Division of Family and Children Services

# लाभों के लिए आवेदन

आपको पूर्ण किया हुआ आवेदन स्थानीय काउंटी ऑफिस में लेकर जाना चाहिए, या फैक्स अथवा मेइल करना चाहिए।

यदि आपको इस आवेदन को भरने में मदद की जरूरत है या हमें सपर्क करने में सहायता की जरूरत है, तो हमें पूछें या 1-877-423-4746 पर कॉल करें। यदि आप बधिर हैं अथवा आपको सुनने में परेशानी होती है, तो कृपया GA रिले को 711 पर कॉल करें। हमारी सेवाएँ नि:शुल्क हैं।

## परिवार और बाल सेवाएँ विभाग (DFCS) में हम कौन-सी सेवाएँ पेश करते हैं?

DFCS **निम्नलिखित सेवाएँ पेश करता है:**

**खाद्य सहायता**

फूड स्टैम्प्स वे लाभ हैं जिनका इस्तेमाल आप ऐसे किसी भी स्टोर पर खाद्य खरीदने के लिए कर सकते हैं जिस पर EBT/Quest चिह्न लगा हो। हम आपकी खाद्य खरीद का मूल्य आपक फूड स्टैम्प खाते से घटा देंगे।

**नकद सहायता/रोज़गार सहायता सेवा**

ज़रूरतमंद घरों के लिए अस्थायी सहायता (TANF) सीमित समय के लिए आश्रित बच्चों वाले परिवारों को नकद सहायता प्रदान करता है। अनुदान में शामिल किए गए माता-पिता या देखभालकर्ताओं को काम के कार्यक्रम में भाग लेना होता है। नकद सहायता कार्यक्रम ऐसे शरणार्थी घरों को भी वित्तीय सहायता प्रदान करता है जो TANF कार्यक्रम के पात्र नहीं हैं। नकद सहायता प्रोग्राम उन शरणार्थी परिवारों को भी वित्तीय सहायता प्रदान करता है जो TANF प्रोग्राम के लिए योग्य नहीं हैं।

- **ग्रैंडपेरेंट्स रेज़िंग ग्रैंडचिल्ड्रेन (GRG)** आवश्यक सहायता प्रदान करेगा ताकि बच्चों की देखभाल उनके दादा-दादी के घर में की जा सके

**चिकित्सा सहायता**

Medicaid पात्र लोगों को चिकित्सा बिल, डॉक्टर की मुलाकात, और चिकित्सा प्रीमियम के भुगतान में मदद कर सकता है।

**आम सवाल**

**लाभ प्राप्त होने में कितना समय लगता है?**

| | |
|---|---|
| फूड स्टैम्प्स | 30 दिन तक |
| TANF: | 45 दिन तक |
| Medicaid: | 10 से 60 दिन |

अगर आप योग्य हो, तो आप 7 दिन के भीतर फूड स्टैम्प्स प्राप्त करने में सक्षम हो सकते हैं। पृष्ठ 5 देखें।

**मुझे कितना मिलेगा?**

आपकी आय, संसाधन, और परिवार का आकार से लाभ की राशि निर्धारित होती है। हम आपकी पात्रता निर्धारित करने के बाद आपको विशिष्ट जानकारी देने में सक्षम हो सकेंगे।

**मुझे मेरे लाभ कैसे मिलेंगे?**

फूड स्टैम्प्स का लाभ पाने के लिए, आपको इलेक्ट्रॉनिक बेनेफिट ट्रांस्फर (EBT) कार्ड मिलेगा। TANF लाभ प्राप्त करने के लिए आपको EPICC डेबिट मास्टरकार्ड मिलेगा। Medicaid लाभ पाने के लिए, आपको हर योग्य सदस्य के लिए Medicaid कार्ड मिलेगा। Medicaid के लिए, आपको प्रत्येक योग्य सदस्य के लिए Medicaid कार्ड मिलेगा।

# लाभों के लिए आवेदन

**समुदाय आउटरीच सेवाएँ**

DHS सेवाओं के बारे में ज़्यादा जानकारी के लिए, कृपया हमारी वेबसाइट पर जाएँ: http://www.dfcs.dhr.georgia.gov या 1-877-423-4746 पर कॉल करें।

मैं लाभ के लिए आवेदन कैसे करूँ?

**चरण 1. आवेदन भरें।**

सवाल धयान से पढें और सही जानकारी दें। आवेदन पर हसताक्षर करें और तिथि लिखें।

**चरण 2. आवेदन को आपकी स्थानीय ऑफिस में भेजें।**

आपको पृष्ठ 1-2, 13-15 निकाल लेने होंगे और वे अपने लिए रखने होंगे।

**इस आवेदन के पृष्ठ 3-12 डिविजन ऑफ फैमिली एंड चिल्ड्रन सर्विसिज़ (DFCS) के कार्यालय में मेइल करें, फैक्स करें, या लेकर आएँ। आप http://dfcs.dhs.georgia.gov/county-offices पर आपके स्थानीय कार्यालय का पता लगा सकते हैं।**

यदि आप या जिस व्यक्ति के लिए आप आवेदन कर रहे हैं वे लाभ के लिए पात्र हैं, तो फूड स्टैम्प या TANF लाभ उस तिथि से प्रदान किए जाएंगे जिस दिन हमें आपके नाम, पते और हस्ताक्षर के साथ आवेदन प्राप्त हुआ हो।
यदि आप फूड स्टैम्प्स और/या Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आप लाभ के लिए केवल अपने नाम, पते और हस्ताक्षर के साथ आवेदनपत्र दाखिल कर सकते हैं। तथापि, यदि आप पूरा फॉर्म भरते हैं तो हम आपके आवेदन पर त्वरित प्रक्रिया करने में मदद मिल सकती है। इस फॉर्म द्वारा आप सिर्फ फूड स्टैम्प (FS) प्रोग्राम अथवा एक से अधिक प्रोग्राम्स के लिए संयुक्त आवेदन कर सकते हैं। आपका FS आवेदन मात्र किसी अन्य प्रोग्राम पर मिली अस्वीकृति के कारण अस्वीकृत नहीं किया जाएगा। हम आपके FS आवेदन पत्र पर पात्रता का निर्धारण स्वतंत्र रूप से करेंगे। यदि आप किसी संस्था में हैं और एक ही समय में फूड स्टैम्प और SSI के लिए आवेदन दे रहे हैं, तो आपके आवेदन दाखिल करने की तारीख संस्था द्वारा आपकी रिहाई की तारीख होगी।

**चरण 3. हमारे साथ बात करें।**
आपको कार्यकर्ता के साथ साक्षात्कार पूरा करने की जरूरत हो सकती ह। ऐसा होन पर, हम आपके लिए समय तय करेंगे। यह साक्षात्कार फ़ोन से पूरा किया जा सकता है।

**मुझे क्या जानकारी प्रदान करनी होगी?**
निम्नलिखित प्रदान करना अचछा होगा:

- अगर आप फूड स्टम्प और/या TANF के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आवेदक की पहचान का सबूत।अगर चिकित्सा सहायता के लिए कर रहे हैं, तो सभी व्यक्ति के पहचान का सबूत। पहचान पत्र (ID) या ड्राइवर का लाइसेंस (DL)।
- लाभ का अनरोध करने वाले हर व्यक्ति का अमेरिकी नागरिकता/योग्य आप्रवासी स्थिति का सबूत। यदि आप कवल आपातकालीन चिकित्सा सेवाओं के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपको अपने एसएसएन (SSN) या आव्रजन स्थिति के बारे में जानकारी प्रदान करने की जरूरत नहीं है।
- सहायता का अनरोध करने वाले हर व्यक्ति का सामाजिक सुरक्षा नंबर।
- आय का सबूत उदाहरण के लिए, भुगतान स्टब्स, बाल समर्थन भुगतान, और आय अधि-निर्णय पत्र।
- व्यय के सबूत जैसे बाल देखभाल रसीदें, चिकित्सा बिल, चिकित्सा परिवहन लागत, और बाल समर्थन भुगतान।

आपको हमारे कार्यालय में कोई जानकारी देने के लिए समय दिया जाएगा। अगर आपको यह जानकारी प्राप्त करने में मदद की जरूरत हो, तो कृपया हमें बताएँ।

हम आवेदक की निजी जानकारी का उपयोग कैसे करते हैं?
आपको उन लोगों के केवल सोशियल सिक्योरिटी नंबर (SSN) और नागरिकता या आप्रवास स्थिति प्रदान करने की जरूरत होगी जो लाभ के लिए आवेदन करना चाहते हैं। इस जानकारी का इस्तेमाल आय और पात्रता सत्यापन प्रणाली (the Income and Eligibility Verification System, IEVS) में जाँच करन के लिए किया जाएगा। आपकी आय और पात्रता को सत्यापित करन के लिए, वेतन की जानकारी और कार्य गतिविधियों में भागीधारी को ट्रैक करने के लिए हम आपकी जानकारी को अन्य फेडरल, राजय और स्थानीय एजंसियों के साथ भी मिलाल करेंगे। अगर घर का कोई सदस्य हमें अपने SSN, नागरिकता, या आप्रवास स्थिति के बारे में जानकारी नही देना चाहता, तब भी घर के अन्य सदस्यों को लाभ मिल सकते हैं। **यदि आप केवल आपातकालीन चिकित्सा सेवाओं के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपको अपने SSN या आव्रजन स्थिति के बारे में जानकारी प्रदान करने की जरूरत नहीं है।**

**क्या मेरे लिए कोई और आवेदन कर सकता है?**
फूड स्टैम्प्स और Medicaid के लिए, आप किसी और को अपने लिए आवेदन करने के लिए कह सकते हैं।
TANF के लिए, कोई भी आवेदन कर सकता है, लेकिन माता-पिता या देखभालकर्ता का साक्षात्कार लिया जाना जरूरी है।

Division of Family and Children Services

# लाभों के लिए आवेदन

(इस आवेदन को पूरा करें और इसे अपने स्थानीय काउंटी DFCS ऑफिस में वापस करें।)

## मैं किसके लिए आवेदन कर रहा हूँ? उन सबको चेक करें जो लागू हों:

❐ **फूड स्टैम्प्स**

फूड स्टैम्प प्रोग्राम कम आय वाले परिवारों को भोजन की लागत का भुगतान करने में मदद करने के लिए मासिक लाभ प्रदान करता है। प्रोग्राम के तहत पोषण संबंध शिक्षा भी प्रदान की जाती है और योग्य परिवारों की भोजन और पोषण संबंधी जरूरतों को पूरा करने में मदद की जाती है।

❐ **जरूरतमंद घरों के लिए अस्थायी सहायता** (TANF)

जरूरतमंद घरों के लिए अस्थायी सहायता (TANF) बच्चों वाले पात्र घरों को मजबूत करने के लिए अस्थायी मासिक नकद भुगतान, एकल नकद भुगतान, या अन्य सहायता सेवाएँ प्रदान करता है। अगर आप बच्चे के माता-पिता, या देखभालकर्ता हैं और अनुदान में शामिल होना चाहते हैं, तो हमारी अपेक्षा होगी कि आप काम के कार्यक्रम में भाग लें।

❐ ग्रैंडपेरेंट्स रेज़िंग ग्रैंडचिल्ड्रेन **(GRG)**

ग्रैंडपेरेंट्स रेज़िंग ग्रैंडचिल्ड्रेन **(GRG)** अतिरिक्त नकद भुगतान प्रदान करेगा ताकि बच्चों की देखभाल उनके दादा-दादी के घर में की जा सके।

**आवेदक को GRF के योग्य होने के लिए TANF के लिए आवेदन करना होगा।**

❐ **शरणार्थी नकद सहायता**

शरणार्थी नकद सहायता कार्यक्रम में ऐसे शरणार्थी घरों को वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है जो TANF कार्यक्रम के पात्र नहीं हैं। शरणार्थी शब्द में शरणार्थी, हैती/क्यूबा के प्रवेश करने वाले, मानव तस्करी के शिकार, अमेरासियन और बिना किसी के साथ वाले नाबालिग शरणार्थी शामिल हैं।

❐ **Medicaid**

Medicaid बुजुर्गों, नेत्रहीन या विकलांग वयस्कों, गर्भवती महिलाओं, बच्चों, और परिवारों को चिकित्सा कवरेज प्रदान करता है। जब आप आवेदन करते हैं, तो हम सभी Medicaid कार्यक्रम देखते हैं और फ़ैसला करते हैं कि आप कौन-सा कार्यक्रम प्राप्त करने के योग्य हैं।

## हमें आवेदक के बारे में बताएँ

क्या आवेदक या आवेदक की ओर से आवेदन करने वाले व्यक्ति को हमसे संवाद करने के लिए सहायता की जरूरत है? अगर ऐसा है, तो वह सब चेक करें जो लागू हो।

( ) TTY ( ) ब्रेल ( ) बड़ा प्रिंट ( ) ई-मेल ( ) वीडियो रिले ( ) सांकेतिक भाषा दुभाषिया ____________________

( ) विदेशी भाषा दुभाषिया (भाषा बताएँ ) ______________________ ( ) अन्य ____________________

**कृपया आवेदक के बारे में नीचे दिया गया चार्ट भरें।**

| | | | |
|---|---|---|---|
| प्रथम नाम | मधय आद्याक्षर | अंतिम नाम | उपाधि |
| सडक का पता जहाँ आप रहते हैं | | अपार्टमेंट | |
| शहर | राज्य | ज़िप कोड | |
| डाक का पता (अगर भिन्न हो) | | | |
| शहर | राज्य | ज़िप कोड | |
| मुख्य टेलीफ़ोन नंबर | अन्य संपर्क नंबर | ई-मेल पता (वैकल्पिक) | |

Division of Family and Children Services

# लाभों के लिए आवेदन

यह जानते हुए की झूठी जानकारी देने पर मुझे मिथ्या साक्ष्य की सजा हो सकती है, मैं यह घोषित करता हूँ कि मैं जिस व्यक्ति के लिए लाभ के लिए आवेदन कर रहा हूँ, वह अमेरिका के नागरिक हैं अथवा अमेरिका में वैध रूप से रह रहे हैं। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदनपत्र में दी गई जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सच्ची और सही है। मैं यह समझकर अपनी सहमति देता हूँ कि DHS-DFCS, DCH और अधिकृत फेडरल एजेंसी मेरे द्वारा आवेदनपत्र में दी गई जानकारी को जाँच सकते हैं। पिछले और मौजूदा नियोक्ताओं से जानकारी ली जा सकती है। मैं समझता हूं कि वेतन की जानकारी और कार्य गतिविधियों में मेरी भागीदारी को ट्रैक करने के लिए मेरी जानकारी का उपयोग किया जाएगा। फूड स्टैम्प/Medicaid और/अथवा TANF प्रोगाम की आवश्यकताओं के अनुसार में अपनी स्थिति में हुए किसी बदलाव की सूचना दूँगा। यदि कोई जानकारी गलत निकली तो लाभ कम किए जा सकते हैं अथवा बंद किए जा सकते हैं और मुझ पर आपराधिक मुक़दमा चलाया जा सकता हे या जानबूझकर गलत जानकारी देने के लिए मुझे DHS प्रोगाम के अयोग्य घोषित किया जा सकता है। मैं समझता हूँ कि गलत जानकारी देने अथवा जानकारी छिपाने पर मुझ पर मुक़दमा चलाया जा सकता है। मैं समझता हूँ कि यदि मैं आवेदनपत्र नवीनीकरण में DHS-DFCS को अपने कुछ खर्चों के बारे में नहीं बताता और/या उन्हें सत्यापित करने में असफल रहता हूँ तो DHS-DFCS उस खर्चे को मेरे फूड स्टैम्प लाभों की रकम की गणना में शामिल नहीं करेगा।

______________________________ **हस्ताक्षर** __________________ **तिथि**

______________________________ **अगर 'X' ने हस्ताक्षर किए हों तो गवाह के हस्ताक्षर** __________________ **तिथि**

### क्या मैं फूड स्टैम्प्स या Medicaid के लिए आवेदन करने के लिए किसी को चुन सकता हूँ?

यह अनुभाग केवल उस स्थिति में भरें अगर आप चाहते हैं कि कोई और आपका आवेदनपत्र भरे, आपका साक्षात्कार पूरा करे, और/या जब आप स्टोर पर नहीं जा सकते तो खाद्य खरीदने के लिए आपके EBT कार्ड का इस्तेमाल करें। अगर आप Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आप अपनी ओर से चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन करने के लिए एक से ज़्यादा व्यक्ति चुन सकते हैं।

नाम: ________________________ फोन: ____________________

पता: ________________________ अपार्टमेंट: ____________________

शहर: ________________________ राज्य: ________ ज़िप: ______________

नाम: ________________________ फोन: ____________________

पता: ________________________ अपार्टमेंट: ____________________

शहर: ________________________ राज्य: ________ ज़िप: ______________

Medicaid के लिए, क्या आप चाहते हैं कि इस व्यक्ति के पास आपके Medicaid कार्ड की प्रति रहे? ❑ हाँ ❑नहीं

For Office Use Only **(केवल कार्यालय के उपयोग के लिए )**

Date Received: ____________________ **(प्राप्त करने की तिथि)**

Division of Family and Children Services

# लाभों के लिए आवेदन

**क्या मैं फ़ूड स्टैम्प्स शीघ्र प्राप्त करने के लिए योग्य हूँ?**

यह देखने के लिए आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में इन सवालों के जवाब दें कि क्या आप 7 दिन के भीतर फ़ूड स्टैम्प्स प्राप्त कर सकते हैं।

1. क्या आप या घर का कोई सदस्य अप्रवासी या मौसमी खेत मजदूर है? ☐ हाँ ☐ नहीं

   यदि हाँ, तो कौन ________________________________________

2. कुल **सकल अर्जित आय** जो इस महीने के लिए प्राप्त की जाएगी: $ ________________

   नियोक्ता का नाम ____________________________________

   रोज़गार शुरू होने की तिथि ______________ रोज़गार समाप्ति तिथि ________________

   वेतन की दर ___________ साप्ताहिक काम के घंटे __________ सप्ताह/द्वि-सप्ताह/अर्द्ध-माह/माह (एक पर गोला लगाए)

3. कुल **सकल अर्जित आय** जो इस महीने के लिए प्राप्त की जाएगी: $ _______________

   अनर्जित आय का पकार _____________ राशि ________ सप्ताह/द्वि-सप्ताह/अर्द्ध-माह/माह (एक पर गोला लगाएँ)

   अनर्जित आय का पकार _____________ राशि ________ सप्ताह/द्वि-सप्ताह/अर्द्ध-माह/माह (एक पर गोला लगाएँ)

4. इस महीने की कुल अर्जित और अनर्जित आय: $ _______________

5. आप और परिवार के सभी सदस्यों के पास नकद या बैंक में कितनी राशि है? $ _______________

6. आप किराये, मोर्टगेज, प्रॉपर्टी टैक्स और/अथवा गृहस्वामी बीमा के लिए मासिक कितना भुगतान करते हैं? $ _______________

7. आपके बिजली, पानी, गैस और/अथवा अन्य लाभों में इस माह कुल कितनी रकम लगी? $ _______________

   (कुल खर्चे में पिछला बकाया और विलम्ब शुल्क न ज़ोडें)

Division of Family and Children Services

# लाभों के लिए आवेदन

**हमें आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में बताएँ**

कृपया आवेदक और घर के सभी सदस्यों **के बारे में नीचे दिया गया चार्ट भरें**। **निम्नलिखित संघीय कानून और विनियम: 2008 का खाद्य और पोषण अधिनियम) The Food and Nutrition Act of 2008(, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, और 42 C.F.R. § 435.920, DFCS को आपके और आपके घर के सदस्यों के सामाजिक सुरक्षा नंबर के लिए अनरोध करने के लिए** अधिकृ करते हैं। यदि आपके घर में रहने वाला कोई सदस्य लाभ के लिए आवेदन नहीं कर रहा तो उस **गैर-आवेदक** माना जाएगा। इसका मतलब यह है कि इस व्यक्ति को अपना सामाजिक सुरक्षा नंबर, नागरिकता और प्रवासी स्थिति नहीं बतानी होगी और वह लाभ का पात्र भी नहीं होगा। तथापि, घर के अन्य सदस्य लाभ प्राप्त करने में सक्षम हो सकते हैं, अगर व अन्यथा पात्र हैं। अगर आप चाहते हैं कि हम तय करें कि घर का कौन सा सदस्य लाभ का पात्र है, तो भी आपको हम उनकी नागरिकता या आप्रवास स्थिति के बारे में बताना होगा और हम उनका सामाजिक सुरक्षा नंबर (SSN) देना होगा। घर की पात्रता और लाभ के स्तर के निर्धारण के लिए आपको तब भी हम उनकी आय और संसाधनो के बारे में बताना होगा। हम किसी भी गैर-आवेदक परिवारजन के बारे में युनाइटड स्टेट्स सिटीजनशिप एंड इमीग्रेशन सर्विसेज (USCIS) के सिस्टेमेटिक एलियन वेरिफिकेशन फॉर एनटाइटलमेन्ट्स (SAVE) प्रणाली को सूचित नहीं करेंगे यदि वे अपनी नागरिकता या अप्रवासी स्थिति के बारे में हम नहीं बताते। तथापि यदि आपके आवेदन में अप्रवासी स्थिति की जानकारी दी गई है तो यह जानकारी SAVE के माध्यम से जाँची जा सकती है और परिवार की पात्रता और लाभ प्राप्ति के स्तर पर असर डाल सकती है। हम आपके द्वारा दी गई जानकारी को अन्य संघीय, राजकीय, और स्थानीय एजेंसी की जानकारी से मिलाकर आपकी आय और योग्यता की जांच करेंगे। यह जानकारी कानून परिवर्तन अधिकारियों को कानून से भागने वाले मुजरिमों को पकडने के लिए भी दी जा सकती है। यदि आपका परिवार फ़ूड स्टैम्प क्लेम के लिए अधिकृत है तो SSN सहित इस आवेदन में दी गई जानकारी फेडरल, राजकीय और निजी दावा एकत्रित करने वाली एजंसियों को दावा एकत्रित करने के लिए दी जा सकती है। हम आवेदक परिवारजनों को मात्र इसलिए लाभ से वंचित नहीं रखेंगे क्योंकि अन्य परिवारजनों ने अपनी SSN, नागरिकता या अप्रवासी स्थिति के बारे में नहीं बताया।

| नाम<br>प्रथम मध्य आद्याक्षर अंतिम | आपसे संबंध | क्या यह व्यक्ति लाभ के लिए आवेदन कर रहा है?<br>(हाँ/नहीं ) | जन्म तिथि<br>फ़ॉरमेट (--/--/--) | सामाजिक सुरक्षा नंबर<br>**(केवल आवेदक)** | लिंग<br>(पु./स्त्री.) | हिस्पैनिक/ लातिनो?<br>**(वैकल्पिक)**<br>(हाँ/नहीं) | नस्ल कोड<br>**(वैकल्पिक)**<br>(नीचे कोड देखें) | क्या आप यू.एस. नागरिक, योग्य विदेशी/आप्रवासी हैं?<br>**(केवल आवेदक)**<br>(हाँ/नहीं) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | स्वयं | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**नस्ल कोड** (उन सबको चुनें जो लागू हों):

**AI** - अमेरिकी इंडियन/अलास्का के मूल निवासी **AS -** एशियाई **BL** - अश्वेत/अफ़्रीकी अमेरिकी
**HP** - मूल हवाईयन/प्रशांत द्वीपवासी **WH** - श्वेत

नसल/जातीयता की जानकारी चेक देकर, आप हम अपने कार्यक्रम गैर-भेदभावपूर्ण तरीके से व्यवस्थित करने में मदद करेंगे। आपके घर को हमें यह जानकारी देना जरूरी नहीं है और इससे आपकी योग्यता या लाभ का स्तर प्रभावित नहीं होगा।

Division of Family and Children Services

# लाभों के लिए आवेदन

## आवेदक और घर के सभी अन्य सदस्यों के बारे में हमें और अधिक बताएँ

हमें यह फैसला करने के लिए आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में अधिक जानकारी की जरूरत है कि कौन लाभ के योग्य है। कृपया नीचे के पृष्ठ पर केवल उन लाभों के बारे में सवालों के जवाब दें जो आप प्राप्त करना चाहते हैं।

1. क्या किसी ने अन्य काउंटी या राज्य में कोई लाभ प्राप्त किया है? ❑ हाँ ❑ नहीं

अगर हाँ तो:

कौन:____________________________________

कहाँ: ____________________________________

कब: ____________________________________

2. क्या किसी को 8/22/96 के बाद गलत पते और झूठी पहचान जैसी जानकारी देने के बारे में दोषी ठहराया गया है ताकि वे अधिक क्षेत्रों में अनेक FS लाभ प्राप्त कर सकें? (सिर्फ फ़ूड स्टैम्प के लिए) ❑ हाँ ❑ नहीं

अगर हाँ तो:

कौन: ____________________________________

कहाँ: ____________________________________

कब: ____________________________________

3. क्या आपके घर में किसी ने आवेदन की तिथि से 30 दिन के भीतर स्वेच्छा से काम छोडा है या स्वेच्छा से अपने काम के घंटे प्रति सप्ताह 30 घंटे से कम किए हैं? (सिर्फ फ़ूड स्टैम्प और TNF के लिए ) ❑ हाँ ❑ नहीं

अगर हाँ, तो किसने छोडा है? ____________________________________

उसने क्यों छोडा? ____________________________________

4. क्या कोई गर्भवती है? *कृपया गर्भावस्था का सबूत दें, अगर उपलबध है। ❑ हाँ ❑ नहीं

कौन: ____________________________________

नियत तिथि: ____________________________________

(यह सवाल सिर्फ फ़ूड स्टैम्प के आवेदकों पर लागू नहीं होता)

5. Medicaid के लिए, क्या किसी के पिछले 3 महीने के बकाया चिकित्सा बिल हैं? ❑ हाँ ❑ नहीं

(यह सवाल केवल फ़ूड स्टैम्प या TANF के आवेदकों पर लागू नहीं होता)

6. क्या कोई फ़ूड स्टैम्प या TANF कार्यक्रम के लिए अयोग्य घोषित किया गया ह? ❑ हाँ ❑ नहीं

अगर हाँ तो:

कौन: ____________________________________

कहाँ: ____________________________________

7. क्या कोई किसी अपराध के लिए सजा या जेल से बचने की कोशिश कर रहा है? ❑ हाँ ❑ नहीं

(केवल फ़ूड स्टैम्प्स और TANF)

अगर हाँ, तो कौन: ____________________________________

8. क्या कोई परिवीक्षा या पैरोल की शर्तों का उल्लंघन कर रहा है? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स और TANF के लिए ) ❑ हाँ ❑ नहीं

अगर हाँ, तो कौन: ____________________________________

9. क्या किसी को 8/22/96 के बाद नियंत्रित मादक पदार्थ (यानी नशीली दवाओं का अपराध) के उपयोग या वितरण से संबंधित व्यवहार के कारण अपराध की सजा मिली है? (केवल फ़ूड स्टैम्प और TANF के लिए) या हिंसक अपराध के लिए ? (केवल TANF) ❑ हाँ ❑ नहीं

अगर हाँ तो:

कौन: ______________________________

कब: ______________________________

a) क्या आप नशीली दवाओ के अपराध के लिए प्राप्त हई किसी भी सजा से संबंधित परिवीक्षा की शर्तो का अनुपालन करते हैं? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स और TANF के लिए) ☐ हाँ ☐ नहीं

b) क्या आप नशीली दवाओं के अपराध के लिए प्राप्त हुई किसी भी सजा से संबंधित पैरोल की शर्तों का अनुपालन करते हैं? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स और TANF) ☐ हाँ ☐ नहीं

c) क्या आपने किसी भी नशीली दवाओं के अपराध से संबंधित परिवीक्षा या परोल की सभी शर्तों को योग्य रूप से पूरा किया है? (केवल ☐ फ़ूड स्टैम्प्स और TANF) ☐ हाँ ☐ नहीं

10. क्या आप या घर के किसी सदस्य को 8/22/96 के बाद फ़ूड स्टैम्प लाभ के बदले नशीली दवाओं का व्यापार करने का दोषी पाया गया है? (केवल फ़ूड स्टैम्प के लिए ) ❑ हाँ ❑ नहीं

अगर हाँ तो:

कौन: ______________________________

कब: ______________________________

11. क्या आप या घर के किसी सदस्य को 8/22/96 के बाद $500 से जयादा की राशि के लिए फ़ूड स्टैम्प लाभ ख़रीदने या बेचने के लिए सजा मिली है? (केवल फ़ूड स्टैम्प के लिए) ❑ हाँ ❑ नहीं

अगर हाँ तो:

कौन: ______________________________

कब: ______________________________

12. क्या आप या घर के किसी सदस्य को 8/22/96 के बाद बंदूकों, गोला-बारूद या विस्फोटकों के लिए फ़ूड स्टैम्प लाभ का व्यापार करने के लिए सजा मिली है? (केवल फ़ूड स्टैम्प के लिए ) ❑ हाँ ❑ नहीं

अगर हाँ तो:

कौन: ______________________________

कब: ______________________________

13. क्या किसी ने TANF धन या EPPIC कार्ड का इस्तेमाल निम्नलिखित प्रतिषठानों में किया गया है, शराब की दुकानें, कैसीनो, पोकर कक्ष, वयस्क मनोरंजन व्यापार, जमानत बॉन्ड, नाइट क्लब, सैलून/टैवर्न, बिंगो हॉल, रेस ट्रैक, बंदूक/गोला-बारूद स्टोर, क्रूज़ जहाज, मानसिक पाठक, धूम्रपान की दुकानें, टैटू/छिद्रण की दुकानें, और स्पा/मालिश सैलून? (केवल TANF के लिए) ❑ हाँ ❑ नहीं

अगर हा तो:

कौन: ______________________________

कब: ______________________________

Division of Family and Children Services

# लाभों के लिए आवेदन

### आवेदक और घर के सभी सदस्यों की आय के बारे में हमें बताएँ

क्या आप या कोई भी व्यक्ति जिसके लिए आप आवेदन कर रहे हैं वह किसी भी प्रकार की आय प्राप्त करते हैं, जैसे: वेतन, टिप्स, बोनस, स्व-रोजगार, सामाजिक सुरक्षा/रेलरोड सेवानिवृत्ति, अन्य विकलांगता, वीए आय, पेंशन, बेरोजगारी, चाइल्ड सपोर्ट (बाल समर्थन) , निर्वाह धन से प्राप्त आय, अन्य लोगों से प्राप्त पैसे, कामगार क्षतिपूर्ति लाभ,या कोई भी अन्य आय?

| आय के साथ घर के सदस्य का नाम | आय का प्रकार | नियोकता का नाम / आय क स्रोत | मासिक राशि (कटौती से पहले) | भुगतान का अंतराल (मासिक, पाक्षिक, साप्ताहिक) | प्रति घंटे वेतन | प्रति सप्ताह घंटे | भुगतान की तिथि(यॉं) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

### आवेदक और घर के सभी सदस्यों के खर्चों के बारे में हमें बताएँ

क्या आप घर के आश्रित बच्चे या विकलांग वयस्क सदस्य की देखभाल के लिए भुगतान करते हैं? हाँ ❑ नहीं ❑ यदि हाँ, तो नीचे चार्ट पूरा करें। (यदि मासिक राशि $200 से अधिक है तो फूड स्टैम्प्स के लिए प्रमाण प्रदान करें)

| व्यक्ति जिसे देखभाल की आवश्यकता है | देखभाल के लिए भुगतान करने वाला व्यक्ति | देखभाल का कारण | प्रदाता का नाम / संख्या | प्रदाता को भुगतान की गई राशि | भुगतान का अंतराल |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**क्या आप एक आश्रित बच्चे या घर के विकलांग वयस्क सदस्य के लिए परिवहन व्यय का भुगतान करते हैं? हाँ ❑ नहीं ❑ क्या इन खर्चों** को आश्रित देखभाल के खर्चों में शामिल किया गया ह? हाँ ❑ नहीं ❑

यदि नहीं, तो कृपया इस प्रश्न का उत्तर दें : **एक सप्ताह में चलाए गए कुल मील**:______________________

क्या किसी 60 वर्ष या अधिक उम्र के या किसी विकलांग व्यक्ति के चिकित्सा संबंधित खर्चे हैं? हाँ ❑ नहीं ❑ यदि हां, तो नीचे चार्ट पूरा करें।

| घर के सदस्य का नाम जिसका खर्चा हुआ है | खर्चे का पकार (डॉक्टर से भेंट, अस्पताल की यात्रा, नुस्खे की दवाइयां, /Medicare (मेडिकेयर) या स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम, चश्मा) | बकाया राशि | क्या राशि अभी भी बकाया है? हां/नहीं | भुगतान की तिथि | क्या बीमा इसका भुगतान करेगा? हां/नहीं |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**क्या किसी 60 वर्ष या अधिक उम्र के या किसी विकलांग व्यक्ति के चिकित्सा संबंधित खर्चे हैं?** हाँ ❑ नहीं ❑ यदि हां, तो नीचे चार्ट पूरा करें।

| **यात्रा का उद्देश्य** (डॉक्टर या असपताल की यात्रा, फार्मेसी पिकअप) | यात्रा के कुल मील: | टैक्सी, बस, पार्किंग या ठिकाने की लागत: |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

# लाभों के लिए आवेदन

**हमें आवेदक और अन्य सभी परिवारजनों के खर्चे के बारे में और बताइएं**

क्या परिवार का कोई सदस्य परिवार से बाहर रहने वाले किसी व्यक्ति को चाइल्ड सपोर्ट (बाल समर्थन) राशि देता है? हाँ ❑ नहीं ❑ यदि हाँ तो नीचे दिया चार्ट पूरा करें।

| परिवार का सदस्य जो देने को बाध्य है | बच्चे का नाम जिसके लिए लाभ का भुगतान किया जा रहा है | भुगतान के लिए बाध्य राशि | भुगतान की गई असल राशि | चाइल्ड सपोर्ट राशि का भुगतान किसे दिया जाता है? |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

क्या आपका या परिवार के किसी सदस्य का आश्रय का खर्च है? हाँ ❑ नहीं ❑

यदि हाँ तो नीचे दिया चार्ट पूरा करें।

| खर्चा | राशि | कितनी बार? | किसने दया? |
|---|---|---|---|
| किराया/मोर्ट्गेज | | | |
| सम्पत्ति कर | | | |
| सम्पत्ति बीमा | | | |
| बिजली | | | |
| गैस | | | |
| कचरा | | | |
| टेलीफोन | | | |
| अन्य | | | |

क्या आप घर में किसी के साथ मासिक पारिवारिक खर्चे साझा करते हैं? हाँ ❑ नहीं ❑

यदि हाँ, तो किसके साथ? ______________________________

टिप्पणी/लिखित प्रमाण______________________________

किसको अदा किया ____________ अदा की गई राशि $__________ प्रत्येक ________ मकान मालिक का

नाम ________________

मकान मालिक का पता: ______________________________

______________________________

क्या पिछले 12 महीने में आपने ऊर्जा सहायता (एनर्जी असिसटेन्स) प्राप्त की है? हाँ नहीं यदि हा, तो प्राप्त राशि $__________

क्या आपके घर के बिलों का कोई और भुगतान करता है? हाँ नहीं **यदि हाँ, तो नीचे दिया चार्ट पूरा करें:**

| | |
|---|---|
| बिलों का भुगतान कौन करता है? | कौन से बिलों का भुगतान किया जाता है? |
| कितनी राशि का भुगतान होता है? | यह व्यक्ति किसे भुगतान करता है? |

## फ़ूड स्टैमप कार्यक्रम के दंड

जानबूझकर गलत जानकारी देने पर आप अपने लाभ खो सकते हैं और आप पर आपराधिक मुक़दमा भी चलाया जा सकता है।

- जिन लाभों के योग्य आपका घर नहीं है, उन्हें प्राप्त करने के लिए गलत जानकारी न दें और असली जानकारी न छिपाएं।
- दूसरों के फूड स्टैम्प और EBT कार्ड्स का उपयोग न करें न किसी को अपने कार्ड का उपयोग करने दें ।
- खाद्य लाभों को खाद्य के अतिरिक्त मादक पेय और सिगरेट जैस पदार्थ खरीदेने अथवा क्रेडिट कार्ड का भुगतान करने के लिए उपयोग न करें।
- फूड स्टैम्प या EBT कार्ड्स का अवैध वस्तुओं को खरीदने और व्यापार करने के लिए इस्तेमाल न करें; जैसे बंदूक, गोला-बारूद अथवा नियंत्रित पदार्थ (अवैध मादक पदार्थ)।

**अगर घर का कोई सदस्य फूड स्टैम्प्स के किसी नियम को जानबूझकर तोडता है तो उसे फूड स्टैम्प कार्यक्रम से एक साल से लेकर स्थायी रूप से वर्जित किया जा सकता है, $250,000 तक का जुर्माना, 20 साल तक कैद या दोनों सजा दी जा सकती है। वह अन्य लागू संघीय और राज्य कानूनों के अंर्तगत भी अभियोजन का विषय हो सकता/सकती है। अगर अदालत आदेश देती है तो उसे अतिरिक्त 18 महीने के लिए भी फूड स्टैम्प कार्यक्रम से वर्जित किया जा सकता है।**

**अगर घर का कोई सदस्य नियमों को जानबूझकर तोडता है तो उसे पहले अपराध के लिए एक साल तक, दूसरे अपराध के लिए दो साल तक, और तीसरे अपराध के लिए स्थायी रूप से फूड स्टैम्प नहीं मिल सकेगा।**

**अगर अदालत आप या घर के किसी सदस्य को नियंत्रित पदार्थ की बिक्री से जुड़े सौदे में फूड स्टैम्प लाभ का इस्तेमाल करने या प्राप्त करने का दोषी पाती है, तो आप या घर का वह सदस्य पहले अपराध के लिए दो साल के लिए और दूसरे अपराध के लिए स्थायी रूप से लाभ का पात्र नहीं हो सकगा।**

**अगर अदालत आप या घर के किसी सदस्य को बंदूक, गोला-बारूद या विस्फोटकों की बिक्री से जुड़े सौदे में फूड स्टैम्प लाभ का इस्तेमाल करने या प्राप्त करने का दोषी पाती है, तो आप या घर का वह सदस्य इस उल्लंघन के पहले अपराध पर फूड स्टैम्प कार्यक्रम में भाग लेने के लिए स्थायी रूप से अयोग्य हो जाएगा।**

**अगर अदालत आप या घर के किसी सदस्य को $500 या उससे ज़्यादा की कुल राशि के लिए लाभों की तस्करी करने का दोषी पाती है, तो आप या घर का वह सदस्य इस उल्लंघन के पहले अपराध पर फूड स्टैम्प कार्यक्रम में भाग लेने के लिए स्थायी रूप से अयोग्य हो जाएगा।**

**अगर यह पाया जाता है कि आप या घर के किसी सदस्य को अनेक फूड स्टैम्प लाभ प्राप्त करने के लिए पहचान के संबंध में (वे कौन हैं) या निवास की जगह (जहाँ वे रहते हैं) धोखाधड़ी का बयान या प्रतिनिधित्व दिया है, तो आप या घर का वह सदस्य 10 साल की अवधि के लिए फूड स्टैम्प कार्यक्रम में भाग लेने के लिए अयोग्य हो जाएगा।**

## TANF प्रोग्राम के दंड

TANF प्रोग्राम में, IPV (इनटर्नेशनल प्रोग्राम वायोलेशन) वह किसी व्यक्ति द्वारा गलत अथवा भ्रामक जानकारी देकर या जानकारियों को गुप्त रखकर AU की पात्रता बनाने और बनाए रखने के लिए, या AU के लाभ बढ़ाने या लाभ में कटौती न होने देने के लिए जानबूझकर किया हआ कार्य है।

- घर का कोई सदस्य जो जानकारी छिपाएंगा, स्थिति में बदलाव की सही समय पर सूचना नहीं देगा अथवा झूठ बोलेगा उन्हें पहली गलती के लिए छह महीने तक, दूसरी गलती के लिए बारह महीने तक और तीसरी गलती पर सथायी रूप से TANF लाभ मिलने बंद हो जाएँगे। राशि□सहायता कोष या TANF डेबिट कार्ड का पैसे निकालने के लिए या कैसिनो, मदिरा की दुकान, वयस्क मनोरंजन सुविधाओं "स्ट्रिप क्लब", पोकर रूम, बेल बांड्स, रात्रि क्लब/सैलून/टेवर्न, बिंगो हॉल, रेस ट्रैक्स, गेमिंग स्थलों, बंदूक/गोला बारूद की दुकानों, क्रूज जहाजों, साइकिक रीडर्स, धूम्रपान की दुकान, टैटू/गुदाई की दुकान और स्पा/मालिश□ की दुकान पर लेनेदेन करने पर सख्त प्रतिबंध है, और उन्हें पहली गलती पर छह महीने के लिए, दूसरी गलती पर बारह महीने के लिए और तीसरी गलती पर स्थायी रूप से TANF लाभ मिलने बंद हो जाएँगे।
- यदि अदालत आपको अथवा आपके परिवार के किसी सदस्य को जानकारी छिपाते अथवा सही समय पर स्थिति में बदलाव की सूचना न देते अथवा झूठ बोलते हुए पाती है और आप अभियोजित होते हैं तो आपको पहली गलती के लिए 12 महीने तक और दूसरी गलती पर स्थायी रूप से TANF लाभ मिलने बंद हो जाते हैं।
- यदि अदालत आपको अथवा आपके किसी परिवार के सदस्य को एक से अधिक राज्य में लाभ पाने के लिए अपने रिहायशी पते की गलत जानकारी देने का दोषी पाती है तो आपको 10 साल के लिए बाधित कर दिया जाएगा।
- यदि अदालत आपको या घर के किसी सदस्य को 1/1/97 के बाद नशीले पदार्थ से सम्बंधित अभियुक्ति का अथवा हिंसक अपराध का दोषी पाती है तो आप अथवा परिवार का वह सदस्य लाभ के योग्य नहीं माने जाएँगे अथवा/और स्थायी रूप से अयोग्य ठहराए जा सकते हैं।

# लाभों के लिए आवेदन

**सभी Medicaid, फूड स्टैम्प्स और TANF आवेदकों के लिए :**

यह जानते हुए की झूठी जानकारी देने पर मुझे मिथ्या साक्ष्य की सजा हो सकती है, मैं यह घोषित करता हूँ कि मैं जिस व्यक्ति के लिए लाभ का आवेदन कर रहा हूँ, वह अमेरिका के नागरिक हैं अथवा अमेरिका में वैध रूप से रह रहे हैं। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदनपत्र में दी गई जानकारी मेरे ज्ञान के अनुसार सच्ची और सही है। मैं यह समझकर अपनी सहमति देता हूँ कि DHS और अधिकृत फेडरल एजेंसी मेरे द्वारा आवेदनपत्र में दी गई जानकारी को जाँच सकते हैं। पिछले और मौजूदा नियोक्ताओं से जानकारी ली जा सकती है। मैं समझता हूँ कि वेतन की जानकारी और कार्य गतिविधियों में मेरी भागीदारी को ट्रैक करने के लिए मेरी जानकारी का उपयोग किया जाएगा। फूड स्टैम्प/Medicaid और/अथवा TANF प्रोगाम की आवश्यकताओं के अनुसार में अपनी स्थिति में हुए किसी भी बदलाव की सूचना दूंगा। यदि कोई भी जानकारी गलत निकली तो लाभ कम किए जा सकते हैं अथवा बंद किए जा सकते हैं और मुझ पर आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है या जानबूझकर गलत जानकारी देने के लिए मुझे DHS-DFCS प्रोगाम से अयोग्य घोषित किया जा सकता है। मैं समझता हूँ कि गलत जानकारी देने अथवा जानकारी छिपाने पर मुझ पर मुकदमा चलाया जा सकता है। मैं समझता हूँ कि यदि मैं आवेदनपत्र नवीनीकरण में DHS-DFCS को अपने कुछ खर्चों के बारे में नहीं बताता और/या उन्हें सत्यापित करने में असफल रहता हूँ तो DHS-DFCS उस खर्चे को मेरे फ़ूड स्टैम्प लाभों की रकम की गणना में शामिल नहीं करेगा।

_________________________________ आवेदक के हस्ताक्षर      _________________________ तिथि

_________________________________ अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर      _________________________ तिथि

_________________________________ केस मैनेजर का नाम और हस्ताक्षर (Case Manager’s Name and Signature)      _________________________ तिथि (Date)

# लाभों के लिए आवेदन

(इन दसतावजों को अपनी जानकारी के लिए रखें)

इस संस्था में जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, विकलांगता, आयु, लिंग और कुछ मामलों में धर्म या राजनीतिक मान्यताओं के आधार पर भेदभाव करने की मनाही है। अमेरिकी कृषि विभाग (The U.S. Department of Agriculture), USDA द्वारा वित्त पोषित किसी भी प्रोग्राम या गतिविधि में पूर्व नागरिक अधिकार गतिविधि के लिए जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, लिंग, धार्मिक पंथ, विकलांगता, उम्र, राजनीतिक मान्यताओं या बदला या प्रतिशोध के आधार पर भेदभाव करने पर भी प्रतिबंध लगाता है।

जिन विकलांग व्यक्तियों को कार्यक्रम की जानकारी के लिए संचार के वैकल्पिक साधन (जैसे ब्रेल, बड़े प्रिंट, आडियो टेप, अमेरिकी सांकेतिक भाषा, आदि) की आवश्यकता है, उनहोंने लाभ के लिए जहाँ आवेदन किया हो उस एजेंसी (राज्य या स्थानीय) से संपर्क करना चाहिए । जिन व्यक्तियों को सुनने में तकलीफ है, कम सुनाई देता है अथवा बहरे है या बोलने में तकलीफ है वे (800) 877-8339 पर संघीय प्रसारण सेवा के माध्यम से USDA को संपर्क कर सकते हैं। इसके अतिरिक्त, इस कार्यक्रम के बारे में जानकारी अंग्रेजी के अलावा अन्य भाषाओं में उपलबध कराई जा सकती है।

प्रोग्राम में भेदभाव की शिकायत दाखिल करने के लिए, यहाँ क्लिक करके http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) (कार्यक्रम भेदभाव शिकायत फॉर्म) भरें या किसी भी USDA कार्यालय से संपर्क करें, या फॉर्म में जरूरी माहिती के साथ आप खत भी भेज सकते हैं। फॉर्म के लिए कॉल करें (866) 632-9992। पूरा भरा हुआ फॉर्म या खत USDA को नीचे बताए गये तरीके से भेजें: 1) मेईल:

U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 or 2) फैक्स: (202) 690-7442; or 3) ईमेल: program.intake@usda.gov.

पूरक पोषण सहाय प्रोग्राम (Supplemental Nutrition Assistance Program -SNAP) मुद्दों से संम्बधित किसी अन्य जानकारी के लिए, USDA SNAP हॉटलाइन नंबर (800) 221-5689 पर संपर्क करें, जो स्पैनिश में भी उपलबध है अथवा http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm वेबसाइट पर जाकर State Information/Hotline Numbers पर फोन करें (राज्य अनुसार जानकारी/हॉटलाइन नंबर की सूची के लिए लिंक पर क्लिक करें)।

यू.एस. डिपार्टमेंट ऑफ हेल्थ एंड ह्यूमन सर्विसेज (HHS) द्वारा दी गई संघीय वित्तीय सहायता प्राप्त करने वाले प्रोग्राम के बारे में भेदभाव की शिकायत दर्ज करवाने के लिए लिखें: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 या कॉल करें (202) 619-0403 (धवनन) या (800) 537-7697 (TTY)।

USDA और HHS समान अवसर प्रदाता हैं।

आप डीएफसीएस नागरिक अधिकार कार्यक्रम (DFCS Civil Rights Program), Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 पर संपर्क करके अथवा (404) 657-3735 नंबर पर कॉल करके या (404) 463-3978 पर फैक्स करके भी भेदभाव संबंधी शिकायत दर्ज करवा सकते हैं। अंग्रेजी का सीमित ज्ञान रखने वालों और कर्मेन्द्रियों की सीमित क्षमता वालों की सेवा के लिए, DHS लिमिटेड इंग्लिश प्रोफिशियेंसी एंड सेंसरी इम्पेयर्ड प्रोग्राम DSH(Limited English Proficiency and Sensory Impaired Program) से इस पते पर संपर्क करें: Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103, Atlanta, Georgia 30303 अथवा (404) 657-5244 नंबर पर कॉल कर या (404) 651-6815 पर फैक्स करें।

**सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग (डिपार्टमेंट ऑफ कम्युनिटी हेल्थ, DCH) की नीति के अंतर्गत,** Medicaid आपको आपकी नस्ल, आयु, लिंग, विकलांगता, राष्ट्रीय मूल, या राजनीतिक या धार्मिक मानयताओं के आधार पर पात्रता या लाभ से इनकार नहीं कर सकता। Medicaid के पात्रता या प्रदाता भेदभाव की रिपोर्ट करने के लिए, जॉर्जिया सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग के कार्यक्रम अखंडता कार्यालय (जॉर्जिया डिपार्टमेंट ऑफ कम्युनिटी हेल्थ्स ऑफिस ऑफ इंटेग्रिटी) (स्थानीय 404-463-7590) (टोल फ्री) 800-533-0686 पर कॉल करें।

## इस आवेदन में इस्तेमाल किए गए शब्दों का मतलब क्या है?

इस चार्ट में उन शब्दों को स्पष्ट किया गया है जिनका हमने इस आवेदन में इस्तेमाल किया है।

| | |
|---|---|
| **खभालकर्ता** | माता या पिता, रिश्तेदार या कानूनी अभिभावक जो अपनी देखभाल वाले बच्चों के लिए TANF के लिए आवेदन करता है और उसे प्राप्त करता है। |
| **अनुदान ग्राही रिश्तेदार** | माता या पिता, रिश्तेदार या कानूनी अभिभावक जो बच्चों की ओर से अपने नाम पर TANF के लिए आवेदन करता है और उसे प्राप्त करता है। |
| **अयोग्य** | किसी व्यक्ति को फूड स्टैम्प या TANF से निकालने की कार्रवाई का मामला क्योंकि उसने सच नहीं बताया था और वे लाभ प्राप्त किए थे जो उसे प्राप्त नहीं करने चाहिए थे। |
| **इलेक्ट्रॉनिक लाभ स्थानांतरण (EBT)** | फूड स्टैम्प्स के लिए पात्र व्यक्तियों को लाभ का भुगतान करने के लिए जॉर्जिया में इस्तेमाल की जाने वाली प्रणाली। सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्तियों को EBT डेबिट कार्ड जारी किए जाते हैं, जिनका इस्तेमाल उनके फूड स्टैम्प्स खातों तक पहुँच करने के लिए किया जाता है। |

| | |
|---|---|
| **EPPICard डेबिट मास्टरकार्ड** | जॉर्जिया में नकद सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्तियों के लिए जेरोक्स द्वारा जारी किया गया नया डेबिट कार्ड । EPPICard डेबिट मास्टरकार्ड उन स्थानों पर खरीद और नकद निकासी के लिए स्वीकार किया जाएगा जहाँ मास्टरकार्ड सवीकार किया जाता है। |
| **घर के सदस्य** | वे व्यक्ति जो आपके घर मे रहते हैं। फ़ूड स्टैम्प्स के लिए, वे व्यक्ति जो साथ रहते हैं और अपने खाद्य साथ खरीदते और तैयार करते हैं। |
| **आय** | मजदूरी, वेतन, कमीशन, बोनस, कामगार क्षतिपूर्ति, विकलांगता पेंशन, सेवानिवृत्ति लाभ, ब्याज, बाल समर्थन जैसे भुगतान या प्राप्त धन का कोई अन्य रूप। |
| **सकल आय** | कर या अन्य कटौतियों को लागू करने से पहले व्यक्ति की कुल आय। |
| **प्रवासी खेत मजदूर** | वे व्यक्ति जो मौसमी खेत मजदूर हैं और जो काम करने के लिए या खेती के काम की तलाश में एक जगह से दूसरी जगह जाते हैं। |
| **संसाधन** | नकद, संपत्ति, या संपदा जैसे बैंक खाते, वाहन, स्टॉक, बॉन्ड, और जीवन बीमा। |
| **मौसमी खेत मजदूर** | वे व्यक्ति जो रोपण, कटाई या उत्पादन पैकिंग में साल में कुछ समय काम करते हैं। उन्हें अस्थायी तौर पर काम पर रखा जाता है जब काम के लिए खेत के नियमित आधार पर रखे गए मजदूरों से ज्यादा मजदूरों की जरूरत होती है। |
| **मिडिल क्लास टैकस रिलीफ़ ऑफ 2012** | यह अधिनियम नगद सहायता कोष या TANF डेबिट कार्ड का इस्तेमाल नगद राशि निकालने या कैसीनो, शराब की दुकानों, वयस्क मनोरंजन सुविधाओं, पोकर कक्षों, जमानत बॉन्ड, नाइट क्लब/सैलून/सराय, बिंगो हॉल, रेस ट्रैक, जुआ प्रतिष्ठानों, बंदूक/गोला-बारूद स्टोर, क्रूज जहाजों, मानसिक पाठक, धूम्रपान की दुकानों, टैटू/छिद्रण की दुकान, और स्पा/मालिश सैलून में करने की मनाही करता है। नगद सहायता कोष या TANF डेबिट कार्ड का इन व्यवसायों में इस्तेमाल प्राप्तकर्ता की ओर से जानबूझकर कार्यक्रम उल्लंघन (धोखाधड़ी) का गठन करेगा। |
| **आवेदक** | ऐसा व्यक्ति जो सार्वजनिक सहायता/लाभ के लिए आवेदन करना या उन्हें प्राप्त करना चुनता है |
| **गैर-आवेदक** | ऐसा व्यक्ति जो सार्वजनिक सहायता/लाभ के लिए आवेदन करना या उन्हें प्राप्त करना नहीं चुनता; गैर-आवेदकों को SSN, नागरिकता या आप्रवास स्थिति प्रदान करने की जरूरत नहीं होती। |
| **सहायता यूनिट** | सहायता यूनिट में ऐसे पात्र व्यक्ति शामिल होते हैं जो साथ रहते हैं और सार्वजनिक सहायता/लाभ साथ प्राप्त करते हैं। |
| **SNAP/फ़ूड स्टैम्प प्रोग्राम में तस्करी** | SNAP लाभ की तस्करी का मतलब है:<br><br>(1) EBT कार्ड, कार्ड नंबर और PIN नंबर अथवा हस्तलिखित वाउचर और हस्ताक्षर से निर्गमित और मिलने वाले SNAP लाभ को सीधे, अप्रत्यक्ष रूप से, दूसरे व्यक्तियों के साथ या मिलीभगत से अथवा अकेले काम करते हुए खाद्य पदार्थों के अलावा पैसे और अन्य वस्तुओं के लिए खरीदना, बेचना, चोरी करना, अथवा हस्तांतरण करना; (2) बंदूकों, गोला-बारूद, विस्फोटक, या नियंत्रित पदार्थों से बदलना; (3) SNAP लाभों से ऐसा उतपाद खरीदना, जिसका कंटेनर वापस देने पर निश्चित राशि वापस मिल जाती हो, जानबूझकर उतपाद को त्यागकर नगद राशि प्राप्त करने के इरादे से कंटेनर वापस कर देना; (4) SNAP लाभ से इस इराद से उतपाद खरीदना और कि उतपाद को दोबारा बेचकर उपयुक्त खाद्य पदार्थों के स्थान पर नगद राशि अथवा अन्य वसतुएँ प्राप्त की जाएँ, और उसके पश्चात जानबूझकर SNAP लाभ स खरीदे गए उतपाद को खाद्य सामगी के अलावा नगद राशि अथवा अन्य वस्तुओं के लिए दोबारा बेच देना; (5) मूल रूप से SNAP लाभ से खरीदे गए उतपाद को उपयुक्त खाद्य पदार्थों के अतिरिक्त नगद राशि अथवा अन्य वस्तुओं के लिए जानबूझकर खरीदना; (6) सीधे, अप्रत्यक्ष रूप से, अकेले अथवा दूसरे व्यक्तियों के साथ या मिलीभगत से इलेक्ट्रॉनिक बेनिफिट कार्ड (EBT) कार्ड, कार्ड नंबर और पर्सनल आइडेंटिफिकेशन नंबर (PIN), अथवा हसतलिखित वाउचर और हसताक्षर से निर्गमित और मिलने वाले SNAP लाभ को उपयुक्त खाद्य पदार्थों से अतिरिक्त पैसे और अन्य वस्तुओं के लिए खरीदने, बेचने, चुराने, अथवा अदला-बदली करने का प्रयास करना। |
| **योग्य विदेशी/प्रवासी** | योग्य *विदेशी/आप्रवासी* ऐसा व्यक्ति है जो कानूनी तौर से यू.एस. मे रह रहा है और जो निम्नलिखित श्रेणियों में से किसी में आता है: ऐसा व्यक्ति जो आप्रवास और राष्ट्रीयता अधिनियम (INA) के अंतर्गत कानूनी तौर पर स्थायी निवास (LPR) के लिए स्वीकार किया गया हो; 1988 के विदेशसंचालन, निर्यात वित्त-पोषण और संबंधित कार्यक्रम विनियोजन अधिनियम की धारा 584 के अंतर्गत *अमेरासियन* आप्रवासी; ऐसा व्यक्ति जिसे INA की धारा 208 के अंतर्गत शरण दी गई हो; *शरणार्थी*, जिन्हें INA<br>की धारा 207 के अंतर्गत स्वीकार किया गया हो; ऐसा व्यक्ति जो INA की धारा 212(d)(5) के अंतर्गत यूएस में कम-से-कम एक साल से परोल पर हो; ऐसा व्यक्ति जिसका *निर्वासन* INA की धारा 243(h) जैसा कि 1 अप्रैल, 1997 से पहले प्रभाव में है, या INA की धारा 241(b)(3) यथासंशोधित के अंतर्गत रोका गया है; ऐसा व्यक्ति जिसे INA की धारा 203(a)(7) जैसा कि 1 अप्रैल, 1980 से पहले प्रभाव में है, के अंतर्गत सशर्त प्रवेश दिया गया है; *क्यूबा* या हैती के प्रवासी जैसा कि 1980 केशरणार्थी<br>शिक्षा सहायता अधिनियम की धारा 501(e) में परिभाषित किया गया है; 2000 के तस्करी पीडित संरक्षण अधिनियम की धारा 107(b)(1) के अंतर्गत *मानव तस्करी के शिकार व्यक्ति*; *पस्त आप्रवासी* जो 1996 के निजी जिम्मेदारी और कार्य अवसर सामंजस्य अधिनियम, यथासंशोधित की धारा 431 (c) में निर्धारित शर्तें पूरी करते हैं; *अफ़गानिस्तान या इराक* के प्रवासी जिन्हें INA की धारा 101(a)(27) के अंतर्गत विशेष आप्रवासी का दर्जा दिया गया हो (निर्दिष्ट शर्तों के अधीन); INA की धारा 289 के<br>अंतर्गत कनाडा में जन्मे अमेरिका में रहने वाले *अमेरिकी इंडियन* या भारतीय आतमनिर्णय और शिक्षा सहायता अधिनियम 4(e) के अंतर्गत संघ की मान्यता प्राप्त भारतीय जनजाति के गैर-नागरिक और *हमोंग या हाईलैंड लाओतियन आदिवासी सदस्य* जिन्होंने वियतनाम काल (8/05/1964 -5/07/1975) के दौरान सैन्य या बचाव अभियान में भाग लेकर यू.एस. कर्मचारियों की सहायता की थी। |