



## درخواست نامه برای مزایا

شما باید درخواست نامه تکمیل شده را به دفتر محلی بخش خود تحویل دهید یا پست کنید..

اگر برای تکمیل کردن این فرم درخواست به کمک نیاز دارید، از ما درخواست کنید یا با شماره 1-877-423-4746 تماس بگیرید. اگر مشکل شنوایی دارید با GA Relay به شماره 711 تماس بگیرید. خدمات ما رایگان است.

ما در بخش خدمات خانواده و کودکان (DFCS) چه خدماتی ارائه میکنیم؟  
DFCS خدمات زیر را ارائه میدهد:

### سوالات متداول

دسترسی به این کمکها چقدر زمان میبرد؟

بنهای مواد غذایی: تا 30 روز

TANF: تا 45 روز

Medicaid: 10 تا 60 روز

در صورتی که واجد شرایط باشید ممکن است ظرف 7 روز بن مواد غذایی (Food Stamp) به شما داده شود. به صفحه 5 رجوع کنید.

چقدر مزایا دریافت خواهم کرد؟

درآمد، منابع مالی و اندازه خانواده شما تعیینکننده مقدار کمکها است. پس از اینکه مشخص شود واجد شرایط هستید، آنگاه میتوانیم اطلاعات مشخصی را ارائه دهیم.

این کمکها چطور در اختیار من قرار خواهند گرفت؟

یک کارت الکترونیکی برای انتقال مزایا (EBT) این و برای دریافتکنندگان TANF روش در مورد بن مواد غذایی EPPICARD فراهم کرده در اختیار شما قرار داده میشود هر فرد پرداخت الکترونیکی به نام بدهی مستر کارت است و در مورد Medicaid هم یک کارت Medicaid در اختیار واجد شرایط قرار میگیرد. جهت Medicaid، برای هر یک از اعضای واجد شرایط، کارت Medicaid دریافت خواهید کرد.

### کمک غذایی



بنهای مواد غذایی نوعی کمک هستند که با استفاده از آنها میتوانید در تمام EBT/Quest را دارند مواد غذایی بخرید.

### کمک نقدی / خدمات پشتیبانی شغلی



برنامه کمک موقت به خانوادههای نیازمند (TANF) در مدتی محدود به خانوادههایی که دارای کودکان وابسته به خود هستند کمک نقدی ارائه میدهد. والدین یا سرپرستانی که از این کمک استفاده میکنند باید در برنامههای کاری شرکت نمایند. هدف دیگر برنامه کمک نقدی (Cash Assistance)، فراهم آوردن کمک مالی برای خانواده های پناهجویی است که واجد شرایط برنامه TANF نیستند.

- پدربزرگ و مادربزرگ هایی که نوه هایشان را بزرگ می کنند (GRG)، تحت حمایت های لازم قرار می گیرند تا کودکان بتوانند در منزل پدربزرگ و مادربزرگ هایشان زندگی کنند.

### کمک پزشکی



برنامه Medicaid ممکن است در پرداخت صورتحسابهای پزشکی، حق ویزیت، پزشکان، و حق بیمه پزشکی به افراد واجد شرایط کمک کند.



## درخواست نامه برای مزایا

### چه اطلاعاتی را باید ارائه کنم؟

بهتر است اطلاعات زیر ارائه شود:

- گواهی هویت فرد متقاضی بن مواد غذایی و (TANF). گواهی هویت کسی که درخواست Medicaid مینماید. سند هویت متقاضی اگر تقاضا به کوپن غذا و/یا TANF مربوط میشود. سند هویت همه افراد، اگر تقاضا به "کمک پزشکی" مربوط میشود. کارت شناسایی (ID) یا گواهینامه رانندگی (DL). مانند کارت شناسایی (DL) یا گواهینامه رانندگی (ID)

- گواهی شهروندی آمریکا یا گواهی مهاجرت برای تمام افراد متقاضی کمک. اگر فقط خواستار استفاده از خدمات پزشکی اضطراری باشید، لزومی ندارد که SSN یا اطلاعات مربوط به وضعیت مهاجرت خود را ارائه کنید

- شماره بیمه تأمین اجتماعی برای تمام افراد متقاضی کمک.
- گواهی درآمد مانند چک حقوقی، کمک هزینه اولاد، و فیش حقوقی.
- گواهی هزینهها مانند رسید مهدکودک، قبوض پزشکی، هزینههای انتقال پزشکی، و هزینههای مراقبت از کودکان.

به شما زمان داده میشود تا این اطلاعات را به دفتر ما ارائه کنید. اگر برای گردآوری این اطلاعات به کمک نیاز دارید ما را در جریان بگذارید

### ما چه استفاده‌های از اطلاعات شخصی متقاضی خواهیم کرد؟

لازم است صریحاً شماره‌های تأمین اجتماعی (SSN) و وضعیت شهروندی یا مهاجرت افراد متقاضی کمک را به ما ارائه کنید. این اطلاعات در سیستم بررسی درآمد و تأیید صلاحیت (IEVS) مورد استفاده قرار میگیرد. همچنین با همکاری سازمانهای فدرال، ایالتی یا محلی برای مشخص نمودن درآمد و صلاحیت شما از آنها استفاده خواهیم نمود. ما برای تأیید درآمد و صلاحیت، پیگیری اطلاعات دستمزد و مشارکت در فعالیتهای کاری، اطلاعات شما را با اطلاعات در اختیار نهادهای فدرال، ایالتی و محلی تطبیق میدهیم ممکن است یکی از اعضای خانوار تمایل نداشته باشد اطلاعات SSN، شهروندی یا مهاجرت خود را ارائه دهد، اما سایر اعضای خانوار میتوانند کمک دریافت نمایند.

اگر فقط خواستار استفاده از خدمات پزشکی اضطراری باشید، لزومی ندارد که SSN یا اطلاعات مربوط به وضعیت مهاجرت خود را ارائه کنید.

### آیا فرد دیگری میتواند از جانب من درخواست نماید؟

بله. برای بن مواد غذایی و Medicaid دیگران میتوانند از جانب شما تقاضا کنند اما برای TANF باید با یکی از والدین یا سرپرست مصاحبه شود.

### خدمات کمکرسانی اجتماعی

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات کمکرسانی اجتماعی لطفاً به وبسایت ما مراجعه کنید: [www.dfcs.dhr.georgia.gov](http://www.dfcs.dhr.georgia.gov)، یا با این شماره تماس حاصل نمایید: 1-877-423-4746.

### چگونه درخواست مزایا نمایم؟

گام اول. فرم درخواست را تکمیل کنید.

سوالات را به دقت بخوانید و با اطلاعات دقیق پاسخ دهید. فرم را امضا کنید و تاریخ را قید نمایید.

گام دوم. فرم درخواست را برگردانید.

باید صفحات 1-2 و 13 و 14 را جدا نموده و نزد خود نگه دارید.



صفحات 3 تا 12 این فرم درخواست را به اداره محلی خدمات خانواده و کودکان (DFCS) خود فاکس نموده، پست کنید یا به صورت دستی تحویل دهید. برای یافتن آدرس دفاتر محلی به این صفحه مراجعه کنید: <http://dfcs.dhs.georgia.gov/county-offices>



اگر خودتان یا شخصی که از جانب او فرم درخواست را تکمیل کردهاید واجد شرایط دریافت مزایا باشد، از تاریخ دریافت فرم درخواست دارای نام، آدرس و امضاء شما روی آن، مزایای بن مواد غذایی یا TANF ارائه خواهد شد.

اگر میخواهید درخواست بن مواد غذایی و/یا Medicaid نمایید، میتوانید نام و آدرس خود را در فرم نوشته و آن را شخصاً امضا نمایید. اما برای سرعت بخشیدن به روند رسیدگی به درخواست، بهتر است که تمام فرم را تکمیل نمایید. شما میتوانید از این فرم برای تقاضای یک پرونده مشترک برای مزایای دیگر یا مزایای بن مواد غذایی استفاده کنید. تقاضای بن مواد غذایی شما فقط به دلیل عدم صلاحیت برای مزایای دیگر رد نخواهد شد. ما صلاحیت بن مواد غذایی شما را بهطور جداگانه تعیین خواهیم کرد. اگر در مؤسسه‌های باشید و درخواست بنهای مواد غذایی و SSI را همزمان ارائه کنید، تاریخ ارائه درخواست شما همان تاریخ جدا شدن شما از آن مؤسسه خواهد بود.

گام سوم. با ما مشورت کنید.

ممکن است لازم باشد یکی از مدیران ما با شما مصاحبه کند. در این صورت وقت ملاقاتی را تعیین میکنیم. میتوان این مصاحبه را از طریق تلفن نیز انجام داد.



## درخواست نامه برای مزایا

(این برنامه را تکمیل کنید و آن را به اداره بخش خدمات خانواده و کودک کانتی محلی خود برگردانید).

من چه درخواستهایی دارم؟ آنچه میخواهید را علامت بزنید:

**بنهای مواد غذایی**

برنامه Food Stamp مزایای ماهانه را برای خانواده های کم درآمد فراهم می کند تا به آنها در پرداخت هزینه مواد غذایی کمک کند. این برنامه همچنین در زمینه تغذیه آموزش های لازم را ارائه و به خانواده های واجد شرایط کمک می کند تا نیازهای غذایی و تغذیه ای شان را تأمین کنند.

**کمک موقت به خانوادههای نیازمند (TANF)**

برنامه کمک موقت به خانوادههای نیازمند (TANF) به صورت موقت مبالغ نقدی ماهیانه، یکبار، یا سایر خدمات پشتیبانی را در اختیار خانوادههای نیازمند دارای فرزند قرار میدهد. اگر شما یکی از والدین کودک یا سرپرست او هستید و میخواهید این کمک نقدی به شما هم تعلق گیرد، الزم است تا در برنامه کار ما شرکت نمایید.

**پدربزرگ و مادر بزرگ هایی که نوه هایشان را بزرگ می کنند (GRG)**

پدربزرگ و مادر بزرگ هایی که نوه هایشان را بزرگ می کنند (GRG)، مبالغ نقدی اضافه ای دریافت می کنند تا کودکان بتوانند در خانه های پدربزرگ و مادر بزرگ هایشان زندگی کنند. **متقاضیان باید برای TANF درخواست دهند تا واجد شرایط GRG شوند.**

**کمک نقدی به پناهندگان**

هدف برنامه کمک نقدی به پناهندگان ارائه کمکهای مالی به خانوارهای پناهندگان است که واجد شرایط برنامه TANF نمیشوند. عبارت پناهنده در اینجا شامل عموم پناهندگان، افراد کوبایی و اهل هائیتی مقیم، قربانیان قاچاق انسان، آسیایی آمریکاییها، و پناهندگان خردسال بدون همراه است.

**Medicaid**

بیمه Medicaid افراد مسن، افراد بالغ نابینا یا معلول، زنان باردار، بچهها، و خانوادهها را تحت پوشش درمانی قرار میدهد. هنگامی که شما این بیمه را درخواست میکنید، ما تمام برنامههای Medicaid را بررسی میکنیم تا ببینیم شما واجد شرایط کدام موارد هستید.

### اطلاعات فرد درخواستکننده

آیا فرد متقاضی یا کسی که از جانب متقاضی درخواست میدهد در زمان مکاتبه با ما به کمک نیاز دارد؟ اگر چنین است همه گزینههایی که صدق میکنند را علامت بزنید

( ) TTY ( ) بریل ( ) چاپ درشت ( ) ایمیل ( ) ویدئو رله ( ) مترجم زبان اشاره \_\_\_\_\_

( ) مترجم زبان خارجی (زبان را مشخص کنید) \_\_\_\_\_ ( ) سایر \_\_\_\_\_

### لطفا جدول زیر را با اطلاعات متقاضی تکمیل کنید

نام	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی	پسوندد
آدرس خیابانی که در آنجا زندگی میکنید	آپارتمان		
شهر	ایالت	کد پستی	
آدرس پستی (اگر متفاوت است)			
شهر	ایالت	کد پستی	
شماره تلفن اصلی	شماره تماس دیگر	آدرس ایمیل (اختیاری)	



## درخواست نامه برای مزایا

ا جایی که اطلاع دارم و با آگاهی از مجازات شهادت دروغ، اعلام میکنم و بر این باور هستم که شخص (اشخاصی) که از طرفشان برای تقاضا / تمدید مزایا اقدام مینمایم، شهروند (شهروندان) ایالاتمتحده هستند یا به طور قانونی در ایالاتمتحده حضور دارند. همچنین تأیید میکنم که تا جایی که اطلاع دارم تمام اطلاعات ارائه شده در این فرم واقعی و صحیح هستند. من آگاه هستم و موافقت مینمایم که DHS-DFCS, DCH و سازمانهای مجاز فدرال میتوانند اطلاعاتی را که در این فرم ارائه کردم، تأیید کنند. ممکن است اطلاعات از طریق کارکنان سابق و کنونی حاصل شود. من میدانم که از اطلاعات من برای پیگیری اطلاعات دستمزد و مشارکت من در فعالیتهای کاری استفاده خواهد شد طبق الزامات برنامه کوبین غذایی / Medicaid (تأمین خدمات درمانی نیازمندان) و / یا TANF هرگونه تغییر در وضعیت را گزارش خواهم کرد. در صورت ارائه اطلاعاتی نادرست، امکان کاهش یا حذف مزایا وجود دارد و ممکن است به خاطر ارائه اطلاعات نادرست بهعمد، تحت پیگرد قانونی قرار گیرم و موجب سلب صلاحیت حضور من در برنامه DHS-DFCS, DCH شود. آگاه هستم که در صورت ارائه اطلاعاتی غلط یا پنهان کردن اطلاعات، ممکن است تحت پیگرد قانونی قرار گیرم آگاه هستم که اگر در فرم تقاضا یا مصاحبه تمدید مزایا DHS، نتوانم بعضی از مخارجم را اعلام کنم و/یا آنها را ثابت کنم DHS-DFCS, DCH بودجه آن هزینهها را در محاسبه میزان مزایای بن مواد غذایی من در نظر نخواهد گرفت.

تاریخ	امضا
تاریخ	امضای شاهد اگر توسط "X" امضا شده است

### آیا میتوانم کسی را انتخاب کنم تا برای من بن مواد غذایی یا Medicaid درخواست نماید؟

فقط اگر میخواهید کسی فرم درخواست شما را تکمیل کند، و/یا در مصاحبه شرکت کند، و/یا زمانی که نمیتوانید به فروشگاه بروید از کارت EBT برای خرید غذا برای شما استفاده کند، این قسمت را تکمیل کنید. اگر برای دریافت Medicaid اقدام میکنید، میتوانید بیش از یک نفر را انتخاب نمایید Medicaid برای خرید غذا برای شما استفاده کند، این قسمت را تکمیل کنید. اگر برای دریافت تا جهت دریافت کمک هزینه پزشکی شما اقدام نماید.

نام: \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_  
 آدرس: \_\_\_\_\_ آپارتمان: \_\_\_\_\_  
 شهر: \_\_\_\_\_ ایالت: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_  
 آدرس: \_\_\_\_\_ آپارتمان: \_\_\_\_\_  
 شهر: \_\_\_\_\_ ایالت: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_

برای Medicaid آیا میخواهید که این فرد نسخهای از کارت Medicaid شما را داشته باشد؟ بله  خیر

(این قسمت مخصوص این اداره است، لطفاً در این محل چیزی ننویسید) For Office Use Only \_\_\_\_\_:Date Received



## درخواست نامه برای مزایا

آیا من واجد شرایط دریافت سریعتر بن مواد غذایی هستم؟

این سوالات را درباره متقاضی و تمام اعضای خانوار پاسخ دهید تا مشخص شود آیا میتوانید ظرف 7 روز بن مواد غذایی دریافت کنید یا خیر.

بله  خیر

1. آیا شما یا هیچیک از اعضای خانوار مهاجر و یا کارگر مزرعه فصلی هستید؟

اگر بله، چه کسی \_\_\_\_\_

دولار \_\_\_\_\_

2. مجموع درآمدهای ناخالص که در این ماه کسب خواهد شد:

نام کارفرما \_\_\_\_\_

تاریخ شروع اشتغال \_\_\_\_\_ تاریخ خاتمه اشتغال \_\_\_\_\_

نرخ پرداخت \_\_\_\_\_ ساعات کار هفتگی \_\_\_\_\_ هفتگی/هفتهای دو بار/هر دو هفته یکبار/ماهانه (دور یک مورد خط بکشید).

دولار \_\_\_\_\_

3. مجموع درآمدهای ناخالص کسب نشده که در این ماه دریافت خواهند شد:

نوع درآمد کسب نشده \_\_\_\_\_ مقدار \_\_\_\_\_ هفتگی/هفتهای دو بار/هر دو هفته یکبار/ماهانه (دور یک مورد خط بکشید).

نوع درآمد کسب نشده \_\_\_\_\_ مقدار \_\_\_\_\_ هفتگی/هفتهای دو بار/هر دو هفته یکبار/ماهانه (دور یک مورد خط بکشید).

دولار \_\_\_\_\_

4. جمع درآمدهای کسبشده و کسب نشده در این ماه:

دولار \_\_\_\_\_

5. شما و تمام اعضای خانوار چه مقدار پول نقد نزد خود یا در بانک دارید؟

دولار \_\_\_\_\_

6. شما چه مقدار پول بابت اجاره ماهانه، رهن، مالیات ملک و یا بیمه املاک میپردازید؟---

دولار \_\_\_\_\_

7. شما چه مقدار پول بابت برق، آب، گاز و غیره میپردازید؟

(جمع مبالغ پرداختنشده و جریمهها را محاسبه نکنید.)



## درخواست نامه برای مزایا

اطلاعات متقاضی و تمام اعضای خانوار را برایمان شرح دهید

لطفاً جدول زیر را برای خود و سایر اعضای خانواده تکمیل نمایید

مقررات و قوانین فدرالی ذیل شامل قانون غذا و تغذیه مصوب: **42 C.F.R. § 435.910, 205.52 45 C.F.R. § 7. C.F.R. § 273.2, 7 U.S.C. § 2011 – 2036, 2008** و **42 C.F.R. § 435.920** به DFCS این اختیار را میدهد که شماره (شماره‌های) تأمین اجتماعی شما اعضای خانوادتان را درخواست کند. هر فردی که در خانوادتان زندگی میکند و برای دریافت مزایا درخواست نداده میتواند به عنوان غیر متقاضی محسوب شود. افراد غیر متقاضی مجبور به ارائه اطلاعات درباره شماره تأمین اجتماعی، وضعیت شهروندی یا مهاجرتی نیستند و برای دریافت مزایا واجد شرایط نیستند. سایر اعضای خانواده در صورتی که واجد شرایط باشند، ممکن است باز هم قادر به دریافت مزایا باشند. اگر از ما میخواهید تعیین کنیم که آیا هر یک از اعضای خانواده برای دریافت مزایا واجد شرایط هستند یا نه، باید وضعیت شهروندی یا مهاجرتیشان را به ما اطلاع دهید و شماره تأمین اجتماعی‌شان را به ما بدهید. همچنین باید درآمد و پسانداز مالیشان را به ما اطلاع دهید تا واجد شرایط بودن و سطح مزایای دریافتی خانواده را تعیین کنیم. در صورتیکه هیچیک از اعضای غیر متقاضی خانواده اطلاعات مربوط به وضعیت شهروندی یا مهاجرتیشان را در اختیار ما قرار ندهند ما به سیستم نظاممند تأیید دریافت حقوق برای افراد بیگانه (SAVE) در اداره خدمات شهروندی و مهاجرتی ایالت (USCIS) درباره آنها گزارشی نخواهیم داد. با این وجود چنانچه اطلاعات مربوط به وضعیت مهاجرتی در فرم تقاضای شما ثبت شده است، این اطلاعات ممکن است از طریق سیستم (SAVE) مورد رسیدگی قرار گیرد و ممکن است بر واجد شرایط بودن و سطح مزایای دریافتی خانواده تأثیر بگذارد. ما اطلاعات شما را با سایر سازمانهای فدرالی، ایالتی و محلی مطابقت خواهیم داد تا درآمد و واجد شرایط بودن شما را بررسی کنیم. این اطلاعات ممکن است در اختیار مقامات اجرایی قانون قرار گیرد تا از آن برای دستگیر کردن افرادی که از قانون فرار میکنند استفاده کنند. اگر خانواده شما تقاضایی برای دریافت کوپن غذایی دارد، ممکن است اطلاعات مندرج در فرم تقاضا، از جمله SSN برای جمعآوری این درخواست، در اختیار سازمانهای فدرالی و ایالتی و سازمانهای جمعآوری درخواستها قرار گیرد. ما افراد متقاضی خانواده را به این خاطر که سایر اعضای خانواده اطلاعات مربوط به SSN شهروندی یا مهاجرتیشان را ارائه ندادند، از دریافت مزایا محروم نخواهیم کرد.

نام	نسبت با شما	آیا این شخص درخواست دریافت کمک دارد؟	تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی SSN	جنسیت	اسپانیولی / لاتین؟	کد نژاد	آیا شما شهروند آمریکا، تبعه بیگانه/مهاجر واجد شرایط هستید؟
نام، نام میانی، نام خانوادگی		(بله/خیر)	فرمت	(تنها متقاضیان)	(مرد/زن)	(اختیاری)	(اختیاری)	(تنها متقاضیان)
	خود		(--/--/--)			(بله/خیر)	(بر اساس کدهای پایین)	(بله/خیر)

کدهای نژادی (هر آنچه مناسب شماست را انتخاب نمایید):  
**AI** - سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا  
**AS** - آسیایی  
**BL** - سیاهپوست/آفریقایی آمریکایی  
**HP** - بومی هاوایی/جزایر اقیانوس آرام  
**WH** - سفید  
 با ارائه اطلاعات مربوط به نژاد یا قومیت خود، به ما کمک میکنید تا این برنامه را به دور از هرگونه تبعیض نژادی اجرا کنیم. الزامی نیست خانوار شما این اطلاعات را در اختیار ما قرار دهد و این امر در تعیین صلاحیت شما و سطح کمکهایی که دریافت خواهید کرد تأثیری نخواهد داشت.



## درخواست نامه برای مزایا

### درباره متقاضی و تمام اعضای خانوار بیشتر توضیح دهید

برای اینکه بتوانیم درباره واجد شرایط بودن فرد متقاضی و تمام اعضای خانوار تصمیم‌گیری نماییم به اطلاعات بیشتری نیاز داریم. لطفاً به سؤالاتی پاسخ دهید که به کمک مورد درخواست شما مربوط است.

بله  خیر

1. آیا هیچ کس در ایالت یا بخش دیگری مزایایی دریافت کرده است؟

اگر اینطور است:

چه کسی: \_\_\_\_\_

کجا: \_\_\_\_\_

چه زمانی: \_\_\_\_\_

بله  خیر

2. آیا هیچ کس از تاریخ 1996/8/22 تا به امروز از بابت ارائه اطلاعات نادرست درباره محل زندگی یا هویت خود جهت دریافت چندباره مزایای FS در بیش از یک منطقه، محکوم شده است؟ (فقط برای بنهای مواد غذایی)

اگر اینطور است:

چه کسی: \_\_\_\_\_

کجا: \_\_\_\_\_

چه زمانی: \_\_\_\_\_

بله  خیر

3. آیا ظرف مدت 30 روز از تاریخ تقاضا، هیچ کس در خانوار شما به صورت خودخواسته شغلش را رها کرده یا ساعات کاریش را به زیر 30 ساعت در هفته کاهش داده است؟ (فقط برای بنهای مواد غذایی TANF)

اگر اینطور است، چه کسی؟ \_\_\_\_\_

چرا کارش را رها کرده است؟ \_\_\_\_\_

بله  خیر

4. آیا فرد بارداری در خانوار هست؟ \* لطفاً در صورت وجود، گواهی بارداری را ارائه دهید.  
(این سؤال فقط به متقاضیان بن مواد غذایی مربوط نمیشود)

چه کسی: \_\_\_\_\_

تاریخ وضع حمل: \_\_\_\_\_

بله  خیر

5. درباره Medicaid، آیا هیچ کس صورتحساب پزشکی پرداختنشده در 3 ماه گذشته دارد؟

(این سؤال فقط به متقاضیان بن مواد غذایی یا TANF مربوط نمیشود)

بله  خیر

6. آیا شخصی غیر واجد شرایط برای برنامه بن مواد غذایی یا TANF دارید؟

اگر اینطور است:

الف. چه کسی: \_\_\_\_\_

ب. کجا: \_\_\_\_\_

بله  خیر

7. آیا هیچ کس وجود دارد که در پی ارتکاب جرم از تعقیب قانونی یا زندان اجتناب کند؟ (تنها متقاضیان بن مواد غذایی و TANF)

اگر اینطور است، چه کسی: \_\_\_\_\_

بله  خیر

8. آیا هیچ کس وجود دارد که از شرایط آزادی مشروط یا قید التزام تخطی کرده باشد؟ (تنها متقاضیان بن مواد غذایی و TANF)

اگر اینطور است، چه کسی: \_\_\_\_\_



## درخواست نامه برای مزایا

9. آیا هیچ کس از تاریخ 1996/8/22 تا به امروز به خاطر داشتن، مصرف یا توزیع مواد مخدر کنترل شده (مجرم مواد مخدر) پس از 8/22/96 (فقط برای کوپن غذا و TANF) یا به انجام جرم خشونت‌آمیز (تنها برای TANF) محکوم شده است؟
- بله  خیر
- اگر اینطور است:  
چه کسی: \_\_\_\_\_  
چه زمانی: \_\_\_\_\_
- (a) آیا ضوابط رفتارسنجی مربوط به حکم صادر شده برای جرم مرتبط با مواد مخدر را رعایت می‌کنید؟ (فقط برای کوپن غذا و TANF)
- بله  خیر
- (b) آیا ضوابط آزادی مشروط مربوط به حکم صادر شده برای جرم مرتبط با مواد مخدر را رعایت می‌کنید؟ (فقط برای کوپن غذا و TANF)؟
- بله  خیر
- (c) آیا همه ضوابط رفتارسنجی یا آزادی مشروط مربوط به حکم صادر شده برای جرم مرتبط با مواد مخدر را رعایت کرده اید (لطفاً فود ستامب و TANF فقط)
- بله  خیر
10. آیا شما یا هیچیک از اعضای خانوار از تاریخ 1996/08/22 تا به امروز به خاطر دادوستد مزایای بن مواد غذایی به ازای دریافت مواد مخدر محکوم شده است؟ (فقط برای بن مواد غذایی)
- بله  خیر
- اگر اینطور است:  
چه کسی: \_\_\_\_\_  
چه زمانی: \_\_\_\_\_
11. آیا شما یا هیچیک از اعضای خانوار از تاریخ 1996/08/22 تا به امروز به خاطر خرید یا فروش مزایای بن مواد غذایی به مبلغی بیش از 500 دلار محکوم شده است؟ (فقط برای بن مواد غذایی)
- بله  خیر
- اگر اینطور است:  
چه کسی: \_\_\_\_\_  
چه زمانی: \_\_\_\_\_
12. آیا شما یا هیچیک از اعضای خانوار از تاریخ 1996/08/22 تا به امروز به خاطر دادوستد مزایای بن مواد غذایی برای دریافت تفنگ، مهمات یا مواد منفجره محکوم شده است؟ (فقط برای بن مواد غذایی)
- بله  خیر
- اگر اینطور است:  
چه کسی: \_\_\_\_\_  
چه زمانی: \_\_\_\_\_
13. آیا هیچ کس از مبلغ TANF یا کارت EPPIC در اماکن یا موارد زیر استفاده کرده است:  
مشرویفروشی، کازینو، اتاق پوکر، مکانهای ارائه خدمات جنسی به بزرگسالان، ارائه وثیقه جهت آزادسازی زندانی، کلوب شبانه، میکده، سالن بازی بینگو، شرطبندی در مسابقه، فروشگاه اسلحه/مهمات، کشتیهای تفریحی، طالع بینی، سیگارفروشی، سالنهای خالکوبی یا کاشت زیورآلات، و سالنهای آبرگرم و ماساژ؟ (فقط برای TANF)
- بله  خیر
- اگر اینطور است:  
چه کسی: \_\_\_\_\_  
چه زمانی: \_\_\_\_\_





## درخواست نامه برای مزایا

درباره درآمد متقاضی و تمام اعضای خانوار بیشتر توضیح دهید

آیا شما یا یکی از اعضای خانوار شما، متقاضی دریافت درآمدی مانند، حقوق و دستمزد، انعام، پاداش، درآمد از کار شخصی، تأمین اجتماعی/بازنشستگی راه‌آهن و موارد دیگر ناتوانی، درآمد AV (سازمان جنگ دیدگان) حقوق مستمری، حقوق دوران بیکاری، حمایت از کودک، نفقه، گرفتن پول از دیگران، بیمه آسیبیدگی کارگری یا هر نوع درآمدی دیگر هستید؟

نام اعضای خانوار که درآمد دارد	نوع درآمد	نام کارفرما/ منبع درآمد	مبلغ ماهانه (قبل از کسورات)	برنامه زمانی دریافت (ماهانه، دو هفته یکبار، هفتگی)	پرداخت ساعتی	ساعات کار در هفته	تاریخ پرداخت

به ما در مورد هزینه‌های متقاضی و همه اعضای خانوار توضیح دهید

آیا هزینه‌های بابت نگهداری فرزندی وابسته یا بزرگسالی از کارافتاده، میپردازید؟ بله  خیر  اگر بله، جدول زیر را تکمیل کنید. (اگر مبلغ ماهانه بیش از 200 است، برای کوبین غذا سند ارائه کنید)

کسی که نیازمند نگهداری است	کسی که هزینه نگهداری را میپردازد	علت پرداخت هزینه نگهداری چیست	نام و شماره ارائه‌دهنده خدمات	مبلغ پرداختی به ارائه‌دهنده خدمات	هر چند یکبار پرداخت میشود

آیا برای کودک تحت تکفل یا بزرگسال معلول عضو خانواده هزینه حمل و نقل میپردازید؟ بله  خیر

آیا این هزینه جزو مخارج مراقبت از افراد تحت تکفل هست؟ بله  خیر

اگر خیر، به این پرسش پاسخ دهید: مسافت کل پیموده شده در هفته: \_\_\_\_\_

آیا کسی در خانوار شما هست که 60 ساله یا بالاتر یا از کارافتاده بوده و هزینه پزشکی داشته باشد؟ بله  خیر  اگر بله، جدول زیر را تکمیل کنید.

عضوی که هزینه نگهداری دارد	نوع هزینه (ویزیت‌های پزشک، ویزیت بیمارستان، هزینه‌های دارو، حق بیمه درمانی یا Medicare، عینک طبی)	مبلغ بدهی	بدهی باقیمانده بله/خیر	تاریخ پرداخت	آیا بیمه هزینه را میپردازد بله/خیر

آیا کسی در خانوار شما هست که 60 ساله یا بالاتر باشد یا از کارافتاده بوده و نیاز به هزینه حملونقل جهت معالجات پزشکی داشته باشد؟ بله  خیر

اگر بله، جدول زیر را تکمیل کنید.

علت جابجایی (ویزیت پزشک یا بیمارستان، دریافت دارو از داروخانه)	مسافتی که رانندگی کردید (مایل)	هزینه تاکسی، اتوبوس، پارکینگ یا هتل یا مسافرخانه



## درخواست نامه برای مزایا

لطفاً برای ما توضیح بیشتری در مورد هزینه‌های درخواست‌کننده و تمام اعضای خانواده بدهید

آیا شخصی در خانوادتان جهت پشتیبانی کودک به شخصی که خارج از خانه زندگی میکند مبلغی پرداخت میکند؟  بله  خیر اگر بله، جدول زیر را کامل کنید.

مبلغ پرداختی کودک به چه کسی پرداخت میشود؟	مبلغ پرداختشده	مبلغ تعیینشده	نام فرزندی که هزینه‌اش پرداخت میشود	عضوی از خانوار که ملزم به پرداخت هزینه‌ها است

آیا شما یا دیگر اعضای خانواده هزینه سرپناه میپردازید؟  بله  خیر

إذا كانت الإجابة نعم ، أكمل الجدول أدناه.

هزینه	مبلغ	زمانهای پرداخت؟	چه کسی میپردازد؟
اجاره/رهن			
مالیات املاک			
بیمه املاک			
برق			
گاز			
زیاله			
تلفن			
سایر			

آیا هزینه‌های ماهانه خانوار را با کسی درون خانه مشترکاً میپردازید؟  بله  خیر

اگر بله، چه کسی؟

نظرات/مدارک

به چه کسی پرداخت میشود \_\_\_\_\_ مبلغ پرداختشده \_\_\_\_\_ دلار هر \_\_\_\_\_

نام صاحبخانه \_\_\_\_\_ آدرس صاحبخانه \_\_\_\_\_

آیا در 12 ماه گذشته کمکی در زمینه انرژی دریافت کرده‌اید؟  بله  خیر اگر بله، مبلغ دریافت شده \_\_\_\_\_ دلار

آیا شخص دیگری هیچیک از این قبضه‌های خانوار شما را میپردازد؟  بله  خیر اگر بله، جدول زیر را کامل کنید.

چه کسی قبض را میپردازد؟	چه قبوضی پرداخت میشوند؟
چه مبلغی پرداخت میشود؟	این فرد قبضها را به چه کسی میپردازد؟



## درخواست نامه برای مزایا

### اخطارهای مجازات بن مواد غذایی

ممکن است به دلیل ارائه آگاهانه اطلاعات غلط، مزایای خود را از دست بدهید یا مشمول تعقیب جزایی شوید.

- اطلاعات غلط ندهید یا اطلاعات را برای دریافت مزایایی که به شما تعلق نمیگیرد، مخفی نکنید.
- از مزایای بن مواد غذایی شخصی دیگر یا کارت انتقال الکترونیکی مزایای وی استفاده نکنید.
- از مزایای بن مواد غذایی برای خریدن موارد غیر غذایی مانند مشروبات الکلی و سیگار و یا پرداخت کارت اعتباری استفاده نکنید.
- بن مواد غذایی را با اشیای غیرقانونی معامله نکنید؛ اشیایی مانند سلاح گرم، مهمات یا مواد کنترلشده (داروهای غیرمجاز).

هرکس در خانوار شما هر یک از مقررات را عمدتاً نقض کند ممکن است از برنامه بن مواد غذایی به مدت شش ماه تا ده سال یا برای همیشه محروم شود. چنین شخصی ممکن است تا 20 سال محکوم به حبس شود، تا مبلغ 250,000 دلار جریمه شود یا مشمول هر دو شود و تحت تعقیب قوانین فدرال و ایالتی قرار گیرد. همچنین ممکن است این شخص به دستور دادگاه از برنامه بن مواد غذایی / SNAP به مدت 18 ماه محروم شود.

هرکس در خانوار شما به عمد این قوانین را نقض کند ممکن است بابت اولین تخلف، به مدت یک سال، بابت دومین تخلف به مدت دو سال و بابت سومین تخلف برای همیشه از دریافت بن مواد غذایی منع شود.

اگر دادگاه، شما یا هر یک از اعضای خانواده شما را به خاطر استفاده یا دریافت مزایا در معاملاتی مربوط به فروش مواد مخدر گناهکار تشخیص داد شما یا آن عضو خانوار با اولین تخلف بهطور دائم فاقد صلاحیت لازم برای شرکت در برنامه بن مواد غذایی خواهید شد.

اگر دادگاه، شما یا هر یک از اعضای خانوار را به خاطر استفاده یا دریافت مزایا در معاملاتی مربوط به فروش سلاح گرم، مهمات یا مواد منفجره گناهکار تشخیص داد، شما یا آن عضو خانوار با اولین تخلف بهطور دائم فاقد صلاحیت لازم برای شرکت در برنامه بن مواد غذایی خواهید شد.

اگر دادگاه شما یا هر یک از اعضای خانواده را به خاطر خرید یا فروش مزایا به مبلغ کلی 500 دلار یا بیشتر، گناهکار تشخیص داد، شما یا آن عضو خانوار با اولین تخلف بهطور دائم فاقد صلاحیت لازم برای شرکت در برنامه بن مواد غذایی خواهید شد.

در صورت اطلاع از اینکه شما یا هر یک از اعضای خانواده به منظور بهره‌مندی از مزایای چند برابری بن مواد غذایی، درباره هویت (کسی که هستند) یا مکان اقامت (جایی که زندگی میکنند) اظهارات دروغی ارائه داده‌اید، شما یا آن عضو خانوار به مدت 10 سال فاقد صلاحیت لازم برای شرکت در برنامه بن مواد غذایی خواهید شد.

### جریمه‌های برنامه (TANF)

برای برنامه IPV، TANF، (نقض عمدی برنامه) الانتهاک اقدامی عمدی برای اثبات یا حفظ صلاحیت واحد کمک (AU) یا افزایش یا پیشگیری از کاهش مزایای AU از طریق ارائه اطلاعات نادرست یا گمراهکننده یا خودداری از ارائه اطلاعات است.

- هر یک از اعضای خانواده که اطلاعات خود را پنهان کند یا تغییرات را به موقع گزارش نکند یا واقعیت را اعلام نکند، به مدت شش ماه، بابت تخلف نخست، دوازده ماه بابت تخلف دوم و به صورت دائم برای تخلف سوم از مزایای (TANF) محروم میشود. سوءاستفاده از وجوه (TANF DEBIT) برای برداشت وجه نقد یا پرداخت پول کازینو، نوشابه الکلی، تفریحات ویژه بزرگسالان "باشگاه‌های رقص"، اتاق پوکر، وثیقه آزادی مشروط، باشگاه شبانه/سالن/میخانه، تالار بینگو، زمین مسابقه، مراکز بازی، فروشگاه سلاح/مهمات، فایته‌فریجی، روانبینی، سیگار، خالکوبی/سوراخ کردن بدن و سالنهای آب گرم/ماساژ اکیداً ممنوع است و فرد مرتکب به مدت شش ماه، بابت تخلف نخست، دوازده ماه بابت تخلف دوم و به صورت دائم برای تخلف سوم از مزایای (TANF) محروم میشود.
- اگر دادگاه، شما و یا هر عضوی از خانوار شما را که اطلاعاتی را مخفی میکند و یا تغییرات ایجادشده را بهموقع اعلام نمیکند و یا واقعیت را پنهان میکند، محکوم کند، در مرتبه اول به مدت 12 ماه و در مرتبه دوم برای همیشه از مزایای FNAT محروم خواهید شد.
- اگر دادگاه، شما و یا هر عضوی از خانوار شما را در رابطه با دادن اطلاعات غلط درباره محل سکونت خود که باعث شود بیشتر از یک ایالت از مزایا بهره‌مند شوید، محکوم کند، شما به مدت 10 سال فاقد صلاحیت برای بهره‌مندی از برنامه FNAT خواهید شد.
- اگر دادگاه، شما را در مورد تخلفات مربوط به مواد مخدر، داروهای غیرقانونی و یا داروهای ملزم به داشتن نسخه و یا تخلفات جنایی در از 1/1997/1، و پس از آن محکوم کرده باشد، شما و یا آن عضو از خانواده، فاقد صلاحیت و/یا برای همیشه از بهره‌مندی از مزایای مربوطه محروم خواهید شد.



## درخواست نامه برای مزایا

برای تمام متقاضیان TANF بن های مواد غذایی و Medicaid:

تا جایی که اطلاع دارم و با آگاهی از مجازات شهادت دروغ، اعلام میکنم و بر این باور هستم که شخص (اشخاصی) که از طرفشان برای تقاضا / تمدید مزایا اقدام مینمایم، شهروند (شهروندان) ایالات متحده هستند یا بهطور قانونی در ایالات متحده حضور دارند. همچنین تأیید میکنم که تا جایی که اطلاع دارم تمام اطلاعات ارائه شده در این فرم واقعی و صحیح هستند. من آگاه هستم و موافقت مینمایم که DHS-DFCS, DCH و سازمانهای مجاز فدرال میتوانند اطلاعاتی را که در این فرم ارائه کردم، تأیید کنند. ممکن است اطلاعات از طریق کارکنان سابق و کنونی حاصل شود. من میدانم که از اطلاعات من برای پیگیری اطلاعات دستمزد و مشارکت من در فعالیتهای کاری استفاده خواهد شد. طبق الزامات برنامه کوپن غذایی/ Medicaid (تأمین خدمات درمانی نیازمندان) و/یا TANF هرگونه تغییر در وضعیت را گزارش خواهم کرد. در صورت ارائه اطلاعاتی نادرست، امکان کاهش یا حذف مزایا وجود دارد و ممکن است به خاطر ارائه اطلاعات نادرست بهعمد، تحت پیگرد قانونی قرار گیرم و موجب سلب صلاحیت حضور من در برنامه DHS-DFCS شود. آگاه هستم که در صورت ارائه اطلاعاتی غلط یا پنهان کردن اطلاعات، ممکن است تحت پیگرد قانونی قرار گیرم. آگاه هستم که اگر در فرم تقاضا یا مصاحبه تمدید مزایا DHS-DFCS نتوانم بعضی از مخارج را اعلام کنم و/یا آنها را ثابت کنم، DHS-DFCS بودجه آن هزینهها را در محاسبه میزان مزایای بن مواد غذایی من در نظر نخواهد گرفت.

\_\_\_\_\_

تاریخ

\_\_\_\_\_

امضای متقاضی

\_\_\_\_\_

تاریخ

\_\_\_\_\_

امضای نماینده قانونی

\_\_\_\_\_

تاریخ  
(Date)

\_\_\_\_\_

امضای مسئول پرونده  
(Case Manager's Name and Signature)



## درخواست نامه برای مزایا

### (این اسناد را برای اطلاع خود نگه دارید)

این مؤسسه اجازه ندارد که میان افراد به دلیل نژاد، رنگ پوست، خواستگاه ملی، ناتوانی، سن، جنسیت و در برخی موارد، مذهب یا باورهای سیاسی شان تبعیض قائل شود. اداره کشاورزی ایالات متحده نیز در فعالیت های حقوق مدنی هیچ یک از برنامه ها یا فعالیت هایی که توسط USDA انجام یا سرمایه گذاری می شود، اجازه نمی دهد که افراد به دلیل نژاد، رنگ پوست، خواستگاه ملی، جنسیت، عقیده مذهبی، ناتوانی، سن، عقاید سیاسی، انتقام جویی یا تلافی جویی مورد تبعیض واقع گردند.

افراد دچار معلولیت که نیازمند ابزارهای ارتباطی جایگزین (مانند بریل، چاپ درشت، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکا و...) (برای کسب اطلاعات درباره برنامه هستند، باید با آن نهاد (ایالتی یا محلی) که مزایا را از آنجا درخواست کرده اند، تماس بگیرند. افراد ناشنوا یا کم شنوا یا افراد دچار اختلال گفتاری میتوانند از طریق سرویس رله فدرال به شماره (800) 877-8339 با USDA تماس بگیرند. در ضمن، امکان ارائه اطلاعات برنامه به زبانهای غیر از انگلیسی نیز وجود دارد.

برای طرح شکایت درباره تبعیض در اجرای برنامه **فرم شکایت تبعیض در اجرای برنامه USDA** (فرم AD-3027) را در نشانی [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) یا در هر یک از دفترهای (USDA)، پر کنید یا نامهای حاوی همه اطلاعات درخواست شده در فرم برای USDA بفرستید. برای درخواست کردن نسخهای از فرم با شماره (866) 632-9992 تماس بگیرید. فرم پر شده یا نامه خود را با روشهای زیر به USDA برسانید:

(1) پست: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410

(2) یا فکس (202) 690-7442

(3) یا ایمیل [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مسائل مربوط به برنامه کمک تغذیه مکمل (SNAP)، میتوانید با خط شبانهروزی USDA SNAP به شماره (800) 221-5689 که زبان علی اسپانیایی را نیز پوشش میدهد تماس بگیرید. همچنین میتوانید با شمارهای اطلاعاترسانی/خط شبانهروزی ایالتی تماس بگیرید (برای مشاهده فهرست شمارهای خطوط شبانهروزی در هر ایالت بر روی پیوند کلیک کنید). اطلاعات بیشتر در این نشانی ارائه شده است: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)

برای طرح شکایت از اعمال تبعیض در زمینه برنامه دریافتکننده کمک مالی فدرال از طریق وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS)، ایالاتمتحده به این نشانی نامه بنویسید HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 یا با شماره (202) 619-0403 (صوتی) یا (800) 537-7697 (TTY) تماس بگیرید.

این مؤسسه فراهمکننده فرصتهای برابر است.

همچنین میتوانید جهت اقدام به شکایت از تبعیض با DFCS (برنامه حقوق مدنی Civil Rights Program) - با آدرس زیر تماس بگیرید: Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 و یا با تلفن: (404) 657-3735 یا فکس (404) 463-3978. برای افرادی که مهارت محدود به زبان انگلیسی دارند و یا به خدمات مربوط به حسهای پنجگانه آسیبدیده نیاز دارند، با DHS برنامه مهارت محدود به زبان انگلیسی و آسیبدیده از نظر حواس پنجگانه تماس بگیرید: Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta GA 30303 یا با این شمارهها تماس بگیرید، تلفن: (404)-657-5244 یا فکس: (404)-651-6815

بر اساس **خط مشی وزارت سلامت اجتماعی (DCH)**، برنامه Medicaid نمیتواند بر اساس نژاد، ملیت، جنسیت، سن، معلولیت، مذهب، یا عقاید سیاسی، مشمولیت یا بهرهمندی شما را نپذیرد. به منظور گزارش مشمولیت در Medicaid یا تبعیض قائل شدن توسط ارائهکننده خدمات، با دفتر یکپارچگی برنامه در اداره سلامت اجتماعی جورجیا به شماره 404-463-7590 (تماسهای محلی) و 800-533-0686 رایگان تماس بگیرید.

### عبارات بهکار رفته در این فرم درخواست به چه معنی هستند؟

عبارات بهکار رفته در این فرم درخواست در جدول زیر تشریح شدهاند.

سرپرست	یکی از والدین، اقوام یا قیم قانونی که سرپرستی کودکان را به عهده دارد و تقاضای دریافت (TANF) مینماید.
خویشاوند دریافتکننده	یکی از والدین، اقوام یا قیم قانونی که از جانب کودکان و به نام خود تقاضای دریافت (TANF) مینماید.
فأقد صالحیت	اقدام برای حذف یک فرد از برنامه بن مواد غذایی یا (TANF) به دلیل اینکه وی حقیقت را نگفته و کمکی را دریافت نموده که مستحق آن نبوده است.
انتقال الکترونیک مزایا (EBT)	سیستمی در ایالت جورجیا برای پرداخت مزایا به افراد واجد شرایط برای دریافت بن مواد غذایی و TANF. به افرادی که کمک دریافت میکنند یک کارت بدهی EBT داده میشود که برای برداشت وجه نقد و دسترسی به حساب بن مواد غذایی آنها بهکار میرود.
مستر کارت بدهی (EPPICard)	بدهی کارت جدید صادرشده از سوی Xerox برای افراد دریافتکننده کمک نقدی در ایالت جورجیا. از مستر کارت بدهی (EPPICard) میتوان در هر جا که MasterCard پذیرفته میشود برای خرید و برداشت نقدی استفاده نمود.
اعضای خانوار	افرادی که در خانه شما زندگی میکنند. در خصوص بن مواد غذایی، افرادی که باهم زندگی میکنند و باهم غذای خود را خریداری و آماده میکنند.



## درخواست نامه برای مزایا

درآمد	پرداختها مانند حقوق، دستمزد، کمیسیون، پاداش، غرامت کارگران، از کارافتادگی، مزایای بازنشستگی، بهره، کمکخرج کودک و یا هر نوع پول دریافتی دیگر.
درآمد ناخالص	کل درآمد شخص قبل از محاسبه مالیات یا سایر کسورات.
کارگران مزرعه مهاجر	کارگرانی که بهصورت فصلی در مزارع کار میکنند و به دنبال یافتن کار در مزارع از محلی به محل دیگر میروند.
منابع مالی	پول نقد، املاک، یا داراییهایی مانند حسابهای بانکی، خودرو، سهام در بورس، اوراق بهادار، و بیمه عمر
کارگران مزرعه فصلی	افرادی که در زمان معینی از سال در زمینه کاشت، برداشت و بستهبندی در مزارع بهکار گرفته میشوند. آنها زمانی بهکار گرفته میشوند که تعداد کارگرانی که در استخدام مزرعه هستند کمتر از نیاز باشد
قانون کمک مالیاتی طبقه متوسط مصوب سال 2012	این قانون استفاده از وجوه کمکی نقدی یا کارتهای بدهی (TANF) (کمک موقتی به خانوادههای نیازمند) را برای برداشت پول نقد یا انجام معاملات در کازینوها، فروشگاههای نوشیدنیهای الکلی، مکانهای سرگرمی بزرگسالان، اتاقهای پوکر، شرکتهای تأمینکننده وثیقه، کلپهای شبانه /سالنها /بارها، سالنهای کارت بازی، مسابقات، نهادهای بازی، فروشگاههای اسلحه /مهمات کشتیهای تفریحی، فالگیری، فروشگاههای دخانیات، فروشگاههای خالکوبی/کاشت زیورآلات در بدن و سالنهای ماساژ /چشمه آب گرم منع میکند. استفاده از وجوه کمکی نقدی یا کارت بدهی TANF (کمک موقتی به خانوادههای نیازمند) در این مشاغل، نقض عمدی برنامه (تقلب) از سوی دریافتکننده محسوب خواهد شد.
متقاضی	فردی که درخواست میدهد تا کمک/مزایای عمومی دریافت نماید.
غیر متقاضی	فردی که درخواست نمیدهد تا کمک/مزایای عمومی دریافت نماید؛ لازم نیست افراد غیر متقاضی SSN. وضعیت شهروندی یا مهاجرت خود را ارائه دهند.
واحد کمک	واحد کمک شامل افراد واجد شرایطی است که باهم زندگی میکنند و باهم کمک/مزایای عمومی دریافت میکنند.
دادوستد غیرقانونی در برنامه (SNAP) / بن مواد غذایی	سوءاستفاده از (SNAP) به معنای زیر است: (1) خرید، فروش، دزدی، یا نحوه دیگری از تبادل مزایای SNAP صادر شده و قابلدسترسی از طریق کارت (EBT)، شماره کارت و شماره (PIN)، یا با کوپنهای دستی و امضا، برای دریافت پول نقد یا اقلام غذایی غیر از مواد غذایی قابلقبول، بهطور مستقیم، غیرمستقیم، یا همکاری دیگران و یا تیبانی با دیگران، و یا بهتنهایی (2) تعویض با اسلحه، مهمات، مواد منفجره یا مواد تحت کنترل، (3) خرید محصول با مزایای SNAP که دارای ظرفی است و نیاز به بازگشت سپرده با هدف بهدست آوردن پول نقد با دور انداختن محصول و برگرداندن ظرف باشد و یا پس دادن عمدی محصول برای دریافت سپرده (4) خرید محصول با مزایای SNAP با هدف به دست آوردن پول نقد و یا اقلامی غیر از مواد غذایی واجد شرایط بهوسیله فروش محصول، و پس از آن فروش محصول خریداری شده با مزایای SNAP در ازای پول نقد بهطور عمدی و برای اقلامی غیر از مواد غذایی قابلقبول (5) خرید عمدی محصولات با مزایای SNAP در ازای دریافت پول نقد یا اقلامی غیر از مواد غذایی قابلقبول، (6) تلاش برای خرید، فروش، سرقت یا اثرگذاری به شکل دیگر بر مبادله مزایای SNAP صادر شده و قابلدسترسی از طریق کارتهای انتقال الکترونیکی مزایا (EBT)، شمارههای کارت و شمارههای کارت شناسایی فرد (PINS) یا از طریق کوپن(بن مواد غذایی)دستی و امضا، برای دریافت پول نقد یا استفاده از اقلامی غیر از مواد غذایی قابلقبول که بهطور مستقیم یا غیرمستقیم، با شراکت یا زد و بند با سایرین، یا بهتنهایی صورت گیرد.
تبعه بیگانه/مهاجر واجد شرایط	تبعه بیگانه/مهاجر واجد شرایط کسی است که بهصورت قانونی در ایالاتمتحده زندگی میکند و در یکی از دستههای زیر جای میگیرد: شخصی که بر اساس قانون مهاجرت و ملیت (INA) به صورت قانونی اجازه سکونت دائمی (LPR) دریافت کرده است؛ آمریکایی-آسیاییهای تابع بخش 584 از قانون فعالیتهای خارجی، تأمین مالی صادرات و تناسبات برنامه مربوطه مورخ 1998 هستند؛ شخصی که طبق بخش 208 از قانون INA پناهندگی دریافت میکند؛ پناهندگان تابع بخش 207 از قانون INA شخصی که طبق بخش (5)(d)212 از قانون INA حداقل یک سال است که نسبت به ایالاتمتحده ملتزم شده است. شخصی که اخراج او از کشور طبق بخش (h)243 از قانون INA از 1 آوریل 1997 یا بخش اصلاحشده (3)(b)241 از قانون INA اجرا نشده است؛ شخصی که طبق بخش (7)(a)203 از قانون INA قبل از 1 آوریل 1980 اجازه ورود مشروط کسب نموده است؛ مهاجران کوبایی یا اهل هائیتی طبق آنچه در بخش (e)501 از قانون کمکتحصیلی به مهاجران مورخ 1980 تعریف شده است؛ قربانیان قاچاق انسان تحت بخش (1)(b)107 از قانون محافظت از قربانیان قاچاق انسان مورخ سال 2000؛ مهاجرانی که واجد شرایط بخش (c)431 از قانون اصلاحشده مسئولیت فردی و تطبیق فرصتهای شغلی مورخ 1996 هستند؛ مهاجران افغان و عراقی که بر اساس بخش (27)(a)101 از قانون INA (بر پایه شرایط خاص) مجوز مهاجرت ویژه دریافت نمودهاند؛ سرخپوستان آمریکایی که متولد کانادا بوده و در ایالاتمتحده سکنی دارند بر اساس بخش 289 از INA یا افراد غیربومی قبیلهایی که از دیدگاه دولت فدرال مربوط به سرخپوستان بوده طبق بخش (e)4 از قانون خودمختاری و کمکتحصیلی سرخپوستان و قبیلنشینهای لائوسی از قبایل همونگ و هایلند که با شرکت در عملیات نظامی و نجات در جریان جنگ ویتنام به نیروهای آمریکایی کمک کردند (8/05/1964 – 5/07/1975).