



بخش خدمات خانواده و فرزندان

# درخواست برای مزایا

**شما باید درخواست تکمیل شده را به دفتر شهرستان محلی خود از طریق فکس تحویل دهید یا پست کنید.**

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

## سوالی که مکرراً پرسان می شوند

چقدر طول می کشد تا مزایا را دریافت کنید؟

SNAP: تا 30 روز

TANF: تا 45 روز

Medicaid: 10 تا 90 روز

در صورت واجد شرایط بودن، ممکن است بتوانید ظرف 7 روز SNAP دریافت کنید. صفحه 6 را ببینید.

## چقدر خواهیم گرفت؟

درآمد، منابع و اندازه خانواده شما تعیین کننده میزان مزایا است. هنگامی که واجد شرایط بودن شما را مشخص کردیم، قادر خواهیم بود اطلاعات خاصی را به شما ارائه دهیم.

## چگونه مزایای خود را دریافت خواهیم کرد؟

برای SNAP، یک کارت انتقال مزایای الکترونیکی (EBT) برای دسترسی به مزایای خود دریافت خواهید کرد. برای TANF، برای دسترسی به مزایای خود، یک کارت نقدی Way2Go دریافت خواهید کرد. برای Medicaid، برای هر عضو واجد شرایط یک کارت مدیک اید دریافت خواهید کرد.

## ممکن است از شما خواسته شود که اطلاعات زیر را ارائه دهید:

به پرداخت قبوض پزشکی،

کمک پزشکی

رایگان یا کم هزینه را

تا 100% سطح فقر

جد شرایط مدیک اید

م می کند. اگر می خواهید

میمه D را نیز تکمیل

لطفاً از وبسایت ما به آدرس

474-423 (877) تماس

اثبات هویت متقاضی در صورت درخواست SNAP و/یا TANF. کارت شناسایی (ID) یا گواهینامه رانندگی (DL) یک نوع قابل قبول تأیید کردن است. ارائه مدرک هویت برای متقاضیان کمک پزشکی الزامی نیست.

مدرکتابی ایالات متحده/وضعیت مهاجر واجد شرایط برای هر کسی که درخواست مزایا می کند. اگر فقط برای خدمات اورژانس های پزشکی (EMA) درخواست می کنید، مجبور نیستید که SSN با اطلاعاتی در مورد وضعیت مهاجرت خود ارائه دهید.

شماره تامین اجتماعی هر کسی که درخواست کمک دارد.

مدرک درآمد برای مثال، فیش حقوقی، وجه های حمایت از فرزند، و نامه های اعطای درآمد. برای متقاضیان کمک پزشکی به مدرکی مبنی بر پرداخت نفقه کودک نیاز نیست.

مدرک هزینه ها مانند رسید مراقبت کودک، صورت حساب های پزشکی، هزینه های حمل و نقل پزشکی، هزینه های اجاره/هن، و پرداخت های حمایت از کودک. این اطلاعات برای متقاضیان کمک پزشکی لازم نیست.

ابتدا سعی خواهیم کرد اطلاعات مربوط به وضعیت شهروندی/مهاجرت و درآمد را از طریق منابع داده الکترونیکی تأیید کنیم. مدارک تأیید کاغذی برای تسلیم کردن یک درخواست لازم نیست؛ با این حال، می توانید اسناد را همراه با درخواست ارائه دهید. اگر ما قادر به تأیید از طریق منابع داده الکترونیکی نیستیم و برای دریافت این اطلاعات به کمک نیاز دارید، لطفاً به ما بگویید.

خود نگه بدارید.





# درخواست برای مزایا

بخش خدمات خانواده و فرزندان



به دفتر محلی خود در  
می توانید دفتر محلی  
Http پیدا کنید.

ایستار دریافت مزایا هستند،  
امضای شما دریافت  
است ارائه می شود.

می دهید، می توانید درخواست  
حال، اگر کل فرم را تکمیل  
با کمک کند. شما می توانید از  
برنامه یا فقط برای SNAP  
د نخواهد شد که درخواست  
SNAP شما واجد شرایط  
تید و همزمان برای SNAP  
یخی است که از موسسه

## چگونه از اطلاعات شخصی متقاضی استفاده کنیم؟

شما فقط باید شماره های تامین اجتماعی (SSN) و وضعیت شهروندی مهاجرت را برای افرادی که می خواهند برای مزایا درخواست کنند ارائه دهید. این اطلاعات برای بررسی سیستم تأیید درآمد و صلاحیت (IEVS) استفاده خواهد شد. ما همچنین اطلاعات شما را با سایر سازمان های فدرال، ایالتی و محلی تطبیق می دهیم تا درآمد و واجد شرایط بودن شما را تأیید کنیم، اطلاعات دستمزد و مشارکت در فعالیت های کاری را پیگیری کنیم. اگر یکی از اعضای خانواده نمی خواهد اطلاعاتی در مورد وضعیت SSN، شهروندی یا مهاجرت خود به ما بدهد، سایر اعضای خانواده همچنان ممکن است مزایایی دریافت کنند. اگر شما فقط برای خدمات اورژانس های پزشکی درخواست می دهید، شما مجبور نیستید SSN یا اطلاعاتی در مورد وضعیت مهاجرت خود ارائه دهید.

## آیا شخص دیگری می تواند برای من درخواست دهد؟

برای SNAP و Medicaid، ممکن است از شخصی بخواهید که برای شما درخواست کند. برای TANF، هر کسی می تواند درخواست دهد، اما والدین یا سرپرست یا فرد باردار باید مصاحبه شوند.

اگر چنین است، ما برایشما یک قرار ملاقات ترتیب خواهیم داد. این مصاحبه از طریق تلفنی انجام می شود.



بخش خدمات خانواده و فرزندان

## درخواست برای مزایا

### (این درخواست نامه را تکمیل کنید و آن را به دفتر شهرستان محلی DFCS خود برگردانید.)

برای چه چیزی درخواست می‌کنم؟ (همه مواردی که اعمال می‌شوند را بررسی کنید)

#### برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)

برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)، که قبلاً به عنوان کوپن غذایی شناخته می‌شد، یک برنامه با بودجه فدرال است که برای کمک به پرداخت هزینه غذا به خانواده‌های کم درآمد کمک می‌کند. این برنامه همچنین آموزش تغذیه را به خانواده‌ها ارائه می‌کند تا نیازهای غذایی و تغذیه‌ای خود را برآورده کنند و فرصت‌های شغلی و آموزشی را برای کمک به خانواده‌ها برای دستیابی به شغلی فراهم می‌کند که منجر به وابستگی کمتر به SNAP می‌شود.

#### کمک‌های موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF)

کمک‌های موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF) پرداخت‌های نقدی ماهانه موقت، پرداخت‌های نقدی تکی، یا سایر خدمات حمایتی را برای تقویت خانواده‌های واجد شرایط دارای فرزندان یا افراد باردار ارائه می‌دهد. اگر شما والدین کودک یا سرپرست یا یک فرد باردار هستید که مایلید در این کمک هزینه شرکت کنید، از شما می‌خواهیم در یک برنامه کاری شرکت کنید.

#### پدربزرگ و مادربزرگ در حال بزرگ کردن نوه‌ها (GRG)

پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها که نوه‌ها را بزرگ می‌کنند (GRG) پرداخت‌های نقدی اضافی را ارائه می‌دهند تا بتوان از کودکان در خانه‌های پدربزرگ و مادربزرگ خود مراقبت کرد. **مقتضیان باید برای TANF درخواست دهند تا برای GRG واجد شرایط باشند.**

#### کمک نقدی پناهندگان

برنامه کمک نقدی پناهندگان به خانواده‌های پناهنده ای که واجد شرایط برنامه TANF نیستند کمک مالی می‌کند. اصطلاح پناهنده شامل پناهندگان، مهاجران کوبایی/ هائیتی، قربانیان قاچاق انسان، آمریکایی آسیایی‌ها، آسیایی‌ها، افغان‌ها یا عراقی‌های دارای ویزای مهاجرت ویژه (SIV) یا آزادی مشروط افغانی است.

#### Medicaid

Medicaid به افراد مسن، نابینا یا معلول، جوانان، زنان باردار، کودکان و خانواده‌ها پوشش بهداشتی ارائه می‌دهد. وقتی درخواست می‌دهید، ماهمه برنامه‌های Medicaid را بررسی می‌کنیم و تصمیم می‌گیریم که واجد شرایط کدام یک برای دریافت هستید.

لطفاً نمودار زیر را در مورد متقاضی پر کنید.

نام کوچک	نام میانی	نام خانوادگی	پسونند
آدرس خیابان جایی که شما زندگی می‌کنید	آپارتمان		
شهر	ایالت	کد پستی	
آیا شما بی خانمان هستید؟ بله ___ یا خیر ___			
آدرس پستی (در صورت متفاوت بودن)			
شماره تلفن اصلی	شماره تماس دیگر		
ارتباطات الکترونیکی: ایمیل: بله ___ یا خیر ___ (اختیاری) ارسال پیامک: بله ___ یا خیر ___ (اختیاری)	آدرس ایمیل (اختیاری):		
چه زبانی را ترجیح می‌دهید؟	اگر مصاحبه لازم بود، آیا به یک مترجم نیاز دارید؟ بلی ___ یا خیر ___		

### قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت: درخواست برای اصلاح منطقی و کمک ارتباطی (اگر صدق می‌کند):

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

مترجم زبان اشاره \_\_\_؛ TTY \_\_\_؛ چاپ بزرگ \_\_\_؛ ارتباطات الکترونیکی (ایمیل) \_\_\_؛ الفباء نابینایان \_\_\_؛ ریلیویدنو \_\_\_؛  
مترجم زبان اشاره \_\_\_؛ مترجم شفاهی \_\_\_؛ مترجم مسمی \_\_\_؛ یاد آوری تماس تلفنی مهلت‌های برنامه \_\_\_؛ امضای تلفنی \_\_\_  
(اگر صدق می‌کند) \_\_\_؛ مصاحبه حضوری (بازدید در منزل) \_\_\_؛ سایر موارد: \_\_\_  
آیا فقط یک بار به این اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی نیاز دارید \_\_\_ یا در حال انجام \_\_\_؟



بخش خدمات خانواده و فرزندان

## درخواست برای مزایا

در صورت امکان، به طور خلاصه توضیح دهید که چه زمانی و چه مدت به این اصلاح یا کمک نیاز دارید؟

### برای همه متقاضیان TANF، SNAP و Medicaid:

من طبق جرمه شهادت دروغ تا جایی که می دانم و معتقدم اعلام می کنم که شخص یا افرادی که برای آنها درخواست مزایای منم، شهروند(ان) ایالات متحده هستند یا غیر شهروند(ان)ی که به طور قانونی در ایالات متحده حضور دارند. من همچنین گواهی می دهم که تمام اطلاعات ارائه شده در این درخواست نامه تا جایی که می دانم درست و صحیح است. می دانم و موافقم که DHS-DFCS، DCH و آژانس های فدرال ذیصلاح می توانند اطلاعاتی را که من در این درخواست نامه ارائه می دهم تأیید کنند. اطلاعات ممکن است از کارفرمایان گذشته یا فعلی بدست آید. می دانم که از اطلاعات من برای ردیابی اطلاعات دستمزد و مشارکت در فعالیت های کاری استفاده می شود.

هرگونه تغییر در وضعیت خود را با توجه به الزامات برنامه SNAP و/یا TANF گزارش خواهیم کرد. همچنین اگر کسی در خانواده من برنده لاتاری یا شرط بندی شود و مبلغ ناخالص 4500 دلار یا بیشتر (قبل از کسر مالیات یا سایر مبالغ) به دست آورد، آن را گزارش خواهیم کرد. من این جایزه ها را ظرف حداکثر 10 روز از پایان ماهی گزارش خواهم کرد که خانوادهم آنها را دریافت می کنند. من می دانم که اگر اطلاعات نادرست باشد، ممکن است مزایای من کاهش یابد یا منجر به بازگرداندن اطلاعات نادرست، مشمول تعقیب کیفری یا محرومیت از برنامه های DHS-DFCS باشم. من درک می کنم که در صورت ارائه اطلاعات نادرست یا مخفی کردن اطلاعات، می توانم تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم. می دانم که اگر نتوانم در طول درخواست یا فرآیند تمدید برخی از هزینه هایم را به DHS-DFCS بگویم و/یا آنها را تأیید نکنم، DHS-DFCS آن هزینه را برای محاسبه میزان مزایای SNAP من بوجه نخواهد داد.

اداره خدمات بشری گرجستان ("DHS") اطلاعات شناسایی شخصی (PII) مانند نام، آدرس، شماره تلفن، آدرس ایمیل، و تاریخ تولد و غیره را در طول درخواست شما برای مزایای جمع آوری می کند. با ارسال هرگونه اطلاعات شخصی به ما، موافقت می کنید که ما می توانیم چنین اطلاعات شخصی را مطابق با خط مشی ها، طرز العمل های DHS و طبق قانون و/یا مقررات مجاز یا مورد نیاز جمع آوری، استفاده و افشا کنیم.

_____	_____
تاریخ	امضا
_____	_____

تاریخ

امضای شاهد در صورتی که با "X" امضا شود

### نماینده ذیصلاح:

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

- نماینده مجاز 1 انواع برنامه:  SNAP  TANF  کمک های پزشکی
- نماینده مجاز 1 وظایف: درخواست را از طرف متقاضی امضا کنید  تکمیل و ارسال فرم تمدید
- نسخه هایی از اعلامیه ها و سایر ارتباطات را دریافت کنید  از طرف متقاضی در تمام موارد دیگر عمل کنید
- دریافت کارت مزایای TANF (کارت نقدی Way2Go)

نام شخص 1: \_\_\_\_\_

نام سازمان 1 (اگر صدق می کند): \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_ آدرس ایمیل: \_\_\_\_\_

شهر: \_\_\_\_\_ ایالت: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_

ارتباطات الکترونیکی: ایمیل: \_\_\_\_\_ بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_ (اختیاری)

ارسال پیامک: \_\_\_\_\_ بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_ (اختیاری)

آدرس ایمیل (اختیاری) \_\_\_\_\_

زبان مورد نظر: \_\_\_\_\_ آیا مترجم نیاز است؟ \_\_\_\_\_ بله \_\_\_\_\_ یا خیر \_\_\_\_\_



بخش خدمات خانواده و فرزندان

## درخواست برای مزایا

- نماینده ذی‌صلاح 2 نوع برنامه: TANF  SNAP  کمک پزشکی   کپی از اطلاعاتها و سایر ارتباطات را دریافت کنید  فرم تمدید را تکمیل و ارسال کنید  کارت مزایای TANF را دریافت کنید (Way2Go Debit Mastercard)  از طرف متقاضی در سایر موارد اقدام کنید

نام شخص 2: \_\_\_\_\_  
 نام سازمان 2 (اگر صدق می کند): \_\_\_\_\_  
 تلفن: \_\_\_\_\_  
 آدرس: \_\_\_\_\_  
 آدرس ایمیل (اختیاری): \_\_\_\_\_  
 شهر: \_\_\_\_\_  
 ایالت: \_\_\_\_\_  
 کد پستی: \_\_\_\_\_  
 ارسال پیامک: بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_ (اختیاری)  
 ارتباطات الکترونیکی: ایمیل: بله \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_ (اختیاری)  
 آدرس ایمیل (اختیاری) \_\_\_\_\_  
 زبان ترجیحی: \_\_\_\_\_  
 آیا مترجم نیاز است؟ بله \_\_\_\_\_ یا خیر \_\_\_\_\_

### قانون آمریکایی های دارای معلولیت: درخواست اصلاح منطقی و کمک ارتباطی برای نمایندگان ذی‌صلاح (در صورت امکان):

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

مترجم زبان اشاره \_\_\_\_\_؛ TTY \_\_\_\_\_؛ چاپ بزرگ \_\_\_\_\_؛ ارتباطات الکترونیکی (ایمیل) \_\_\_\_\_؛ الفباء نابینایان \_\_\_\_\_؛ ریلیویدنو \_\_\_\_\_؛ مترجم زبان اشاره \_\_\_\_\_؛ مترجم شفاهی \_\_\_\_\_؛ مترجم جملی \_\_\_\_\_؛ یادآوری تماس تلفنی مهلت هایپرنامه \_\_\_\_\_؛ امضای تلفنی (اگر صدق می کند) \_\_\_\_\_؛ مصاحبه حضوری (بازدید در منزل) \_\_\_\_\_؛ سایر موارد: \_\_\_\_\_

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

فقط برای استفاده در دفتر: \_\_\_\_\_ تاریخ اخذ شده: \_\_\_\_\_

### واجد شرایط بودن به برنامه Express Lane:

واجد شرایط بودن به برنامه Express Lane (ELE) یک فرآیند خودکار برای ثبت نام یا تمدید کودکان واجد شرایط زیر 19 سال است که برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)، کمک موقت برای خانواده های نیازمند (TANF)، کمک نقدی پناهندگان (RCA)، مراقبت از کودکان و خدمات والدین (CAPS) یا زنان، نوزادان و کودکان (WIC) را در برنامه کمک پزشکی دریافت می کنند.

بخش خدمات خانواده و کودکان (DFCS) از اطلاعات مربوط به اندازه خانوار، اقامت و درآمد حاصل از CAPS، RCA، TANF، SNAP یا WIC استفاده می کند، اما DFCS وضعیت شهروندی یا مهاجرت را با استفاده از قوانین کمک پزشکی تأیید می کند تا تصمیم ELE برای ثبت نام خودکار یا تمدید کودکان در Medicaid یا PeachCare برای اطفال @ را تعیین کند. DFCS پس از تکمیل یک اعلامیه تعیین نامه ارسال می کند، به اعضا اجازه می دهد هرگونه تغییری ایجاد کنند و به آنها اجازه می دهد تا در هر زمان از روند ELE خارج شوند یا پرونده کمک پزشکی را خاتمه دهند.



بخش خدمات خانواده و فرزندان

## درخواست برای مزایا

آیا واجد شرایط دریافت SNAP سریعتر هستید؟ (این اطلاعات فقط برای متقاضیان SNAP درخواست می شود)

به این سوالات در مورد منقاضی و همه اعضای خانواده پاسخ دهید تا ببینید آیا می‌توانید ظرف 7 روز SNAP دریافت کنید.

1. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده کارگر فصلی یا مهاجر هستید؟  بله  خیر

اگر بله، چه کسی \_\_\_\_\_

2. کل درآمد ناخالص به دست آمده که برای این ماه دریافت می شود: \$ \_\_\_\_\_  
نام کارفرما \_\_\_\_\_

تاریخ شروع استخدام \_\_\_\_\_ تاریخ ختم اشتغال \_\_\_\_\_  
نرخ پرداخت \_\_\_\_\_ ساعت کار هفتگی: \_\_\_\_\_  
چند وقت یکبار حقوق می گیرید: هفتگی / دو هفته ای / نیمه ماهانه / ماهانه (یک مورد را حلقه کنید)

3. مجموع درآمد ناخالص دریافتی برای این ماه: \$ \_\_\_\_\_

نوع درآمد کسب نشده \_\_\_\_\_ مبلغ \_\_\_\_\_  
چند وقت یکبار دریافت شده: هفتگی / دو هفته ای / نیمه ماهانه / ماهانه (یک مورد را حلقه کنید)  
نوع درآمد کسب نشده \_\_\_\_\_ مبلغ \_\_\_\_\_  
چند وقت یکبار حقوق می گیرید: هفتگی / دو هفته ای / نیمه ماهانه / ماهانه (یک مورد را حلقه کنید)

4. مجموع درآمدهای به دست آمده و به دست نیامده در این ماه: \$ \_\_\_\_\_

5. شما و همه اعضای خانواده چقدر پول نقد یا در بانک دارید؟ \$ \_\_\_\_\_

6. مبلغ ماهانه اجاره، رهن، مالیات بر دارایی و/یا مالک خانه شما چقدر است بیمه؟ \$ \_\_\_\_\_

7. مقدار کل برق، آب، گاز و/یا سایر خدمات برقی شما در این ماه چقدر است؟  
(در مجموع مبالغ سررسید گذشته و تأخیر کرده را حذف کنید)

a. منبع اولیه‌گرمایش یا سرمایش خانه شما چیست؟ همه مواردی که اعمال می شوند را علامت بزنید  
برق \_\_\_\_\_ گاز \_\_\_\_\_ پنجره یا دستگاه تهویه مطبوع \_\_\_\_\_ روغن نفت سفید \_\_\_\_\_ چوب \_\_\_\_\_

b. آیا در 12 ماه گذشته کمک انرژی (LIHEAP) دریافت کرده اید؟  بله  خیر؟

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



# درخواست برای مزایا

بخش خدمات خانواده و فرزندان

## درباره متقاضی و همه اعضای خانواده به ما بگویید

برای متقاضیان کمک پزشکی: لطفاً خودتان، همسرتان، فرزندان (از جمله فرزندان ناتنی) زیر 21 سال که با شما زندگی می کنند، شریک مجردتان که به پوشش بهداشتی نیاز دارد، هرکسی که در اظهارنامه مالیاتی خود وارد می کنید، حتی اگر با شما زندگی نمی کنند، و هر کس دیگری زیر 21 سال را شامل کنید که از او مراقبت می کنید و با شما زندگی می کند. لازم نیست شریک مجرد خود را که نیازی به پوشش بهداشتی ندارد، فرزندان همسر مجردتان، والدینی که با شما زندگی می کنند اما اظهارنامه مالیاتی خود را ثبت می کنند (اگر بیش از 21 سال دارید) یا سایر اقوام بزرگسالی که اظهارنامه مالیاتی خود را ثبت می کنند را شامل کنید. برگشت. اگر فقط برای خدمات فوریت های پزشکی (EMA) درخواست می کنید، مجبور نیستید SSN یا اطلاعاتی درباره وضعیت مهاجرت خود ارائه دهید.

## لطفاً نمودار زیر را در مورد متقاضی و همه اعضای خانواده پر کنید. قوانین و مقررات فدرال در زیر:

**قانون غذا و تغذیه سال 2008، 7 C.F.R. § 435.910، 45 C.F.R. § 205.52، 42 C.F.R. § 273.2، U.S.C. § 2011-2036، و 42 C.F.R. § 435.920**، به DFCS اجازه دهید از شما و اعضای خانواده شما شماره (های) تأمین اجتماعی درخواست کند. هر کسی که در خانه شما زندگی می کند و برای دریافت مزایا درخواست نمی کند، ممکن است به عنوان یک غیر متقاضی تلقی شود. افراد غیر متقاضی مجبور نیستند اطلاعاتی درباره شماره تأمین اجتماعی، تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود به ما بدهند و واجد شرایط دریافت مزایا نیستند. اگر سایر اعضای خانواده واجد شرایط باشند، ممکن است همچنان بتوانند از مزایا بهره مند شوند. اگر می خواهید تصمیم بگیریم که آیا اعضای خانواده واجد شرایط دریافت مزایا هستند یا خیر، همچنان باید وضعیت شهروندی یا مهاجرت آنها را به ما بگویید و شماره تأمین اجتماعی (SSN) آنها را به ما بدهید. برای واجد شرایط بودن و سطح مزایای خانواده، همچنان باید در مورد درآمد و منابع آنها به ما بگویید. ما هیچ یک از اعضای خانواده غیر متقاضی را به سیستم تأیید اعتبار سیستماتیک بیگانگان (SAVE) برای حقوق خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده (USCIS) گزارش نمی کنیم. اگر آنها تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود را به ما ندهند، با این حال، اگر اطلاعات وضعیت مهاجرت در درخواست شما ارسال شده باشد، این اطلاعات ممکن است از طریق سیستم SAVE تأیید شود و ممکن است بر واجد شرایط بودن و سطح مزایای خانواده تأثیر بگذارد. ما اطلاعات شما را با سایر سازمان های فدرال، ایالتی و آژانس های محلی تطبیق می دهیم تا درآمد و واجد شرایط بودن شما را تأیید کنیم. این اطلاعات همچنین ممکن است به مقامات مجری قانون داده شود تا از آنها برای دسترسی افرادی که از قانون فرار می کنند استفاده کنند. اگر خانوار شما مطالبه SNAP داشته باشد، اطلاعات مندرج در این درخواست، از جمله SSN، ممکن است در اختیار آژانس های فدرال و ایالتی و آژانس های جمع آوری مطالبات خصوصی قرار گیرد تا از آنها در وصول مطالبات استفاده کنند. ما مزایا را بر اساس اعضای خانواده متقاضی رد نخواهیم کرد زیرا سایر اعضای خانواده از ارائه SSN، شهروندی یا وضعیت مهاجرت خود کوتاهی می کنند.

نام کودک	نام میانی	نام خانوادگی	نسبت با شما	آیا این شخص برای مزایا درخواست می کند؟	آیا این فرد نیاز به پوشش بهداشتی دارد؟	تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی	جنسیت	اسپانیایی یا لاتین؟	کد نژاد	آیا شما شهروند ایالات متحده هستید مهاجر ملی، واجد شرایط یا در وضعیت مهاجرت رضایت بخش هستید؟
			خود			قالب (ماه/روز/سال)	(اختیاری برای غیر متقاضیان)	(مرد/زن)	(بله/خیر)	(اختیاری)	(بله/خیر)

کدهای نژاد (تمام مواردی که اعمال می شود را انتخاب کنید):

BL - سیاه پوست یا آفریقایی آمریکایی

AS - آسیایی

AL - سرخ پوست آمریکایی هندی یا بومی آلاسکا

WH - سفید

HP - بومی هاوایی یا سایر جزایر اقیانوس آرام

با ارائه اطلاعات نژاد قومیت، به ما در اجرای برنامه هایمان به شیوه ای بدون تبعیض کمک می کنید. خانواده شما ملزم به ارائه این اطلاعات به ما نیست و بر واجد شرایط بودن یا سطح مزایای شما تأثیری نخواهد داشت.



بخش خدمات خانواده و فرزندان

## درخواست برای مزایا

اگر شما یا سایر متقاضیان خانواده شهروند یا تابعیت ملی ایالت متحده را ندارید، نمودار زیر را کامل کنید:  
(لطفاً در صورت نیاز صفحات اضافی اضافه کنید)

آیا شما یا همسر یا والدینتان کهنه سرباز یا یکی از اعضای فعال ارتش ایالات متحده هستید؟	تاریخ تابعیت/تاریخ ورود یا پذیرش به ایالات متحده (در صورت لزوم)	آیا از سال 1996 در ایالات متحده زندگی می کنید؟	شماره شناسه خارجی/گواهی/سند	نوع سند مهاجرت	نام نام کوچک نام میانی نام خانوادگی
(بله/خیر)	قالب (ماه/روز/سال)	(بله/خیر)			

### درباره متقاضی و همه اعضای خانواده به ما بگویید

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

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

اگر بلی:

چه کسی: \_\_\_\_\_

کجا: \_\_\_\_\_

چه وقت: \_\_\_\_\_

2. آیا شخصی به دلیل ارائه اطلاعات نادرست در مورد محل زندگی خود و اینکه آنها چه کسانی هستند، برای دریافت مزایای SNAP متعدد در بیش از یک منطقه پس از 8/22/1996 محکوم شده است؟ (فقط برای SNAP)  بله  نه

اگر بلی:

چه کسی: \_\_\_\_\_

کجا: \_\_\_\_\_

چه وقت: \_\_\_\_\_

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

اگر بلی، چی کسی استعفا داده؟

چرا استعفاده؟ \_\_\_\_\_

4. آیا کسی باردار است؟ (این سوال در مورد متقاضیان SNAP اعمال نمی شود)  بله  نه

اگر بله،

نام زن باردار: \_\_\_\_\_

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

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

اگر بله،

نام زن باردار: \_\_\_\_\_

تاریخ زایمان/خاتمه چه زمانی بوده است؟ \_\_\_\_\_؛ و چند نوزاد به دنیا آمدند/انتظار داشتید؟ \_\_\_\_\_





بخش خدمات خانواده و فرزندان

## درخواست برای مزایا

\*فقط برای متقاضیان تنف لطفا موارد زیر را ارائه دهید:

نام پدر نوزاد متولد نشده: \_\_\_\_\_ آدرس پدر: \_\_\_\_\_

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

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

اگر **بلی**:

چه کسی: \_\_\_\_\_

کجا: \_\_\_\_\_

7. آیا کسی بخاطر یک جنایت از یک پیگرد قانونی یا زندان فرار می کند؟ (فقط برای SNAP و TANF)  بله  خیر  
اگر **بله**، چه کسی؟ \_\_\_\_\_

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

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

اگر **بلی**:

چه کسی: \_\_\_\_\_

چه وقت: \_\_\_\_\_

a. آیا شما با شرایط عفو مشروط مربوط به هر مجازاتی که در نتیجه محکومیت به جرم مواد مخدر دریافت شده است، مطابقت دارید؟ (فقط برای SNAP)  
 بله  خیر

b. آیا شما با شرایط عفو مشروط مربوط به هر مجازاتی که در نتیجه محکومیت به جرم مواد مخدر شده است، مطابقت دارید؟ (فقط برای SNAP)  
 بله  خیر

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

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

اگر **بلی**:

چه کسی: \_\_\_\_\_

چه وقت: \_\_\_\_\_

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

اگر **بلی**:

چه کسی: \_\_\_\_\_

چه وقت: \_\_\_\_\_

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

اگر **بلی**:

چه کسی: \_\_\_\_\_

چه وقت: \_\_\_\_\_



بخش خدمات خانواده و فرزندان

## درخواست برای مزایا

13. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده تان به عنوان یک بزرگسال به دلیل تشدید آزار جنسی، قتل، بهره‌کشی جنسی، و سایر سوء استفاده از کودکان، یک جرم فدرال یا ایالتی که شامل جنسی است تجاوز، یا رمی که طبق قانون ایالتی توسط دادستان کل به طور قابل ملاحظه ای مشابه تشخیص داده شده است به چنین جرمی، پس از 2/7/2014؟ (فقط برای SNAP)  بله  نه

اگر بله:

چه کسی:

چه زمانی:

a. آیا شرایط مشروط مربوط به هر حکمی که در نتیجه دریافت شده است، رعایت می‌کنید از محکومیت جنایی؟ (فقط برای SNAP)  بله  نه

b. آیا شما با شرایط آزادی مشروط مربوط به هر حکمی که در نتیجه محکومیت جنایی دریافت شده است، مطابقت دارید؟ (فقط برای SNAP)  بله  نه

c. آیا شما تمام شرایط مشروط یا آزادی مشروط مربوط به محکومیت‌های مرتبط با جنایت را با موفقیت به پایان رسانده‌اید؟ (فقط برای SNAP)  بله  خیر

14. آیا شما یا یکی از اعضای خانواده برنده لاتری یا قمار را دریافت کرده‌اید؟  بله  خیر

اگر بله:

چه کسی:

چه زمانی:

مبلغ دریافت شده:

15. آیا کسی از وجوه TANF یا کارت Way2Go در مؤسسات زیر، مشروب‌فروشی‌ها، کازینو، اتاق‌های پوکر، کسب‌وکار سرگرمی بزرگسالان، وثیقه‌ها، کلوب‌های شبانه، سالن‌ها/مهمانخانه‌ها، سالن‌های بینگو، مسیرهای مسابقه، فروشگاه‌های اسلحه/مهمات، کشتی‌های کروز، ذهن‌خوان‌ها، مغازه‌های سیگار، مغازه‌های خالکوبی/سوراخ کردن، و سالن‌های آب‌گرم/ماساژ استفاده کرده است؟ (فقط برای TANF)  بله  خیر

اگر بلی:

چه کسی:

چه زمانی:

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

اگر بلی:

چه کسی:

مبلغ دریافتی ماهانه:

تاریخ نهایی شدن یا آخرین اصلاح قرارداد نفقه:

### درباره متقاضی و همه اعضای خانواده به ما بگویید

آیا شما یا هرکسی که در خانواده شما زندگی می‌کند، هر نوع درآمدی مانند دستمزد، انعام، پاداش، خوداشتغالی، تامین اجتماعی/راه آهن، سایر معلولیت‌ها، حقوق بازنشستگی، بیکاری یا هر درآمد دیگری دریافت می‌کنید؟ برای TANF و SNAP، لطفاً درآمدی مانند موارد زیر را نیز ذکر کنید: درآمد VA، حمایت از کودکان، پول از افراد دیگر یا مزایای جبران خسارت کارگران. اگر بله، نمودار زیر را تکمیل کنید.

نام اعضای خانواده با درآمد	نوع درآمد	نام کارفرما / منبع درآمد	مبلغ ماهانه (قبل از کسر)	تعداد دفعات دریافت شده (ماهانه، دو هفته‌ای، هفتگی)	پرداخت در هر ساعت	ساعت در هفته	تاریخ (های) پرداخت

آیا در حال حاضر کسی اعتصاب می‌کند؟  بله  خیر

اگر خوداشتغال هستید، لطفاً مبلغ هزینه‌های ماهانه کسب و کار خود را ذکر کنید: \$ \_\_\_\_\_



بخش خدمات خانواده و فرزندان

## درخواست برای مزایا

در مورد متقاضی و منابع همه اعضای خانوار به ما بگویید - برای متقاضیان TANF و SNAP، تمام منابع را برای همه اعضای خانوار و متقاضیان Medicaid که سن (65 سال یا بالاتر)، نابینا یا معلول هستند (اختلال دائمی که مانع کار شما می شود، لیست کنید)

آیا شما یا هرکسی که برای آن درخواست داده اید منابعی دارید؟  بله  خیر  
اگر بله، لطفاً اطلاعات زیر را تکمیل کنید (تمام منابع (دارایی) متعلق به شما، همسران، وابستگان یا مالکیت مشترک با شخص دیگری را بررسی کنید. در صورت لزوم، صفحات اضافه را ضمیمه کنید).

- |   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | چک کردن حساب ها               | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | حساب های پس انداز             | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | اوراق قرضه دولتی              | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | صندوق های اعتماد              | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | املاک و مستغلات / املاک خانه؟ | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
- اقلام تدفین طرح های تشییع جنازه / پیش پرداخت  بله  خیر  
زمین های دفن یا قراردادها  بله  خیر  
سهام و اوراق قرضه  بله  خیر  
سایر موارد (IRA، CD، و غیره)  بله  خیر

آیا شما یا همسران دارایی را به کمتر از ارزش آن هدیه داده اید؟  بله  خیر  
اگر پاسخ شما به هر یک از این سوالات مثبت است، لطفاً در زیر توضیح دهید.

نام عضو خانواده با منبع	نوع منبع	شماره حساب/خط مشی	ارزش	نام بانک، شرکت بیمه و غیره.

آیا شما یا همسران وسیله نقلیه دارید؟  بله  خیر  
اگر بله، لطفاً در زیر توضیح دهید.

عضوی از خانواده که صاحب وسیله نقلیه است	ساخت خودرو	مدل	سال	مبلغ بدهکاری

آیا شما یا همسران خط مشی بیمه عمر دارید؟  بله  خیر  
اگر بله، لطفاً اطلاعات زیر را تکمیل کنید.

مالک خط مشی	شرکت بیمه	شماره خط مشی	ارزش اسمی	ارزش نقدی

### در مورد هزینه های متقاضی و همه اعضای خانواده به ما بگویید (اختیاری برای متقاضیان Medicaid)

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

فردی که نیاز به مراقبت دارد	فردی که هزینه مراقبت را پرداخت می کند	دلیل مراقبت	نام / شماره ارائه دهنده	مبلغ پرداختی به ارائه دهنده	چند بار پرداختی می شود

آیا هزینه حمل و نقل برای یک فرزند وابسته یا عضو بزرگسال معلول خانواده را پرداخت می کنید؟  بله  خیر  
آیا این هزینه ها شامل هزینه های مراقبت و وابسته می شود؟  بله  خیر  
اگر خیر، لطفاً به این سوال پاسخ دهید: مجموع مایل های طی شده در هفته:



بخش خدمات خانواده و فرزندان

## درخواست برای مزایا

آیا کسی در خانواده به شخصی که خارج از خانه زندگی می کند، نفقه فرزند پرداخت می کند؟  بله  خیر  
اگر بله، نمودار زیر را کامل کنید.

عضو خانوار موظف به پرداخت	نام فرزندی که برای او حمایت پرداخت می شود	مبلغ تعهد شده برای پرداخت	مبلغ واقعی پرداخت شده	حمایت از کودک به چه کسی پرداخت می شود؟

آیا کسی 60 ساله یا بالاتر یا معلول است که هزینه های پزشکی داشته باشد؟  بله  خیر  
اگر بله، نمودار زیر را تکمیل کنید.

عضوی از خانواده که هزینه دارد	نوع هزینه (ویزیت پزشک، ویزیت بیمارستان، نسخه، حق بیمه Medicare یا بیمه سلامت، عینک)	مبلغ بدهکاری	هنوز بدهکار است؟ بلی/خیر	تاریخ پرداخت	آیا بیمه پرداخت خواهد شد؟ بله/خیر

آیا کسی 60 سال به بالا یا معلول هزینه های درمانی برای حمل و نقل دارد؟  بله  خیر  
اگر بله، نمودار زیر را کامل کنید.

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

آیا شما یا یکی از اعضای خانواده هزینه های سرپناه و آب و برق دارید؟  بله  خیر  
اگر بله، نمودار زیر را کامل کنید.

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



بخش خدمات خانواده و فرزندان

## درخواست برای مزایا

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

اگر بله، چه کسی؟

نظرات / مستندات

به چه کسی پرداخت می شود

مبلغ پرداخت شده \$

در هر

نام صاحبخانه

آدرس صاحبخانه:

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

چه کسی قبض را پرداخت می کند؟	چه قبض هایی پرداخت شده؟
چه مبلغی پرداخت شده است؟	این شخص بل ها را به چه کسی پرداخت می کند؟

لطفاً در صورت درخواست مدیک اید اطلاعات زیر را تکمیل کنید.

اطلاعات شخص ثبت کننده پرونده مالیاتی

1. آیا کسی در خانواده قصد دارد در سال آینده اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال ارائه کند؟  بله  خیر  
اگر بله، کی؟ (هر فردی را که قصد ثبت پرونده را دارند لیست کنید)2. آیا هر یک از اشخاص ثبت کننده های پرونده مالیاتی ذکر شده به صورت مشترک با همسر تشکیل پرونده خواهند داد؟  بله  خیر اگر بله، لطفاً نام همسر را ذکر کنید:3. آیا هیچ یک از اشخاص ثبت کننده پرونده مالیاتی در اظهارنامه مالیاتی خود هیچ یک از وابستگان را مطالبه خواهند کرد؟  بله  خیر اگر بله، لطفاً نام(های) وابستگان را ذکر کنید:4. آیا کسی به عنوان شخص وابسته به اظهارنامه مالیاتی شخص دیگری مطالبه می شود؟  بله  خیر اگر بله، لطفاً نام ثبت کننده پرونده مالیاتی و افراد وابسته را ذکر کنید:

(ثبت کننده)

(وابسته)

وابسته مالیاتی چگونه با ثبت کننده پرونده مالیاتی مرتبط است؟

کسرها: همه مواردی را که صدق می کند بررسی کنید و مقدار و تعداد دفعاتی را که پرداختش کردید را ذکر کنید.

 نفقه پرداخت شده \$ چند وقت یکبار؟  سود قرض دانشجویی \$ هر چند وقت یکبار؟ حق بیمه سلامت، 401 هزار، و سایر کسرها قبل از مالیات \$ هر چند وقت یکبار؟ سایر کسرها \$ هر چند وقت یکبار؟ نوع:

سایر پوشش های بهداشتی

1. آیا کسی بیمه سلامت دیگری دارد که افراد خانواده شما را تحت پوشش قرار دهد؟  بله  خیر  
اگر پاسخ شما به سوال 4 در بالا مثبت است، لطفاً اطلاعات زیر و ضمیمه A را تکمیل کنید:

نام دارنده بیمه نامه	نام شرکت بیمه سلامت، آدرس و شماره تلفن	نوع پوشش (بیمارستانی، Medicare تکمیلی، داروها، عمده پزشکی)	نام افراد تحت پوشش	تاریخ اجرا	شماره خط مشی

2. آیا کسی که در این درخواست نامه فهرست شده است، یک از آدرس یک شغل، پوشش بهداشتی به او پیشنهاد می شود؟ بله را علامت گذاری کنید حتی اگر این پوشش از آدرس شغل شخص دیگری، مانند والدین یا همسر باشد.

 بله  خیر اگر بله، باید پیوست A را تکمیل کنید.آیا این یک طرح مزایای کارکنان دولتی است؟  بله  خیر

فرم 297 (اصلاحیه 10/2024)



بخش خدمات خانواده و فرزندان

## درخواست برای مزایا

3. آیا شما یا هرکسی که در این درخواست نامه فهرست شده است، در 2 ماه گذشته هیچ گونه پوشش بهداشتی را از دست داده اید؟
- a.  بله اگر بله، چرا از دست داده است؟ \_\_\_\_\_
- b.  خیر
4. آیا کسی بوده است که در سن 18 سالگی در Foster Care برای Medicaid درخواست داده باشد؟  بله  خیر
5. آیا کسی در خانواده شما بومی آمریکایی یا آلاسکایی است؟  بله  خیر  
اگر بله، ضمیمه B را تکمیل کنید.
- اگر کسی با سن (65 یا بیشتر)، نابینا یا ناتوان (اختلال دائمی که مانع از کار شما می شود) است، لطفاً به سوالات پاسخ دهید. (اختیاری)**
1. آیا کسی نابینا یا معلول است که برای پوشش سلامت درخواست کند؟  
 بله  خیر اگر بله، لطفاً نام را ذکر کنید: \_\_\_\_\_
2. آیا شما یا همسران در حال حاضر تحت پوشش Medicare هستید؟  
 بله  خیر اگر بله، لطفاً نام را ذکر کنید: \_\_\_\_\_
3. آیا برای Medicaid جهت پوشش صورت حساب های پزشکی پرداخت نشده از سه ماه قبل از درخواست درآمد تضمینی تکمیلی (SSI) درخواست می دهید؟  
 بله  خیر اگر بله، تاریخ درخواست SSI: \_\_\_\_\_
4. آیا برای شخصی که در حال حاضر فوت کرده است و صورت حساب های پزشکی پرداخت نشده در (3) ماه گذشته را دارد درخواست می دهید؟  
 بله  خیر
5. آیا برای کمک به پرداخت هزینه مراقبت از شخصی که در خانه سالمندان است، Medicaid درخواست می دهید؟  
 بله  خیر
6. آیا برای فردی بالای 18 سال که چک SSI او متوقف شده است برای Medicaid درخواست می دهید؟  
 بله  خیر
7. آیا برای کمک به پرداخت خدمات معافیت مبتنی بر جامعه مانند خدمات مراقبت از جامعه، NOW/COMP، مراقبت از آسایشگاه، معافیت مراقبت مستقل، یا معافیت Deeming Waiver (Katie Beckett) برای Medicaid درخواست می دهید؟  
 بله  خیر



بخش خدمات خانواده و فرزندان

## درخواست برای مزایا

### مجازات SNAP

ممکن است به دلیل ارائه آگاهانه اطلاعات نادرست، مزایای خود را از دست بدهید یا تحت تعقیب کیفری قرار بگیرید.

- برای دریافت مزایایی که خانواده شما نباید دریافت کنند، اطلاعات نادرست ندهید یا اطلاعاتی را پنهان نکنید.
  - از کارت های SNAP یا EBT که متعلق به شما نیستند استفاده نکنید و اجازه ندهید شخص دیگری از کارت های شما استفاده کند.
  - از مزایای SNAP برای خرید اقلام غیر غذایی مانند الکل یا سیگار یا پرداخت با کارت های اعتباری استفاده نکنید.
  - از تجارت یا فروش SNAP یا کارت های EBT بر ایقلام غیرقانونی مانند اسلحه گرم، مهمات، یا مواد کنترل شده (داروهای غیرقانونی) خودداری کنید.
- هر عضوی از خانواده که عمداً هر یک از قوانین SNAP را زیر پا بگذارد، می تواند به مدت یک سال تا دائمی از برنامه SNAP محروم شود، تا 250,000 دلار جریمه شود، به مدت 20 سال به زندان برود یا هر دو. او همچنین ممکن است تحت پیگرد قانونی تحت سایر قوانین فدرال و ایالتی قابل اجرا باشد. او همچنین ممکن است در صورت دستوردادگاه برای 18 ماه دیگر از SNAP منع شود.

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

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

اگر دادگاه حقوقی شما یا یکی از اعضای خانواده را به دلیل استفاده یا دریافت مزایای SNAP در معامله ای که شامل فروش اسلحه گرم، مهمات یا مواد منفجره است، مجرم تشخیص دهد، شما یا آن عضو خانواده به خاطر اولین تخلف برای همیشه از شرکت در SNAP محروم خواهید شد.

اگر دادگاه حقوقی شما یا یکی از اعضای خانواده را به دلیل داشتن مزایای قاچاق به مبلغ کل 500 دلار یا بیشتر مجرم تشخیص دهد، شما یا آن عضو خانواده در اولین تخلف از این قانون برای همیشه واجد شرایط شرکت در برنامه SNAP نخواهید بود.

اگر مشخص شود که شما یا یکی از اعضای خانواده به منظور دریافت مزایای متعدد SNAP اطلاعات یا اظهارات جعلی در مورد هویت (چه کسی هستند) یا محل سکونت (محل زندگی آنها) ارائه کرده است، شما یا آن عضو خانواده برای مدت 10 سال واجد شرایط شرکت در برنامه SNAP نخواهد بود.

### مجازات برنامه TANF

در برنامه TANF، یک IPV (نقض عمدی برنامه) یک اقدام عمدی توسط یک فرد برای ایجاد یا حفظ واجد شرایط بودن یک واحد کمک (AU's)، یا برای افزایش یا جلوگیری از کاهش مزایای AU، با ارائه اطلاعات نادرست یا گمراه کننده یا پنهان کردن اطلاعات است.

- هر عضوی از خانواده که اطلاعات خود را مخفی کند و تغییرات را به موقع گزارش نکند یا حقیقت را نگوید، برای اولین تخلف، شش ماه، برای تخلف دوم، دوازده ماه و برای تخلف سوم، به طور دائم مزایای TANF را از دست خواهد داد. سوء استفاده از وجوه کمک نقدی یا کارت اعتباری TANF برای برداشت پول نقد یا انجام معاملات در کازینوها، مشروب فروشی ها، مراکز سرگرمی بزرگسالان "کلوب های استریپ"، اتاق های پوکر، و تیفه، کلوب های شبانه/سالن ها/میخانه ها، سالن های بینگو، پیست های مسابقه، مراکز بازی، فروشگاه های اسلحه/مهمات، کشتی های کروز، ذهن خوان ها، مغازه های سیگار، مغازه های خالکوبی/سوراخ کردن، و سالن های آبرگرم/ماساژ اکیدا ممنوع است و منجر به از دست دادن مزایای TANF به مدت شش ماه برای اولین تخلف، دوازده ماه برای تخلف دوم و دائم برای تخلف سوم خواهد شد.
- اگر دادگاه حقوقی متوجه شد که شما یا یکی از اعضای خانواده اطلاعات خود را مخفی کرده اید یا تغییرات را به موقع گزارش نمی کنید یا حقیقت را نگفته اید و محکوم شده اید، ممکن است برای اولین تخلف 6 ماه، برای تخلف دوم 12 ماه و برای تخلف سوم به طور دائم TANF دریافت نکنید.
- اگر دادگاه حقوقی شما پایکیاز اعضای خانواده را به ارائه اطلاعات نادرست دربار محل زندگی خود، تا بتوانید در بیش از یک ایالت مزایا دریافت کنید، مجرم تشخیص دهد، به مدت 10 سال محروم خواهید شد.
- اگر دادگاهی شمارا به اتهامات مرتبط با مواد مخدر، مواد کنترل شده یا جنایات شدید خشونت آمیز بعد از تاریخ 1/1/1997 یا بعد از آن محکوم کرده باشد، شما یا آن عضو خانواده واجد شرایط و/یا برای همیشه شناخته نخواهید شد.



بخش خدمات خانواده و فرزندان

## درخواست برای مزایا

### برای همه متقاضیان TANF، SNAP و Medicaid:

من طبق جریمه شهادت دروغ تا جایی که می دانم و معتقدم اعلام می کنم که شخص یا افرادی که برای آنها درخواست مزایای منم، شهروند (ان) ایالات متحده هستند یا غیر شهروند (ان) ی کیهبه طور قانونی در ایالات متحده حضور دارند. من همچنین گواهی می دهم که تمام اطلاعات ارائه شده در این درخواست نامه تا جایی که می دانم درست و صحیح است. می دانم و موافقم که DHS-DFCS، DCH و آژانس های فدرال ذیصلاح می توانند اطلاعاتی را که من در این درخواست نامه ارائه می دهم تأیید کنند. اطلاعات ممکن است از کارفرمایان گذشته یا فعلی بدست آید. می دانم که از اطلاعات من برای ردیابی اطلاعات دستمزد و مشارکت در فعالیت های کاری استفاده می شود.

هرگونه تغییر در وضعیت خود را با توجه به الزامات برنامه SNAP و/یا TANF گزارش خواهیم کرد. همچنین اگر کسی در خانواده من برنده لاتاری یا شرط بندی شود و مبلغ ناخالص 4500 دلار یا بیشتر (قبل از کسر مالیات یا سایر مبالغ) به دست آورد، آن را گزارش خواهیم کرد. من این جایزه ها را ظرف حداکثر 10 روز از پایان ماهی که خانواده ام جایزه ها را دریافت می کند، گزارش خواهیم کرد. من می دانم که اگر اطلاعات نادرست باشد، ممکن است مزایای من کاهش یابد یا منجر به مشکلات دیگری شود. من می دانم که اگر اطلاعات نادرست یا مخفی کردن اطلاعات، می توانم تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم. می دانم که اگر نتوانم در طول درخواست یا فرآیند تمدید برخی از هزینه هایم را به DHS-DFCS بگویم و/یا آنها را تأیید نکنم، DHS-DFCS آن هزینه را برای محاسبه میزان مزایای SNAP من بوجه نخواهد کرد.

اداره خدمات بشری گرجستان ("DHS") اطلاعات شناسایی شخصی (PII) مانند نام، آدرس، شماره تلفن، آدرس ایمیل، و تاریخ تولد و غیره را در طول درخواست شما برای مزایا جمع آوری می کند. با ارسال هرگونه اطلاعات شخصی به ما، موافقت می کنید که ما می توانیم چنین اطلاعات شخصی را مطابق با خط مشی ها، طرز العمل های DHS و طبق قانون و/یا مقررات مجاز یا مورد نیاز جمع آوری، استفاده و افشا کنیم.

_____	_____
تاریخ	امضا متقاضی
_____	_____
تاریخ	امضای نماینده ذیصلاح

### اطلاعات ثبت نام رأی دهندگان

اگر برای رأی دادن در جایی که اکنون زندگی می کنید ثبت نام نکرده اید، آیا می خواهید امروز برای رأی دادن در این جا ثبت نام کنید؟

بله \_\_\_\_\_

خیر \_\_\_\_\_

نمی خواهم به سؤال ثبت نام رأی دهندگان پاسخ دهم

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

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

اگر فکر می کنید که شخصی در حق ثبت نام شما یا امتناع از ثبت نام برای رأی دادن دخالت کرده است، حق حفظ حریم خصوصی شما در تصمیم گیری برای ثبت نام یا درخواست ثبت نام برای رأی دادن، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی یا ترجیحات سیاسی دیگر، می توانید به Martin Luther King Jr 2 وزیر امور خارجه در آدرس زیر شکایت کنید. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 یا به شماره (404) 2871-656 تماس بگیرید.

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

یک کپی از درخواست نامه ثبت نام رأی دهندگان Georgia همراه با درخواست نامه های کاربردی DFCS، تمدید و تغییر فرم های آدرس موجود است. شما همچنین می توانید فرم درخواستی ثبت نام رأی دهندگان را از کارمند پرونده خود درخواست کنید. اگر یک درخواست ثبت نام رأی دهندگان را تکمیل می کنید، آن را با رعایت دستورالعمل های ارائه شده در درخواست نامه ثبت نام رأی دهندگان به دفتر وزیر امور خارجه Georgi ارسال کنید.





بخش خدمات خانواده و فرزندان

# درخواست برای مزایا

(این مدارک را برای اطلاعات خود نگه دارید)

کلمات استفاده شده در این درخواست نامه به چه معنا هستند؟

این نمودار کلماتی را که در این درخواست نامه استفاده کرده ایم توضیح می دهد.

متقاضی	فردی که برای دریافت کمک یا مزایای دولتی درخواست می دهد.
واحد کمک (AU)	واحد کمک شامل افراد واحد شریایی است که با هم زندگی می کنند، از جمله یک فرد باردار و یک کودک متولد نشده، و از کمک‌ها/مزایای دولتی برخوردار می شوند.
سرپرست	والدین، فرد باردار، خویشاوند یا قیم قانونیکه برای TANF با فرزندان تحت مراقبت خود، از جمله یک کودک متولد نشده، درخواست داده و دریافت می کند.
رد صلاحیت شد	اقدامی که برای حذف یک فرد از پرونده SNAP یا TANF انجام شد، زیرا آنها حقیقت را نگفتند و مزایایی را دریافت کردند که نباید دریافت می کردند.
انتقال الکترونیکی مزایا (EBT)	سیستمی که در Georgia برای پرداخت مزایا به افرادی که واجد شرایط SNAP هستند، استفاده می شود. برای افرادی که کمک دریافت می کنند، کارت نقدی EBT صادر می شود که برای دسترسی به حساب های SNAP آنها استفاده می شود.
ارتباطات الکترونیکی	شما می توانید انتخاب کنید که چگونه می خواهید اعلان های مربوط به اطلاعات خود را دریافت کنید. اگر دریافت ایمیل یا اعلان های متنی را انتخاب کنید، پیامی دریافت می کنید که به شما اطلاع می دهد که شما در "اعلامیه های من" واقع در پورتال مشتریان GA Gateway اعلامیه ای دارید. برای ارتباط با ایمیل، باید آدرس ایمیل خود را به ما ارائه دهید و پس از ایجاد حساب، شرایط و ضوابط اعلامیه های بدون کاغذ واقع در پورتال مشتریان GA Gateway را بپذیرید. لطفاً از وبسایت پورتال مشتریان GA Gateway در <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a> دیدن کنید تا تنظیمات اعلان خود را به روزرسانی کنید. برای ارتباطات از طریق ارسال پیامک، باید شماره تلفن خود را در اختیار ما قرار دهید. نرخ استاندارد پیام و داده ممکن است درخواست شود. این ممکن است بسته به شرکت های مخابراتی متفاوت باشد، لطفاً با ارائه دهنده خود بررسی کنید.
اقوام دریافت کننده کمک هزینه	والدین، فرد باردار، خویشاوند یا قیم قانونیکه برای TANF با فرزندان تحت مراقبت خود، از جمله یک کودک متولد نشده، درخواست داده و دریافت می کند.
درآمد ناخالص	کل درآمد یک شخص قبل از در نظر گرفتن مالیات یا سایر کسرها.
فرد بی خانمان	فردی که فاقد اقامتگاه شبانه ثابت و منظم است یا فردی که اقامتگاه اصلی شبانه او عبارت است از: <ul style="list-style-type: none"> <li>یک سرپناه تحت نظارت طراحی شده برای ارائه اقامتگاه های موقت (مانند یک هتل رفاهی یا سرپناه دسته جمعی)؛</li> <li>یک خانه نیمه راه یا مؤسسه مشابهی که برای افرادی که قرار است در آن نهادینه شوند، اقامت موقت فراهم می کند؛</li> <li>اقامت موقت به مدت حداکثر 90 روز در محل اقامت فرد دیگری؛ یا</li> <li>مکانی که به عنوان محل خواب معمولی برای انسان طراحی نشده یا معمولاً از آن استفاده نمی شود (راهرو، ایستگاه اتوبوس، لابی یا مکان های مشابه).</li> </ul>
اعضای خانواده	افرادی که در خانه شما زندگی می کنند. برای SNAP، افرادی که با هم زندگی می کنند و غذاهای خود را با هم خریداری و آماده می کنند.
درآمد	پرداخت هایی مانند دستمزد، حقوق، پورسانت، پاداش، معلولیت، بازنشستگی، مزایای بازنشستگی، بهر حمایت از کودک یا هر شکل دیگری از پول دریافتی.
قانون معافیت مالیاتی طبقه متوسط 2012	این قانون استفاده از وجوه کمک نقدی یا کارت های نقدی TANF را برای برداشت پول نقد یا انجام معاملاتتر کازینو ها، مشروبفروشی ها، امکانات سرگرمی بزرگسالان، اتاق های پوکر، وثیقه، کلب های شبانه/سالن ها/میخانه ها، سالن های یکتو نوع بازی شبیه لوتو، مسیرهای مسابقه، موسسات بازی، فروشگاه های اسلحه/مهمات، کشتی های کروز، کتابخوان های روان خوان، مغازه های سیگار، مغازه های خالکوبی/سوراخکاری، و سالن های آب گرم/ماساژ ممنوع می کند. استفاده از وجوه کمک نقدی یا دبییت کارت TANF در این کسب و کارها نقض عمده برنامه (کلاهبرداری) از سوی گیرنده خواهد بود.
کارگران مزرعه مهاجر	افرادی که کارگران فصلی مزرعه هستند و از یک خانه مینا به خانه دیگر برای کار یا جستجوی کار مزرعه نقل مکان می کنند.
غیر متقاضی	فردی که برای کمک/مزایای دولتی درخواست نکرده یا آن را دریافت نمی کند. افراد غیر متقاضی نیازی به ارائه شماره تامین اجتماعی، تابعیت یا وضعیت مهاجرت ندارند.



بخش خدمات خانواده و فرزندان

## درخواست برای مزایا

<p>خارجی / مهاجر واجد شرایط شخصی است که به طور قانونی در ایالات متحده اقامت دارد و در یکی از دسته بندی های زیر قرار می گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شخصی که به طور قانونی برای اقامت دایم (LPR) تحت قانون مهاجرت و ملیت (INA) پذیرفته شده است؛</li> <li>• مهاجر آمراسیایی تحت بخش 584 قانون عملیات خارجی، تأمین مالی صادرات و قانون تخصیص برنامه های مربوطه 1988؛</li> <li>• شخصی که طبق ماده INA 208 پناهنده دریاقت کرده است؛</li> <li>• پناهندهگان پذیرفته شده بر اساس بخش INA 207؛</li> <li>• شخصی که طبق بخش 212 (d) (5) INA به عنوان پناهنده به صوت مشروط آزاد شده است؛</li> <li>• شخصی که بر اساس بخش 243 (h) INA که قبل از 1 آوریل 1997 لازم الاجرا بود، یا بخش 241 (b) (3) INA، با اصلاحیه، اخراج او متوقف شده است؛</li> <li>• شخصی که طبق بخش 203(a)(7) INA که قبل از 1 آوریل 1980 لازم الاجرا بود، اجازه ورود مشروط به وی داده شده است؛</li> <li>• مهاجران کویابی یا هائیتی همانطور که در بخش 501 (e) قانون کمک آموزشی پناهندهگان در سال 1980 تعریف شده است؛</li> <li>• قربانیان قاچاق انسان بر اساس بخش 107 (b) (1) قانون حمایت از قربانیان قاچاق انسان در سال 2000؛</li> <li>• مهاجران کتک خورده که شرایط مندرج در بخش 431 (c) قانون مسئولیت شخصی و اصلاح فرصت های کاری سال 1996 با اصلاحیه را دارند؛</li> <li>• مهاجران افغان یا عراقی که بر اساس بخش 101(a)(27) INA وضعیت مهاجر ویژه ای به آنها اعطا شده (با توجه به شرایط مشخص)؛</li> <li>• سرخپوستان هندی آمریکایی متولد شده در کانادا و مقیم ایالات متحده تحت بخش INA 289 با غیرشهرودان قبیله سرخپوستانی که توسط فدرال به رسمیت شناخته شده اند بر اساس بخش 4 (e) قانون خودتعیینی و کمک آموزشی هندی و؛</li> <li>• اعضای قبیله Hmong یا Highland Laosian که با شرکت در عملیات نظامی یا نجات در دوران ویتنام (8/05/1964 - 5/07/1975) به پرسنل ایالات متحده کمک کردند.</li> </ul> <p>فقط برای متقاضیان کمک پزشکی، پیمان انجمن آزاد (COFA) شهروندان ایالات فدرال میکرونازی، جمهوری جزایر مارشال و جمهوری پالائو هست. مهاجران COFA نیازی به رعایت بار 5 ساله ندارند.</p>	<p>خارجی / مهاجر واجد شرایط</p>
<p>پول نقد، اموال یا دارایی هایی مانند حسابات بانکی، وسایل نقلیه، سهام، اوراق قرضه و بیمه عمر.</p>	<p>منابع</p>
<p>افراد که در زمان های خاصی از سالیه کاشت، چیدن یا بسته بندی محصول می پردازند. آنها به صورت موقتاً استخدامی شوند زمانی که یک شغل به تعداد کارگران بیشتریدر مقایسه با تعدادی که مزرعه به طور معمولی نیاز دارد، نیاز داشته باشد.</p>	<p>کارگران فصلی مزارع</p>
<p>قاچاق مزایای SNAP به این معناست: (1) خرید، فروش، سرقت، یا مبادله مزایای SNAP که از طریق کارت های EBT، شماره کارت شماره پین یا باسند امضای دستی، برای پول نقد یا در نظر گرفتن غیر از غذای واجد شرایط، به طور مستقیم، غیر مستقیم یا مشارکت تبانی با دیگران، یا عمل به نتایج صادر و در دسترس قرار گرفته؛ (2) مبادله سلاح گرم، مهمات، مواد منفجره یا مواد کنترل شده؛ (3) خرید محصولی با مزایای SNAP که دارای ظرفی است که مستلزم سپرده برگشتی با هدف دریافت پول نقد از طریق دور انداختن محصول و بازگرداندن طرف به ازای مبلغ سپرده؛ (4) خرید محصولی با مزایای SNAP با هدف به دست آوردن پول نقد یا مبلغی غیر از غذای واجد شرایط از طریق فروش مجدد محصول و متعاقباً فروش مجدد عمدی محصول خریداری شده با مزایای SNAP در ازای پول نقد یا مبلغی غیر از غذای واجد شرایط؛ (5) خرید عمدی محصولاتی که در اصل با مزایای SNAP در ازای پول نقد یا مبلغی غیر از غذای واجد شرایط خریداری شده اند؛ (6) تلاش برای خرید، فروش، سرقت، یا تأثیرگذاری بر مبادله مزایای SNAP که از طریق کارت های انتقال مزایای الکترونیکی (EBT)، شماره کارت و شماره شناسایی شخصی (PIN) یا از طریق سند و امضای دستی برای دریافت پول نقد صادر و به آن دسترسی پیدا می کند یا در نظر گرفتن غیر از غذای واجد شرایط، به طور مستقیم، غیر مستقیم، در همدستی یا تبانی با دیگران، یا اقدام به نتایج.</p>	<p>قاچاق در SNAP</p>
<p>ایالت جورجیا یک گزینه پرداخت "الکترونیکی" مناسب برای گیرندگان TANF به نام MasterCard Debit Way2Go اجرا کرده است. تحت این گزینه پرداخت، پول در اولین روز تقویم ماه به حساب گیرنده واریز می شود. اگر اولین روز ماه در تعطیلات آخر هفته یا تعطیلات عمومی قرار بگیرد، مزایا در آخرین روز کاری ماه قبل در دسترس قرار می گیرد. گیرنده فوراً به وجوه خود دسترسی دارد زیرا وجوه به صورت الکترونیکی در ماسترکارت بدهی بارگیری می شود.</p>	<p>کارت نقدی Way2Go</p>

## برای همه متقاضیان Medicaid:

برای گزارش تقلب مشکوک مدیک اید در مورد گیرندگان یا ارائه دهندگان، با اداره سلامت جامعه گرجستان دفتر بازرس کل به (محلی) 463-7590 (404) یا (رایگان) با (800) 533-0686 تماس بگیرید؛ از طریق ایمیل در [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov)؛ از طریق پست در Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19<sup>th</sup> Floor, East Tower, Atlanta GA 30334 یا ببینید <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

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

وزارت ها برای جلوگیری از تبعیض بر اساس ناتوانی، اصلاحات منطقی را در مواقعی که اصلاحات لازم باشد، ارائه می‌کنند. برای مثال، ممکن است سیاست‌ها، عمل‌ها یا رویه‌ها را تغییر دهیم تا دسترسی برابر را فراهم کنیم. برای اطمینان از ارتباط یکسان مؤثر، ما به افراد دارای معلولیت یا همراهان دارای معلولیت کمک ارتباطی مانند مترجمان زبان اشاره ارائه می‌دهیم. کمک ما رایگان است. ادارات ملزم به ایجاد هیچ‌گونه تغییری نیستند که منجر به تغییر اساسی در ماهیت خدمت، برنامه یا فعالیت یا ایجاد بار مالی و اداری بی‌مورد شود.

### **نحوه درخواست تغییر منطقی یا کمک ارتباطی**

اگر ناتوانی دارید و نیاز به تغییری منطقی، کمک ارتباطی یا کمک اضافی دارید، لطفاً با مددکار پرونده خود تماس بگیرید. برای مثال، اگر به کمک یا خدماتی مانند مترجم زبان اشاره برای ارتباط مؤثر نیاز دارید، تماس بگیرید. می‌توانید با کارفرمای پرونده خود تماس بگیرید یا با DFCS به شماره 423-4746 (877) یا با تیم DCH Katie Beckett (KB) به شماره 678-248-7449 تماس بگیرید تا درخواست خود را ارائه دهید. همچنین می‌توانید درخواست خود را با استفاده از فرم درخواست اصلاح معقول DFCS ADA، که در دفتر محلی DFCS شما یا به‌آنلاین در <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> موجود است، ارائه دهید، یا ممکن است فرم درخواست اصلاح منطقی DCH ADA در دفتر KB، یا به‌صورت آنلاین در <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> دریافت کنید، یا می‌توانید درخواست اصلاح خود را به [DCH.ADAassistance@dch.ga](mailto:DCH.ADAassistance@dch.ga) ایمیل کنید.

### **نحوه ثبت شکایت**

اگر ادارات به دلیل ناتوانی شما علیه شما تبعیضات شده اند، حق دارید شکایت کنید. به عنوان مثال، اگر درخواست یک اصلاح معقول یا مترجم زبان اشاره را داشته باشید که در یک زمان معمولی رد شده یا به آن عمل نشده است، می‌توانید شکایت تبعیض ارائه کنید. می‌توانید با تماس با کارگر پرونده، دفتر محلی DFCS یا هماهنگ‌کننده حقوق مدنی ADA، بخش 504، DFCS/بخش 504 در 47 423-4746 (877)، Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334، به صورت کتبی یا شفاهی شکایت کنید. برای DCH، با هماهنگ‌کننده تیم 504 ADA/Section KB در 2211 P.O. Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 یا [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov)، ایمیل DCH این است: Box 172, Norcross, GA 30091، (678) 248-7449.

می‌توانید از مددکار پرونده خود یک نسخه از فرم شکایت حقوق شهروندی DFCS را بخواهید. فرم شکایت در نشانی زیر <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> نیز موجود است. اگر برای شکایت تبعیض به کمک نیاز دارید، می‌توانید با کارکنان DFCS فهرست شده در بالا تماس بگیرید. افرادی که ناشنوا یا کم شنوا هستند یا ممکن است ناتوانی در گفتار داشته باشند می‌توانند با 711 برای یک اپراتور تماس بگیرند تا با ما ارتباط برقرار کند. ایمیل برای شکایات حقوق شهروندی DCH: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). لینک فرایند حقوق شهروندی DCH و فرم شکایت در این آدرس موجود است: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

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

\* بند 504 قانون توانبخشی مصوب 1973؛ قانون آمریکایی های معلول مصوب سال 1990؛ و متمم های قانون قانون آمریکایی های دارای معلولیت مصوب سال 2008 تضمین می‌کند که افراد دارای معلولیت از تبعیض غیرقانونی آزاد هستند.

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

### بیانیه عدم تبعیض

مطابق با قوانین فدرال حقوق مدنی و وزارت کشاورزی ایالت متحده (USDA) مقررات و سیاست‌های حقوق مدنی، USDA، آژانس‌ها، دفاتر و کارمندان آن، و مؤسساتی که در برنامه‌های USDA شرکت می‌کنند یا اجرا می‌کنند، از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، منشأ ملی، جنسیت (شامل هویت جنسی و گرایش جنسی)، اعتقادات مذهبی، ناتوانی، سن، اعتقادات سیاسی، یا تلافی برای فعالیت‌های حقوق مدنی قبلی در هر برنامه یا فعالیتی که توسط USDA انجام شده یا تامین مالی شده است، منع شده‌اند. برنامه‌هایی که از کمک مالی فدرال را از وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS)، مانند کمک‌های موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF)، و برنامه‌هایی که HHS مستقیماً اجرا می‌کند نیز طبق قوانین فدرال حقوق مدنی و مقررات HHS از تبعیض منع شده‌اند.

افراد دارای معلولیت که برای اطلاعات برنامه نیاز به وسایل ارتباطی جایگزین دارند (مانند خط بریل، چاپ بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی)، باید با آژانس (ایالتی یا محلی) که در آن درخواست مزایا کرده‌اند تماس بگیرند. افراد ناشنوا، کم‌شنوا یا مبتلا به ناتوانی گفتاری می‌توانند از طریق سرویس رله فدرال به شماره 877-8339 (800) با USDA تماس بگیرند. علاوه بر این، اطلاعات برنامه ممکن است به زبان‌های دیگری غیر از انگلیسی قابل دسترسی باشد.

### شکایات حقوق شهروندی مربوط به برنامه‌های USDA

USDA کمک مالی فدرال برای بسیاری از برنامه‌های امنیت غذایی و کاهش گرسنگی مانند برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)، برنامه توزیع غذا به ملاحظه هند (FDPIR) و غیره ارائه می‌کند. برای ثبت شکایت برنامه تبعیض، فرم شکایت تبعیض برنامه را تکمیل کنید، (AD-3027) که به صورت آنلاین در <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>، و در هر دفتر USDA یافت می‌شود، یا نامه‌ای به آدرس USDA بنویسید و تمام اطلاعات درخواست شده در فرم را در نامه ارائه کنید. برای درخواست کپی فرم شکایت با شماره (866) 632-9992 تماس بگیرید. فرم یا نامه تکمیل شده خود را از طرق زیر به USDA تسلیم کنید:

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

برای هر گونه اطلاعات دیگری در مورد مسایل SNAP، افراد باید با شماره خط تلفن USDA SNAP به شماره (800) 221-5689، که به زبان اسپانیایی نیز می‌باشد، یا با [اطلاعات ایالت شماره های خط تلفن](#) تماس بگیرید (برای فهرستی از شماره‌های خط تلفن بر اساس ایالت، روی لینک کلیک کنید)؛ که آنلاین یافت می‌شود: [خط تلفن SNAP](#).

### شکایات حقوق مدنی که شامل برنامه‌های HHS می‌شود

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

برای ثبت شکایت از تبعیض برای خود یا شخص دیگری در رابطه با برنامه دریافت کمک مالی فدرال از طریق HHS، فرم را به صورت آنلاین از طریق پورتال شکایت OCR به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> تکمیل کنید. شما همچنین می‌توانید با OCR از طریق این آدرس پستی در تماس باشید: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201؛ فکس: 3818-619 (202)؛ یا ایمیل: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). برای رسیدگی سریع‌تر، توصیه می‌کنیم که به جای ارسال از طریق پست، از درگاه آنلاین OCR برای ثبت شکایات استفاده کنید. افرادی که برای ثبت شکایت حقوق شهروندی به کمک نیاز دارند می‌توانند به OCR به نشانی [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) ایمیل بفرستند یا با خط رایگان OCR به شماره 1-800-537-7697 TDD، 1-800-368-1019 تماس بگیرند. افراد ناشنوا، کم‌شنوا یا دارای مشکلات گفتاری، لطفاً 1-7-1 را شماره‌گیری کنند تا به سرویس رله مخابراتی دسترسی پیدا کنند. همچنین فرصت‌های مناسب معلولان (مانند خط بریل و چاپ بزرگ)، کمک‌های جانبی و خدمات کمک زبانی را به‌صورت رایگان برای ثبت شکایت ارائه می‌دهیم.

این موسسه، یک ارائه‌کننده فرصت‌های مساوی است.

تحت اداره خدمات انسانی (DHS)، شما همچنین می‌توانید شکایات تبعیض دیگر را با تماس با دفتر محلی DFCS یا حقوق مدنی DFCS ADA/بخش 504 هماهنگ کننده در Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334، ثبت کنید. برای شکایات مربوط به تبعیض بر اساس مهارت محدود انگلیسی، با برنامه مهارت انگلیسی و اختلال حسی DHS Limited در Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334، (877) 423-4746 تماس بگیرید.

درخواست ها را به USDA یا HHS ارسال نکنید