताक्षर गर्दा, तपाईंले आफ्नो कामदारलाई आफ्नो रोजगारदाता, बैङ्क, छिमेक वा अन्यबाट जानकारी प्राप्त गर्ने अनुमति दिँदै हुनुहुन्छ जसकारण हामी तपाईंले लाभहरूको सही रकम प्राप्त गर्दौं हुनुहुन्छ भनी सुनिश्चित गर्न सक्छौं।
- हरेक समय सत्य कुरा भन्ने। तपाईं वा तपाईंको लागि आवेदन दिने कोही व्यक्तिले गलत जानकारी उपलब्ध गराउनुहुन्छ भने, तपाईंलाई अपराध गरेको भनी प्रतिबद्ध गर्न सकिन्छ र तपाईं कारागारमा जान सक्नुहुन्छ।
- तपाईं र लाभहरूका लागि आवेदन दिने तपाईंको घरको कोही व्यक्ति यु.एस.को नागरिक वा योग्य आप्रवासी हुनुहुन्छ भन्ने प्रमाण उपलब्ध गराउने।
- राज्य र छल रोकथामको लागि काम गर्ने संघीय विभाग वा अनुसन्धान सेवाको कार्यालय र विशेष मुद्दा समीक्षा गर्ने व्यक्तिसँग सहकार्य गर्ने। तपाईंले सहकार्य गर्नुहुन्न र हामीले तपाईं अझै पनि फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भनी निर्धारण गर्न सकेनौं भने, तपाईंको मामिला अस्वीकार वा बन्द गरिएको हुन सक्छ।
- (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि) तपाईंले आफ्नो मुद्दा व्यवस्थापकलाई दिनुभएको जानकारीबारे तपाईंसँग अन्तर्वार्ता गर्नका लागि तिनीहरूले फोन गर्दा वा तपाईंको घरमा आउँदा गुणस्तर नियन्त्रण समीक्षकहरूसँग सहकार्य गर्ने। तपाईं उनीहरूसँग सहकार्य गर्नुहुन्न भने, तपाईंको मामिला अस्वीकार वा बन्द गर्न सकिन्छ।
- (फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र TANF का लागि) तपाईंले प्राप्त गर्न नहुने लाभहरूको पुनः भुक्तानी गर्ने।
- (Medicaid को लागि) तपाईंले आफ्नो मुद्दा व्यवस्थापकलाई दिनुभएको जानकारी बारे तपाईंसँग अन्तर्वार्ता गर्नको लागि तिनीहरूले फोन गर्दा वा तपाईंको घरमा आउँदा Medicaid क्षमता गुणस्तर नियन्त्रण वा कार्यक्रम सत्यनिष्ठासँग सहकार्य गर्ने।
- (Medicaid का लागि) नर्सिङ होम, मध्यवर्ती स्याहार सुविधास्थल, इस्टेट रिक्तभरीसँग सहकार्य गर्दै समुदायमा आधारित सेवामा रहेका वा वेभर कार्यक्रममा नामाङ्कित र त्यसबाट सेवाहरू प्राप्त गर्ने सदस्यहरू।

तपाईंले **फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP)** प्राप्त गर्नुहुन्छ भने, तपाईंको **जम्मा मासिक कूल आम्दानी** तपाईंको परिवारको आकारमा सीमित हुनेभन्दा बढी हुँदा तपाईंले रिपोर्ट गर्नुपर्छ। तपाईं बालबालिका नभएको कार्य गर्ने वयस्क हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो कार्य समय 20 घण्टाभन्दा कम हुँदा वा प्रति महिना 80 घण्टा हुँदा रिपोर्ट गर्नुपर्छ। तपाईंले यी परिवर्तनहरूलाई परिवर्तन भएको महिनाको अन्त्यको 10 दिन भित्रमा रिपोर्ट गर्नुपर्छ।

तपाईंले आफ्नो परिवारले महत्त्वपूर्ण लटरी र जुवा खेलमा जितहरू प्राप्त गर्दा पनि रिपोर्ट गर्नुपर्छ। यो एउटा खेलमा जितिने नगद उपहार हो। तपाईं वा परिवारको सदस्यले लोटेरी वा जुवा खेलमा जितहरू, \$ 4250 वा सोभन्दा बढी कुल रकम (कर वा अन्य रकमहरू रोक्का गरिनुभन्दा अघि) प्राप्त गर्नुभएको छ भने, तपाईंले परिवारले जितहरूको रकम प्राप्त गरेको महिनाको अन्त्यको 10 दिनभित्र यी जितहरूको रकम बारे रिपोर्ट गर्नुपर्छ।

तपाईंले **TANF वा Medicaid** प्राप्त गर्नुभएको छ भने, तपाईंले परिवर्तन भएको 10 दिनभित्र आफ्नो अवस्थामा आएका **सबै परिवर्तनहरू** बारे रिपोर्ट गर्नुपर्छ।

म बुझ्दछु कि क्षमता निर्धारण गर्नको लागि हामीसँग हुन सक्ने अन्य कुनै पनि आम्दानीको साथमा मेरो Medicaid मामिलामा कुनै पनि व्यक्तिले प्राप्त गर्ने कुनै एकमुस्त वा "अप्रत्यासित" भुक्तानीको बजेट लगाइएको हुनुपर्छ। Medicaid कार्यक्रममा, तपाईंका निम्न अधिकारहरू छन्:

- तपाईंसँग अन्य स्वास्थ्य बीमा छ भने पनि Medicaid प्राप्त गर्नुहोस्।
- आफ्नो Medicaid चिकित्सक वा प्रदायक छनोट गर्नुहोस्।
- तपाईंको Medicaid एप्लिकेसन आवेदन दिएको दिनदेखि 10, 45 वा 60 दिनसम्ममा Medicaid को प्रकारमा निर्भर रहेर स्वीकृत वा अस्वीकृत गर्ने।

मेरो Medicaid क्षमताको अवस्था अनुसार:

- राज्यका चिकित्सा सहायताका सम्पूर्ण अधिकारहरू मूल्याङ्कन गर्न र कुनै तेस्रो पक्ष (अस्पताल र चिकित्सा लाभहरू) बाट चिकित्सा स्याहारका लागि भुक्तानी गर्न म सहमत छु।
- स्याहार र सेवाहरूको भुक्तान गर्नका लागि विश्वास गर्न सकिने कुनै तेस्रो पक्षलाई अगाडि बढाउने राज्यलाई सहायता गर्ने जानकारी पहिचान गर्ने तथा उपलब्ध गराउने राज्यसँग सहकार्य गर्न म सहमत छु। मैले दश दिनसम्ममा चिकित्सा स्याहारको लागि प्राप्त गरेको कुनै भुक्तानीहरू रिपोर्ट गर्नुपर्छ भनी म बुझ्दछु। (तपाईं अन्य व्यक्तिको पक्षमा यो फाराम पूरा गर्दै हुनुहुन्छ भने र उक्त व्यक्तिको लागि असाइनमेन्ट कार्यान्वयन गर्ने सामर्थ्य हुँदैन भने, व्यक्तिले Medicaid को लागि उसको योग्यताको अवस्थाको रूपमा माथि व्याख्या गरिएका अधिकारहरूको असाइनमेन्ट कार्यान्वयन गर्न आवश्यक हुनेछ।)
- उपलब्ध भएमा, चिकित्सा बीमा उपलब्ध गराउनको लागि अनुपस्थित हुनुभएको आमाबुवाको आवश्यक अधिकार राज्यमा दिन म सहमत छु। यो उपलब्ध भएमा अनुपस्थित हुनुभएको आमाबुवाबाट चिकित्सा सहायता प्राप्त गर्नु र यो सहयोग प्राप्त गर्ने बाल सहायता सेवा विभागसँग सहकार्य गर्नु भनी म बुझ्दछु। मैले नगर्ने सहकार्य गरेमा, मैले मेरा Medicaid लाभहरू गुमाउन सक्छु र मेरा बालबालिकाले मात्र राम्रो तर्क स्थापना गर्दासम्म लाभहरू प्राप्त हुनेछ भनी म बुझ्दछु।

फुड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रम सजाय सम्बन्धी चेतावनीहरू: तपाईंले जानबुझेर गलत जानकारी उपलब्ध गराएको सम्बन्धमा आफ्ना लाभहरू गुमाउनु हुनेछ वा तपाईंलाई अपराधीको अभियोग लाग्न सक्छ।

- तपाईंको घरको सदस्यले प्राप्त गर्न नहुने लाभहरू प्राप्त गर्नका लागि गलत जानकारी नदिनुहोस् वा जानकारी नलुकाउनुहोस्।
- तपाईंको नभएका फुड स्ट्याम्पहरू (SNAP) वा EBT कार्डहरू प्रयोग नगर्नुहोस् र अन्य कसैलाई आफ्नो प्रयोग गर्न नदिनुहोस्।
- मदिरा वा चुरोटहरू जस्ता गैर-खाद्य वस्तुहरू खरिद गर्न वा क्रेडिट कार्डहरूमा भुक्तानी फुड स्ट्याम्प (SNAP) लाभहरू प्रयोग नगर्नुहोस्।
- हातहतियार, गोली वा नियन्त्रित पदार्थ (गैर-कानूनी औषधिहरू) जस्ता गैर-कानूनी वस्तुहरूका लागि फुड स्ट्याम्पहरू (SNAP) वा EBT कार्डहरू व्यापार वा बिक्री नगर्नुहोस्।

जानाजान यी मध्ये कुनै पनि नियम तोड्ने तपाईंको घरायसीको जो कोहीलाई एक वर्षदेखि स्थायी रूपमा फुड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रममा आउन प्रतिबन्ध लगाउन, \$250,000 सम्मको जरिवाना तिराउन, 20 वर्षसम्मको जेल सजाय दिन वा दुवै गर्न सकिन्छ। उहाँलाई अन्य लागूयोग्य संघीय र राज्य कानूनहरूअन्तर्गत अभियोग लगाउन सकिन्छ र अदालतले आदेश दिइएमा अतिरिक्त 18 महिनाका लागि फुड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रममा आउनबाट रोक्न सकिन्छ।

जानाजान तरिकाले नियमहरू उल्लङ्घन गर्ने तपाईंको घरको कुनै पनि सदस्यले सुरुको अपराधका लागि एक वर्ष, दोस्रो अपराधको लागि दुई वर्ष र तेस्रो अपराधको लागि स्थायी रूपमा फुड स्ट्याम्पहरू (SNAP) पाउन सक्नुहुन्न।

अदालतले तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्यले नियन्त्रित वस्तुको बिक्री संलग्न कारोबारमा लाभहरू प्रयोग वा प्राप्त गरिरहेको अपराध पत्ता लगाउँछ भने, तपाईं वा उक्त घरायसी सदस्य सुरुको अपराधको लागि दुई वर्ष र दोस्रो अपराधको लागि स्थायी रूपमा लाभहरूका लागि योग्य हुनु हुनेछैन।

कानूनी अदालतले तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्य बन्दूक, गोलाबारूद वा विस्फोटक पदार्थको बिक्रीमा संलग्न कारोबारमा लाभहरू प्रयोग वा प्राप्त गरेको दोषी ठहर गर्छ भने, तपाईं वा उक्त घरायसी सदस्य यो उल्लङ्घनको सुरुको अपराधमा फुड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रममा सहभागी हुन स्थायी रूपमा अयोग्य हुनु हुने छ।

कानूनी अदालतले तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्यलाई \$500 वा सोभन्दा बढीको एकीकृत रकमका लागि लाभहरू लेनदेन गरेकोमा दोषी पाएमा, तपाईं वा उक्त घरायसी सदस्य उक्त उल्लङ्घनको पहिलो अपराधपश्चात् फुड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रममा सहभागी हुन स्थायी रूपमा अयोग्य हुनु हुने छ।

तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्यले बहु फुड स्ट्याम्प (SNAP) लाभहरू प्राप्त गर्नका लागि पहिचान वा बासस्थान (तिनीहरू बस्ने ठाउँ) को सम्बन्धमा जाली बयान वा विवरण दिनुभएको छ भने तपाईं वा उक्त घरायसी सदस्य 10 वर्षको अवधिका लागि फुड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रममा सहभागी हुन अयोग्य हुनु हुने छ।

म बुझ्दछु कि यदि मैले गलत जानकारी वा रोकेर राखेको जानकारी दिए भने मलाई छलको अभियोग लाग्न सक्छ।

TANF कार्यक्रम सजाय सम्बन्धी चेतावनी TANF कार्यक्रममा, AU को योग्यता स्थापना गर्न वा कायम राख्न, लाभहरू बढाउन, घटेको लाभहरू रोक्न गलत वा भ्रामक जानकारी उपलब्ध गराउनका लागि जानीजानी गरिने क्रियाकलापलाई, नकारात्मक कार्यवाही रोक्नका लागि जानकारी रोक्ने वा निषेधित स्थानहरूमा नगद सहायता प्रयोग गर्नेलाई जानाजान गरिएको कार्यक्रम उल्लङ्घन मानिन्छ।

तपाईंले निम्न कुरा गर्नुहुन्छ भने तपाईंलाई अपराधको गम्भीरतामा आधारित जरिवाना निर्धारण गर्न इन्स्पेक्टर जनरलको कार्यालय (OIG) मा सिफारिस गर्न सकिन्छ:

- तपाईंले समयमा भएका परिवर्तनहरू रिपोर्ट गर्नुहुन वा सत्य कुरा बोल्नुहुन वा कडाइका साथ निषेधित गरिएको क्यासिनो, लिक्वयर पसल, वयस्क-अभिव्यन्त मनोरञ्जन सुविधाहरू "स्ट्रिप क्लब", पोकर कोठा, बेल बण्ड, रात्री क्लब/सलून/टाभर्न, बिन्गो हल, रेस ट्र्याक, खेल स्थापना बन्दुक/युद्ध सामग्री पसल, समुद्री यात्रा गर्ने सिप, अलौकिक अध्ययनकर्ता, धुप्रान पसल, ट्याटु/वेध पसल र स्पा/मसाज सैलुनहरूमा नगद झिकन वा कारोबारहरू सम्पादन गर्न नगद सहायता कोषहरू वा TANF DEBIT कार्ड प्रयोग गर्नुहुन, तपाईं बस्ने ठाउँ बारे गलत जानकारी दिनुहुन्छ भने, तपाईंले एक भन्दा धेरै राज्यमा लाभहरू प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ र तपाईं 1/1/97 मा वा पछि औषधी सम्बन्धी शुल्कहरूमा वा गम्भिर हिंसात्मक अपराधमा अपराधी हुनु सक्नुहुन्छ।

यस प्रायोजन सम्बन्धी कुनैपनि नियमहरू उल्लङ्घन गर्ने तपाईंको परिवारको कुनैपनि सदस्यलाई छ महिनादेखि स्थायी रूपमा TANF कार्यक्रमबाट प्रतिबन्ध लगाउन सकिन्छ।

MEDICAID को लागि, छल वा दुरुप्रयोग गरिरहनु भनेको कानूनको विरुद्ध हो। तपाईंलाई Medicaid र PeachCare for Kids® कार्यक्रमको सत्यनिष्ठा एकाइमा सिफारिस गर्न सकिन्छ। उल्लङ्घन गर्ने व्यक्तिको एउटा प्रदायक प्रयोग गर्न सीमित हुन, कार्यक्रमबाट खारेजी हुन वा उपलब्ध गराइएका चिकित्सा सेवाहरूका लागि सामुदायिक स्वास्थ्य विभागलाई प्रतिपूर्ति गर्ने अनुरोध गर्न सक्छन्। छल उद्देश्यमा गरिने बेइमान कार्य हो। दुर्व्यवहार राम्रो अभ्यासहरू पालना नहुने कार्य हो।

छल र दुर्व्यवहारमा सहभागी हुनेका उदाहरणहरू निम्न छन्:

- अन्य कसैलाई आफ्नो Medicaid, PeachCare for Kids® वा CMO स्वास्थ्य बीमा कार्ड प्रयोग गर्न दिने
- औषधिहरूको दुरुप्रयोग वा बिक्री प्रयोजनसँग निर्धारित औषधि दिने
- सेवाहरू प्राप्त गर्नका लागि नक्कली कागजात प्रयोग गर्ने
- Kids® को लागि Medicaid वा PeachCare द्वारा उपलब्ध गराइएको सामाग्रीको गलत प्रयोग गर्ने वा दुरुप्रयोग गर्ने
- Medicaid वा PeachCare for Kids® योग्यता प्राप्त गर्नका लागि गलत जानकारी उपलब्ध गराउने वा अन्यलाई त्यसो गर्न अनुमति दिने
- आम्दानी, बसोबास व्यवस्थाहरू वा स्रोतहरूका परिवर्तनहरू रिपोर्ट गर्न असफल हुने

प्राप्तकर्ता वा प्रदायकहरूलाई संदिग्ध Medicaid छलको बारेमा रिपोर्ट गर्न, महानिरीक्षकको जर्जिया सामुदायिक स्वास्थ्य विभागको कार्यालयमा (local) (404) 463-7590 वा (टोल फ्री) (800) 533-0686 मा कल गर्नुहोस्; oiqanonymous@dch.ga.gov मा इमेलमार्फत; सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग, OIG PI Section, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303 मा पत्राचारमार्फत; वा <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud> मा जानुहोस्

मतदाता दर्ता सम्बन्धी जानकारी

तपाईं हाल बस्ने स्थानमा मतदान गर्न दर्ता हुनुहुन्न भने, तपाईं आज यहाँ मतदान गर्नको लागि दर्ता गर्न आवेदन दिन चाहानुहुन्छ?

_____ चाहन्छु

_____ चाहन्न

_____ म मतदाता दर्ता प्रश्नको जवाफ दिन चाहन्न

मतदान गर्न दर्ताका लागि आवेदन दिनाले वा दर्ता गर्न अस्वीकार गर्नाले यस निकायद्वारा तपाईंलाई प्रदान गरिने सहायता रकममा प्रभाव पार्नेछैन।

तपाईंलाई मतदाता दर्ताको आवेदन फाराम भर्न मद्दत चाहिएमा, हामी तपाईंलाई मद्दत गर्नेछौं। मद्दत खोज्ने वा प्राप्त गर्ने निर्णय तपाईंको हुने छ। तपाईं गोप्य रूपमा आवेदन फाराम भर्न सक्नुहुन्छ।

यदि तपाईंलाई कसैले तपाईंको मत दर्ता गर्ने वा दर्ता गर्नबाट अस्वीकार गर्ने तपाईंको अधिकार, मत दर्ता गर्ने वा नगर्ने अथवा दर्ता गर्न आवेदन दिने वा नदिने भनी निर्णयलाई गोप्य राख्ने तपाईंको अधिकार वा तपाईंको आफ्नै राजनीतिक दल वा अन्य राजनीतिक प्राथमिकता छनोट गर्ने तपाईंको अधिकारमा हस्तक्षेप पुऱ्याएको जस्तो लागेमा, तपाईं

2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 or by calling (404) 656-2871 मा राज्यको सेक्रेटरीलाई उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ।

तपाईं कुनै पनि बाकसमा ठीक चिन्ह लगाउनुहुन्न भने, तपाईंले यो समयमा मतदान गर्नको लागि दर्ता नगर्ने निर्णय लिनुभएको छ भन्ने मानिनेछ।

जर्जिया मतदाता दर्ता आवेदनको प्रतिलिपि DFCS आवेदन, नवीकरण र ठेगाना फारमहरूको परिवर्तनसँग समावेश गरिएको छ। तपाईंले आफ्नो मुद्दा कार्यकर्तामार्फत मतदाता दर्ता आवेदन अनुरोध गर्न पनि सक्नुहुन्छ। तपाईं मतदाता दर्ता आवेदन गर्नुहुन्छ भने, मतदाता दर्ता आवेदनमा उपलब्ध गराइएका निर्देशनहरूको पालना गरेर जर्जिया राज्य सचिवको कार्यालयमा पेश गर्नुहोस्।

तपाईं आफ्नो MEDICAID र फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) वा TANF नवीकरण गर्दै हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो अवस्थासँग उत्कृष्ट मेल खाने बाकसमा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ र मिति लेख्नुपर्छ।

कृपया नवीकरण प्रक्रिया सुरु गर्नका लागि प्रमाणीकरणको अन्तिम मितिपूर्व यो फाराम फिर्ता गर्नुहोस्।

• **Medicaid का लागि मात्र – आवेदक/सदस्य/कानूनी अभिभावकले निम्न कुराहरू पूरा गर्दा यहाँ हस्ताक्षर गर्नुहोस्:**

म आफ्नै लागि/Medicaid नवीकरण गर्न आवेदन दिँदै छु भने, म झुठो बयानको सजायअन्तर्गत संयुक्त राज्य नागरिक, संयुक्त राज्य राष्ट्रिय नागरिक र/वा संयुक्त राज्यमा अवस्थित योग्य आप्रवासी हो भनी घोषणा गर्दछु। म बिरामी वा कानूनी अभिभावक हो भने, म आवेदक(हरू) संयुक्त राज्यमा संयुक्त राज्य नागरिक, संयुक्त राज्य राष्ट्रिय नागरिक र/वा योग्य आप्रवासी हो भनी घोषणा गर्दछु। मलाई ज्ञान भएसम्म यो आवेदनमा उपलब्ध गराइएका सम्पूर्ण जानकारी सही र सत्य छ भनी म थप प्रमाणित गर्दछु।

(हस्ताक्षर)

(मिति)

• **Medicaid का लागि मात्र – आवेदक/सदस्य/आमाबुवा/कानूनी अभिभावक बाहेक अन्य व्यक्तिले निम्न कुराहरू पूरा गर्दा पूरा भएको:**

मैले Medicaid का लागि/Medicaid नवीकरण गर्नका लागि आवेदन दिइरहेको व्यक्ति(हरू) मेरो उत्कृष्ट ज्ञान र विश्वासमा संयुक्त राज्य नागरिक(हरू), संयुक्त राज्य राष्ट्रिय नागरिक(हरू) र/वा योग्य आप्रवासी वा संयुक्त राज्यमा कानूनी रूपमा अवस्थित हुनुहुन्छ भनी मैले मेरो ज्ञान र विश्वासका लागि प्रमाणित गर्छु। मलाई ज्ञान भएसम्म यो आवेदनमा उपलब्ध गराइएका सम्पूर्ण जानकारी सही र सत्य छ भनी म थप प्रमाणित गर्दछु।

(हस्ताक्षर)

(मिति)

फोन जसमा तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सकिन्छ _____

आवेदक/सदस्य/आमाबुवा/कानूनी अभिभावकले व्यक्तिगत प्रतिनिधिको रूपमा यो व्यक्ति चाहन्छन् भन, उहाँले यहाँ जाँच गरी तल हस्ताक्षर गर्न आवश्यक पर्छ पर्छ पर्दैन

(आवेदक/सदस्य/आमाबुवा/कानूनी अभिभावक)

(मिति)

• **फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) र/वा TANF का लागि – आवेदक/प्रापक/कानूनी अभिभावकले निम्न कुराहरू पूरा गर्दा:** मैले लाभहरूको लागि आवेदन दिँदै गरेको व्यक्ति(हरू) संयुक्त राज्य अमेरिकाको नागरिक(हरू) वा गैर-नागरिक(हरू) हो/हुन् वा कानूनी रूपमा संयुक्त राज्य अमेरिकामा उपस्थित छन् भनी मैले जान्न मरो ज्ञान र विश्वासको लागि मैले झुठो बयानको सजाय घोषणा गर्दछु। मलाई ज्ञान भएसम्म यो आवेदनमा उपलब्ध गराइएका सम्पूर्ण जानकारी सही र सत्य छ भनी म थप प्रमाणित गर्दछु। DHS-DFCS, DCH र आधिकारिक संघीय निकायहरूले मैले यस आवेदनमा दिएका जानकारीलाई प्रमाणित गर्न सक्छन् भनी मैले बुझ्दछु र स्वीकार गर्दछु। जानकारी विगतका वा वर्तमान रोजगारदाताहरूबाट प्राप्त हुन सक्छ। मेरो जानकारी ज्याला जानकारी र कार्य क्रियाकलापहरूमा मेरो सहभागितालाई ट्र्याक गर्न प्रयोग हुनेछ भनी म बुझ्दछु।

मैले फूड स्ट्याम्प (SNAP) र/वा TANF कार्यक्रम आवश्यकताहरूअनुसार मेरो अवस्थामा कुनै पनि परिवर्तन रिपोर्ट गर्ने छु। म मेरो परिवारमा कसैले \$ 4250 वा सोभन्दा बढी कुल रकम (कर अघि वा अन्य रकम रोक्नुअघि) को लोटर वा जुवा खेल्ने जितहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ भने पनि रिपोर्ट गर्नेछु। म मेरो घरपरिवारले जितहरूको रकम प्राप्त गरेको महिनाको अन्तिम दिनबाट 10 दिनभित्र यी जितहरूको रकम बारे रिपोर्ट गर्नेछु। कुनै जानकारी गलत भएमा, मेरा लाभहरूमा कटौती हुन वा अस्वीकार गरिन सक्छ र मलाई आपराधिक अभियोग लाम सक्छ वा जानी-जानी गलत जानकारी प्रदान गरेकोमा म DHS-DFCS कार्यक्रमहरूबाट अयोग्य ठहरिन सक्छु भन्ने कुरा म बुझ्दछु। मैले गलत जानकारी प्रदान गरेमा वा जानकारी लुकाएमा, मलाई अभियोग लगाइन सक्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। मैले मेरो आवेदन वा नवीकरण प्रक्रियाको अवधिमा मेरा केही खर्चहरूबारे DHS-DFCS लाई बताउन असफल भएमा, DHS-DFCS ले मेरा SNAP लाभहरूको रकमको गणनामा उक्त खर्च बेहोर्ने छैन भन्ने कुरा म बुझ्दछु।

जर्जिया मानव सेवा विभाग ("DHS") ले लाभहरूका लागि तपाईंले आवेदन दिएको अवधिमा नाम, ठेगाना, टेलिफोन नम्बर, इमेल ठेगाना, जन्ममितिहरू आदि जस्ता व्यक्तिगत रूपमा पहिचानयोग्य जानकारी (PII) सङ्कलन गर्छ। हामीलाई कुनै पनि व्यक्तिगत जानकारी पेश गरेर, तपाईं हामी DHS नीति, प्रक्रिया र कानून र/वा नियमहरूद्वारा अनुमति दिए वा आवश्यक भएअनुसार कुनै पनि व्यक्तिगत जानकारी सङ्कलन, प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं भन्ने कुरासँग सहमत हुनुहुन्छ।

(हस्ताक्षर)

(मिति)

(आफ्नो जानकारीको लागि यी कागजातहरू राख्नुहोस्)

यो तालिकाले यो फाराममा प्रयोग गरिएका केही सर्तहरूलाई वर्णन गर्छ।

आवेदक	सार्वजनिक सहायता वा लाभहरू प्राप्त गर्न आवेदन दिने व्यक्ति।
सहायता यूनिट (AU)	सहायताका एकाइमा सँगै बस्ने योग्य व्यक्तिहरू र तिनीहरूले प्राप्त गर्ने सार्वजनिक सहायता/लाभहरू समावेश हुन्छन्।
स्याहारकर्ता	आमाबुवा, आफन्त वा कानूनी अभिभावकले बालबालिकाको स्याहारमा TANF को लागि प्रयोग गर्नुहुन्छ वा प्राप्त गर्नुहुन्छ।
सेवाग्राहीको आइडी	सार्वजनिक सहायता/लाभहरू प्राप्त गरिरहेका व्यक्तिहरूलाई निर्दिष्ट गरिएका अद्वितीय नम्बर।
अयोग्य	व्यक्तिले सत्य नबोलेको र आफूले प्राप्त गर्नुपर्ने लाभहरू प्राप्त गरेको कारणले उनीहरूलाई फूड स्ट्याम्प (SNAP) वा TANF मुद्दाबाट हटाउन लिइएको कार्यवाही।
घरेलु हिंसा	घरेलु हिंसाका जीवसाथी, प्रेमी/प्रेमिका, साझेदार वा "पूर्व प्रेमी" द्वारा हिकान्ते, लातिले हान्ने, पिट्ने, बलात्कार गर्ने, घाटी अड्याउने, धम्काउने, नियन्त्रणमा राख्ने वा बाँच्नका लागि आवश्यक पर्ने कुरा (जस्तै खानेकुरा, औषधि वा घर) बाट टाढा राख्ने/दिने कुराहरू समावेश हुन सक्छन्।
विद्युतीय लाभ ट्रान्सफर (EBT)	जर्जियामा फूड स्ट्याम्पहरू (SNAP) का लागि योग्य भएका व्यक्तिहरूलाई लाभहरू भुक्तानी गर्न प्रयोग गरिएको प्रणाली। सहायता प्राप्त गर्ने व्यक्तिहरूलाई EBT डेबिट कार्ड जारी गरिन्छ जुन उनीहरूको फूड स्ट्याम्प (SNAP) खाताहरूमा पहुँच गर्न प्रयोग गरिन्छ।
इलेक्ट्रोनिक सञ्चारहरू	तपाईंसँग आफ्नो जानकारीबारे सूचनाहरू कसरी प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ भनी छनोट गर्ने विकल्प छ। तपाईंले इमेल वा पाठ सूचनाहरू प्राप्त गर्न छनोट गर्नुभयो भने, तपाईंले आफूलाई GA गेटवे ग्राहक पोर्टलमा अवस्थित मेरा सूचनाहरूमा सूचना आएको छ भनी सूचित गर्दै सन्देश प्राप्त गर्नु हुने छ। इमेल सञ्चारका लागि, तपाईंले खाता सिर्जना गरेपछि हामीलाई आफ्नो इमेल उपलब्ध गराउनुपर्छ र GA गेटवे ग्राहक पोर्टलमा अवस्थित कागजातरहित सूचनाहरूका नियम तथा सर्तहरू स्वीकार गर्नुपर्छ। कृपया आफ्ना सूचना सेटिङहरू अद्यावधिक गर्न GA गेटवे ग्राहक पोर्टल वेबसाइट www.gateway.ga.gov मा जानुहोस्। टेक्स्टसम्बन्धी सञ्चारका लागि, तपाईंले हामीलाई आफ्नो फोन नम्बर उपलब्ध गराउनुपर्छ। मानक सन्देश र डाटा दरहरू लागू हुन सक्छन्। यो वाहकहरूद्वारा भिन्न हुन सक्छ, कृपया आफ्नो प्रदायकसँग जाँच गर्नुहोस्।
EPPi कार्ड डेबिट मास्टर कार्ड	जर्जिया राज्यले EPPiCard डेबिट मास्टर कार्ड भनिने TANF प्राप्तकर्ताहरूका लागि सुविधाजनक "विद्युतीय" भुक्तानी विकल्प कार्यान्वयन गरेको छ। यो भुक्तानी विकल्प अन्तर्गत, महिनाको पहिलो पात्रो दिनमा प्राप्तकर्ताको खातामा पैसा डिपोजिट गरिन्छ। पहिले हस्तान्त वा बिदामा पर्दा, अघिल्लो महिनाको पछिल्लो व्यावसायिक दिनमा लाभहरू उपलब्ध हुन्छन्। डेबिट मास्टरकार्डमा विद्युतीय रूपमा कोषहरू लोड गरिएको हुनाले प्राप्तकर्ताले आफ्ना कोषहरूमा तुरुन्तै पहुँच गर्छन्।
ग्यारेण्टी सम्बन्ध	आमाबुवा, आफन्त वा कानूनी अभिभावकले बालबालिकाहरूको पक्षमा TANF को लागि प्रयोग गर्नुहुन्छ वा प्राप्त गर्नुहुन्छ।
कुल आम्दानी	व्यक्तिले कर तिर्नु अघि वा खातामा भएको अन्य कटौतीहरूको कुल आम्दानी।
घरका सदस्यहरू	तपाईंको घरमा बस्ने व्यक्तिहरू। फूड स्ट्याम्प (SNAP) को लागि, सँगै बस्ने र खरिद गर्ने र तिनीहरूको खान सँगै तयार गर्ने व्यक्तिहरू।
आम्दानी	ज्यालाहरू, तलबहरू, कमिसनहरू, बोनसहरू, कामदारको क्षतिपूर्ति, असक्षमता, पेन्सन, अवकाश लाभहरू, ब्याज, बाल सहायता वा प्राप्त गरेको रकमको अन्य कुनै फाराम जस्ता भुक्तानीहरू।
2012 को मिडल वर्ग कर राहत ऐन	यो ऐनले क्यासिनो, मदिरा पसल, वयस्क-उन्मुख मनोरञ्जन सुविधाहरू, पोकर कोठा, वयस्क मनोरञ्जन व्यवसाय, बेल बण्ड, रात्री क्लब/सैलुन/टार्भन, बिर्गो हल, रेस ट्र्याक, गेम खेलने स्थान, बन्दुक/युद्ध सामग्री पसल, समुद्री यात्रा गर्ने सिप, अलौकिक अध्ययनकर्ता, धुम्रपान पसल, ट्याटु/वेध पसल र स्प्रा/मसाज सैलुनहरूमा नगद झिकन वा कारोबार गर्न नगद सहायता कोषहरू वा TANF Debit Card हरूको प्रयोग गर्नमा प्रतिबन्ध लगाउँछ। यी व्यवसायहरूमा प्रयोग गर्ने नगद सहायता कोषहरू वा TANF Debit Card लाई प्राप्तकर्ताको भागमा जानाजान गरिएको कार्यक्रम उल्लङ्घन मानिन्छ।
गैर-आवेदक	सार्वजनिक सहायता/लाभहरूका लागि आवेदन नदिएका वा प्राप्त नगरेको व्यक्ति गैर-आवेदकहरूले सामाजिक सुरक्षा नम्बर, नागरिकता वा आप्रवासी स्थिति उपलब्ध गराउन आवश्यक पर्दैन।
भुक्तानी प्राप्तकर्ता	भुक्तानी प्राप्तकर्ता भनेको नगद सहायता प्राप्त गर्न र AU को तर्फबाट कोषहरू खर्च गर्नका लागि जिम्मेवारी स्वीकार गर्ने व्यक्ति हो। लाभार्थी AU सदस्य हुन वा नहुन सक्छ।
कर-अधिका खर्चहरू	कर-अधिका खर्चहरू करहरू लागू गर्नुअघि तपाईंको आम्दानीबाट निकालिएको कटौती गरिएका हुन्छन्। सबै कटौतीहरू कर-अधिका हुँदैनन्। सबैभन्दा सामान्य कर-अधिका कटौतीहरू स्वास्थ्य बीमा, दन्त बीमा, दृष्टि बीमा आदि हुन्। http://www.irs.gov
योग्य विदेशी/आप्रवासी	योग्य विदेशी/आप्रवासी भनेको निम्न वर्गहरू मध्ये एक भित्र पर्ने संयुक्त राज्यमा कानूनी रूपमा बस्ने व्यक्ति हो: आप्रवासन तथा राष्ट्रियता ऐन (INA) अन्तर्गत कानूनी रूपमा स्थायी निवास (LPR) का लागि प्रवेश दिइएको व्यक्ति; <ul style="list-style-type: none"> वैदेशिक अपरेसन, निर्यात तथा सम्बन्धित विनियोजन ऐन 1988 को धारा 584 अनुरूप अमेरासियन-वैदेशिक अपरेसनको धारा 584, 1988 को निर्यात वित्तीय तथा सम्बन्धित कार्यक्रम अनुमोदन धाराअन्तर्गत अमेरासियन आप्रवासी; योग्य एलियन/इमिग्रेन्ट व्यक्ति यु.एस.मा कानूनी रूपमा बस्ने व्यक्ति हो, जो निम्नमध्ये कुनै एक कोटिहरूमा पर्नुहुन्छ: INA को धारा 207 अन्तर्गत भर्ना गरिएका शरणार्थीहरू; INA को खण्ड 212 (d)(5) अन्तर्गत शरणार्थी वा आश्रय लिने व्यक्तिको रूपमा छोडिएको व्यक्ति; अप्रिल 1, 1997 भन्दा अगाडिदेखि प्रभावकारी हुने गरी INA को धारा 243(h) वा संशोधन गरिएअनुसार INA को धारा 241(b)(3) अन्तर्गत निर्वासन रोकिएको व्यक्ति; अप्रिल 1, 1980 भन्दा अगाडिदेखि प्रभावकारी हुने गरी INA को धारा 203(a)(7) अन्तर्गत अवस्थामूलक प्रविष्टि प्रदान गरिएको व्यक्ति; शरणार्थी शैक्षिक सहायता ऐन 1980 को धारा 501(e) मा परिभाषित गरिएअनुसार क्युबान वा हाइटियन आप्रवासीहरू; तस्करी पीडित संरक्षण ऐन 2000 को धारा 107(b)(1) अन्तर्गत मानव तस्करी पीडितहरू ;

	<ul style="list-style-type: none"> संशोधन गरिए अनुसार व्यक्तिगत उत्तरदायित्व तथा कार्य अवसर समन्वय ऐन 1996 को धारा 431 (c) मा उल्लेख गरिएका अवस्थाहरू पूरा गर्ने सम्बन्ध विच्छेद भएका आप्रवासीहरू; INA को धारा 101(a)(27) (विशेष अवस्थाहरूको सम्बन्धमा) अन्तर्गत विशेष आप्रवासी स्थिति प्रदान गरिएका अफगान वा इराकी आप्रवासीहरू; INA को धारा 289 अन्तर्गत संयुक्त राज्यमा बस्ने क्यानाडामा जन्मेका अमेरिकी भारतीयहरू वा भारतीय स्वयम् निर्धारण तथा शिक्षा सहायता ऐनको धारा 4(e) अन्तर्गत संघीय रूपमा पहिचान गरिएका संघीय रूपमा पहिचान गरिएका भारतीय जनजातिका गैर-नागरिक र; भियतनाम इरा (8/05/1964 – 5/07/1975) को अवधिमा व्यक्तिले मिलिटरी वा उद्धार सञ्चालनमा भाग लिएर संयुक्त राज्यमा प्रदान गरिएका सहायताका ह्योड वा हाइल्याण्ड लायोसन जनजातीय सदस्यहरू। <p>चिकित्सा सहायता आवेदकहरूका लागि मात्र, निःशुल्क एसोसिएसन कम्प्याक्ट भनेका गणतन्त्र राज्य माइक्रोनेसिया, रिपब्लिक अफ दि मार्शल आइल्याण्डस् र रिपब्लिक अफ पलाउ हुन्। COFA आप्रवासीहरूले 5-वर्षे बार पूरा गर्नु पर्दैन।</p>
स्रोतहरू	बैङ्क खाता, सवारी साधन, स्टक, बोनडहरू र जीवन बीमा जस्ता नगद, सम्पत्ति वा पुञ्जीहरू
यौन आक्रमण	पीडितसँग सहमति जनाउन क्षमताको कमी हुँदा सहित संघीय, ट्राइबल वा राज्य कानूनद्वारा वर्जित सहमति जनाएको यौन कार्य।
यौन उत्पीडन	आक्रामक कार्य वातावरण सिर्जना गर्ने लिङ्गमा आधारित आक्रामक, भयभीत गर्ने वा अत्याचारपूर्ण व्यवहार।
पछ्याउने	स्पष्ट वा अन्तर्निहित खतराहरूको कारणले विशेषगरी उचित व्यक्तिलाई चोटपटक वा मृत्यु निम्ताउने परिस्थितिहरूमा अर्को व्यक्तिलाई जानाजान र बारम्बार पछ्याउने वा दुर्व्यवहार गर्ने अपराधको कार्य।
करयोग्य आमदानी	ज्याला, तलब, कमिसन, बोनस, असक्षमता पेन्सन, अवकाश लाभहरू, ब्याज, प्राप्त गरेको रकमको अन्य कुनै फाराम जस्ता भुक्तानीहरू।
कर आश्रित	कर फाइलरको कर फिर्तामा दाबी गर्न अपेक्षा गर्ने व्यक्ति। http://www.irs.gov
कर फाइलर	कर फिर्ता दायर गर्ने अपेक्षा गर्ने व्यक्ति। http://www.irs.gov
कर फिर्ताका कटौतीहरू:	कर फिर्ता कटौतीहरूमा तपाईंको कर फिर्ता फाराम 1040 मा फेला परेका, लाइन 23 देखि लाइन 35 सम्म सुरु भएका लागूयोग्य IRS कटौतीहरू हुन्। तिनमा यी कुराहरू समावेश हुन्छन्: शिक्षकका खर्चहरू; फाराम 2106; स्वास्थ्य बचत फाराम 8889; खर्च फाराम 3909; बचतको दण्ड/प्रारम्भिक फिर्ता; निर्वाह भुक्तानी; IRA कटौती; विद्यार्थीको ऋणको ब्याज; ट्युसन र निःशुल्क फाराम 8917; घरेलु उत्पादन क्रियाकलाप फाराम 8903। http://www.irs.gov
फूड स्ट्याम्प (SNAP) कार्यक्रममा लेनदेन	SNAP लाभहरू लेनदेन गर्नुको अर्थ भनेको: (1) उपयुक्त खाद्यको इनाम भन्दा CASH को लागि प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा, सहकार्य गरेर वा अन्य व्यक्तिहरूसँग परामर्श लिएर वा एकलैले काम गरेर EBT कार्ड, कार्ड नम्बर र PIN नम्बर मार्फत वा म्यानुअल भौचर वा हस्ताक्षरद्वारा जारी र पहुँच गरिने SNAP लाभहरू किन्ने, बिक्री गर्ने, चोरी गर्ने वा हैनभने विनिमय गर्ने; (2) तोपहरू, युद्ध सामग्री वा नियन्त्रित वस्तुहरूको विनिमय गर्ने; (3) डिपोजिट रकमको लागि वस्तु छोडेर र कन्टेनरलाई फिर्ता गरेर, जानाजान तरिकाले वस्तु छोडेर र कन्टेनरलाई वस्तु फिर्ता गरेर नगद प्राप्त गर्नको लागि फिर्ता डिपोजिट आवश्यक आवश्यक पर्ने कन्टेनरको SNAP लाभहरूसँग वस्तु खरिद गर्ने; (4) वस्तु पुनः बिक्री गरेर उपयुक्त खाद्यको इनाम भन्दा नगद प्राप्त गर्ने उद्देश्यमा SNAP लाभहरूसँग वस्तु खरिद गर्ने र उपयुक्त खाद्यको इनाम भन्दा नगदको लागि विनिमयमा SNAP लाभहरूसँग वस्तु खरिद गरे पश्चात जानाजान तरिकाले पुनः बिक्री गर्ने; (5) उपयुक्त खाद्यको इनाम भन्दा नगद प्राप्त गर्ने विनिमयमा SNAP लाभहरूसँग वास्तवमा खरिद गरिएको वस्तुहरू जानाजान तरिकाले खरिद गर्ने। (6) उपयुक्त खाद्यको इनाम भन्दा CASH को लागि प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा, सहकार्य गरेर वा अन्य व्यक्तिहरूसँग परामर्श लिएर वा एकलैले काम गरेर Electronic Benefit Transfer (EBT) कार्ड, कार्ड नम्बर र व्यक्तिगत पहिचान नम्बर (PINs) मार्फत वा म्यानुअल भौचर वा हस्ताक्षरद्वारा जारी र पहुँच गरिने SNAP लाभहरू किन्ने, बिक्री गर्ने, चोरी गर्ने प्रयास गर्ने वा हैनभने यसको विनिमयमा प्रभाव पार्ने।

ADA/खण्ड 504 अधिकारहरूको सूचना

अपाङ्गताहरू भएका मानिसका लागि मद्दत

संघीय कानून* अनुसार जर्जिया मानव सेवा विभाग र जर्जिया सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग (“विभागहरू”) ले असक्षमता भएका व्यक्तिहरूलाई विभागका कार्यक्रम, सेवा वा क्रियाकलापहरूमा सहभागी हुन र योग्य ठहर हुन समान अवसर प्रदान गर्न आवश्यक छ। यसमा SNAP, TANF र चिकित्सा सहायता जस्ता कार्यक्रमहरू समावेश छन्।

असक्षमतामा आधारित भेदभाव रोक्नका लागि परिमार्जनहरू आवश्यक हुँदा विभागहरूले उचित परिमार्जनहरू उपलब्ध गराउँछन्। उदाहरणका लागि, हामी समान पहुँच उपलब्ध गराउनका लागि नीति, अभ्यास वा प्रक्रियाहरू परिवर्तन गर्न सक्छौं। समान रूपमा प्रभावकारी हुने सञ्चार सुनिश्चित गर्नका लागि, हामी असक्षमता भएका व्यक्तिहरू वा तिनका असक्षमता भएका सहयोगीहरूलाई साङ्केतिक भाषा दोभाषेहरू जस्ता सञ्चार सहायता उपलब्ध गराउँछौं। हाम्रो मद्दत निःशुल्क छ। विभागहरूले सेवा, कार्यक्रम वा क्रियाकलापको प्रकृतिमा आधारभूत परिवर्तन हुने वा अनावश्यक वित्तीय तथा प्रशासनिक बोझहरू निम्ति कुनै पनि परिमार्जन गर्न आवश्यक हुँदैन।

उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता कसरी अनुरोध गर्ने

तपाईं असक्षम हुनुहुन्छ र उचित परिमार्जन, सञ्चार सहायता वा अतिरिक्त मद्दत आवश्यक छ भने, कृपया आफ्नो मामिला कार्यकर्तालाई सम्पर्क गर्नुहोस्। उदाहरणको लागि, तपाईंलाई साङ्केतिक भाषा दोभाषे जस्तो प्रभावकारी सञ्चारको लागि सहयोग वा सेवा आवश्यक भएमा फोन गर्नुहोस्। तपाईं आफ्नो अनुरोध गर्नका लागि आफ्नो मुद्दा कार्यकर्तालाई सम्पर्क गर्न वा DFCS लाई 877-423-4746 मा वा DCH Katie Beckett (KB) टोलीलाई 678248-7449 मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं आफ्नो स्थानीय DFCS कार्यालयमा वा <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> मा अनलाइन उपलब्ध हुने DFCS ADA उचित परिमार्जनको अनुरोध फाराम प्रयोग गरेर अनुरोध गर्न पनि सक्नुहुन्छ वा तपाईं KB टोलीसँग वा <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> मा अनलाइन उपलब्ध हुने DCH ADA उचित परिमार्जनको अनुरोध फाराम प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ तर तपाईंले फाराम प्रयोग गर्नु पर्दैन।

उजुरी कसरी दायर गर्ने

विभागहरूले तपाईंको असक्षमताका कारण तपाईंमाथि भेदभाव गरेका छन् भने, तपाईंसँग उजुरी दायर गर्ने अधिकार छ। उदाहरणका लागि, तपाईंले उचित परिमार्जन वा साङ्केतिक भाषा दोभाषेको अनुरोध गर्दा तपाईंलाई अस्वीकार गरियो वा उचित समयमा कदम चालिएन भने, तपाईं भेदभावसम्बन्धी उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं आफ्नो मुद्दा कार्यकर्ता, आफ्नो स्थानीय DFCS कार्यालय वा DFCS नागरिक अधिकार, ADA/धारा 504 संयोजकसँग मौखिक रूपमा वा 2 Peachtree St, NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, 877-423-4746 मा पत्र लेखेर उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ। DCH का लागि, KB TEAM ADA/धारा 504 संयोजकलाई 2211 Beaver Ruin Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071 वा पोस्ट बक्स 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH को इमेल: dch.adarequests@dch.ga.gov.

तपाईं आफ्नो मुद्दा कार्यकर्तालाई DFCS नागरिक अधिकारहरू, ADA/खण्ड 504 उजुरी फारामको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। उजुरी फाराम <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> मा पनि उपलब्ध छ। तपाईंलाई भेदभावसम्बन्धी उजुरी दायर गर्नमा मद्दत चाहिएमा, तपाईंमाथि सूचीबद्ध DFCS कर्मचारीलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ। श्रवणहीन वा सुन्नुमा कठिनाई हुने वा वाचन असक्षमताहरू भएका व्यक्तिहरूले हामीसँग जोडिनका लागि सञ्चालकलाई 711 मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। DCH नागरिक अधिकार उजुरीहरूका लागि इमेल: dch.civilrights@dch.ga.gov. DCH नागरिक अधिकारहरूको प्रक्रियाको लिङ्क र उजुरी फाराम <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> मा अवस्थित छ।

तपाईं उपयुक्त संघीय एजेन्सीसँग पनि भेदभावसम्बन्धी उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ। अमेरिकी कृषि विभाग (USDA) र अमेरिकी स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (HHS) को सम्पर्क जानकारी यहाँ समावेश गरिएको “गैर-भेदभावको कथन” भित्र छ।

**पुनर्सुधार ऐन 1973 को धारा 504; अमेरिकी असक्षमता ऐन 1990; र अमेरिकी असक्षमता ऐनको संशोधन ऐन 2008 ले असक्षमताहरू भएका व्यक्तिहरू गैर-कानुनी भेदभावबाट मुक्त छन् भनी सुनिश्चित गर्दछ।*

सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग (DCH) नीति अन्तर्गत, चिकित्सा सहायता कार्यक्रमहरूले तपाईंको जाति, उमेर, लिङ्ग, असक्षमता, राष्ट्र मूल वा धर्मको आधारमा तपाईंका योग्यता वा लाभहरू अस्वीकार गर्न सक्दैनन्।

USDA वा HHS लाई आवेदनहरू नपठाउनुहोस्

गैर भेदभावको कथन

संघीय नागरिक अधिकार कानूनहरू र अमेरिकी कृषि विभाग (USDA) का नागरिक अधिकारका नियमन तथा नीतिहरूका अनुसार, USDA, यसका एजेन्सी, कार्यालय र कर्मचारी र USDA कार्यक्रमहरूमा सहभागी भएका वा प्रशासन गर्ने संस्थाहरूलाई USDA द्वारा सञ्चालित वा कोष प्रदान गरिएका कुनै पनि कार्यक्रम वा गतिविधिमा जाति, वर्ण, राष्ट्रिय मूल, लिङ्ग (लैङ्गिक पहिचान र लैङ्गिक झुकावसहित), धार्मिक आस्था, असक्षमता, उमेर, राजनैतिक आस्थाका आधारमा भेदभाव गर्नबाट वा पूर्व नागरिक अधिकार गतिविधिका लागि प्रतिशोध वा प्रतिकार गर्नबाट निषेधित गरिएको छ। संयुक्त राज्य स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (HHS) बाट निर्धन परिवारहरूका लागि अस्थायी सहायता (TANF) जस्ता संघीय आर्थिक सहायता प्राप्त गर्ने कार्यक्रमहरू र HHS ले प्रत्यक्ष रूपमा सञ्चालन गर्ने कार्यक्रमहरूलाई पनि संघीय नागरिक अधिकारका कानून र HHS नियमनहरूअन्तर्गत भेदभाव गर्नबाट निषेधित गरिएको छ।

कार्यक्रमसम्बन्धी जानकारीका लागि वैकल्पिक सञ्चार माध्यम (उदाहरणका लागि, ब्रेल, टूलो प्रिन्ट, अडियो टेप, अमेरिकी साङ्केतिक भाषा) आवश्यक पर्ने असक्षमताहरू भएका व्यक्तिहरूले लाभहरूका लागि आवेदन दिएको एजेन्सी (राज्य वा स्थानीय) लाई सम्पर्क गर्नुपर्छ। कान नसुन्ने, सुन्नामा कठिनाई भएका वा बोली असक्षमताहरू भएका व्यक्तिहरूले USDA लाई संघीय रिटेल सेवा (Federal Relay Service) मार्फत (800) 877-8339 मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ। यसका साथै, कार्यक्रमसम्बन्धी जानकारी अङ्ग्रेजी बाहेकका अन्य भाषाहरूमा पनि उपलब्ध हुन सक्छ।

USDA कार्यक्रमहरू संलग्न हुने नागरिक अधिकारका उजुरीहरू

USDA ले पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP), भारतीय आरक्षणहरूमा खाद्य वितरण कार्यक्रम (FDPIR) र अन्य जस्ता धेरै खाद्य सुरक्षा र भोक कटौती कार्यक्रमहरूका लागि संघीय वित्तीय सहायता उपलब्ध गराउँछ। भेदभावसम्बन्धी कार्यक्रम उजुरी दायर गर्नका लागि, <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR-P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf> मा अनलाइनमा र कुनै पनि USDA कार्यालय मा पाइने कार्यक्रम भेदभाव उजुरी फारम पूरा गर्नुहोस् वा USDA को ठेगानामा पत्र लेख्नुहोस् र फाराममा अनुरोध गरिएको सबै जानकारी पत्रमा उपलब्ध गराउनुहोस्। गुनासो फारामको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न, (866) 632-9992 मा कल गर्नुहोस्। निम्नद्वारा USDA लाई आफ्नो पूरा गरिएको फारम वा पत्र पेश गर्नुहोस्:

1. **पत्राचार:** खाद्य तथा पोषण सेवा, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; वा
2. **फ्याक्स:** (833) 256-1665 वा (202) 690-7442; वा
3. **फोन:** (833) 620-1071; वा
4. **इमेल:** FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

SNAP का समस्याहरूसँग सम्बन्धित अन्य कुनै पनि जानकारीका लागि, व्यक्तिहरूले USDA SNAP हटलाइन नम्बर (800) 221-5689 मा सम्पर्क गर्नुपर्छ, जुन स्पेनिश भाषा पनि उपलब्ध छ वा [राज्य जानकारी/हटलाइन नम्बरहरू](#) (राज्यद्वारा सूचीबद्ध गरिएका हटलाइन नम्बरहरूका लागि यो लिङ्कमा क्लिक गर्नुहोस्) मा फोन गर्नुपर्छ; जुन [SNAP हटलाइन](#) मा अनलाइन मार्फत पाउन सकिन्छ।

HHS कार्यक्रमहरू संलग्न हुने नागरिक अधिकारहरूका उजुरीहरू

HHS ले TANF, हेड स्टार्ट, न्यून आय गृह उर्जा सहायता कार्यक्रम (LIHEAP) र अन्यसहित स्वास्थ्य र कल्याण परिष्कृत गर्न धेरै कार्यक्रमहरूका लागि संघीय वित्तीय सहायता उपलब्ध गराउँछ। तपाईंलाई HHS ले प्रत्यक्ष रूपमा सञ्चालन गर्ने वा HHS ले संघीय आर्थिक सहायता प्रदान गर्ने कार्यक्रम वा क्रियाकलापहरूमा तपाईंको जाति, वर्ण, राष्ट्रिय मूल, असक्षमता, उमेर, लिङ्ग (गर्भावस्था, लैङ्गिक झुकाव र लैङ्गिक पहिचानसहित) वा धर्मका कारणले गर्दा भेदभाव गरिएको जस्तो लाग्छ भने, तपाईं आफू वा अन्य कोहीलाई गरिएको भेदभावका सम्बन्धमा नागरिक अधिकार कार्यालय (Office for Civil Rights, OCR) मा उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ।

HHS मार्फत संघीय आर्थिक सहायता प्राप्त गर्ने कार्यक्रमका सम्बन्धमा आफू वा अन्य कोहीलाई गरिएको भेदभावसम्बन्धी उजुरी दायर गर्न, OCR को उजुरी पोर्टल <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> मार्फत अनलाइन फारम पूरा गर्नुहोस्। तपाईं OCR लाई निम्न माध्यमद्वारा सम्पर्क गर्न पनि सक्नुहुन्छ: Centralized Case Management Operations (केन्द्रीकृत मामिला व्यवस्थापन सञ्चालनहरू), U.S. Department of Health and Human Services (संयुक्त राज्य स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग), 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; फ्याक्स: (202) 619-3818 मा फ्याक्स गरेर; वा OCRMail@hhs.gov मा इमेल गरेर। द्रुत प्रक्रियाका लागि, हामी तपाईंलाई उजुरीहरू दायर गर्नका लागि मेल मार्फत दायर गर्नुको सट्टा OCR अनलाइन पोर्टल प्रयोग गर्न प्रोत्साहन गर्छौं। नागरिक अधिकारसम्बन्धी उजुरी दायर गर्न सहायता आवश्यक पर्ने व्यक्तिहरूले OCR लाई OCRMail@hhs.gov मा इमेल गर्ने वा OCR टोल-फ्री नम्बर 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। श्रवणहीन, सुन्नामा कठिनाई भएका वा बोली असक्षमता भएका व्यक्तिहरूले कृपया दूरसञ्चार रिटेल सेवाहरूमा पहुँच गर्न 7-1-1 मा फोन गर्नुहोस्। हामी उजुरी दायर गर्नका लागि निःशुल्क वैकल्पिक ढाँचाहरू (जस्तै, ब्रेल र टूलो प्रिन्ट), सहायक सामग्री र भाषा सहायता सेवाहरू पनि उपलब्ध गराउँछौं।

यो संस्था समान अवसर प्रदायक हो।

मानव सेवा विभाग (DHS) अन्तर्गत, तपाईं आफ्नो स्थानीय DFCS कार्यालयमा वा DFCS नागरिक अधिकार र ADA/धारा 504 संयोजकलाई 2 Peachtree St, NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, 877-423-4746 मा सम्पर्क गरेर अन्य भेदभावसम्बन्धी उजुरीहरू दायर गर्न पनि सक्नुहुन्छ। सीमित अङ्ग्रेजी प्रवीणताका आधारमा भेदभाव गरेको आरोप लगाइएका उजुरीहरूका लागि, DHS सीमित अङ्ग्रेजी प्रवीणता र संवेदक दुर्बलता कार्यक्रमलाई 2 Peachtree St, NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303 मा सम्पर्क गर्नुहोस् वा 877-423-4746 मा फोन गर्नुहोस्।

USDA वा HHS लाई आवेदनहरू नपठाउनुहोस्