

જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસડિ
વિઝન ઓફ ફેમિલી એન્ડ ચિલ્ડ્રન સર્વિસિસ (પરિવાર અને બાળકોની સેવાઓનો વિભાગ)
ફેરફાર રિપોર્ટ ફોર્મ

કૃપા કરીને આ ફોર્મનો ઉપયોગ પરિવાર અને બાળકોની સેવાઓના વિભાગને (ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ ફેમિલી એન્ડ ચિલ્ડ્રન સર્વિસિસ) તમારા પરિવારના સંજોગોમાં થતા ફેરફારોની જાણ કરવા માટે કરો. જો તમને આ દસ્તાવેજ વાંચવા કે પૂર્ણ કરવામાં મદદ જોઈતી હોય અથવા અમારી સાથે વાતચીત કરવામાં મદદ જોઈતી હોય, તો અમને પૂછો અથવા (1-877-423-4746) 423-4746 પર કોલ કરો. દુભાષિયા સહિતની અમારી સેવાઓ નિ:શુલ્ક છે. જો તમને સાંભળવામાં તકલિફ છે, સાંભળી શકતા નથી, બહેરા-અંધ છો અથવા બોલવામાં તકલીફ પડે છે, તો તમે અમને ઉપરના નંબર 711 (જ્યોર્જિયા રિલે) પર ડાયલ કરીને કોલ કરી શકો છો.

સંજોગોમાં ફેરફારોની જાણ કરવા સિવાયના કિસ્સાઓમાં આ ફોર્મ પરત આપવું નહીં.

નામ: _____ ક્લાયન્ટ ID # _____

સરનામું: _____ કેસ# _____

_____ કામદાર ફોન# _____

સરળીકૃત રીપોર્ટિંગ પરિવારોએ નીચે મુજબ જાણ કરવી આવશ્યક છે :

- જ્યારે તેમની કુલ માસિક એકંદર આવક તેમના પરિવારની સંખ્યા માટેના આવક સ્તર કરતા 130% વધુ હોય છે.
- જ્યારે જેના કોઈ આશ્રિત ન હોય તેવા સક્ષમ શરીરના વયસ્કો (ABAWD, એબલ બોડીડ વિઠાઉટ ડીપેન્ડેન્ટ) ના કામના કલાકો અઠવાડિયા દિઠ 20 કલાક અથવા દર મહિને 80 કલાકથી નીચે આવે છે. આ ફેરફારોની જાણ જે તે ફેરફાર થયાના મહિનાના અંતથી 10 દિવસની અંદર કરવી જોઈએ.
- જ્યારે પરિવારના સભ્યને કર અથવા અન્ય રકમ રોકી રાખવામાં આવે તે પહેલાં) \$4500 કે તેથી વધુની કુલ રકમમાં લોટરી અથવા જુગારની જીત મળે ત્યારે પરિવારોએ જાણ કરવી આવશ્યક છે. આ એક જ ગેમમાં જીતેલ રોકડ ઈનામ છે. જે મહિનાનામાં પરિવારના સભ્યને જીત મળી હોય તે મહિનાના અંતથી 10 દિવસની અંદર જીતની જાણ કરવી આવશ્યક છે.

જોકે ફક્ત તમારો પરિવાર જ સરળીકૃત રિપોર્ટિંગ આવશ્યકતાઓ ધરાવતો હોય, તેમ છતાં તમે નીચેનામાંથી કોઈપણ ફેરફારોની જાણ કરી શકો છો :

તમે જે ફેરફારોની જાણ કરી રહ્યા છો તે તપાસો અને આ ફોર્મ પરના પ્રશ્નોને પૂર્ણ કરો .

- પરિવારમાં કોઈ રહેવા આવ્યું અથવા બહારગયું તેના લીધે બદલાવ
- પરિવાર નવા સરનામે ખસેડાયું પરિવારના
- સભ્યોએ કામ કરવાનું શરૂ કર્યું પરિવારના સભ્ય(ઓ)
- એ કામ કરવાનું બંધ કરી દીધું
- પરિવારના સભ્યોના કલાકદીઠ પગાર અથવા કલાકોમાં દરમાં ફેરફાર થયા છે
- પરિવારના સભ્યોએ SSI, સામાજિક સુરક્ષા, VA, પેન્શન, નિવૃત્તિ, વિકલાંગતા, મિત્રો અથવા સંબંધીઓ પાસેથી નાણાં , બાળ સહાય, બેરોજગારી વગેરે મેળવવાનું શરૂ કર્યું અથવા બંધ કર્યું.
- કોઈકના ઘરખર્ચમાં અને બિલ માં બદલાવ આ વેલ હતો
- તમારી પાસે અથવા તમારા પરિવારની કોઈ વ્યક્તિ પાસે \$3000 કે તેથી વધુના સંસાધનો છે . જો વૃદ્ધ અથવા વિકલાંગ હોય, તો \$4500 અથવા વધુના ના સંસાધનો.

જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસડિ
વિઝન ઓફ ફેમિલી એન્ડ ચિલ્ડ્રન સર્વિસિસ (પરિવાર અને બાળકોની સેવાઓનો વિભાગ)
ફેરફાર રિપોર્ટ ફોર્મ

ઘ રે લુ બં ધા રણ

- કોણ રહેવા આવ્યું? _____ કોણ બહાર ગયું? _____
- વ્યક્તિ ક્યારે આવી અથવા બહાર ગઈ? _____

સ ર ના મું

- મારું પરિવાર નવાસરનામે ખસેડાયું છે . નવું સરનામું છે _____

- નવું ભાડું અથવા ગીરોરકમ છે \$ _____ જો ગીરો હોય, તોવાર્ષિક મિલકત વેરો \$ _____ છે અને મકાન માલિકના વીમા માટેની રકમ \$ છે _____.
- શું કોઈ તમને તમારું ભાડું, ગીરોની રકમ અથવા ઉપયોગિતાઓ ચૂકવવામાંમદદ કરે છે ? હા _____ ના _____ જો હા, તો કોણ?

- તમારા નવા સરનામા પર, તમે કઈ સુવિધાઓ માટે ચૂકવો છો ? _____
- શું તમારે હીટિંગ અથવા કૂલિંગ ખર્ચ માટે ચૂકવણીકરવી પડે છે ? હા _____ ના _____ (વીજળી, ગેસ અથવા બંને)

આ વ ક

- કોની આવક કે રોજગારમાં ફેરફાર થયો હતો? _____
- આવક કે રોજગાર ક્યાંથી આવે છે? _____

- કેટલી વાર આવક પ્રાપ્ત થાય છે? _____
- આવક કે રોજગાર ક્યારે શરૂ થયો? _____
- આવકની નવીરકમ કેટલી છે? _____
- આવક કે રોજગાર ક્યારે બંધ થયો? _____
- પ્રાપ્ત થયેલ છેલ્લી પગારની રકમ કેટલી છે? _____

જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસડિ
વિઝન ઓફ ફેમિલી એન્ડ ચિલ્ડ્રન સર્વિસિસ (પરિવાર અને બાળકોની સેવાઓનો વિભાગ)
ફેરફાર રિપોર્ટ ફોર્મ

ત બી બી ખ ર્ય				
શું 60 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના અથવા કોઈ વિકલાંગ વ્યક્તિનો તબીબી ખર્ચ છે? હા _____ ના _____ જો હા, તો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો.				
બિલ આપેલ સભ્ય	ખર્ચનો પ્રકાર (ડૉક્ટર, હોસ્પિટલ, પ્રિસ્ક્રિપ્શન્સ, મેડિકેર પ્રીમિયમ)	આપવાની રકમ	બિલની તારીખ	શુંવીમો ચુકવણી કરશે? (હા/ના)

બા ળ સ હા ય ચૂ ક વ ણી
<ul style="list-style-type: none"> • શું તમે અથવા તમારા પરિવારની કોઈ વ્યક્તિ પરિવારની બહાર રહેતા કોઈ વ્યક્તિને બાળ સહાય ચૂકવો છો? હા _____ ના _____ • ચૂકવવા માટે કોણ જવાબદાર છે? _____ • ફરજિયાત દેવાની રકમ કેટલી છે? _____ • બાળ સહાય કોના માટે ચૂકવવામાં આવે છે? _____ • બાળસહાય કોને ચૂકવવામાં આવે છે? _____ • બાળ સહાય કેટલી વાર ચૂકવવામાં આવે છે? _____ • વાસ્તવિક રકમ કેટલી ચૂકવવામાં આવે છે? _____

આ શ્રિ ત સ હા ય ખ ર્ય			
સંભાળની જરૂર ધરાવતી વ્યક્તિ:		સંભાળ માટે ચૂકવણી કરનાર વ્યક્તિ:	
પ્રદાતાનું નામ:		પ્રદાતાને કેટલી ચૂકવણી કરવામાં આવે છે:	કેટલી વાર ચૂકવવામાં આવે છે:
પ્રદાતાનો ફોન #:	સંભાળ માટેનું કારણ:		

જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસડિ
વિઝન ઓફ ફેમિલી એન્ડ ચિલ્ડ્રન સર્વિસિસ (પરિવાર અને બાળકોની સેવાઓનો વિભાગ)
ફેરફાર રિપોર્ટ ફોર્મ

સં સા ધ નો			
શું તમારા પરિવારની કોઈ વ્યક્તિનીચેના સંસાધનો ધરાવે છે? હા _____ ના _____			
જો હાતો નીચેનો ચાર્ટ પૂર્ણ કરો.			
સંસાધન પ્રકાર	માલિક	રકમ/મૂલ્ય	બેંકનું નામ
રોકડ			
ચેકિંગ/સેવિંગ્સ			
ક્રેડિટ યુનિયન			
સ્ટોક્સ અથવા બોન્ડ્સ			
સેફ ડિપોઝિટ બોક્સ			

મારા પરિવારની એકંદર માસિક કુલ આવક(કપાત અને અર્જિત આવક પહેલા મેળવેલ) આવક મર્યાદાના 130% કરતાં વધુ છે .

કયા મહિનામાં/વર્ષમાં પરિવારની આવક 130% રકમથીવધી ગઈ ? _____ / _____
માસ વર્ષ

કુલ માસિક આવકની રકમ કેટલી છે ? _____

સહી _____ તારીખ _____

મારા પરિવારમાં **ABAWD** સભ્ય હતા જેમના કામના કલાકો દર અઠવાડિયે **20** કલાક અથવા દર મહિને **80** કલાકથીઓછા થઈ ગયા હતા.
હું, _____ એક બેરોજગાર **ABAWD** છું જે અઠવાડિયામાં 20-29 કલાકઅથવા દર મહિને 80 કલાક કામ કરતો હતો .
મારા કામના કલાકો _____ ઘટીને અઠવાડિયા દિઠ કલાકો થઈ ગયા છે.

સહી _____ તારીખ _____

મારા પરિવારમાં એક સભ્યને લોટરી અથવા જુગારમાં જીતેલી રકમમળી હતી.

કયા મહિનામાં/વર્ષમાં પરિવારના સભ્યને લોટરી/જુગારની આવક પ્રાપ્ત થઈ? _____ / _____
માસ વર્ષ

લોટરી/જુગારની આવકની કુલ રકમ કેટલી છે ? _____

સહી _____ તારીખ _____

જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસ
વિઝન ઓફ ફેમિલી એન્ડ ચિલ્ડ્રન સર્વિસિસ (પરિવાર અને બાળકોની સેવાઓનો વિભાગ)
ફેરફાર રિપોર્ટ ફોર્મ

હું મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી અને માન્યતા મુજબ ખોટી જુબાનીના દંડ હેઠળ જાહેર કરું છું કે હું જેના માટે લાભો માટે અરજી કરી રહ્યો છું તે વ્યક્તિ(ઓ) U.S. નાગરિક(ઓ) છે અથવા યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સમાં કાયદેસર રીતે હાજર છે. હું વધુમાં પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજી પર આપવામાં આવેલી તમામ માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણ મુજબ સાચી અને ખરી છે. હું સમજું છું અને સંમત છું કે DHS-DFCS, DCH અને અધિકૃત ફેડરલ એજન્સીઓ આ અરજી પર આપેલી માહિતી ચકાસી શકે છે. ભૂતકાળ અથવા વર્તમાન નોકરીદાતાઓ પાસેથી માહિતી મેળવી શકાય છે. હું સમજું છું કે મારી માહિતીનો ઉપયોગ વેતનની માહિતી અને કામની પ્રવૃત્તિઓમાં મારી સહભાગિતાને ટ્રેક કરવા માટે કરવામાં આવશે.

SNAP/Medicaid અને/અથવા TANF પ્રોગ્રામ આવશ્યકતાઓ અનુસાર હું મારી પરિસ્થિતિમાં કોઈપણ ફેરફારની જાણ કરીશ. જો મારા પરિવારમાં કોઈને લોટરી અથવા જુગારમાં \$4500 કે તેથી વધુની કુલ રકમ (ટેક્સ અથવા અન્ય રકમોની અટકાયત પહેલા)ની જીત મળે તો હું જાણ કરીશ. હું આ જીતની જાણ મારા પરિવારના સભ્યને જીત પ્રાપ્ત થયાના મહિનાના અંતના 10 દિવસની અંદર કરીશ. હું સમજું છું કે જો કોઈ માહિતી ખોટી છે, તો મારા લાભો ઘટાડી શકાય છે અથવા નકારવામાં આવી શકે છે, અને જાણીને ખોટી માહિતી પ્રદાન કરવા બદલ મારા ઉપર ફોજદારી કાર્યવાહી કરવામાં આવી શકે છે અથવા DHS-DFCS કાર્યક્રમમાંથી ગેરલાયક ઠેરવવામાં આવી શકે છે. હું સમજું છું કે જો હું ખોટી માહિતી આપું અથવા માહિતી છુપાવું તો મારા પર કાર્યવાહી થઈ શકે છે. હું સમજું છું કે જો હું મારી અરજી અથવા રીન્યુઅલ પ્રક્રિયા દરમિયાન મારા કેટલાક ખર્ચ વિશે DHS-DFCSને જણાવવામાં નિષ્ફળ જાઉં અને/અથવા તેમની ચકાસણી કરવામાં નિષ્ફળ જાઉં, તો DHS-DFCS મારા SNAP લાભોની રકમની ગણતરીમાં તે ખર્ચનું બજેટ કરશે નહીં.

સહી _____

તારીખ _____

મતદાર નોંધણીની માહિતી

જો તમે અત્યારે જ્યાં રહો છો ત્યાં મત આપવા માટે તમે નોંધાયેલા નથી, તો શું તમે આજે અહીં મત આપવા માટે નોંધણી કરવા અરજી કરવા માંગો છો?

_____ હા

_____ ના

_____ હું મતદાર નોંધણી પ્રશ્નનો જવાબ આપવા માંગતો નથી

મત આપવા માટે નોંધણી કરવા અરજી કરવી અથવા આમ કરવાનો ઇનકાર કરવાથી તમને આ એજન્સી દ્વારા આપવામાં આવતી સહાયની રકમ પર કોઈ અસર થશે નહીં.

જો તમને મતદાર નોંધણી અરજી ફોર્મ ભરવામાં મદદ જોઈતી હોય, તો અમે તમને મદદ કરીશું. મદદ લેવી કે સ્વીકારવી તે નિર્ણયિતમારો છે. તમે એકાંતમાં અરજી ફોર્મ ભરી શકો છો.

જો તમે માનતા હો કે કોઈએ મત માટે નોંધણી કરાવવાના અથવા નકારવાના તમારા અધિકારમાં, મત આપવા માટે અરજી કરવાના તમારા નિર્ણયના તમારા ગોપનીયતાના અધિકાર, અથવા તમારો પોતાનો રાજકીય પક્ષ અથવા અન્ય રાજકીય પક્ષ પસંદ કરવાના તમારો અધિકારમાં દખલ કરી છે તો તમે રાજ્યના સચિવને પર નીચે આપેલ સરનામાં પર ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો. 2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 or by calling 404-656-2871.

જો તમે બે માંથી એક બોક્સને ટીક નહીં કરો, તો તમે આ સમયે મત આપવા માટે નોંધણી ન કરવાનું નક્કી કર્યું હોવાનું માનવામાં આવશે.

જ્યોર્જિયા મતદાર નોંધણી અરજીની નકલ DFCS અરજીઓ, રિન્યુઅલ અને સરનામાંના ફેરફારના ફોર્મ સાથે શામિલ છે. તમે તમારા કેસવર્કર પાસેથી પણ મતદાર નોંધણી અરજીની વિનંતી કરી શકો છો. જો તમે મતદાર નોંધણી અરજી પૂર્ણ કરો છો, તો મતદાર નોંધણી અરજી પર આપવામાં આવેલી સૂચનાઓને અનુસરીને મતદાર તેને જ્યોર્જિયા સેક્રેટરી. ઓફ સ્ટેટની ઓફિસમાં સૂપ્રત કરો.

જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસ
વિઝન ઓફ ફેમિલી એન્ડ ચિલ્ડ્રન સર્વિસીસ (પરિવાર અને બાળકોની સેવાઓનો વિભાગ)
ફેરફાર રિપોર્ટ ફોર્મ

ADA/કલમ 504 અધિકારોની સૂચના

વિકલાંગ લોકો માટે મદદ

જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસ અને જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ કોમ્યુનિટી હેલ્થ ("વિભાગો") એ ફેડરલ લો* અનુસાર વિકલાંગ વ્યક્તિઓને વિભાગોના કાર્યક્રમો, સેવાઓ અથવા પ્રવૃત્તિઓમાં ભાગ લેવાની અને લાયક બનવાની સમાન તક પૂરી પાડવી આવશ્યકતા ધરાવે છે. આમાં SNAP, TANF અને તબીબી સહાય જેવા કાર્યક્રમોનો સમાવેશ થાય છે.

વિકલાંગતાના આધારે ભેદભાવ ટાળવા માટે જ્યારે ફેરફારો જરૂરી હોય ત્યારે વિભાગો વ્યાજબી ફેરફારો પ્રદાન કરે છે. ઉદાહરણ તરીકે, સમાન પહોંચ પ્રદાન કરવા માટે અમે નીતિઓ, પ્રથાઓ અથવા પ્રક્રિયાઓમાં ફેરફાર કરી શકીએ છીએ. સમાન રીતે અસરકારક સંચાર સુનિશ્ચિત કરવા માટે, અમે વિકલાંગ વ્યક્તિઓ અથવા વિકલાંગતા ધરાવતા તેમના સાથીઓને સંચાર સહાય પૂરી પાડીએ છીએ, જેમ કે સાંકેતિક ભાષાના દુભાષિયા. અમારી સહાય નિ:શુલ્ક છે. વિભાગોએ એવા કોઈ ફેરફાર કરવાની જરૂર નથી કે જેના પરિણામે સેવા, કાર્યક્રમ અથવા પ્રવૃત્તિના સ્વરૂપમાં મૂળભૂત ફેરફાર થાય અથવા અનુચિત નાણાકીય અને વહીવટી બોજ ઉત્પન્ન થાય.

વાજબી ફેરફાર અથવા સંચાર સહાયની વિનંતી કેવી રીતે કરવી

જો તમે વિકલાંગતા ધરાવતા હો અને વાજબી ફેરફાર, સંચાર સહાય અથવા વધારાની મદદની જરૂર હોય તો મહેલરબાની કરીને તમારા કેસ વર્કરનો સંપર્ક કરો. દાખલા તરીકે, જો તમને સાંકેતિક ભાષાના દુભાષિયા જેવી અસરકારક સંચાર માટે સહાય અથવા સેવાની જરૂર હોય તો કોલ કરો. તમારી વિનંતી કરવા માટે તમે તમારા કેસ વર્કરનો સંપર્ક કરી શકો છો અથવા(877) 423-4746 પર DFCS અથવા DCH Katie Beckett (KB) ટીમને (678-248-7449)-248-7449 પર કોલ કરી શકો છો. તમે DFCS ADA વાજબી ફેરફાર વિનંતી ફોર્મનો ઉપયોગ કરીને તમારી વિનંતી પણ કરી શકો છો, જે તમારી સ્થાનિક DFCS ઓફિસમાં અથવા ઓનલાઇન <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> પર ઉપલબ્ધ છે અથવા તમે KB ઓફિસમાં DCH ADA વાજબી ફેરફાર વિનંતી ફોર્મ મેળવી શકો છો અથવા <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> પર ઓનલાઇન ફોર્મ મેળવી શકો છો પરંતુ તમારે ફોર્મનો ઉપયોગ કરવાની જરૂર નથી.

ફરિયાદ કેવી રીતે ફાઇલ કરવી

જો તમારી વિકલાંગતાને કારણે વિભાગોએ તમારી સાથે ભેદભાવ કર્યો હોય તો તમને ફરિયાદ કરવાનો અધિકાર છે. ઉદાહરણ તરીકે, તમે ભેદભાવની ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો જો તમે વાજબી ફેરફાર અથવા સાંકેતિક ભાષાના દુભાષિયા માટે પૂછ્યું હોય જેને નકારવામાં આવ્યો હોય અથવા વાજબી સમયની અંદર કાર્યવાહી નકરવામાં આવી હોય. તમે તમારા કેસ વર્કર, તમારી સ્થાનિક DFCS ઓફિસ અથવા DFCS સિવિલ રાઇટ્સ, ADA/સેક્શન 504 કોઓર્ડિનેટરનો 47 Trinity Avenue SW, 1st Floor, Atlanta, GA 20334, 877-423-4746 પર સંપર્ક કરીને મૌખિક અથવા લેખિતમાં ફરિયાદ કરી શકો છો. DCH માટે, KB ટીમ ADA/વિભાગ 504 કોઓર્ડિનેટરનો અહીં સંપર્ક કરો : 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 અથવા P.O. Box 172, Norcross, GA. 30091, 678-248-7449. DCH ઇમેઇલ છે: dch.adarequests@dch.ga.gov.

તમે તમારા કેસ વર્કરને DFCS નાગરિક અધિકાર ફરિયાદ ફોર્મની નકલ માટે કહી શકો છો. ફરિયાદ ફોર્મ <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> પર પણ ઉપલબ્ધ છે. જો તમને ભેદભાવની ફરિયાદ કરવામાં મદદની જરૂર હોય, તો તમે ઉપર સૂચિબદ્ધ DFCS સ્ટાફનો સંપર્ક કરી શકો છો. જે વ્યક્તિઓને સાંભળવામાં તકલિફ હોય અથવા સાંભળવામાં અક્ષમ હોય અથવા જેમને બોલવાની અક્ષમતા હોય તેઓ અમારી સાથે જોડાવા માટે ઓપરેટરને 711 પર કોલ કરી શકે છે. DCH નાગરિક અધિકારની ફરિયાદો માટેનો ઈમેલ છે: dch.civilrights@dch.ga.gov. DCH નાગરિક અધિકાર પ્રક્રિયા અને ફરિયાદ ફોર્મ માટેની વિક છે <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

તમે યોગ્ય ફેડરલ એજન્સી સાથે ભેદભાવની ફરિયાદ પણ નોંધાવી શકો છો. U.S. માટે સંપર્ક માહિતી ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ એગ્રીકલ્ચર (USDA) અને U.S. ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હેલ્થ એન્ડ હ્યુમન સર્વિસીસ (HHS) હેઠળ "સમાવિષ્ટ Nondiscrimination Statement (બિન-ભેદભાવ કથન)" ની હેઠળ છે.

*1973 આ પુનર્વસન અધિનિયમની કલમ 504; અમેરિકનો વિથ ડિસેબિલિટી એક્ટ 1990; અને અમેરિકનો વિથ ડિસેબિલિટી એક્ટ એમેન્ડમેન્ટ્સ એક્ટ 2008 એ સુનિશ્ચિત કરે છે કે વિકલાંગ વ્યક્તિઓ ગેરકાનૂની ભેદભાવથી મુક્ત છે.

**જ્યોર્જિયા ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હ્યુમન સર્વિસીસ
વિઝન ઓફ ફેમિલી એન્ડ ચિલ્ડ્રન સર્વિસીસ (પરિવાર અને બાળકોની સેવાઓનો વિભાગ)
ફેરફાર રિપોર્ટ ફોર્મ**

USDA ને અરજીઓ મોકલવી નહીં

બિન-ભેદભાવ કથન

U.S. અને ફેડરલ નાગરિક અધિકાર કાયદા અનુસાર ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ એગ્રીકલ્ચર (USDA) ના નાગરિક અધિકાર નિયમો અને નીતિઓ, USDA, તેની એજન્સીઓ, કચેરીઓ અને કર્મચારીઓ અને USDA, કાર્યક્રમોમાં ભાગ લેતી અથવા તેનું સંચાલન કરતી સંસ્થાઓ, જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, લિંગ (લિંગ ઓળખ, જાતીય અભિગમ સહિત) ધાર્મિક સંપ્રદાય, અપંગતા, ઉંમર, રાજકીય માન્યતાઓ અથવા USDA દ્વારા આયોજિત અથવા ભંડોળ પૂરું પાડવામાં આવેલ કોઈપણ કાર્યક્રમ અથવા પ્રવૃત્તિમાં અગાઉના નાગરિક અધિકારોની પ્રવૃત્તિ માટે વેર અથવા બદલાના આધારે ભેદભાવ કરવા પર પ્રતિબંધ ધરાવે છે. U.S. તરફથી ફેડરલ નાણાકીય સહાય મેળવતા કાર્યક્રમો સ્વસ્થ અને માનવ સેવા વિભાગ (HHS, ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હેલ્થ એન્ડ હ્યુમન સર્વિસ), જરૂરિયાતમંદ પરિવારો માટે અસ્થાયી સહાયક (TANF, ટેમ્પરરી આસસીસ્ટન્સ ફોર નીડી ફેમિલીસ), અને HHS જે પ્રોગ્રામ્સને સીધા ચલાવે છે તે પણ ફેડરલ નાગરિક અધિકાર કાયદા અને HHS નિયમો હેઠળ ભેદભાવ કરવા પ્રતિબંધિત છે.

વિકલાંગ વ્યક્તિઓ કે જેમને કાર્યક્રમની માહિતી માટે સંચારના વૈકલ્પિક માધ્યમોની જરૂર હોય છે (દા.ત., બ્રેઇલ, મોટી પ્રિન્ટ, ઓડિઓટેપ, અમેરિકન સાઇન લેંગ્વેજ (સાંકેતિક ભાષા)), તેઓએ જ્યાં લાભો માટે અરજી કરી હોય તે એજન્સી (રાજ્ય અથવા સ્થાનિક)નો સંપર્ક કરવો જોઈએ. જે વ્યક્તિઓ બહેરા છે, સાંભળવામાં અસમર્થ છે અથવા જેમને બોલવામાં અસમર્થતા છે તેઓ (800) 877-8339 પર ફેડરલ રિલે સર્વિસ દ્વારા USDA નો સંપર્ક કરી શકે છે. વધુમાં, પ્રોગ્રામની માહિતી અંગ્રેજી સિવાયની અન્ય ભાષાઓમાં ઉપલબ્ધ કરાવી શકાય છે.

USDA કાર્યક્રમોને શામિલ કરતી નાગરિક અધિકારોની ફરિયાદો

USDA એ ઘણા ખાદ્ય સુરક્ષા અને ભૂખ ઘટાડવાના કાર્યક્રમો માટે સંઘીય નાણાકીય સહાય પૂરી પાડે છે જેમ કે પૂરક પોષણ સહાય કાર્યક્રમ (SNAP), ભારતીય આરક્ષણો પર ખોરાક વિતરણ કાર્યક્રમ (FDPIR) અને અન્ય. ભેદભાવની ફરિયાદ નોંધાવવા માટે, ઓનલાઇન અને કોઈપણ USDA ઓફિસમાં ઉપલબ્ધ પ્રોગ્રામ ભેદભાવ ફરિયાદ ફોર્મ, (AD-3027): <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> પર પૂર્ણ કરો, અને અથવા USDA ને સંબોધીને પત્ર લખો અને ફોર્મમાં વિનંતી કરેલી બધી માહિતી પત્રમાં પ્રદાન કરો. ફરિયાદ ફોર્મની નકલની વિનંતી કરવા માટે, (866) 632-9992 પર કોલ કરો. USDA ને તમારું ભરેલું ફોર્મ અથવા પત્ર સબમિટ કરો:

1. મેઇલ: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; અથવા
2. ફેક્સ: (833) 256-1665 અથવા (202) 690-7442; અથવા
3. ફોન: (833) 620-1071; અથવા
4. ઇમેઇલ: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

SNAP સમસ્યાઓ સંબંધિત કોઈપણ અન્ય માહિતી માટે, વ્યક્તિઓએ

USDA SNAP હોટલાઇન નંબર (800) 221-5689 પર સંપર્ક કરવો જોઈએ, જે સ્પેનિશમાં પણ છે, અથવા ઓનલાઇન ઉપલબ્ધ [state information/hotline numbers](#) પર કોલ કરવો જોઈએ (રાજ્ય અનુસાર હોટલાઇન નંબરોની સૂચિ માટે લિંક પર ક્લિક કરો): [SNAP hotline](#).

HHS કાર્યક્રમોને સંડોવતા નાગરિક અધિકારોની ફરિયાદો

TANF, હેડ સ્ટાટ, લો ઇન્કમ હોમ એનર્જી આસિસ્ટન્સ પ્રોગ્રામ (LIHEAP) અને અન્ય સહિત આરોગ્ય અને સુખાકારીને વધારવા માટે HHS ઘણા કાર્યક્રમો માટે સંઘીય નાણાકીય સહાય પૂરી પાડે છે. HHS દ્વારા સીધું સંચાલન થતા અથવા જેના માટે HHS ફેડરલ નાણાકીય સહાય પૂરી પાડે છે તેવા કાર્યક્રમો અથવા પ્રવૃત્તિઓમાં જે તમે માનતા હોવ કે તમારી જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, વિકલાંગતા, ઉંમર, લિંગ (ગર્ભાવસ્થા, જાતીય અભિગમ અને લિંગ ઓળખ સહિત), અથવા ધર્મ આધારે તમારી સાથે ભેદભાવ થાય છે તો તમે તમારા અથવા બીજા માટે ઓફિસ ફોર સિવિલ રાઇટ્સ (OCR) માં ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો.

HHS દ્વારા ફેડરલ નાણાકીય સહાય મેળવતા પ્રોગ્રામ અંગે તમારા અથવા અન્ય કોઈ વ્યક્તિ માટે ભેદભાવની ફરિયાદ નોંધાવવા માટે, OCR ના ફરિયાદ પોર્ટલ

દ્વારા <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> પર ફોર્મ ઓનલાઇન ભરો. તમે મેઇલ દ્વારા પણ OCR નો સંપર્ક અહીં કરી શકો છો: 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; ફેક્સ: (202) 619-3818; અથવા ઇમેઇલ: OCRmail@hhs.gov. ઝડપી પ્રક્રિયા માટે, અમે તમને મેઇલ દ્વારા ફાઇલ કરવાને બદલે ફરિયાદો ફાઇલ કરવા માટે OCR ઓનલાઇન પોર્ટલનો ઉપયોગ કરવા પ્રોત્સાહિત કરીએ છીએ. જે વ્યક્તિઓને નાગરિક અધિકારની ફરિયાદ દાખલ કરવામાં સહાયની જરૂર હોય તેઓ OCRMail@hhs.gov પર ઇમેઇલ કરી શકે છે અથવા 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 પર OCR ટોલ-ફ્રી કોલ કરી શકે છે. જે વ્યક્તિઓને સાંભળવામાં તકલિફ હોય, સાંભળી શકતા ના હોય અથવા બોલવામાં તકલીફ હોય, તો મહેરબાની કરીને ટેલિફોનિકેશન રિલે સેવાઓની પહોંચ મેળવવા માટે 7-1-1 ડાયલ કરો. ફરિયાદ દાખલ કરવા માટે અમે વૈકલ્પિક ફોર્મટ્સ (જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટ), સહાયક સહાય અને ભાષા સહાય સેવાઓ પણ નિ:શુલ્ક પ્રદાન કરીએ છીએ.

આ સંસ્થા સમાન તક પ્રદાતા છે.

તમે તમારી સ્થાનિક DFCS ઓફિસ અથવા DFCS નાગરિક અધિકારો અને ADA/વિભાગ 504 કોઓર્ડિનેટરનો અહીં સંપર્ક કરીને પણ ભેદભાવની ફરિયાદો નોંધાવી શકો છો: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA, 30334, (877) 423-4746. મર્યાદિત અંગ્રેજી પ્રાવીણ્યના આધારે ભેદભાવનો આક્ષેપ કરતી ફરિયાદો માટે, DHS મર્યાદિત અંગ્રેજી પ્રાવીણ્ય અને સંવેદનાત્મક ક્ષતિ કાર્યક્રમનો અહીં સંપર્ક કરો: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334 or call (877) 423-4746.

USDA ને અરજીઓ મોકલવી નહીં