









जर्जिया मानव सेवा विभाग
SNAP/MEDICAID/TANF नवीकरण फाराम

तपाईंलाई यो कागजात पढ्न वा पूरा गर्न वा हामीसँग कुरा गर्न मद्दत चाहिन्छ भने, हामीलाई अनुरोध गर्नुहोस् वा (877) 423-4746 मा कल गर्नुहोस्। दोभासेहरू लगायतका हाम्रा सेवाहरू निःशुल्क छन्। तपाईंको श्रवणशक्ति हानी, सुन्नमा कठिनाइ, दृष्टिविहीन वा बोल्नमा कठिनाइ हुन्छ भने, तपाईं हामीलाई 711 (Georgia रिले) डायल गरेर माथिको नम्बरमा कल गर्न सक्नुहुन्छ।

कार्यालय प्रयोजनका लागि मात्र: प्राप्त मिति _____ सेवाग्राहीको आइडी # _____ सुरु भएको मिति: _____
प्रारम्भ गरिएका कार्यक्रमहरू: 

तपाईंले का लागि पुनः आवेदन दिदै हुनुहुन्छ वा आफ्नो  वा 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  र/वा का लागि मात्र संयुक्त नवीकरण/आवेदन भर्नका लागि यो फाराम प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंको  नवीकरण अर्को कार्यक्रमका लागि तपाईंको नवीकरण/आवेदन अस्वीकार/समाप्त भएको आधारमा मात्र खारेज गरिने छैन। हामी तपाईंको  नवीकरणका लागि छुट्टै योग्यता निर्धारण गर्ने छौं।

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

सेवाग्राहीको नाम:	जन्म मिति:	सामाजिक सुरक्षा नम्बर: (गैर-आवेदकहरूका लागि वैकल्पिक*)
तपाईं बेघर हुनुहुन्छ र? हो _____ होइन _____		*तलको नागरिकता आप्रवासन स्थिति रसामाजिक सुरक्षा नम्बरहरू हेर्नुहोस्।
स्ट्रिट ठेगाना:		
पत्राचार ठेगाना:		
मुख्य फोन नम्बर:	अन्य सम्पर्क नम्बर:	
विद्युतीय सञ्चार: इमेल: हो _____ वा होइन _____ (वैकल्पिक) टेक्स्ट गर्ने: हो _____ वा होइन _____ (वैकल्पिक)	इमेल ठेगाना: (वैकल्पिक)	
तपाईंको रूचाइएको भाषा के हो?	अन्तरवार्ता आवश्यक छ भने, तपाईंलाई दोभाषेको आवश्यकता _____ हो _____ वा होइन _____ पर्छ?	

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

तपाईंसँग असक्षमता छ जसका लागि उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता चाहिन्छ? हो _____ होइन _____

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

साङ्केतिक भाषाका दोभाषे _____; ; ठूलो प्रिन्ट _____; विद्युतीय सञ्चार (इमेल) _____; ब्रेल _____;

भिडियो रिले _____; क्यूड वाचन दोभाषे _____; मौखिक दोभाषे _____; स्पर्शनीय दोभाषे _____; कार्यक्रमको समय सीमाको

टेलिफोन कल रिमाइन्डर _____; 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 व्याख्या गर्नुहोस् ?

मैले लाभहरूको लागि आवेदन दिँदै गरेको व्यक्ति(हरू) संयुक्त राज्य U.S. को नागरिक(हरू) वा गैर-नागरिक(हरू) हो/हुन् वा कानूनी रूपमा उपस्थित छन् भनी मैले जान्न मरो ज्ञान र विश्वासको लागि मैले भुठो बयानको सजाय घोषणा गर्दछु। मलाई ज्ञान भएसम्म यो आवेदनमा उपलब्ध गराइएका सम्पूर्ण जानकारी सही र सत्य छ भनी म थप प्रमाणित गर्दछु। र आधिकारिक संघीय निकायहरूले मैले यस आवेदनमा दिएका जानकारीलाई प्रमाणित गर्न सक्नुहुन्छ भनी मैले बुझ्दछु र स्वीकार गर्दछु। जानकारी विगतका वा वर्तमान रोजगारदाताहरू बाट प्राप्त गरिएको हुन सक्छ। मेरो जानकारी ज्यला जानकारी र कार्य क्रियाकलापहरूमा मेरो सहभागितालाई ट्याक गर्न प्रयोग हुनेछ भनी म बुझ्दछु।

म/वा कार्यक्रम आवश्यकताहरूअनुसार मेरो स्थितिमा भएको कुनै पनि परिवर्तनको रिपोर्ट गर्ने छु। म मेरो घरपरिवारको कसैले पनि लोटर वा जुवा खेलमा जित्ने, \$4500 वा सोभन्दा बढीको कुल रकम (करअघि वा अन्य रकमहरू रोक्नुअघि) प्राप्त गर्नुभयो भने पनि रिपोर्ट गर्ने छु। म मेरो घरपरिवारले जितहरूको रकम प्राप्त गरेको महिनाको अन्तिम दिनबाट 10 दिनभित्र यी जितहरूको रकम बारे रिपोर्ट गर्ने छु। 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 कार्यक्रमहरूबाट अयोग्य ठहरिन सक्छ 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 बताउन असफल भएमा, मलाई बताउनु नभएकोले मेरा लाभहरूको रकमको गणनामा उक्तखर्च बेहोर्ने छैन भन्ने कुरा म बुझ्दछु।

मानव सेवा विभाग ('') ले लाभहरूका लागि तपाईंले आवेदन दिएको अवधिमा नाम, ठेगाना, टेलिफोन नम्बर, इमेल ठेगाना, जन्ममितिहरू आदि जस्ता व्यक्तिगत रूपमा पहिचानयोग्य जानकारी 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 भएमा साक्षीको हस्ताक्षर

मिति




मार्ग चिकित्सा सहायता:

एउटा कार्यक्रम हो जसले 19 देखि 64 वर्ष उमेरका व्यक्तिहरूलाई निःशुल्क वा कम लागतमा कभरेज प्रदान गर्छ, जससँग संघीय गरिबी स्तर (को 100% सम्मको पारिवारिक आय छ, अन्यथा का लागि योग्य छैन र जसले योग्यता आवश्यकताहरू पूरा गर्दछ। यदि तपाईं पाथवेको लागि विचार गर्न चाहनुहुन्छ भने, कृपया संलग्न पनि पूरा गर्नुहोस्।

अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि:

तपाईं कुनै व्यक्ति वा संस्थाले तपाईंको आवेदन/नवीकरण भर्न चाहनुहुन्छ भने मात्र यो खण्ड पूरा गर्नुहोस्,  वा  का लागि आफ्नो अन्तर्वार्ता पूरा गर्नुहोस् र/वा तपाईं स्टोरमा जान नसक्ने बेला खाद्यान्न किन्न आफ्नो  कार्ड प्रयोग 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  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:   चिकित्सा सहायता

अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि 1 कर्तव्यहरू: आवेदकको तर्फबाट आवेदनमा हस्ताक्षर गर्ने नवीकरण फाराम भरेर पेश गर्ने सूचना र अन्य सञ्चारका प्रतिलिपिहरू प्राप्त गर्ने अन्य सबै विषयमा आवेदकको तर्फबाट कार्य गर्ने  लाभ कार्ड ( ) प्राप्त गर्ने

व्यक्तिको नाम 1: _____

संस्थाको नाम 1 (लागूयोग्य भएमा): _____ फोन: _____

ठेगाना: _____ उपयुक्त: _____


शहर: _____ राज्य: _____ जिप: _____

विद्युतीय सञ्चार: इमेल: हो _____ होइन (वैकल्पिक) टेक्स्ट गर्ने: हो _____ होइन (वैकल्पिक)

इमेल ठेगाना (वैकल्पिक) _____

रुचाइएको भाषा: _____ दोभासेको आवश्यकता छ? हो _____ वा होइन _____

अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि 2 कार्यक्रमको प्रकार:   चिकित्सा सहायता

अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि 2 कर्तव्यहरू: आवेदकको तर्फबाट आवेदनमा हस्ताक्षर गर्ने नवीकरण फाराम भरेर पेश गर्ने सूचना र अन्य सञ्चारका प्रतिलिपिहरू प्राप्त गर्ने अन्य सबै विषयमा आवेदकको तर्फबाट कार्य गर्ने  लाभ कार्ड (Way2Go) प्राप्त गर्ने

व्यक्तिको नाम 2: _____

संस्थाको नाम 2 (लागूयोग्य भएमा): _____ फोन: _____

ठेगाना: _____ उपयुक्त: _____

शहर: _____ राज्य: _____ जिप: _____

विद्युतीय सञ्चार: इमेल: हो _____ होइन (वैकल्पिक) टेक्स्ट गर्ने: हो _____ होइन (वैकल्पिक)


इमेल ठेगाना (वैकल्पिक) _____

रुचाइएको भाषा: _____ दोभासेको आवश्यकता छ? हो _____ वा होइन _____

असक्षमता भएका अमेरिकनहरूको ऐन: [अधिकारप्राप्त प्रतिनिधिका लागि](#) (लागूयोग्य भएमा) उचित परिमार्जन र सञ्चार सहायताका लागि अनुरोध गर्नुहोस्:

अधिकारप्राप्त प्रतिनिधिलाई उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता आवश्यक पर्ने असक्षमता छ? हो होइन

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

साङ्केतिक भाषाका दोभाषे ; ; ठूलो प्रिन्ट ; विद्युतीय सञ्चार (इमेल) ; ब्रेल ; भिडियो रिले ; क्यूड वाचन दोभाषे ; मौखिक दोभाषे ; स्पर्शनीय दोभाषे ; कार्यक्रमको समय सीमाको टेलिफोन कल रिमाइन्डर ; टेलिफोनिक हस्ताक्षर (लागूयोग्य भएमा) ; आमुन्ने-सामुन्ने अन्तर्वार्ता (गृह भेट) ;

अन्य: _____

अधिकारप्राप्त प्रतिनिधिलाई यो उचित परिमार्जन वा सञ्चार सहायता एक-पटक वा चलिरहेको छ _____? सम्भव भएमा, तपाईंलाई कहिले र कति समयसम्म यो परिमार्जन वा सहायता आवश्यक पर्छ भन्नेबारे संक्षिप्त रूपमा व्याख्या गर्नुहोस्? _____

Medicaid का लागि मात्र:

के तपाईंले अर्को वर्ष संघीय आम्दानी कर फिर्ता दायर गर्ने अपेक्षा गर्नुभएको छ? (तपाईं संघीय आम्दानी कर फिर्ता दायर गर्नुहुन्न भने तपाईं अभै पनि स्वास्थ्य बीमाका लागि आवेदन गर्न सक्नु हुने छ।)

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

a. के तपाईं आफ्नो पति संग संयुक्त रूपमा फाइल गर्नुहुनेछ? हो छैन

होइन हो भने, जीवनसाथीको नाम: _____

b. तपाईं आफ्नो कर फर्तामा कुनै आश्रित दावी गर्नु हुने छ? छ छैन

हो भने, आश्रितहरूको नाम(हरू) सूचीबद्ध गर्नुहोस्: _____

c. कसैलाई अरूको कर फिर्तामा आश्रितको रूपमा दावी गरिने छ? छ छैन

हो भने, कर फाइलर र कर आश्रित व्यक्तिहरूको नाम सूचीबद्ध गर्नुहोस्: _____
कर फाइलरसँग कर आश्रित कसरी सम्बन्धित हुनुहुन्छ? _____

समुदाय आउटरिच सेवाहरू:

अन्य सेवाहरूबारे थप जानकारीका लागि, कृपया हाम्रो वेबसाइट www.uscis.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 आवेदक र परिवारका सबै सदस्यहरूको बारेमा तलको चार्ट 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 CFR § 435.910 र 42 CFR § 435.920, DFCS लाई तपाईं र आफ्नो परिवारका सदस्यहरूलाई सामाजिक सुरक्षा नम्बर (हरू) अनुरोध गर्न अधिकार प्रदान गर्नुहोस्। तपाईंको घरपरिवारमा बस्ने र लाभहरूको लागि आवेदन नदिने कुनै पनि व्यक्तिलाई गैर-आवेदकको रूपमा व्यवहार गरिएको हुन सक्छ। गैर-आवेदकहरूले हामीलाई उहाँहरूको सामाजिक सुरक्षा नम्बर, नागरिकता वा आप्रवासी स्थितिबारे जानकारी दिनु पर्दैन र लाभहरूका लागि योग्य छैनन्। घरपरिवारका अन्य सदस्यहरू अन्यथा योग्य ठहरिएमा, उहाँहरू अझै पनि लाभहरू प्राप्त गर्न सक्षम हुन सक्छन्। तपाईं घरको कुनै पनि सदस्य लाभहरूका लागि योग्य हुनुहुन्छ कि हुनुहुन्न भनी हामीलाई निर्णय दिन चाहेमा, तपाईंले अझै पनि हामीलाई उहाँहरूको नागरिकता वा आप्रवासी स्थितिबारे बताउनुपर्छ र उहाँहरूको सामाजिक सुरक्षा नम्बर (हरू) दिनुपर्छ। तपाईंले परिवारको क्षमता र लाभ स्तरलाई निर्धारण गर्न अझै पनि हामीलाई उहाँहरूको आम्दानी र स्रोतहरूबारे बताउन आवश्यक हुने छ। कुनै पनि गैर-आवेदक परिवारका सदस्यहरूले हामीलाई आफ्नो नागरिकता वा आप्रवासी स्थिति दिदैनन् भने हामीले उनीहरूलाई संयुक्त राज्य अमेरिकाको नागरिकता तथा आप्रवासन सेवाहरू (USCIS) को अधिकारको प्रणालीगत विदेशी प्रमाणीकरण (हरू) प्रणालीमा रिपोर्ट गर्नेछौं। यद्यपि, तपाईंको आवेदनमा आप्रवासी स्थिति सम्बन्धी जानकारी पेश गरिएको छ भने, यो जानकारी 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 भाग्ने मानिसहरूलाई समाल्न प्रयोग गर्नका लागि कानून प्रवर्तन अधिकारीहरूलाई दिन पनि सकिन्छ। तपाईंको परिवारको दावी छ भने, सहित यस आवेदनको जानकारी संघीय र राज्य एजेन्सीहरू र निजी दावी सङ्कलन एजेन्सीहरूलाई उहाँहरूले दावी सङ्कलन गर्न प्रयोग गर्नका लागि दिन सकिन्छ। अन्य परिवार सदस्यहरू आफ्नो नागरिकता वा आप्रवासी स्थिति उपलब्ध गराउन असफल भएको कारण, हामीले आवेदकको परिवार सदस्यहरूलाई लाभहरू अस्वीकार गर्नेछौं। तपाईं आपतकालीन चिकित्सा सेवाहरूको लागि मात्र आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो वा आफ्नो आप्रवासी स्थिति बारे जानकारी उपलब्ध गराउनु पर्दैन।

पहिलो नाम	M I	अन्तिम नाम	जातीयता हिस्पानिक वा ल्याटिनो? (वैकल्पिक)	जाति (वैकल्पिक)	लिङ्ग महिला/पुरुष	जन्म मिति ढाँचा (महिना/दिन/वर्ष)	तिमीसँगको सम्बन्ध	सामाजिक सुरक्षा नम्बर (गैर-आवेदकहरूका लागि वैकल्पिक)	तपाईं U.S. नागरिक, U.S. राष्ट्रिय, योग्य आप्रवासी वा सन्तोषजनक आप्रवास स्थितिमा? (आवेदकहरू मात्र) (छ/छैन)	यो बाच्चाको आमा घरमा बस्नुहुन्छ? (हो/होइन)	यो बाच्चाको बुवा घरमा बस्नुहुन्छ? (हो/होइन)	के तपाईंलाई Medicaid आवश्यक छ? (छ/छैन)
			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	हो/होइन

जाति कोडहरू (लागु हुने सबै छनोट गर्नुहोस्):

AI - अमेरिकी भारतीय वा अलास्का आदिवासी
HP - हवाई निवासी र अन्य प्रशान्त द्वीपवासी

AS - एशियाली
WH - श्वेत जाती

BL - अश्वेत जाति वा अफ्रिकी अमेरिकी

जाति/जातीयता बारे जानकारी उपलब्ध गराएर, 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 पार्ने छैन। यद्यपि, तपाईंले यो जानकारी उपलब्ध गराउनुहुन्न भने, पहिलो आमुन्ने-सामुन्ने अन्तर्क्रियाको अवधिमा जाति र जातीयताको दृश्यात्मक पहिचान गरिनेछ।

तपाईं वा अन्य घरायसी आवेदकहरू प्राकृतिकीकृत नागरिक वा योग्य विदेशी/आप्रवासी हो भने निम्न चार्ट पूरा गर्नुहोस्:
(कृपया अतिरिक्त पृष्ठहरू आवश्यक भएअनुसार थप्नुहोस्)

नाम पहिलो बीचको प्रथमाक्षर थर	अध्यागमन कागजातका प्रकार	विदेशी/प्रमाणपत्र/कागजातको ID नम्बर	तपाईं 1996देखि संयुक्त राज्य अमेरिकामा बस्नु भएको छ? (हो/होइन)	प्राकृतिकीकृत भएको मिति/संयुक्त राज्य अमेरिका प्रविष्टि वा नामाङ्कनको मिति (लागूयोग्य भएमा) ढाँचा (महिना/दिन/वर्ष)	तपाईं वा तपाईंको जीवनसाथी वा आमाबुवा संयुक्त राज्य अमेरिका मिलिटरीको सेवानिवृत्त सैनिक वा सक्रिय-ड्युटीमा हुनुहुन्छ? (हो/होइन)

Medicaid का लागि मात्र:

तपाईंको परिवारको कुनै सदस्य 18 वर्षको उमेरमा फोस्टर स्याहारमा हुनुहुन्थ्यो? हो होइन

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 परिवारका सबै सदस्यहरूको बारेमा थप बताउनुहोस्

लाभहरूको लागि 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? (आवेदकहरूका लागि मात्र)

छ छैन

यदि छ भने:

कसले: _____

कहाँ: _____

कहिले: _____

2. कसैलाई 8/22/1996 पछि एकभन्दा बढी क्षेत्रमा बहु लाभहरू प्राप्त गर्नका लागि उहाँहरू कहाँ बस्नुहुन्छ र उहाँहरू को हुनुहुन्छ भन्ने बारेमा गलत जानकारी दिइएको भनी दोषी ठहर गरिएको छ? (आवेदकहरूका लागि मात्र) हो होइन

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? (आवेदकहरूका लागि मात्र) थियो थिएन

थियो भने, कसले छोड्नुभयो? _____

उहाँले किन छोड्नुभएको थियो? _____

4. कोही गर्भवती हुनुहुन्छ? (यो प्रश्न आवेदकहरूमा लागू हुँदैन) हो होइन

हो भने, गर्भवती महिलाको नाम: _____

अनुमानित म्याद मिति के हो? _____; र कति बच्चाहरूको आशा छ? _____

होइन भने, घरमा कसैले बच्चा जन्माउनु भएको छ वा विगत 12 महिनाभित्र गर्भावस्था समाप्त भएको हो? हो होइन

हो भने, गर्भवती महिलाको नाम: _____

डेलिभरी/समाप्ति मिति के हो? _____; र कति बच्चा जन्मिएको/आशा गरिएको थियो? _____

* आवेदकहरूका लागि मात्र निम्न प्रदान गर्नुहोस्:

गर्भमा रहेको बच्चाको बुवाको नाम: _____ बुवाको ठेगाना: _____

5. आवेदकहरूका लागि, कसैसँग पछिल्लो 3 महिनाका लागि कुनै पनि भुक्तानी नगरिएको मेडिकल बिलहरू छन्? छ छैन

यदि छ भने, तपाईंको मामिला भएमा कृपया भुक्तान नगरिएका बिलहरू पठाउनुहोस्।

6. कसैलाई वा कार्यक्रमबाट अयोग्य ठहराइएको छ? (आवेदकहरूका लागि मात्र) छ छैन

यदि छ भने:

कसले: _____

कहाँ: _____

7. कोही व्यक्ति घोर अपराधको अभियोग लाग्नबाट वा जेल जानबाट बच्न भागिरहेको छ? (आवेदकहरूका लागि मात्र) हो होइन
हो भने, कसले: _____





8. कसैले परीक्षणकाल वा पेरोलका अवस्थाहरूलाई उल्लङ्घन गरिरहेको छ? (आवेदकहरूका लागि मात्र) हो होइन
हो भने, कसले: _____

9. कसैलाई 8/22/1996 पछि (आवेदकहरूका 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? छ छैन

यदि छ भने:

कसले: _____ कहिले: _____

a. के तपाईं लागूपदार्थको घोर अपराधको परिणाम स्वरूप प्राप्त भएको कुनै सजायसँग सम्बन्धित परीक्षणकालका सर्तहरूको अनुपालनामा हुनुहुन्छ? (आवेदकहरूका लागि मात्र) हुनुहुन्छ हुनुहुन्न

- b. के तपाईं लागूपदार्थको घोर अपराधको परिणाम स्वरूप प्राप्त भएको कुनै सजायसँग सम्बन्धित पेरोलका सर्तहरूको अनुपालनामा हुनुहुन्छ? (सजायका लागि मात्र) हुनुहुन्छ हुनुहुन्न
- c. तपाईंले लागूपदार्थसम्बन्धी कुनै पनि अपराधसँग सम्बन्धित प्रोबेशन वा प्यारोलका सबै सर्त सफलतापूर्वक पूरा गर्नुभएको छ? (सजायका लागि मात्र) छ छैन
10. तपाईं वा घरको कुनै सदस्य 8/22/1996 पछि लागूपदार्थका लागि  फाइदाहरू व्यापार गरेकोमा दोषी ठहरिएको छ? (सजायका लागि मात्र) छ छैन
- यदि छ भने:
कसले: _____ कहिले: _____
11. तपाईं वा घरको कुनै सदस्य 8/22/1996 पछि  लाभहरू \$500 भन्दा बढी खरिद वा बिक्री गरेकोमा दोषी ठहरिएको छ? (सजायका लागि मात्र) छ छैन
- यदि छ भने:
कसले: _____
कहिले: _____
12. तपाईं वा घरको कुनै सदस्यले 8/22/1996 पछि बन्दुक, गोला बारुद वा विस्फोटक पदार्थहरूका लागि  लाभहरू आदानप्रदान गरेकोमा दोषी ठहरिएको छ? (सजायका 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? (सजायका 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? (सजायका लागि मात्र) छ छैन
- b. तपाईं घोर अपराधको अभियोगको परिणाम स्वरूप प्राप्त गर्नुभएको कुनै पनि जेल सजायसँग सम्बन्धित परीक्षणकालका सर्तहरूको अनुपालनामा हुनुहुन्छ? (सजायका लागि मात्र) छ छैन
- c. तपाईंले कुनै पनि अपराधसम्बन्धी अभियोगसँग सम्बन्धित प्रोबेशन वा प्यारोलका सबै सर्त सफलतापूर्वक पूरा गर्नुभएको छ? (सजायका लागि मात्र) छ छैन
14. तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्यले लोटेरी वा जुवा खेलमा जितहरू प्राप्त गर्नुभएको छ? छ छैन
- यदि छ भने:
कसलाई: _____ कहिले: _____ प्राप्त रकम: _____
15. कसैले निम्न स्थापना, मदिरा पसल, क्यासिनो, पोकर कोठा, वयस्क मनोरञ्जन व्यवसाय, बेल बण्ड, रात्री क्लब, सलुन/टार्भन, बिन्गो हल, रेस ट्रयाक, बन्दुक/युद्ध सामग्री पसल, समुद्री यात्रा गर्ने सिप, अलौकिक अध्ययनकर्ता, धुम्रपान पसल, ट्याटु/वेध पसल र स्पा/मसाज सलुनहरूमा  कोषहरू वा Way2Go कार्ड प्रयोग गर्नुभएको छ? (सजायका लागि मात्र) छ छैन
- यदि छ भने:
कसले: _____ कहिले: _____
16. कोही लाभहरूका लागि आवेदन गर्दै हुनुहुन्छ, हाल भत्ता प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ? छ छैन
- यदि छ भने:
कसले: _____
प्राप्त मासिक रकम: _____

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

SNAP र TANF का लागि मात्र:

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

विद्यालयको नाम: _____ ग्रेड/स्थिति: _____ स्नातक मिति: _____

विद्यार्थी रोजगारीमा हुनुहुन्छ? छ छैन काम अध्ययनमा नामाङ्कन हुनुहुन्छ? छ छैन

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

SNAP का लागि मात्र:

60 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेर भएको वा अपाङ्गता भएको कोही व्यक्तिको मेडिकल खर्चहरू छन्? छन् छैनन्

तपाईंको चिकित्सा खर्चहरू जस्तै प्रिमियम, प्रिस्क्रिप्शन औषधिको लागत वा अस्पतालको बिलहरू परिवर्तन भएको हो? हो होइन हो भने, तलको चार्टमा खर्चहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस् र पछिल्लो महिना(हरू) को बिलहरू संलग्न गर्नुहोस्।

परिवार सदस्यको नाममा बिल बनाइयो	खर्चको प्रकार (चिकित्सक, अस्पताल, प्रिस्क्रिप्शन)	बक्यौता रकम	बिलको मिति	बीमाले भुक्तानी गर्ने छ? छ/ 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; फार्मसी पिक-अप)	डाइभ गरिएको कुल माइल:	ट्याक्सी, बस, पार्किङ वा लजिङको लागत:
---	-----------------------	---------------------------------------

कसैले तपाईंका लागि यी मध्ये कुनै पनि चिकित्सा खर्चको भुक्तान गर्नुहुन्छ? गर्नुहुन्छ गर्नुहुन्न





यदि गर्नुहुन्छ भने कृपया तलको जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस्:


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

Medicaid का लागि मात्र:

अन्य स्वास्थ्य कभरेज

अहिले स्वास्थ्य बीमामा निम्नबाट कोही व्यक्ति नामांकित हुनुहुन्छ?

- Georgia मानव सेवा विभाग (Georgia Department of Human Services)  
-  स्वास्थ्यस्याहारकार्यक्रमहरू  (तपाईंसँग प्रत्यक्ष स्याहार वा लाइन अफ ड्युटी छ भने ठीक चिन्ह नलगाउनुहोस्)
- रोजगारदाताको बीमा: बीमाको नाम _____ नीति नम्बर _____
- अन्य: बीमाको नाम _____ नीति नम्बर _____

तपाईंसँग  बाहेक अन्य कुनै स्वास्थ्य बिमा छ? छ छैन

छ, 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 (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।

स्रोतको प्रकार	मालिक	खाता/नीति # (तपाईंको खाता/नीति # तपाईंको SSN) जस्तै हो भने पूरा नगर्नुहोस्)	मूल्य	बैंक, बीमा कम्पनी आदिको नाम
नगद				
चेकिङ/बचतहरू				
क्रेडिट यूनिभन				
वार्षिक भत्ताहरू				
स्टक वा बोण्डहरू				
सुरक्षित निक्षेप बाकस				
अवकाश खाता (गैर-MAGI का लागी)				
सवारी साधनहरू (गैर-MAGI का लागी)				
CD को/वार्षिक भत्ताहरू (गैर-MAGI का लागी)				
प्री-पेड दाहसंस्कार योजनाहरू				
सिमेटरी प्लानहरू (गैर-MAGI का लागी)				
ट्रस्ट कोषहरू (गैर-MAGI का लागी)				
गैर-गृह स्थान सम्पत्ति				
गृह स्थान सम्पत्ति (गैर-MAGI का लागी)				
जीवन बिमा (गैर-MAGI का लागी)				
अन्य				

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

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

यदि छ भने, के हो? _____ कहिले? _____

SNAP, TANF र Medicaid का लागि:

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 तिर्नुहोस् घण्टा	प्रति घण्टा हप्ता	कति पटक भुक्तानी गरिन्छ	भुक्तानी गरिएको मिति(हरू)	बोनस भुक्तानी	टिप्स:

अहिले कोही हडतालमा हुनुहुन्छ?

गर्नुहुन्छ गर्नुहुन्न

Medicaid को लागि मात्र:

कर-अधिका खर्चहरू:

स्वास्थ्य बीमा \$ _____ कति पटक? _____ दृष्टि बीमा \$ _____ कति पटक? _____
 दन्त बीमा \$ _____ कति पटक? _____ अन्य कटौती प्रकार \$ _____ कति पटक? _____
 अन्य कटौती प्रकार \$ _____ कति पटक? _____ अन्य कटौती प्रकार \$ _____ कति पटक? _____
 अन्य कटौती 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 फिर्ता काटने रकम:

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

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

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

SNAP, TANF र Medicaid का लागि:

कसैले काम गर्न छोड्नुभएको हो? हो होइन यदि हो भने, निम्न पूरा गर्नुहोस् र प्रमाण प्रदान गर्नुहोस्:

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

कसैले काम गर्न सुरु भएको हो? हो होइन यदि हो भने, निम्न पूरा गर्नुहोस् र प्रमाण प्रदान गर्नुहोस्:

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 <input type="checkbox"/> द्वि-साप्ताहिक <input type="checkbox"/> महिनामा दुई पटक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> अन्य		

स्वरोजगार:

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

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

यो व्यवसाय सम्मिलित छ? छ छैन

यो व्यक्तिको कुनै स्व-रोजगार खर्च छ? छ छैन

छ भने, यस व्यक्तिका कस्ता प्रकारका खर्चहरू छन्? _____

Medicaid तथा TANF का लागि मात्र: स्व-रोजगार खर्चहरूका लागि प्रमाण उपलब्ध गराउनुहोस्।

अनार्जित आमदानी:

तपाईंको परिवारको कोही सदस्यले योगदानहरू, सामाजिक सुरक्षा, **SSI, VA**, बाल सहायता, बेरोजगारी, अवकाश वा अन्य कुनै पनि आमदानीबाट रकम प्राप्त गर्नुहुन्छ? गर्नुहुन्छ गर्नुहुन्न

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

नाम	स्रोत	रकम	कति पटक?

MAGI Medicaid को लागि: बाल समर्थन, भूतपूर्व सैनिकको भुक्तानी, पूरक सुरक्षा आय (SSI) वा कामदारको क्षतिपूर्ति लाभबाट हुने आय गणना गरिने छैन।

आश्रित व्यक्तिको स्याहार लागतहरू:

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

यदि गर्नुहुन्छ भने, तलका प्रश्नहरू पूरा गर्नुहोस्।

स्याहार आवश्यक हुने व्यक्ति:		स्याहारका लागि भुक्तानी गर्ने व्यक्ति:	
प्रदायकको नाम:		प्रदायकलाई कति भुक्तानी गरियो:	कति पटक भुक्तानी गरिन्छ:
प्रदायकको फोन #:	स्याहारको कारण:		

तपाईंले आश्रित बच्चा वा घरको असक्षम भएको वयस्क सदस्यका लागि यातायात खर्चहरू भुक्तानी गर्नुहुन्छ? हो होइन

यी खर्चहरू आश्रितको स्याहार खर्चमा समावेश छन्? छ छैन

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

निवासस्थान लागतहरू:

तपाईं वा घरको कुनै सदस्यले आश्रयको लागत तिर्न सुरु गर्नुभयो वा तपाईंको आश्रयको लागत परिवर्तन भएको हो? हो होइन

हो भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्।

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

घरको प्राथमिक ताप वा शीतलन स्रोत के हो? (बिजुली, ग्यास वा दुवै)
अन्य कसैले तपाईंका लागि यी मध्ये कुनै धरायसी बिल भुक्तान गर्नुहुन्छ?

गर्नुहुन्छ गर्नुहुन्न गर्नुहुन्छ भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्:

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

तपाईंले गत 12 महिनामा उर्जा सहायता प्राप्त गर्नुभएको छ? छ छैन

छ भने, प्राप्त गरिएको रकम \$ _____

तपाईंले घरको कोही व्यक्तिसँग मासिक धरायसी खर्चहरू साभा गर्नुहुन्छ?

छ छैन

यदि छ भने, कसले? _____

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? गर्नुहुन्छ गर्नुहुन्न
गर्नुहुन्छ भने, तलको चार्ट पूरा गर्नुहोस्:

भुक्तान गर्न को बाध्य हुनुहुन्छ?	बाध्य रकम कति हो?
कसका लागि बाल सहायता भुक्तानी गरिन्छ?	वास्तविक भुक्तानी गर्नुपर्ने रकम कति हो?
कसलाई बाल सहायता भुक्तानी गरिन्छ?	बाल सहायताका लागि कति पटक भुक्तानी गरिन्छ?

SNAP का लागि मात्र: कृपया विगत 3 महिनामा भुक्तान गरिएको रकम र कानुनी रूपमा भुक्तानी गर्न बाध्य भएको रकमको प्रमाण प्रदान गर्नुहोस्।

[यो खण्ड TANF प्राप्तकर्ताहरूको लागि मात्र हो - तपाईंले निम्न कुराहरू पूरा गर्नुपर्छ:](#)

सुइसम्बन्धी रेकर्डहरू:

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

छ छैन

छ भने, फाराम 3231- 7 वर्ष उमेरभन्दा कम उमेरको प्रत्येक बच्चाका लागि बाल स्याहार खोप फाराम पठाउनुहोस्।

विद्यालयका आवश्यकताहरू:

सबै बालबालिका (6 देखि 18 वर्षका) विद्यालय जानुहुन्छ? जानुहुन्छ जानुहुन्न

जानुहुन्छ भने, बच्चा(हरू) को नाम(हरू) _____

विद्यालय(हरू) को नाम _____

ग्रेड(हरू) _____

16 वर्ष वा त्योभन्दा बढी उमेरका कुनै पनि बच्चा हुनुहुन्छ जो विद्यालयमा हुनुहुन्न? हुनुहुन्छ हुनुहुन्न

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 परिवारमा कोही पनि घरेलु हिंसा, यौन उत्पीडन, यौन आक्रमण वा पिछाको सिकार भएको हुनुहुन्छ? हुनुहुन्छ

हुनुहुन्न

हुनुहुन्छ भने, कृपया हामीलाई पीडितको नाम थाहा दिनुहोस् _____

मूल्याङ्कन पछि, तपाईंको परिवार योग्य हुनुहुन्छ भने, हामी केहि कार्यक्रम आवश्यकताहरु माफ गर्न सक्छौं, जस्तै, कार्य गतिविधिहरूमा सहभागिता वा बाल सहायता सेवाहरूको डिभिजनमा सन्दर्भ।

अटो खर्चहरू:

तपाईं बच्चाको (वा बच्चाहरूको) बुवा-आमा वा नातेदार हुनुहुन्छ र तपाईं बच्चासँग (वा बच्चाहरूसँग) TANF AU मा समावेश हुनुहुन्छ?

हुनुहुन्छ हुनुहुन्न

हुनुहुन्छ भने, निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्:

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

छ छैन

यदि छ भने, कसले ? (मालिकको नाम) _____

सवारी साधनको वर्ष, बनावट र मोडेल _____

कृपया अटोमोबाइल नोट भुक्तानी, 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

छन् भने, कृपया निम्न कुराहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्: _____

एक्सप्रेस लेन योग्यता: (Express Lane Eligibility)

अभिभावक सेवाहरू (WIC) वा महिला, शिशु र बालबालिका (WIC) चिकित्सा सहायता कार्यक्रममा एक्सप्रेस लेन योग्यता (ELE) पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP) खाँचोमा परेका परिवारका लागि अस्थायी सहायता (WIC) शरणार्थी नगद सहायता (SNAP), बाल हेरचाह प्राप्त गर्ने 19 वर्ष मुनिका योग्य बालबालिकाहरूलाई भर्ना वा नवीकरण गर्ने स्वचालित प्रक्रिया हो।

परिवार र बाल सेवा विभाग (WIC) ले WIC बाट घरपरिवारको आकार, निवास र आम्दानीको जानकारी प्रयोग गर्ने छ तर WIC ले नागरिकता वा आप्रवासी अवस्थाको पुष्टि मेडिकल सहायता नियमहरूको प्रयोग गरेर ELE निर्धारण गर्नका लागि WIC वा SNAP मा बच्चाहरूलाई स्वचालित रूपमा दर्ता वा नवीकरण गर्न गर्ने छ। WIC ले एक पटक पूरा भएपछि एक निर्धारण सूचना पठाउने छ, सदस्यहरूलाई कुनै पनि परिवर्तन गर्न र उहाँहरूलाई प्रक्रियाबाट बाहिर निस्कन वा कुनै पनि समयमा चिकित्सा सहायता मुद्दा समाप्त गर्न अनुमति दिने छ।

सबै कार्यक्रमको लागि अधिकार तथा उत्तरदायित्वहरू

तपाईंलाई निम्न कुराको अधिकार छ:

- तपाईंलाई अङ्ग्रेजी भाषा पढ्न, लेख्न, बोल्न वा बुझ्न समस्या छ भने यो फाराम र नि: शुल्क भाषा सहायता सेवाहरू (दोभाषे, अनुवादित सामग्री वा प्रत्यक्ष भाषा सुविधा सेवाहरू) भर्न मद्दतका लागि अनुरोध गर्न।
- तपाईं वा तपाईंको परिवारमा कोही व्यक्ति असक्षम हुनुहुन्छ भने सहायक सहायता तथा सेवा र उचित परिमार्जनहरू अनुरोध गर्न।

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 सुनुवाईका लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ वा राज्य सुनुवाई अधिकारीले भन्दा अघि सुनुवाईका 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:

- **SNAP** का लागि यो सूचनाको मिति देखि **90** दिन
- **Medicaid** र **TANF** का लागि यो सूचनाको मितिदेखि **30** दिन

तपाईं निम्न कुराहरूका 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 गर्दै 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 U.S.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 सहयोग गर्नुभएन र हामीले तपाईं अझै पनि **SNAP**का लागि योग्य हुनुहुन्छ भनी निर्धारण गर्न सकेनौं भने, तपाईंको मुद्दा अस्वीकार वा बन्द हुन सक्छ।
- (**SNAP**का लागि) क्वालिटी कन्ट्रोल समीक्षकहरूले उहाँहरूलाई फोन गर्दा वा तपाईंले आफ्नो केस प्रबन्धकलाई दिएको जानकारीको बारेमा अन्तर्वार्ता लिन तपाईंको घरमा आउंदा सहयोग गर्दैं। तपाईं उनीहरूसँग सहकार्य गर्नुहुन्न भने, तपाईंको मामिला अस्वीकार वा बन्द गर्न सकिन्छ।
- (**SNAP**का लागि) भुक्तानी गर्ने लाभहरू तपाईंले प्राप्त गर्नुहुँदैन।
- (**SNAP**का लागि) योग्यता गुणस्तर नियन्त्रण वा कार्यक्रम ईन्टेग्रेटीलाई सहयोग गर्दैं जब उनीहरूले तपाईंको केस प्रबन्धकलाई दिएको जानकारीको बारेमा तपाईंको अन्तर्वार्ता लिनको लागि तपाईंको घरमा कल वा आउंदा छन्।
- (**SNAP**का लागि) नर्सिङ होम, मध्यवर्ती स्याहार सुविधास्थल, इस्टेट रिकभरीसँग सहकार्य गर्दैं समुदायमा आधारित सेवामा रहेका वा वैभर कार्यक्रममा नामाङ्कित र त्यसबाट सेवाहरू प्राप्त गर्ने सदस्यहरू।

तपाईंले **SNAP** प्राप्त गर्नुभयो भने, तपाईंले आफ्नो परिवारको कुल मासिक सकल आम्दानी तपाईंको परिवारको आकारका लागि संघीय गरिबी स्तरको 130% भन्दा बढी हुँदा रिपोर्ट गर्नुपर्छ। तपाईंले परिवर्तन भएको महिनाको अन्त्यबाट 10 दिन पछि आयमा भएको परिवर्तनको रिपोर्ट गर्नुपर्छ।

तपाईं बालबालिका नभएको कार्य गर्ने वयस्क हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो कार्य समय 20 घण्टा भन्दा कम हुँदा वा प्रति महिना 80 घण्टा हुँदा रिपोर्ट गर्नुपर्छ। तपाईंले यी परिवर्तनहरू परिवर्तन भएको महिनाको अन्त्यबाट 10 दिन पछि रिपोर्ट गर्नुपर्छ।

तपाईंले आफ्नो परिवारले महत्त्वपूर्ण लटरी र जुवा खेलमा जितहरू प्राप्त गर्दा पनि रिपोर्ट गर्नुपर्छ। यो एकल खेलमा जितेको नगद पुरस्कार हो। तपाईं वा घरको सदस्यले कुल \$ 4,500 वा बढी (कर वा अन्य कटौती गर्नुअघि) लटरी वा जुवा जीत प्राप्त गर्नुभयो भने, तपाईंले यी जितहरू घरपरिवारले जितेको महिनाको अन्त्यबाट 10 दिन पछि 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 **SNAP** मामिलामा कुनै पनि व्यक्तिले प्राप्त गर्ने कुनै एकमुस्त वा "अप्रत्यासित" भुक्तानीको बजेट लगाइएको हुनुपर्छ।

Medicaid कार्यक्रममा, तपाईंका निम्न करा गर्नका लागि अधिकार छ:

- तपाईंसँग अन्य स्वास्थ्य बीमा छ भने पनि **SNAP** प्राप्त गर्नुहोस्।
- आफ्नो **SNAP** चिकित्सक वा प्रदायक छनोट गर्नुहोस्।
- तपाईंको **SNAP** एप्लिकेसन आवेदन दिएको दिनदेखि 10, 45 वा 90 दिनसम्ममा **SNAP**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 गर्दैं हुनुहुन्छ भने र उक्त व्यक्तिको लागि असाइनमेन्ट कार्यान्वयन गर्ने सामर्थ्य हुँदैन भने, व्यक्तिले **SNAP**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 गर्छु र यो सहयोग प्राप्त गर्ने बाल सहायता सेवा विभागसँग सहकार्य गर्छु भनी म बुझ्दछु। मैले नगर्ने सहकार्य गरेमा, मैले मेरा **SNAP** लाभहरू गुमाउन सक्छु र मेरा बालबालिकाले मात्र राम्रो तर्क स्थापना गर्दासम्म लाभहरू प्राप्त हुने छ भनी म बुझ्दछु।

स्याप पेनाल्टी चेतावनी: 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 **SNAP** कार्डहरू प्रयोग नगर्नुहोस् र अरू कसैलाई तपाईंको प्रयोग गर्न नदिनुहोस्।
- रक्सी वा चुरोट जस्ता गैर-खाद्य वस्तुहरू किन्न वा क्रेडिट कार्डहरूमा भुक्तानी गर्न **SNAP** लाभहरू प्रयोग नगर्नुहोस्।
- बन्दुक, गोलाबारुद वा नियन्त्रित पदार्थ (गैरकानूनी लागूपदार्थ) जस्ता अवैध वस्तुहरूका लागि **SNAP** कार्डहरूको व्यापार वा बिक्री नगर्नुहोस्।

तपाईंको घरपरिवारका जो कोहीले जानबूझकर यी नियमहरू मध्ये कुनै पनि उल्लङ्घन गरेमा **SNAP** बाट एक वर्षदेखि स्थायी रूपमा प्रतिबन्धित हुन सक्छ, **\$250,000** सम्मको जरिवाना, **20** वर्षसम्म कैद वा दुवै सजाय हुन सक्छ। उहाँहरू अन्य लागू संघीय र राज्य कानूनअन्तर्गत अभियोगको अधीनमा हुन सक्नुहुन्छ र अदालतले आदेश दिएमा थप **18** महिनाका लागि **SNAP** बाट पनि प्रतिबन्धित हुन सक्छ।

जानाजान तरिकाले नियमहरू उल्लङ्घन गर्ने तपाईंको घरको कुनै पनि सदस्यले सुरुको अपराधका लागि एक वर्ष, दोस्रो अपराधका लागि दुई वर्ष र तेस्रो अपराधका लागि स्थायी रूपमा फूड 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।

कानुनी 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 **SNAP** कार्यक्रममा सहभागी हुन स्थायी रूपमा अयोग्य हुनु हुने छ।

कानुनी अदालतले तपाईं वा कुनै घरायसी सदस्य **\$500** को समग्र रकम वा सोभन्दा धेरै रकमका लागि अवैध व्यापारका लाभहरू अपराधी ठहर हुन्छन् भने, तपाईं वा उक्त घरायसी सदस्य यो उल्लङ्घनको सुरुको अपराधमा **SNAP** कार्यक्रममा सहभागी हुन स्थायी रूपमा अयोग्य हुनु हुने छ।

तपाईं वा घरको कुनै सदस्यले धेरै **SNAP** लाभहरू प्राप्त गर्न पहिचान (उहाँहरू को हुनुहुन्छ) वा बसोबास गर्ने ठाउँ (उहाँहरू बस्ने ठाउँ) सम्बन्धी गलत जानकारी प्रदान गरेको फेला पर्यो भने, तपाईं वा त्यो घरपरिवार सदस्य **10** सम्म **SNAP** मा भाग लिन अयोग्य हुनु हुने छ।

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

TANF कार्यक्रम सजाय सम्बन्धी चेतावनी: **TANF** कार्यक्रममा, **TANF** 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 कार्यालयमा सिफारिस गर्न सकिन्छ:

- तपाईंले समयमा भएका परिवर्तनहरू रिपोर्ट गर्नुहुन्न वा सत्य कुरा बोल्नुहुन्न वा कडाइका साथ निषेधित गरिएको क्यासिनो, लिक्वयर पसल, वयस्क-अभिव्यन्त मनोरञ्जन सुविधाहरू "स्ट्रिप क्लब", पोकर कोठा, बेल बण्ड, रात्री क्लब/सलुन/टाभर्न, बिन्गो हल, रेस ट्रयाक, खेल स्थापना बन्दुक/युद्ध सामग्री पसल, समुद्री यात्रा गर्ने सिप, अलौकिक अध्ययनकर्ता, धुम्रपान पसल, ट्याटु/वेध पसल र स्पा/मसाज सैलुनहरूमा नगद भिक्न वा कारोबारहरू सम्पादन गर्न नगद सहायता कोषहरू वा **SNAP** कार्ड प्रयोग गर्नुहुन्न, 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 **SNAP** कार्यक्रमबाट प्रतिबन्ध लगाउन सकिन्छ।

MEDICAID को लागि, छल वा दुरुप्रयोग गरिरहनु भनेको कानूनको विरुद्ध हो। तपाईंलाई **MEDICAID** कार्यक्रम अखण्डता एकाइमा सिफारिस गर्न सकिन्छ। उल्लङ्घन गर्ने व्यक्तिहरू 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 **SNAP** कार्ड वा **MEDICAID** कार्ड प्रयोग गर्न दिने
- औषधिहरूको दुरुप्रयोग वा बिक्री प्रयोजनसँग निर्धारित औषधि दिने
- सेवाहरू प्राप्त गर्नका लागि नक्कली कागजात प्रयोग गर्ने
- बच्चाको लागि **SNAP** वा **MEDICAID** द्वारा उपलब्ध गराइएको सामग्रीको गलत प्रयोग गर्ने वा दुरुप्रयोग गर्ने
- **SNAP** वा **MEDICAID** 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 **SNAP** छलको बारेमा रिपोर्ट गर्न, महानिरीक्षकको Georgia सामुदायिक स्वास्थ्य विभागको कार्यालयमा (स्थानिय) (404) 463-7590 वा (टोल फ्री) (800) 533-0686 मा कल गर्नुहोस्; **SNAP** मा इमेलमार्फत; सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग, **SNAP** 2 **SNAP** मा पत्राचारमार्फत। ड्राइभ **SNAP** उन्नाइस तला, East Tower, Atlanta GA 30334; वा **SNAP** मा जानुहोस्।

मतदाता दर्ता जानकारी

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

___ हो

___ होइन

___ म मतदाता दर्ता प्रश्नको जवाफ दिन चाहन्छ

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 30334 (404) 656-2871 मा कल गरेर।

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

Georgia 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 **Georgia** राज्य सचिव कार्यालयमा पेश गर्नुहोस्।

तपाईं आफ्नो MEDICAID र स्याप वा ट्यान्फ नवीकरण गर्दै हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो स्थितिमा सबैभन्दा उपयुक्त हुने बाकसमा साइन इन गर्नु पर्छ र मिति दिनुपर्छ।

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 भ्रुटो बयानको सजाय अन्तर्गत U.S. नागरिक, U.S. राष्ट्रिय नागरिक र/वा संयुक्त राज्यमा अवस्थित योग्य आप्रवासी हो भनी घोषणा गर्दछु। म आमाबुवा वा कानूनी अभिभावक हो भने, म आवेदक(हरू) U.S. नागरिक, U.S. राष्ट्रिय नागरिक र/वा United States मा 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 अभिभावकबाहेक अन्य व्यक्तिले पूरा गरेको बेला यहाँ हस्ताक्षर गर्नुहोस्:

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

_____ (हस्ताक्षर)

_____ (मिति)

तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सकिने फोन _____

आवेदनदाता/सदस्य/बुवा-आमा/कानूनी अभिभावकले यस व्यक्तिलाई व्यक्तिगत प्रतिनिधिका रूपमा चाहानुहुन्छ भने, उसले यहाँ चेक गर्नुपर्छ र तल साइन गर्नुपर्छ
✓ हो ✗ होइन

_____ (आवेदक/सदस्य/आमाबुवा/कानूनी अभिभावक)

_____ (मिति)

• SNAP र/वा TANF का लागि – आवेदक/प्रापक/कानूनी अभिभावकले पूरा गर्दै गर्दा:

मैले लाभहरूको लागि आवेदन दिँदै गरेको व्यक्ति(हरू) संयुक्त राज्य U.S. को नागरिक(हरू) वा गैर-नागरिक(हरू) हो/हुन् वा कानूनी रूपमा United States मा उपस्थित छन् भनी मैले जान्न मरो ज्ञान र विश्वासको लागि मैले भ्रुटो बयानको सजाय घोषणा गर्दछु। यस आवेदनमा प्रदान गरिएको सबै जानकारी मेरो ज्ञान अनुसार सही र सही छ भनी म थप कुरा 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 रोजगारदाताहरू बाट प्राप्त गरिएको हुन सक्छ। मेरो जानकारी ज्याला जानकारी र कार्य क्रियाकलापहरूमा मेरो सहभागितालाई ट्र्याक गर्न प्रयोग हुनेछ भनी म बुझ्दछु।

म SNAP र/वा TANF कार्यक्रम आवश्यकताहरूअनुसार मेरो स्थितिमा भएको कुनै पनि परिवर्तनको रिपोर्ट गर्ने छु। म मेरो परिवारमा कसैले लटरी वा जुवा जितेको हुनुहुन्छ भने, \$ 4500 वा बढीको सकल रकममा (कर वा अन्य रकमहरू रोकिनु अघि) पनि रिपोर्ट गर्ने छु। म मेरो घरपरिवारले जितेको रकम पाएको महिना समाप्त भएको 10 दिनभित्रमा यी जितहरू रिपोर्ट गर्ने छु। 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 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।

Georgia मानव सेवा विभाग ("DHS")(The Georgia Department of Human Services) 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 जानकारीका 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)	सहायता एकाइमा गर्भवती व्यक्ति र एक नजन्मेको बच्चा सहित, सँगै बस्ने योग्य व्यक्तिहरू समावेश हुन्छन् र सार्वजनिक सहायता/सुविधाहरू प्राप्त गर्छन्।
स्याहारकर्ता	आमाबुवा, गर्भवती व्यक्ति, आफन्त वा कानुनी अभिभावक जसले TANF का लागि आफ्नो स्याहारमा बच्चाहरूसँग आवेदन गर्दछ र प्राप्त गर्दछ, नजन्मिएको बच्चा सहित।
सेवाग्राहको आइडी	सार्वजनिक सहायता/लाभहरू प्राप्त गरिरहेका व्यक्तिहरूलाई निर्दिष्ट गरिएका अद्वितीय नम्बर।
अयोग्य	व्यक्तिले सत्य नबोलेको र आफूले प्राप्त नगर्नुपर्ने लाभहरू प्राप्त गरेको कारणले उहाँहरूलाई SNAP वा TANF मुद्दाबाट हटाउन लिइएको कार्यवाही।
घरेलु हिंसा	घरेलू हिंसामा हिर्काउने, लात हान्ने, कुटापेट गर्ने, बलात्कार गर्ने, चोक गर्ने, धम्की दिने, नियन्त्रण गर्ने वा जीवनसाथी, प्रेमी, पति/पत्नी वा "पूर्व प्रेमी" द्वारा तपाईंलाई बाँच्न आवश्यक पर्ने कुराहरू (जस्तै खाना, औषधि वा घर) प्राप्त गर्नबाट रोक्ने कुरा समावेश हुन सक्छ। प्रेमी/प्रेमिका,, साभेदार वा "पूर्व"।
विद्युतीय लाभ ट्रान्सफर (EBT)	SNAP का लागि योग्य व्यक्तिहरूलाई लाभहरू तिर्न जर्जियामा प्रयोग गरिएको प्रणाली। सहायता प्राप्त गर्ने व्यक्तिहरूलाई EBT डेबिट कार्ड जारी गरिन्छ, उहाँहरूको SNAP खाताहरूमा पहुँच गर्न प्रयोग गरिन्छ।
विद्युतीय 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 सक्छ। यो वाहकहरूद्वारा भिन्न हुन सक्छ, कृपया आफ्नो प्रदायकसँग जाँच गर्नुहोस्।
ग्यारेण्टी सम्बन्ध	आमाबुवा, गर्भवती व्यक्ति, नातेदार वा कानूनी अभिभावक जसले गर्भमा रहेको बच्चा सहित बच्चाहरूको तर्फबाट आफ्नो नाममा TANF का लागि आवेदन दिनुहुन्छ र प्राप्त गर्नुहुन्छ।
कुल आम्दानी	व्यक्तिले कर तिर्नु अघि वा खातामा भएको अन्य कटौतीहरूको कुल आम्दानी।
घरबारविहीन व्यक्ति	व्यक्ति जो निश्चित र नियमित रातको निवासको अभाव छ वा व्यक्ति जसको प्राथमिक रातको निवास हो: <ul style="list-style-type: none"> अस्थायी आवास (जस्तै कल्याणकारी होटेल वा सामूहिक आश्रय) प्रदान गर्न डिजाइन गरिएको पर्यवेक्षित आश्रय; आधा बाटो घर वा समान संस्था जसले संस्थागत हुन चाहने व्यक्तिहरूको लागि अस्थायी आवास प्रदान गर्दछ; अर्को व्यक्तिको निवासमा 90 दिन भन्दा बढीका लागि अस्थायी आवास; वा मानिसका लागि नियमित सुत्ने बासस्थान (हलवे, बस स्टेसन, लबी वा यस्तै ठाउँहरू) का लागि डिजाइन नगरिएको वा सामान्यतया प्रयोग गरिएको ठाउँ।
परिवारका सदस्यहरू	तपाईंको घरमा बस्ने व्यक्तिहरू। SNAP का लागि, सँगै बस्ने र सँगै खाना खरिद गर्ने र तयार गर्ने व्यक्तिहरू।
आम्दानी	ज्याला, तलब, कमिसन, बोनस, 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, बिन्गो हल, रेस ट्र्याक, गेम खेल्ने स्थान, बन्दुक/युद्ध सामग्री पसल, समुद्री यात्रा गर्ने सिप, अलौकिक अध्ययनकर्ता, धुम्रपान पसल, ट्याटु/वेध पसल र स्पा/मसाज सैलुनहरूमा नगद भिक्न 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 नदिइएको 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। भुक्तानी प्राप्तकर्ता AU सदस्य हुन वा नहुन सक्छ।
पूर्व कर खर्च	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	<p>योग्य विदेशी/आप्रवासी भनेको निम्न वर्गहरू मध्ये एक भित्र पर्ने संयुक्त राज्य अमेरिकामा कानुनी रूपमा बस्ने व्यक्ति हो:</p> <ul style="list-style-type: none"> • आप्रवासन तथा राष्ट्रियता ऐन (INA) अन्तर्गत कानुनी रूपमा स्थायी निवास (LPR) का लागि प्रवेश दिइएको व्यक्ति; • 1988 को विदेशी सञ्चालन, निर्यात वित्तपोषण र सम्बन्धित कार्यक्रम विनियोजन ऐन को धारा 584 अन्तर्गत अमेरेशियन आप्रवासी; • INA को धारा 208 अन्तर्गत शरण दिइएको व्यक्ति; • INA को धारा 207 अन्तर्गत भर्ना गरिएका शरणार्थीहरू; • INA को खण्ड 212 (d)(5) अन्तर्गत शरणार्थी वा आश्रय लिने व्यक्तिको रूपमा पारोल गरिएको 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; • 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 (Afghan) वा इराकी (Iraqi) आप्रवासीहरू; • INA को धारा 289 अन्तर्गत संयुक्त राज्य अमेरिकामा 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 (Vietnam) इरा (8/05/1964 - 5/07/1975) को अवधिमा व्यक्तिले मिलिटरी वा उद्धार सञ्चालनमा भाग लिएर संयुक्त राज्य अमेरिकामा प्रदान गरिएका सहायताका ह्मोड वा हाइल्याण्ड लायोसन जनजातीय सदस्यहरू। <p>चिकित्सा सहायता आवेदकहरूका लागि मात्र, निःशुल्क एसोसिएसन कम्प्याक्ट (COFA) भनेका गणतन्त्र राज्य माइक्रोनेसिया, रिपब्लिक अफ दि मार्शल आइल्याण्ड्स र रिपब्लिक अफ पलाउ हुन्। COFA आप्रवासीहरूले 5-वर्षे बार पूरा गर्नु पर्दैन।</p>
स्रोतहरू	बैङ्क खाता, सवारी साधन, स्टक, बोनसहरू 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 निम्त्याउने 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।
करमा निर्भर	एक व्यक्ति जो कर फाइल गर्ने व्यक्तिको कर फिर्तामा दावी गरिने आशा राख्छ। 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। तिनीमा 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
SNAP मा तस्करी	<p>SNAP लाभहरू लेनदेन गर्नुको अर्थ भनेको:</p> <p>(1) खरिद, बिक्री, चोरी वा अन्यथा EBT कार्ड, कार्ड नम्बर र PIN नम्बरमार्फत वा म्यानुअल भाउचर र हस्ताक्षरद्वारा जारी गरिएका SNAP लाभहरू आदानप्रदान गर्न, नगद वा योग्य खाना बाहेक अन्य विचारका लागि, प्रत्यक्ष, अप्रत्यक्ष रूपमा, संलग्नतामा वा। अरूसँग मिलीभगत वा एकलै अभिनय;</p> <p>(2) बन्दुक, गोला बारुद, विस्फोटक पदार्थ वा नियन्त्रित पदार्थको आदानप्रदान; (3) उत्पादन खारेज गरेर र निक्षेप रकमका लागि कन्टेनर फिर्ता गर्ने उद्देश्यले नगद प्राप्त गर्ने उद्देश्यले कन्टेनर भएको SNAP लाभहरू सहितको उत्पादन खरिद गर्ने, जानाजानी उत्पादन खारेज गर्ने र जानाजानी निक्षेप रकमका लागि कन्टेनर फिर्ता गर्ने; (4) उत्पादन पुनः बेचेर योग्य खाना बाहेक नगद वा विचार प्राप्त गर्ने उद्देश्यले SNAP लाभहरू सहितको उत्पादन खरिद गर्ने र योग्य खाना बाहेक अन्य नगद वा विचारको सट्टामा SNAP लाभहरूसँग खरिद गरिएको उत्पादनलाई जानाजानी पुनः बिक्री गर्ने; (5) नगद वा योग्य खानाबाहेक अन्य विचारको सट्टामा SNAP लाभहरूसँग मौलिक रूपमा खरिद गरिएका उत्पादनहरू जानाजानी खरिद गर्ने। (6) इलेक्ट्रोनिक बेनिफिट ट्रान्सफर (EBT) कार्ड, कार्ड नम्बर र व्यक्तिगत पहिचान नम्बर (पिन) वा म्यानुअल भौचर र हस्ताक्षरहरूमार्फत जारी गरिएको र पहुँच गरिएको SNAP लाभहरूको विनिमयलाई खरीद, बिक्री, चोरी वा अन्यथा प्रभावित गर्ने प्रयास गर्दा, योग्य खाना बाहेक अन्य नगद वा विचारका लागि, प्रत्यक्ष, अप्रत्यक्ष रूपमा, अरूसँग मिलेमतो वा मिलेमतोमा वा एकलै कार्य गर्न।</p>

Way2Go डेबिट मास्टरकार्ड

जर्जिया राज्यले TANF प्राप्तकर्ताहरूका लागि Way2Go डेबिट मास्टरकार्ड भनिने सुविधाजनक "इलेक्ट्रोनिक" भुक्तानी विकल्प लागू गरेको छ। यो भुक्तानी विकल्प अन्तर्गत, महिनाको पहिलो पात्रो दिनमा प्राप्तकर्ताको खातामा पैसा डिपोजिट गरिन्छ। पहिले हप्तान्त वा बिदामा पर्दा, अघिल्लो महिनाको पछिल्लो व्यावसायिक दिनमा लाभहरू उपलब्ध हुन्छन्। डेबिट मास्टरकार्डमा विद्युतीय रूपमा कोषहरू लोड गरिएको हुनाले प्राप्तकर्ताले आफ्ना कोषहरूमा तुरुन्तै पहुँच गर्नुहुन्छ।

ADA/धारा 504 अधिकारको सूचना

अपाङ्गताहरू भएका मानिसका लागि मद्दत

संघीय कानून* अनुसार Georgia मानव सेवा विभाग र Georgia 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। उदाहरणका लागि, यदि तपाईंलाई प्रभावकारी सञ्चारको लागि सहायता वा सेवा चाहिन्छ भने कल गर्नुहोस्, जस्तै साङ्केतिक भाषा अनुवादक। तपाईं आफ्नो अनुरोध गर्नका लागि आफ्नो मुद्दा कार्यकर्तालाई सम्पर्क गर्न वा [\(877\) 423-4746](tel:(877)423-4746) मा वा [\(678\) 248-7449](tel:(678)248-7449) मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं आफ्नो स्थानीय ada@ga.gov कार्यालयमा वा [504-XXXX](tel:(504)504-XXXX) मा अनलाइन उपलब्ध हुने www.ga.gov उचित परिमार्जनको अनुरोध फाराम प्रयोग गरेर अनुरोध गर्न पनि सक्नुहुन्छ वा तपाईं [\(678\) 248-7449](tel:(678)248-7449) टोलीसँग वा ada@ga.gov मा अनलाइन उपलब्ध हुने www.ga.gov उचित परिमार्जनको अनुरोध फाराम प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ वा तपाईंले आफ्नो परिमार्जन अनुरोध ada@ga.gov मा इमेल गर्न सक्नुहुन्छ।

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। तपाईंले आफ्नो मुद्दा कार्यकर्ता, तपाईंको स्थानीय ada@ga.gov कार्यालय, वा [\(303\) 303-3334](tel:(303)303-3334), [\(877\) 423-4746](tel:(877)423-4746) मा सम्पर्क गरेर मौखिक वा लिखित रूपमा उजुरी गर्न सक्नुहुन्छ। ada@ga.gov को लागि, [\(221\) 221-XXXX](tel:(221)221-XXXX), [\(303\) 303-150](tel:(303)303-150), [\(303\) 303-0071](tel:(303)303-0071) वा [\(678\) 248-7449](tel:(678)248-7449) मा [\(678\) 248-7449](tel:(678)248-7449) टोली [\(678\) 248-7449](tel:(678)248-7449)/सेक्शन 504 संयोजकलाई सम्पर्क गर्नुहोस्। Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH को इमेल: ada@ga.gov

तपाईं आफ्नो मामिला कार्यकर्तालाई ada@ga.gov नागरिक अधिकारसम्बन्धी उजुरी फारामको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। उजुरी फाराम [504-XXXX](tel:(504)504-XXXX) मा पनि उपलब्ध छ। तपाईंलाई भेदभावसम्बन्धी उजुरी दायर गर्नमा मद्दत चाहिएमा, तपाईं माथि सूचीबद्ध ada@ga.gov कर्मचारीलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ। श्रवणहीन वा सुन्नमा कठिनाई हुने वा बोल्ने असक्षमता भएका व्यक्तिहरूले हामीसँग जोडिनका लागि अपरेटरलाई 711 मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। ada@ga.gov नागरिक अधिकार उजुरीहरूका लागि इमेल: ada@ga.gov

ada@ga.gov नागरिक अधिकार प्रक्रिया र उजुरी फारामका लागि लिङ्क:

[504-XXXX](tel:(504)504-XXXX)

तपाईं उपयुक्त संघीय एजेन्सीसँग पनि भेदभावसम्बन्धी उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ। U.S. कृषि विभाग (USDA) र U.S. स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (ada@ga.gov) 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 असक्षमता भएका व्यक्तिहरू गैर-कानुनी भेदभावबाट मुक्त छन् भनी सुनिश्चित गर्दछ।

सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग (ada@ga.gov) 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-भेदभाव 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 भुकावसहित), धार्मिक आस्था, अपाङ्गता, उमेर, राजनैतिक आस्थाका आधारमा विभेद गर्नबाट वा पूर्व नागरिक अधिकार गतिविधिका लागि प्रतिशोध वा प्रतिकार गर्नबाट निषेधित गरिएको छ। अमेरिकी स्वास्थ्य तथा मानव सेवा (HHS) विभागबाट निर्धन परिवारहरूलाई अस्थायी सहायता (TANF) जस्ता संघीय आर्थिक सहायता प्राप्त गर्ने कार्यक्रमहरू र (SNAP) ले प्रत्यक्ष रूपमा सञ्चालन गर्ने कार्यक्रमहरूलाई पनि संघीय नागरिक अधिकारका कानून र HHS नियमनहरू अन्तर्गत विभेद गर्नबाट निषेधित गरिएको छ।

कार्यक्रमसम्बन्धी जानकारीका लागि वैकल्पिक सञ्चार माध्यम (उदाहरणका लागि, ब्रेल, टूलो प्रिन्ट, अडियो टेप, अमेरिकी साङ्केतिक भाषा) आवश्यक पर्ने अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूले लाभहरूका लागि आवेदन दिएको एजेन्सी (राज्य वा स्थानीय) लाई सम्पर्क गर्नुपर्छ। श्रवणहीन, सुन्नमा कठिनाई भएका वा बोलीमा अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूले USDA लाई संघीय रिसे सेवा (800) मार्फत (800) 877-8339 मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ। यसका साथै, कार्यक्रमसम्बन्धी जानकारी अङ्ग्रेजी बाहेकका अन्य भाषाहरूमा पनि उपलब्ध गराउन सकिन्छ।

नागरिक अधिकारका उजुरीहरू समावेश गर्ने USDA कार्यक्रमहरू

USDA ले पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP), भारतीय आरक्षणमा खाद्य वितरण कार्यक्रम (Tribal Food Assistance Program), (Reservations, FDIPIR) र अन्य यस्तै धेरै खाद्य सुरक्षा र भोक न्यूनीकरण कार्यक्रमहरूका लागि संघीय आर्थिक सहायता उपलब्ध गराउँछ। कार्यक्रमसँग सम्बन्धित विभेद उजुरी दायर गर्न, www.usda.gov मा अनलाइनमार्फत वा कुनै पनि USDA कार्यालयमा वा USDA को ठेगानामा पत्र लेखेर पाउन सकिने कार्यक्रम विभेद उजुरी फाराम, (800) 3027. पूरा गर्नुहोस् र फाराममा अनुरोध गरिएका सबै जानकारी पत्रमा उपलब्ध गराउनुहोस्। उजुरी फारामको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न, (866) 632-9992 मा फोन गर्नुहोस्। निम्न जानकारी प्रयोग गरी आफूले पूरा गरेको फाराम वा पत्र USDA मा 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: ocr@usda.gov

समस्याहरूको बारेमा कुनै पनि अन्य जानकारीको लागि, व्यक्तिहरूले (800) 221-5689 मा यूएसडीए एसएनएपी हटलाइन नम्बरमा सम्पर्क गर्नुपर्छ, स्पेनिशमा पनि छ वा [राज्य जानकारी/हटलाइन नम्बरहरूमा कल गर्नुहोस्](http://www.usda.gov) (राज्य द्वारा हटलाइन नम्बरहरूको सूचीका लागि लिङ्कक्लिक गर्नुहोस्); यहाँ अनलाइन फेला पर्यो: [हटलाइन](http://www.usda.gov)।

नागरिक अधिकारका उजुरीहरू समावेश गर्ने HHS कार्यक्रमहरू

स्वास्थ्य तथा कल्याणमा सुधार ल्याउनका लागि (LIHEAP) न्यून-आय गृह ऊर्जा सहायता कार्यक्रम (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) र अन्य यस्तै धेरै कार्यक्रमहरूका लागि संघीय आर्थिक सहायता प्रदान गर्दछ। तपाईंलाई स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (HHS) ले प्रत्यक्ष रूपमा सञ्चालन गर्ने वा (SNAP) ले संघीय आर्थिक सहायता प्रदान गर्ने कार्यक्रम वा क्रियाफोनापहरूमा तपाईंको जाति, वर्ण, राष्ट्रिय मूल, अपाङ्गता, उमेर, लिङ्ग (गर्भवस्था, लैङ्गिक भुकाव र लैङ्गिक पहिचानसहित) वा धर्मका कारणले गर्दा विभेद गरिएको जस्तो लाग्छ भने, तपाईं आफू वा अन्य कोहीलाई गरिएको विभेदका सम्बन्धमा नागरिक अधिकार कार्यालय (Office for Civil Rights, OCR) मा उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ।

मार्फत संघीय आर्थिक सहायता प्राप्त गर्ने कार्यक्रमका सम्बन्धमा आफू वा अन्य कोहीलाई गरिएको भेदभावसम्बन्धी उजुरी दायर गर्न, OCR को उजुरी पोर्टल www.usda.gov मा अनलाइन फाराम पूरा गर्नुहोस्। तपाईंले OCR लाई निम्न माध्यमद्वारा सम्पर्क गर्न पनि सक्नुहुन्छ:

(केन्द्रीकृत मामिला व्यवस्थापन कार्यहरू), U.S. Department of Health and Human Services (अमेरिकी 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। छिटो हुने प्रक्रियाका लागि, हामी तपाईंलाई उजुरीहरू दायर गर्नका लागि पत्र पठाउनुको सट्टामा OCR अनलाइन पोर्टल प्रयोग गर्न सुझाव दिन्छौं। नागरिक अधिकार उजुरी दर्ता गर्न सहयोग चाहिने व्यक्तिहरूले ocr@hhs.gov इमेल गर्न सक्नुहुन्छ।

OCRMail@hhs.gov मा वा OCR toll-free at 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 मा कल गर्नुहोस्। श्रवणहीन, सुन्नमा कठिनाई भएका वा बोली अक्षमता भएका व्यक्तिहरूले कृपया दूरसञ्चार रिसे 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 (HHS) (अन्तर्गत, तपाईंले आफ्नो स्थानीय HHS कार्यालय, वा HHS सिभिल राइट्स, 504 खण्ड 504 संयोजकलाई Georgia मानव सेवा विभाग (Georgia Department of Human Services), जनरल काउन्सिलको कार्यालय, 47 www.gdhs.gov, 30334, (877) 423-4746 मा सम्पर्क गरेर अन्य भेदभाव उजुरीहरू पनि दायर गर्न सक्नुहुन्छ। सीमित अंग्रेजी प्रवीणतामा आधारित भेदभावको आरोप लागेका उजुरीहरूका लागि, Georgia मानव सेवा विभाग, अफिस अफ जनरल काउन्सिल, 47 www.gdhs.gov, 30334, (877) 423-4746 मा सीमित अंग्रेजी प्रवीणता र संवेदी कमजोरी कार्यक्रम (VINE) मा सम्पर्क गर्नुहोस्।

USDA वा HHS लाई आवेदनहरू नपठाउनुहोस्