

डिपार्टमेन्ट अफ ह्युमन सर्भिस (Department of Human Services)

प्रमाणका लागि जाँचसूची

काउन्टी डिपार्टमेन्ट अफ फेमिली एन्ड चिल्ड्रन सर्भिस

नाम _____

सम्मूह _____

ठेगाना _____

सेवाग्राहीको परिचय _____ लोकल ओएफसी

पत्र पठाएको/दिएको मिति _____

तपाईंको प्रमाणिकरणसहित कृपया यो जाँचसूची फिर्ता पठाउनुहोस्

तल जनाइएका जानकारीहरू भित्र प्राप्त हुनुपर्छ ।

यी जानकारी बिना हामी तपाईंको योग्यता निर्धारण गर्न सक्षम नहुन सक्छौं ।

तपाईंको आवेदन वा चालु मामिला अस्वीकार वा बन्द हुन सक्छ, वा केही सदस्यको अयोग्य हुनसक्छन् । तपाईंले आफ्ना जानकारी रिजन १४ (डेकाल्ब) ४०४-४७८-१८७१ मा फ्याक्स गर्न वा तपाईंको स्थानीय डिपार्टमेन्ट (DFCS) मा बुझाउन सक्नुहुन्छ । यदि हामीले मागेका जानकारी तपाईंले फेला पार्नुहुन्न वा तपाईंलाई बढी समय चाहिन्छ भने तपाईंले आफ्ना वर्करलाई फोन १-८७७-४२३-४७४६ वा पत्र मार्फत सम्पर्क गर्नुहोस् ।

फूड स्ट्याम्पस्	मेडिकेड (Medicaid)	ट्यानफ (TANF)		फूड स्ट्याम्पस्	मेडिकेड	ट्यानफ	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	रोजगारदाताबाट भुक्तान-रसिद (stub) वा विवरण: निम्न _____ अवधिको भुक्तान-रसिद उपलब्ध गराउनुहोस्:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	सोसल सेक्युरिटी (Social Security), एसएसआई (SSI), भेटरन्स (Veterans) वा बेरोजगार भत्ता (Unemployment benefits), बालबालिकाका लागि सहायता (Child support), कामदारको क्षतिपूर्ति (worker's compensation) वा घरका लागि अन्य आयका प्रमाण:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	नागरिकता/अध्यागमन स्थितिको प्रमाण:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	व्यक्ति (हरू) बाट प्राप्त, रकम, बालबालिकाका लागि वा घरका लागि अन्य सहायताका हस्ताक्षर/मितिसहित विवरण (हरू):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	सोसल सेक्युरिटी नम्बर/नम्बरका लागि आवेदनको प्रमाण:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	अन्य: (कुनै तपाईंको योग्यता निर्धारणका लागि आवश्यक प्रमाण)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	परिचयको प्रमाण:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

तल जनाइएका जानकारीहरू आफैं ल्याउनुहोस् वा पत्रमार्फत पठाउनुहोस् वा हामी यो खर्चको जानकारी फूड स्ट्याम्पसमा कटौति गर्न प्रयोग गर्दौं, वा तपाईंले ट्यानफ वा मेडिकेड पाउने योग्यता निर्धारण गर्न अक्षम हुन सक्छौं ।

फूड स्ट्याम्पस् मात्र	मेडिकेड मात्र	ट्यानफ मात्र
<input type="checkbox"/> हालको घरभाडा/घरऋण भुक्तानी	<input type="checkbox"/> अभिभावक (हरू) आफूसँग नभएको जानकारी:	<input type="checkbox"/> अभिभावक (हरू) आफूसँग नभएको जानकारी:
<input type="checkbox"/> घरधनीको बिमा र/वा कर दाखिला	<input type="checkbox"/> आवेदनको प्रमाण:	<input type="checkbox"/> आवेदनको प्रमाण:
<input type="checkbox"/> हालको ग्यास, बिजुली, टेलिफोन, वा अन्य घरायसी प्रयोजनको खर्च:	<input type="checkbox"/> गर्भवति प्रमाणित गर्ने र बच्चा जन्मने मितिबारे चिकित्सक वा स्वास्थ्य-सेवकको विवरण:	<input type="checkbox"/> गर्भवति प्रमाणित गर्ने र बच्चा जन्मने मितिबारे चिकित्सक वा स्वास्थ्य-सेवकको विवरण:
<input type="checkbox"/> औषधोपचार खर्च (चिकित्सक, यात्रा, औषधी, स्वास्थ्य बिमा, बिमा-शुल्क, भर्ना):	<input type="checkbox"/> औषधोपचार खर्च (चिकित्सक, यात्रा, औषधी, स्वास्थ्य बिमा, बिमा-शुल्क, भर्ना):	<input type="checkbox"/> खोप लगाएको विवरण:
<input type="checkbox"/> तपाईंको घरमा नबस्ने अरु कोहीका लागि बालहेरचाहको कानुनी दायित्ववापतको बाँकी राशि वा चुक्ता रकम:	<input type="checkbox"/> नागरिकता भएको प्रमाण:	<input type="checkbox"/> तपाईंको घरमा नबस्ने अरु कोहीका लागि बालहेरचाहको कानुनी दायित्ववापतको बाँकी राशि वा चुक्ता रकम:
<input type="checkbox"/> शिशु-स्याहार खर्चका लागि:	<input type="checkbox"/> अन्य स्वास्थ्य बिमा वा तेस्रो पार्टी दायित्व प्रमाण:	<input type="checkbox"/> शिशु-स्याहार खर्चका लागि:
<input type="checkbox"/> अन्य: (आवास आदि)	<input type="checkbox"/> अन्य:	<input type="checkbox"/> अन्य: (जन्मपूर्वको हेरचाह प्रमाण, अहिलेको बैंक विवरण आदि)