परिवार और बच्चों की सेवाओं का विभाजन

लाभ के लिए आवेदन

आपको अपने स्थानीय काउंटी कार्यालय को पूर्ण आवेदन को सुपुर्द करना, फैक्स करना या मेल करना होगा.

अगर आपको इस दस्तावेज़ को पढ़ने या पूरा करने में मदद चाहिए या हमसे संवाद करने में मदद चाहिए, तो हमसे पूछें या कॉल करें (877) 423-4746. दुभाषियों सहित हमारी सेवाएं निःशुल्क हैं. यदि आप बहरे हैं, सुनने में कठिनाई है, बहरे-अंधे हैं या बोलने में कठिनाई हो रही है, तो आप हमें ऊपर दिए गए नंबर पर 711 (जॉर्जिया रिले) डायल करके कॉल कर सकते हैं.

परिवार और बाल सेवा विभाग (DFCS) में हम क्या सेवाएं प्रदान करते हैं?

DFCS offers the following services:

खाद्यसहायता

फ़ूड स्टैम्प (SNAP) के लाभों का उपयोग किसी भी दुकान पर भोजन ख़रीदने के लिए किया जा सकता है, जिस पर EBT/क्रेस्ट साइन है. हम आपके फ़ूड स्टैम्प (SNAP) खाते से आपकी खाद्य खरीद का मूल्य घटा देंगे.

नकद सहायता/रोजगार सहायता सेवाएं जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF) आश्रित बच्चों वाले परिवारों को सीमित समय के लिए नकद सहायता प्रदान करती है. अनुदान में शामिल माता-पिता या देखभाल करने वालों के लिए एक कार्य कार्यक्रम में भाग लेना आवश्यक है. नकद सहायता कार्यक्रम उन शरणार्थी परिवारों को भी वित्तीय सहायता प्रदान करता है जो TANF कार्यक्रम के लिए पात्र नहीं हैं.

- **दादा-दादी,** पोते-पोतियों की परवरिश (GRG) आवश्यक सहायता प्रदान करेंगे ताकि बच्चों की देखभाल उनके दादा-दादी के घरों में की जा सके.

चिकित्सा सहायता

Medicaid, जो पात्र हैं, उनके लिए Medical बिल, डॉक्टर के दौरे और मेडिकेयर प्रीमियम का भुगतान करने में मदद कर सकते हैं.

- इसमें **पाथवे मेडिकल असिस्टेंस** शामिल है. पाथवेज़ मेडिकल असिस्टेंस एक ऐसा कार्यक्रम है जो 19 से 64 वर्ष की आयु के व्यक्तियों को मुफ्त या कम लागत वाला मेडिकेड कवरेज प्रदान करता है, जिनकी घरेलू आय संघीय गरीबी स्तर (FPL) के 100% तक है, जो अन्यथा मेडिकेड के लिए पात्र नहीं हैं और जो पात्रता आवश्यकताओं को पूरा करते हैं. यदि आप पाथवे के लिए विचार करना चाहते हैं, तो कृपया अटैचमेंट डी भी पूरा करें.

सामुदायिकआउटरीचसेवाएं

अन्य DHS सेवाओं के बारे में अधिक जानकारी के लिए, कृपया हमारी वेबसाइट http://dfcs.georgia.gov पर जाएँ या (877) 423-4746 पर कॉल करें.

मैं लाभ के लिए आवेदन कैसे करूँ?

Step 1. आवेदन पत्र भरें.

प्रश्नों को ध्यान से पढ़ें और सटीक जानकारी दें. हस्ताक्षर और आवेदन की तिथि.

Step 2. अपने स्थानीय कार्यालय में आवेदन को चालू करें.

आपको पृष्ठ 1-2, 17-20 को फाड़कर अपने पास रखना होगा.

अधिकतर पूछे जाने वाले सवाल

लाभ प्राप्त करने में कितनासमय लगता है?

फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP):	30 दिनों तक
TANF:	45 दिनों तक
Medicaid:	10 से 60 दिन

यदि आप अर्हता प्राप्त करते हैंतो आप 7 दिनों के भीतर फूड स्टैम्प (SNAP) प्राप्त करने में सक्षम हो सकते हैं. पेज 6 देखें.

मुझे कितना मिलेगा ?

आपकी आय, संसाधन और परिवार का आकार लाभ की मात्रा निर्धारित करता है. आपकी योग्यता निर्धारित करने के बाद हम आपको विशिष्ट जानकारी देने में सक्षम होंगे.

मुझे अपना लाभ कैसे मिलेगा?

फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) के लिए, आपको अपने लाभों तक पहुँचने के लिए एक इलेक्ट्रॉनिक बेनिफिट ट्रांसफर (EBT) कार्ड मिलेगा. TANF के लिए, आपको अपने लाभों तक पहुँचने के लिए एक EPIC डेबिट मास्टर कार्ड मिलेगा. Medicaid के लिए, आपको प्रत्येक पात्र सदस्य के लिए Medicaid कार्ड प्राप्त होगा.

You may be asked to provide the following information:

- फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) और/या TANF के लिए आवेदन करने पर आवेदक के लिए पहचान का प्रमाण. एक पहचान पत्र (ID) या चालक का लाइसेंस (DL) सत्यापन का एक स्वीकार्य रूप है. चिकित्सा सहायता आवेदकों के लिए पहचान के प्रमाण की आवश्यकता नहीं है.
- लाभ का अनुरोध करने वाले प्रत्येक व्यक्ति के लिए अमेरिकी नागरिकता/योग्य अप्रवासी स्थिति का प्रमाण. यदि आप केवल आपातकालीन चिकित्सा सेवाओं (EMA) के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपको अपना SSN या अपनी अप्रवास स्थिति के बारे में जानकारी प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है.
- सहायता का अनुरोध करने वाले प्रत्येक व्यक्ति के सामाजिक सुरक्षा नंबर.
- आय का प्रमाण उदाहरण के लिए, पे स्टब्स, चाइल्ड सपोर्ट पेमेंट्स और आय अवार्ड लेटर. चिकित्सा सहायता आवेदकों के लिए बाल सहायता भुगतानों के प्रमाण की आवश्यकता नहीं है.
- चाइल्डकेयर रसीदें, चिकित्सा बिल, चिकित्सा परिवहन लागत, किराया/बंधक लागत, और बच्चे के समर्थन भुगतान जैसे खर्चों का प्रमाण. चिकित्सा सहायता आवेदकों के लिए यह जानकारी आवश्यक नहीं है.

हम पहले इलेक्ट्रॉनिक डेटा स्रोतों के माध्यम से नागरिकता/अप्रवासन स्थिति और आय की जानकारी को सत्यापित करने का प्रयास करेंगे. आवेदन जमा करने के लिए कागजी सत्यापन दस्तावेजों की आवश्यकता नहीं है; हालाँकि, आप आवेदन के साथ दस्तावेज़ प्रदान कर सकते हैं. यदि हम इलेक्ट्रॉनिक डेटा स्रोतों के माध्यम से सत्यापित करने में असमर्थ हैं और आपको यह जानकारी प्राप्त करने में सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया हमें बताएं.

परिवार और बच्चों की सेवाओं का विभाजन

लाभ के लिए आवेदन

मेल, फैक्स, या इस आवेदन के पेज 3-16 को अपने स्थानीय परिवार और बाल सेवा विभाग (DFCS) कार्यालय में लाएं. आप http://dfcs.georgia.gov/locations पर अपने स्थानीय कार्यालय का पता लगा सकते हैं.

यदि आप या जिस व्यक्ति के लिए आप आवेदन कर रहे हैं, वह लाभ के लिए पात्र है, तो फ़ूड स्टैम्प (SNAP) लाभ उस तारीख से प्रदान किया जाएगा जिस पर हम आपके नाम, पते और हस्ताक्षर के साथ आवेदन प्राप्त करते हैं. आवेदन स्वीकृत होने की तिथि से TANF लाभ प्रदान किए जाएंगे.

यदि आप फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP), TANF और/या Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आप केवल अपने नाम, पते और हस्ताक्षर के साथ लाभ के लिए एक आवेदन दाखिल कर सकते हैं. हालांकि, अगर आप पूरा फॉर्म भरते हैं तो इससे हमें आपके आवेदन को तेजी से प्रोसेस करने में मदद मिल सकती है. आप इस फॉर्म का उपयोग एक से अधिक प्रोग्राम या केवल फ़ूड स्टैम्प (SNAP) प्रोग्राम के लिए संयुक्त आवेदन दाखिल करने के लिए कर सकते हैं. आपका (SNAP) आवेदन केवल इस आधार पर अस्वीकार नहीं किया जाएगा कि किसी अन्य कार्यक्रम के लिए आपका आवेदन अस्वीकार कर दिया गया है. हम आपके फ़ूड स्टैम्प (SNAP) आवेदन के लिए अलग से पात्रता निर्धारण करेंगे. यदिआप किसी संस्थान में हैं और एक ही समय में फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) और SSI के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपके आवेदन की फाइलिंग तिथि वह तिथि है, जब आप संस्थान से जारी होते हैं.

Step 3. हमारे साथ बात करो.

आपको किसी कार्यकर्ता के साथ एक साक्षात्कार पूरा करने की आवश्यकता हो सकती है. अगर ऐसा है तो हम आपको अपॉइंटमेंट देंगे. यह साक्षात्कार फोन द्वारा पूरा किया जा सकता है.

हम आवेदक की व्यक्तिगत जानकारी का उपयोग कैसे करते हैं?

आपको केवल उन व्यक्तियों के लिए सामाजिक सुरक्षा नंबर (SSN) और नागरिकता या अप्रवास स्थिति प्रदान करनी होगी जो लाभ के लिए आवेदन करना चाहते हैं हम इस जानकारी का उपयोग आय और पात्रता सत्यापन प्रणाली (IEVS) की जांच के लिए करेंगे. हम आपकी आय और योग्यता को सत्यापित करने के लिए, मजदूरी की जानकारी और कार्य गतिविधियों में भागीदारी को ट्रैक करने के लिए अन्य संघीय, राज्य और स्थानीय एजेंसियों के साथ आपकी जानकारी का मिलान करेंगे. अगर घर का कोई सदस्य हमें अपनी SSN, नागरिकता या अप्रवास स्थिति के बारे में जानकारी नहीं देना चाहता है, तो घर के अन्य सदस्यों को अभी भी लाभ मिल सकता है. यदि आप केवल आपातकालीन चिकित्सा सेवाओं के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपको अपना SSN या अपनी अप्रवास स्थिति के बारे में जानकारी प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है.

क्या कोई और मेरे लिए आवेदन कर सकता है?

फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) और Medicaid के लिए, आप किसी से अपने लिए आवेदन करने के लिए कह सकते हैं.
TANF के लिए, कोई भी आवेदन कर सकता है, लेकिन माता-पिता या देखभाल करने वाले या गर्भवती व्यक्ति का साक्षात्कार होना चाहिए.

परिवार और बच्चों की सेवाओं का विभाजन

लाभ के लिए आवेदन

(इस आवेदन को पूरा करें और इसे अपने स्थानीय काउंटी DFCS कार्यालय को लौटा दें।)

मैं किसके लिए आवेदन कर रहा हूँ? (लागू होने वाले सभी की जाँच)

- ❑ **फ़ूड** स्टैम्प**(पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP))**
  पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP), जिसे पहले फ़ूड स्टैम्प के नाम से जाना जाता था, एक संघ द्वारा वित्त पोषित कार्यक्रम है जो कम आय वाले परिवारों को भोजन की लागत का भुगतान करने में मदद करने के लिए मासिक लाभ प्रदान करता है. यह कार्यक्रम परिवारों को उनके भोजन और पोषण संबंधी जरूरतों को पूरा करने के लिए पोषण शिक्षा भी प्रदान करता है और परिवारों को रोजगार हासिल करने में मदद करने के लिए रोजगार और प्रशिक्षण के अवसर प्रदान करता है जिससे SNAP पर कम निर्भरता होती है.

- ❑ **जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF)**
  जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF) बच्चों के साथ पात्र परिवारों को मजबूत करने के लिए अस्थायी मासिक नकद भुगतान, एकल नकद भुगतान या अन्य सहायता सेवाएं प्रदान करती है. यदि आप बच्चे के माता-पिता हैं, या देखभाल करने वाले हैं, जो अनुदान में शामिल होना चाहते हैं, तो हम चाहते हैं कि आप एक कार्य कार्यक्रम में भाग लें.
  - ❒ **दादा-दादी पोते पोतियों की परवरिश (GRG)**
    दादा-दादी, पोते पोतियों की परवरिश (GRG) अतिरिक्त नकद भुगतान प्रदान करेगा ताकि बच्चों की देखभाल उनके दादा-दादी के घरों में की जा सके. **आवेदकों को GRG के लिए पात्र होने के लिए TANF के लिए आवेदन करना होगा.**

- ❑ **शरणार्थी नकदसहायता**
  शरणार्थी नकद सहायता कार्यक्रम उन शरणार्थी परिवारों को वित्तीय सहायता प्रदान करता है जो TANF कार्यक्रम के लिए पात्र नहीं हैं. शरणार्थी शब्द में शरणार्थी, क्यूबा / हाईटियन प्रवेशकर्ता, मानव तस्करी के शिकार, अमरेशियन, असाइली, अफगान या ईरानी विशेष अप्रवासी वीजा (SIV) या पात्र अफगान पैरोल 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 कार्यक्रमों को देखेंगे और तय करेंगे कि आप कौन-से कार्यक्रम प्राप्त करने के योग्य हो सकते हैं.

कृपयाआवेदक के बारे में नीचे दिया गया चार्ट भरें.

प्रथम नाम	मध्य आरंभिक	अंतिम नाम	प्रत्यय
गली का पता जहाँ आप रहते हैं		उपयुक्त	
शहर	राज्य	पिन कोड	
क्या आप बेघर हैं? हां _____ या नहीं _____			
डाक का पता (यदि भिन्न हो)			
मुख्य टेलीफोन नंबर	अन्य संपर्क नंबर		
इलेक्ट्रॉनिक संचार: Email: हाँ ____या नहीं ____(वैकल्पिक) संदेश भेजना: हाँ ___ या नहीं ___ (वैकल्पिक)	ईमेल पता(वैकल्पिक):		
आपकी पसंदीदा भाषा क्या है?		यदि साक्षात्कार की आवश्यकता है, तो क्या दुभाषिया? हाँ_____या नहीं_____	

Americans with Disabilities अधिनियम: उचित संशोधन और संचार दुभाषिया के लिए अनुरोध (यदि लागू हो):

क्या आपके पास कोई विकलांगता है जिसके लिए उचित संशोधन या संचार सहायता की आवश्यकता होगी? हां____ नहीं___ (यदि हां, तो कृपया उचित संशोधन या संचार सहायता का वर्णन करें जिसका आप अनुरोध कर रहे हैं):

सांकेतिक भाषा दुभाषिया____; TTY____ ; बड़ी छपाई____ ; इलेक्ट्रॉनिक संचार (ईमेल)____; ब्रेल_____; वीडियो रिले____; क्यूड स्पीच इंटरप्रेटर____; मौखिक दुभाषिया____; स्पर्श दुभाषिया____; कार्यक्रम की समय सीमा के टेलीफोन कॉल अनुस्मारक ____; टेलीफोन पर हस्ताक्षर (यदि लागू हो) ____; आमने-सामने साक्षात्कार (घर का दौरा) ___; अन्य: _____

क्या आपको एक बार इस उचित संशोधन या संचार सहायता की आवश्यकता है_____या चल रहे___?

परिवार और बच्चों की सेवाओं का विभाजन

लाभ के लिए आवेदन

यदि संभव हो, तो संक्षेप में बताएं कि आपको कब और कब तक इस संशोधन की आवश्यकता है?

_____

सभी फ़ूड स्टैम्प (SNAP), TANF, और Medicaid आवेदकों के लिए:

मैं अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार झूठी गवाही के दंड के तहत घोषित करता हूं कि जिस व्यक्ति (व्यक्तियों) के लिए मैं लाभ के लिए आवेदन कर रहा हूं वह अमेरिकी नागरिक हैं या संयुक्त राज्य अमेरिका में कानूनी रूप से गैर-नागरिक हैं. मैं यह भी प्रमाणित करता हूं कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही है. मैं समझता हूं और सहमत हूं कि DHS-DFCS, DCH और अधिकृत संघीय एजेंसियां इस आवेदन पर मेरे द्वारा दी गई जानकारी की पुष्टि कर सकती हैं. जानकारी पिछले या वर्तमान नियोक्ताओं से प्राप्त की जा सकती है. मैं समझता/समझती हूं कि मेरी जानकारी का उपयोग वेतन संबंधी जानकारी और कार्य गतिविधियों में मेरी भागीदारी को ट्रैक करने के लिए किया जाएगा.

मैं फ़ूड स्टैम्प (SNAP) और/या TANF कार्यक्रम की आवश्यकताओं के अनुसार अपनी स्थिति में किसी भी बदलाव की रिपोर्ट करूँगा. अगर मेरे घर में किसी को लॉटरी या जुए में जीत मिलती है, तो मैं इसकी रिपोर्ट भी करूंगा, सकल राशि $4250 या उससे अधिक (करों या अन्य राशियों को रोके जाने से पहले). मैं इन जीतों की रिपोर्ट उस महीने के अंत से 10 दिनों के भीतर करूंगा जिसमें मेरे परिवार को जीत मिलती है. मैं समझता कि यदि कोई जानकारी गलत है, तो मेरे लाभों को कम किया जा सकता है या अस्वीकार किया जा सकता है, और जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करने के लिए मुझ पर आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है या DHS-DFCS कार्यक्रमों से अयोग्य घोषित किया जा सकता है. मैं समझता/समझती हूं कि अगर मैं गलत जानकारी देता हूं या जानकारी छुपाता हूं तो मुझ पर मुकदमा चलाया जा सकता है. मैं समझता हूं कि यदि मैं अपने आवेदन या नवीनीकरण प्रक्रिया के दौरान अपने कुछ खर्चों के बारे में DHS-DFCS को बताने में विफल रहता हूं और/या उन्हें सत्यापित करने में विफल रहता हूं, तो DHS-DFCS मेरे फूड स्टाम्प (SNAP) लाभों की राशि की गणना करने में उस खर्च का बजट नहीं करेगा.

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग ("DHS") लाभ के लिए आपके आवेदन के दौरान व्यक्तिगत रूप से पहचान योग्य जानकारी (PII), जैसे नाम, पता, टेलीफोन नंबर, ईमेल पते और जन्म तिथि आदि एकत्र करता है. हमें कोई भी व्यक्तिगत जानकारी सबमिट करके, आप सहमत करते हैं कि हम ऐसी किसी भी व्यक्तिगत जानकारी को DHS नीतियों, प्रक्रियाओं के अनुसार एकत्र, उपयोग और प्रकट कर सकते हैं, और जैसा कि कानून और/या विनियमों द्वारा अनुमत या आवश्यक है.

_____ _____

Signature **दिनांक**

_____ _____

गवाह के हस्ताक्षर यदि "X" द्वारा हस्ताक्षरित हो **दिनांक**

अधिकृत प्रतिनिधि:

इस अनुभाग को तभी पूरा करें जब आप चाहते हैं कि कोई व्यक्ति या संगठन आपका आवेदन भरें, अपना साक्षात्कार पूरा करें, और/या अपने EBT कार्ड का उपयोग भोजन खरीदने के लिए करें जब आप स्टोर पर नहीं जा सकते. कृपया प्रत्येक प्रोग्राम प्रकार की जांच करें जिसे आप अधिकृत प्रतिनिधि के रूप में नामित करना चाहते हैं. कृपया जांचें कि आप उस व्यक्ति या संगठन से कौन से कर्तव्य चाहते हैं. यदि आप Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आप अपनी ओर से कार्य करने के लिए एक से अधिक व्यक्तियों या संगठनों को चुन सकते हैं.

अधिकृत प्रतिनिधि 1 कार्यक्रम के प्रकार: फ़ूड स्टैम्प (SNAP) ❑ TANF ❑ चिकित्सा सहायता❑
अधिकृत प्रतिनिधि 1 के कर्तव्य: आवेदक की ओर से आवेदन पर हस्ताक्षर करें ❑ नवीनीकरण फॉर्म को पूरा करें और जमा करें ❑ नोटिस और अन्य संचार की प्रतियां प्राप्त करें ❑ अन्य सभी मामलों में आवेदक की ओर से कार्यवाही करें ❑ TANF लाभ कार्ड (EPPIC) प्राप्त करें❑

व्यक्ति का नाम 1: _____

संगठन का नाम 1 (यदि लागू हो): _____ फोन: _____

पता: _____ Apt: _____

शहर: _____ राज्य: _____ पिन नंबर:_____

इलेक्ट्रॉनिक संचार: Email: हाँ ___ नहीं ___ (वैकल्पिक) संदेश भेजना: हाँ ___ नहीं ___ (वैकल्पिक)

ईमेल पता (वैकल्पिक) _____

पसंदीदा भाषा: _____ क्या दुभाषिए की आवश्यकता है? हां ___ या नहीं ___

परिवार और बच्चों की सेवाओं का विभाजन

लाभ के लिए आवेदन

अधिकृत प्रतिनिधि 2 कार्यक्रम के प्रकार: फ़ूड स्टैम्प (SNAP) ❑ TANF ❑ चिकित्सा सहायता❑
अधिकृत प्रतिनिधि 2 के कर्तव्य: आवेदक की ओर से आवेदन पर हस्ताक्षर करें ❑ नवीनीकरण फॉर्म को पूरा करें और जमा करें ❑ नोटिस और अन्य संचार की प्रतियां प्राप्त करे ❑ अन्य सभी मामलों में आवेदक की ओर से कार्यवाही करें ❑ TANF लाभ कार्ड (EPPIC) प्राप्त करें❑

व्यक्ति का नाम 2: _____

संगठन का नाम 2 (यदि लागू हो): _____ फोन: _____

पता: _____ Apt: _____

शहर: _____ राज्य: _____ पिन नंबर:_____

इलेक्ट्रॉनिक संचार: Email: हाँ ___ नहीं ___ (वैकल्पिक) संदेश भेजना: हाँ ___ नहीं ___ (वैकल्पिक)

ईमेल पता (वैकल्पिक) _____

पसंदीदा भाषा: _____ क्या दुभाषिए की आवश्यकता है? हां ___ या नहीं ___

Americans with Disabilities Act: प्राधिकृत प्रतिनिधियों के लिए उचित संशोधन और संचार सहायता का अनुरोध (यदि लागू हो):

क्या अधिकृत प्रतिनिधि के पास कोई विकलांगता है जिसके लिए उचित संशोधन या संचार सहायता की आवश्यकता होगी?
हां___ नहीं___ (यदि हां, तो कृपया उचित संशोधन या संचार सहायता का वर्णन करें जिसका आप अनुरोध कर रहे हैं):

सांकेतिक भाषा दुभाषिया____; TTY____ ; बड़ी छपाई____ ; इलेक्ट्रॉनिक संचार (ईमेल)____; ब्रेल_____; वीडियो रिल____; क्यूड स्पीच इंटरप्रेटर____; मौखिक दुभाषिया____; स्पर्श दुभाषिया____; कार्यक्रम की समय सीमा के टेलीफोन कॉल अनुस्मारक ____; टेलीफोन पर हस्ताक्षर (यदि लागू हो) ____; आमने-सामने साक्षात्कार (घर का दौरा) ___; अन्य: _____

क्या अधिकृत प्रतिनिधि को इस उचित संशोधन या संचार सहायता की जरूरत है एक बार का____ या चल रहा____?
यदि संभव हो, तो संक्षेप में बताएं कि आपको कब और कब तक इस संशोधन की आवश्यकता है?_____

कार्यालय के उपयोग के लिए केवल: दिनांक प्राप्ति:_____

एक्सप्रेस लेन पात्रता:

एक्सप्रेस लेन पात्रता (ELE) 19 वर्ष से कम आयु के उन पात्र बच्चों को नामांकित या नवीनीकृत करने की एक स्वचालित प्रक्रिया है, जो चिकित्सा सहायता कार्यक्रम में पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP) या जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF) प्राप्त कर रहे हैं. यदि आपके बच्चे SNAP या TANF के लिए पात्र हैं, तो परिवार और बाल सेवा विभाग (DFCS) SNAP या TANF से घर के आकार, निवास और आय की जानकारी का उपयोग करेगा, लेकिन DFCS चिकित्सा सहायता नियमों का उपयोग करके नागरिकता या अप्रवास स्थिति को सत्यापित करेगा। बच्चों को Medicaid या PeachCare for Kids® में नामांकित या नवीनीकृत करने का एक ELE दृढ़ संकल्प. यदि आपके बच्चों के लिए पीच केयर® के लिए पात्र हैं, तो उन पर प्रीमियम लगाया जा सकता है. DFCS आपको एक दृढ़ संकल्प नोटिस भेजेगा, आपको कोई भी परिवर्तन करने देगा और आपको किसी भी समय बाहर निकलने की अनुमति देगा.

क्या आप DFCS को अपने बच्चों को Medicaid या PeachCare for Kids® में नामांकित या नवीनीकृत करने के लिए ELE का निर्धारण करने के लिए SNAP या TANF से आपकी जानकारी का उपयोग करने की अनुमति देने के लिए सहमत हैं?
☐ हाँ ☐ नहीं

परिवार और बच्चों की सेवाओं का विभाजन

PeachCare for Kids®

लाभ के लिए आवेदन

क्या मैं फ़ूड स्टैम्प (SNAP) तेज़ी से प्राप्त करने के योग्य हूँ? (यह जानकारी केवल फ़ूड स्टैम्प (SNAP) आवेदकों के लिए आवश्यक है।)

आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में इन सवालों के जवाब दें कि क्या आप 7 दिनों के भीतर फूड स्टैम्प (SNAP) प्राप्त कर सकते हैं.

1. क्या आप या घर का कोई सदस्य एक प्रवासी या मौसमी खेत मजदूर है? ❑ हाँ ❑ नहीं

   यदि **हां**, तो कौन _____

2. कुल सकल अर्जित आय जो इस महीने के लिए प्राप्त होगी: $_____
   नियोक्ता का नाम _____
   रोजगार शुरू होने की तारीख:_____ रोजगार समाप्ति तिथि_____
   वेतन की दर _____ साप्ताहिक रूप से काम करने के घंटे:_____
   आपको कितनी बार भुगतान किया जाता है: साप्ताहिक/द्वि-साप्ताहिक/अर्ध-मासिक/मासिक (सर्कल एक)

3. कुल सकल अनर्जित आय जो इस महीने के लिए प्राप्त होगी: $_____
   अनर्जित आय के प्रकार_____राशि_____
   कितनी बार प्राप्त हुआ: साप्ताहिक/द्वि-साप्ताहिक/अर्ध-मासिक/मासिक (सर्कल एक)
   अनर्जित आय के प्रकार_____राशि_____
   कितनी बार प्राप्त हुआ: साप्ताहिक/द्व-साप्ताहिक/अर्ध-मासिक/मासिक (सर्कल एक)

4. इस महीने की कुल कमाई और अनर्जित आय: $_____

5. आपकेऔर घर के सभी सदस्यों के पास नकद या बैंक में कितना पैसा है? $_____

6. आपके किराए, गिरवी, संपत्ति कर और/या गृहस्वामी की मासिक राशि क्या है बीमा? $_____

7. इस महीने आपकी बिजली, पानी, गैस और/या अन्य उपयोगिताओं की कुल राशि कितनी है? $_____
   (पिछले देय और विलम्ब शुल्क की कुल राशियों को छोड़कर)

   a. आपके घर का प्राथमिक हीटिंग या कूलिंग स्रोत क्या है? लागू होने वाले सभी को चिह्नित करें।
      इलेक्ट्रिक_____ गैस_____ विंडो या सेंट्रल एयर कंडीशनर_____ केरोसिन ऑयल_____ लकड़ी_____

   b. क्या आपको पिछले 12 महीनों में ऊर्जा सहायता प्राप्त हुई है?
      ❑ हाँ ❑ नहीं यदि हाँ, प्राप्त राशि $_____

परिवार और बच्चों की सेवाओं का विभाजन

लाभ के लिए आवेदन

हमें आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में बताएं

चिकित्सा सहायता आवेदकों के लिए: कृपया अपने आप को, अपने पति या पत्नी, 21 वर्ष से कम उम्र के अपने बच्चों (सौतेले बच्चों सहित) को शामिल करें जो आपके साथ रहते हैं, आपके अविवाहित साथी जिन्हें स्वास्थ्य कवरेज की आवश्यकता है, जिसे आप अपने कर रिटर्न में शामिल करते हैं, भले ही वे आपके साथ नहीं रहते हों, और 21 वर्ष से कम उम्र का कोई और जिसकी आप देखभाल करते हैं और आपके साथ रहते हैं. आपको अपने अविवाहित साथी को शामिल नहीं करना है जिसे स्वास्थ्य कवरेज की आवश्यकता नहीं है, आपके अविवाहित साथी के बच्चे, आपके माता-पिता जो आपके साथ रहते हैं लेकिन अपना कर रिटर्न दाखिल करते हैं (यदि आपकी उम्र 21 वर्ष से अधिक है), या अन्य वयस्क रिश्तेदार जो अपना कर दाखिल करते हैं वापस करना. यदि आप केवल आपातकालीन चिकित्सा सेवाओं (EMA) के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपको अपना SSN या अपनी अप्रवास स्थिति के बारे में जानकारी प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है.

कृपया आवेदक और परिवार के सभी सदस्यों के बारे में नीचे दिए गए चार्ट को भरें. निम्नलिखित संघीय कानून और विनियम:
2008 का खाद्य और पोषण अधिनियम, 2011-2036 7 यू.एस. 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 42.52, 435.910 C.F.R. § 205.52, 42, and 42 C.F.R § 435.920, DFCS को आपसे और आपके परिवार के सदस्यों के सामाजिक सुरक्षा नंबरों का अनुरोध करने के लिए अधिकृत करता है. कोई भी व्यक्ति जो आपके घर में रह रहा है और लाभ के लिए आवेदन नहीं कर रहा है, उसे गैर-आवेदक माना जा सकता है. गैर-आवेदकों को हमें उनकी सामाजिक सुरक्षा संख्या, नागरिकता, या अप्रवास स्थिति के बारे में जानकारी देने की आवश्यकता नहीं है और वे लाभ के लिए पात्र नहीं हैं. घर के अन्य सदस्य अभी भी लाभ प्राप्त करने में सक्षम हो सकते हैं यदि वे अन्यथा पात्र हैं. यदि आप चाहते हैं कि हम यह तय करें कि क्या कोई घर का सदस्य लाभ के लिए पात्र है, तो भी आपको हमें उनकी नागरिकता या अप्रवास स्थिति के बारे में बताना होगा और हमें उनका सामाजिक सुरक्षा नंबर (SSN) देना होगा. परिवार की पात्रता और लाभ के स्तर को निर्धारित करने के लिए आपको अभी भी हमें उनकी आय और संसाधनों के बारे में बताना होगा. हम किसी भी गैर-आवेदक वाले घर के सदस्य को यूनाइटेड स्टेट्स सिटिजनशिप एंड इमिग्रेशन सर्विसेज (USCIS) सिस्टेमैटिक एलियन वेरिफिकेशन फॉर एंटाइटेलमेंट (SAVE) सिस्टम को रिपोर्ट नहीं करेंगे, अगर वे हमें अपनी नागरिकता या इमिग्रेशन स्टेटस नहीं देते हैं. हालांकि, अगर आपके आवेदन पर आव्रजन स्थिति की जानकारी प्रस्तुत की गई है, तो यह जानकारी SAVE सिस्टम के माध्यम से सत्यापन के अधीन हो सकती है और यह परिवार की योग्यता और लाभ स्तर को प्रभावित कर सकती है. हम आपकी आय और योग्यता को सत्यापित करने के लिए अन्य संघीय, राज्य और स्थानीय एजेंसियों के साथ आपकी जानकारी का मिलान करेंगे. यह जानकारी कानून प्रवर्तन अधिकारियों को कानून से भाग रहे लोगों को पकड़ने के लिए उपयोग करने के लिए भी दी जा सकती है. यदि आपके परिवार के पास फूड स्टैम्प (SNAP) का दावा है, तो SSN सहित इस आवेदन की जानकारी संघीय और राज्य एजेंसियों और निजी दावा संग्रह एजेंसियों को दी जा सकती है ताकि वे दावा एकत्र करने में उपयोग कर सकें. हम आवेदक परिवार के सदस्यों को लाभ देने से इनकार नहीं करेंगे क्योंकि घर के अन्य सदस्य अपनी SSN, नागरिकता, या अप्रवास स्थिति प्रदान करने में विफल रहते हैं.

नाम First Middle Initial Last	रिश्ता	क्या यह व्यक्ति लाभ के लिए आवेदन कर रहा है? (Y/N)	क्या इस व्यक्ति को स्वास्थ्य बीमा की आवश्यकता है? (Y/N)	जन्म तिथि फार्मेट(महीना/दिन/साल)	सोशल सिक्योरिटी नंबर **(गैर-आवेदकों के लिए वैकल्पिक)**	लिंग (M/F)	हिस्पैनिक या लैटिनो? **(वैकल्पिक)** (Y/N)	रेस कोड **(वैकल्पिक)** (नीचे दिए गए कोड देखें)	क्या आप एक अमेरिकी नागरिक हैं, यू.एस. राष्ट्रीय, योग्य अप्रवासी या संतोषजनक आप्रवास स्थिति में? **(केवल आवेदक)** (Y/N)
	खुद								

फॉर्म 297 (Rev.7/2023)

लाभ के लिए आवेदन

	रेस कोड (लागू होने वाले सभी को चुनें): **AI-** अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी **AS -** एशियाई **BL -** काला या अफ्रीकी अमेरिकी **HP -** मूल निवासी हवाईयन या अन्य प्रशांत द्वीप वासी **WH**– सफेद नस्ल/जातीय जानकारी प्रदान करके, आप हमारे कार्यक्रमों को बिना किसी भेदभाव के संचालित करने में हमारी सहायता करेंगे. आपके परिवार को हमें यह जानकारी देने की आवश्यकता नहीं है और यह आपकी पात्रता या लाभ स्तर को प्रभावित नहीं करेगा.

परिवार और बच्चों की सेवाओं का विभाजन

लाभ के लिए आवेदन

अगर आप या अन्य घरेलू आवेदक U.S.नहीं हैं. नागरिक या U.S. नागरिकों, निम्नलिखित चार्ट को पूरा करें:
(कृपया आवश्यकतानुसार अतिरिक्त पृष्ठ जोड़ें)

नाम फर्स्ट मिडिल इनिशियल लास्ट	अप्रवासन दस्तावेज़ के प्रकार	एलियन/प्रमाण पत्र/दस्तावेज़ ID नंबर	क्या आप 1996 से U.S. में रहते हैं? (Y/N)	दिनांक प्राकृतिक/U.S. में प्रवेश या प्रवेश की तिथि. (यदि लागू हो) फार्मेट (mm/dd/yy)	क्या आप, या आपके पति या पत्नी या माता-पिता एक अनुभवी या U.S.सेना के सक्रिय-ड्यूटी सदस्य हैं? (Y/N)

हमें आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में अधिक बताएं

लाभ के लिए कौन पात्र है, यह तय करने के लिए हमें आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में अधिक जानकारी की आवश्यकता है. कृपया नीचे दिए गए पृष्ठ पर केवल उन लाभों के बारे में प्रश्नों के उत्तर दें जिन्हें आप प्राप्त करना चाहते हैं.

1. क्या किसी को दूसरे काउंटी या राज्य में कोई लाभ मिला है? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) और TANF के लिए)❑ हाँ ❑ नहीं

   यदिहां:
   कौन: _____
   कहाँ पर: _____
   कब: _____

2. क्या किसी को इस बारे में गलत जानकारी देने का दोषी पाया गया है कि वे कहाँ रहते हैं और उन्हें 8/22/1996 के बाद एक से अधिक क्षेत्रों में एकाधिक FS लाभ प्राप्त करने वाले कौन हैं? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) के लिए) ❑हाँ ❑ नहीं

   यदिहां:
   कौन: _____
   कहाँ पर: _____
   कब: _____

3. क्या आपके घर में किसी ने स्वेच्छा से नौकरी छोड़ दी या आवेदन की तारीख से 30 दिनों के भीतर स्वेच्छा से अपने काम के घंटे प्रति सप्ताह 30 घंटे से कम कर दिए? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) और TANF के लिए)❑ हाँ ❑ नही

   यदि**हां**, तो किसने छोड़ा? _____
   उसने/उसने क्यों छोड़ दिया?_____

4. क्या कोई गर्भवती है? (यह प्रश्न फ़ूड स्टैम्प (SNAP) आवेदकों पर लागू नहीं होता)❑ हाँ ❑ नही

   यदि हां,
   गर्भवती महिला का नाम: _____
   यदि **हां**, तो अनुमानित नियत तिथि क्या है ? _____; और कितने बच्चों की उम्मीद थी? ___

   यदि नहीं, तो क्या पिछले 12 महीनों के भीतर घर में किसी का प्रसव हुआ या गर्भावस्था समाप्त हुई? ❑ हाँ ❑ नहीं

   यदि हां,
   गर्भवती महिला का नाम: _____
   -यदि हां, तो सुपुर्दगी/समाप्ति तिथि क्या थी? _____; और कितने शिशुओं का जन्म/प्रत्याशित हुआ? ____

   *केवल TANF आवेदकों के लिए कृपया निम्नलिखित प्रदान करें:

अजन्मे बच्चे के पिता का नाम: _____ पिता का पता: _____

5. Medicaid आवेदकों के लिए, क्या किसी के पास पिछले 3 महीनों का कोई भुगतान न किया गया मेडिकल बिल है?❑ हाँ ❑नहीं
   यदि हां, तो कृपया भुगतान न किए गए बिल भेजें यदि आपके पास Medicaid का मामला है.

6. क्या किसी को फ़ूड स्टैम्प (SNAP) या TANF प्रोग्राम से अयोग्य घोषित किया गया है? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) और TANF के लिए)
   ❑ हाँ ❑ नही

   यदिहां:
   कौन: _____
   कहाँ पर: _____

7. क्या कोई अपराध के लिए एक शून्य अभियोजन या जेल से भाग रहा है? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) और TANF के लए) ❑ हाँ ❑ नही
   यदि हां, तो कौन: _____

8. क्या किसी ने परिवीक्षा या पैरोल की शर्तों का उल्लंघन किया है? (केवल फ़ूड स्टम्प्स (SNAP) और TANF के लिए) ❑ हाँ ❑ नही
   यदि **हां**, तो कौन:_____

9. क्या 8/22/1996 के बाद (केवल फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) और TANF के लिए) या एक हिंसक अपराध (केवल TANF के लिए)? ❑ हाँ ❑ नहीं

   यदि **हां**:
   कौन: _____ कब: _____

   a. क्या आप नशीली दवाओं के अपराध की सजा के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी भी सजा से संबंधित परिवीक्षा की शर्तों के अनुपालन में हैं? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) के लिए) ❑ हाँ ❑ नही

   b. क्या आप नशीली दवाओं के अपराध की सजा के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी सजा से संबंधित पैरोल की शर्तों का अनुपालन करते हैं? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) के लिए) ❑ हा ❑ नही

   c. क्या आपने किसी ड्रग संबंधी दोषसिद्धि से संबंधित **परिवीक्षा या पैरोल** की **सभी शर्तों को** सफलतापूर्वक पूरा कर लिया है? (कवल फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) के लिए) ❑ हाँ ❑ नही

10. क्या आप या घर के किसी सदस्य को 8/22/1996 के बाद दवाओं के लिए फ़ूड स्टैम्प (SNAP) लाभों का व्यापार करने का दोषी पाया गया है? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) क लिए) ❑ हाँ ❑ नहीं

    यदिहां:
    कौन: _____ कब: _____

11. क्या आपको या घर के किसी सदस्य को 8/22/1996 के बाद $500 से अधिक फ़ूड स्टैम्प (SNAP) लाभ खरीदने या बेचने का दोषी पाया गया है 8/22/1996 के बाद $500 से अधिक? (कवल फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) के लिए) ❑हाँ ❑ नहीं

    यदिहां:
    कौन: _____
    कब: _____

12. क्या आप या घर के किसी सदस्य को 8/22/1996 के बाद दवाओं क लिए फ़ूड स्टैम्प (SNAP) लाभों का व्यापार करने का दोषी पाया गया है, 8/22/1996 के बाद गोला-बारूद, या विस्फोटक? (केवल फ़ड स्टैम्प्स (SNAP) के लिए) ❑हाँ ❑ नहीं

    यदिहां:
    कौन: _____
    कब: _____

13. क्या आपको या आपके घर के किसी सदस्य को यौन शोषण के वयस्क के रूप में दोषी ठहराया गया है, हत्या, यौन शोषण, और बच्चों के साथ अन्य दुर्व्यवहार, एक संघीय या राज्य अपराध जिसमें यौन संबंध शामिल है हमला, या राज्य के कानून के तहत एक अपराध जो अटॉर्नी जनरल द्वारा निर्धारित किया गया है, काफी हद तक समान है 2/7/2014 के बाद इस तरह के अपराध के लिए? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) के लिए) ❑हा ❑ नहीं

    यदि **हां:**
    कौन: _____ कब: _____

    a. क्या आप गुंडागर्दी के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी भी सजा से संबंधित परिवीक्षा की शर्तों का अनुपालन करते हैं एक गुंडागर्दी की सजा का? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) क लिए) ❑हा ❑ नहीं

    b. क्या आप गुंडागर्दी के परिणामस्वरूप प्राप्त किसी भी सजा से संबंधित पैरोल की शर्तों के अनुपालन में हैं? (केवल फ़ूड स्टम्प्स (SNAP) के लिए) ❑हाँ ❑ नहीं

    c. क्या आपने किसी घोर अपराध से संबंधित दोषसिद्धि से **संबंधित परिवीक्षा या पैरोल की सभी शर्**तों को सफलतापूर्वक पूरा कर लिया है? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) केलिए) ❑ हाँ ❑ नहीं

14. क्या आपको या घर के किसी सदस्य को लॉटरी या जुए में जीत मिली है? ❑ हाँ ❑नहीं

    यदि **हां:**
    कौन: _____ कब: _____ प्राप्त राशि: _____

15. क्या किसी ने निम्नलिखित प्रतिष्ठानों, शराब की दुकानों, कैसीनो, पोकर रूम, वयस्क मनोरंजन व्यवसाय, जमानत बांड, नाइट क्लब, सैलून / सराय, बिंगो हॉल, रेस ट्रैक, बंदूक / गोला बारूद स्टोर, क्रूज जहाजों,मानसिक पाठक, धूम्रपान की दुकानें, टैटू/भेदी की दुकानें, और स्पा/मालिश सैलून पर TANF फंड या EPPIC कार्ड का उपयोग किया है? (केवल TANF के लिए) ❑हाँ❑ नहीं

    यदि **हां**:
    कौन: _____ कब: _____

16. क्या कोई है जो लाभ के लिए आवेदन कर रहा है, वर्तमान में गुजारा भत्ता प्राप्त कर रहा है? ❑हाँ ❑नहीं

    यदि **हां**:
    कौन: _____
    मासिक राशि प्राप्त: _____
    गुजारा भत्ता समझौते को अंतिम रूप देने या अंतिम बार संशोधित करने की तिथि: _____

हमें आवेदक और सभी घरेलू सदस्यों की आय के बारे में बताएं

क्या आप या आपके घर में रहने वाले किसी व्यक्ति को किसी प्रकार की आय प्राप्त होती है जैसे: मजदूरी, टिप्स, बोनस, स्वरोजगार, सामाजिक सुरक्षा/रेलमार्ग सेवानिवृत्ति, अन्य विकलांगता, पेंशन, बेरोजगारी, या कोई अन्य आय? फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) और TANF के लिए, कृपया आय को भी सूचीबद्ध करें जैसे: VA आय, बाल सहायता, अन्य लोगों से धन या श्रमिकों का मुआवजा. यदि हां, तो नीचे दिए गए चार्ट को पूरा करें.

घरेलू सदस्य का नाम आय के साथ	आय के प्रकार	नियोक्ता Name/Source of Income	मासिक राशि (कटौती से पहले)	कितनी बार प्राप्त हुआ (मासिक, द्विसाप्ताहिक, साप्ताहिक)	Pay Per Hour	Hours per Week	DATE (S) PAID

क्या वर्तमान में कोई हड़ताल पर है? ❑हाँ ❑ नहीं

यदि स्वरोजगार है, तो कृपया अपनी मासिक व्यावसायिक व्यय राशि सूचीबद्ध करें: $_____

हमें आवेदक और सभी घरेलू सदस्यों के संसाधनों के बारे में बताएं - TANF आवेदकों के लिए, घर के सभी सदस्यों और Medicaid आवेदकों के लिए सभी संसाधनों की सूची बनाएं जो वृद्ध (65 या अधिक), नेत्रहीन या विकलांग (स्थायी हानि जो आपको काम करने से रोकते हैं।)

क्या आप या आप जिस किसी के लिए आवेदन कर रहे हैं, उसके पास कोई संसाधन है? ❑ हां ❑ नहीं
यदि हां, तो कृपया नीचे दी गई जानकारी को पूरा करें (आपके, आपके पति या पत्नी, आपके आश्रितों या किसी और के संयुक्त स्वामित्व वाले सभी संसाधनों (संपत्तियों) की जांच करें. यदि आवश्यकता हो तो अतिरिक्त पेज अटैच करें).

खातों की जाँच	❑ हां ❑ नहीं	अंतिम संस्कार योजनाएं/प्रीपेड दफन आइटम	❑ हां ❑ नहीं
बचत खाते	❑ हां ❑ नहीं	दफ़नाने के भूखंड या अनुबंध	❑ हां ❑ नहीं
सरकारी बांड्स	❑ हां ❑ नहीं	स्टॉक और बांड्स	❑ हां ❑ नहीं
ट्रस्ट निधियां	❑ हां ❑ नहीं	अन्य (IRA, CD, आदि)	❑ हां ❑ नहीं
रियल प्रॉपर्टी/होमप्लेस प्रॉपर्टी?	❑ हां ❑ नहीं		

क्या आपने या आपके पति या पत्नी ने किसी संपत्ति को उसके मूल्य से कम में दिया है? ❑ हां ❑ नहीं
यदि आपने इनमें से किसी प्रश्न का उत्तर हां में दिया है, तो कृपया नीचे वर्णन करें.

Household Member Name with Resource	Type of Resource	Account/Policy Number	Value	Name of Bank, Insurance Company, etc.

क्या आपके या आपके जीवनसाथी के पास वाहन है? ❑ हां ❑ नहीं
यदि **हाँ**, तो कृपया नीचे वर्णन करें.

Household Member Who Owns Vehicle	Vehicle Make	Model	Year	बकाया राशि

क्या आपके पास या आपके पति या पत्नी के पास जीवन बीमा पॉलिसी है? ❑ हां ❑ नहीं
यदि **हाँ**, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी पूर्ण करें.

पॉलिसी के मालिक	बीमा कंपनी	नीति संख्या	फेस मूल्य	नकद मूल्य

हमें आवेदक और सभी घरेलू सदस्यों के खर्चों के बारे में बताएं (Medicaid आवेदकों के लिए वैकल्पिक)

क्या आप एक आश्रित बच्चे या एक विकलांग वयस्क परिवार के सदस्य की देखभाल के लिए भुगतान करते हैं? ❑ हां ❑ नहीं
यदि हां, त नीचे दिए गए चार्ट को पूरा करें.

जिस व्यक्ति को देखभाल की आवश्यकता होती है	वह व्यक्ति जो देखभाल के लिए भुगतान करता है	Reason for care	Provider's Name/Number	प्रदाता को भुगतान की जाने वाली राशि	कितनी बार भुगतान किया जाता है

लाभ के लिए आवेदन

क्या आप एक आश्रित बच्चे या विकलांग वयस्क परिवार के सदस्य के लिए परिवहन व्यय का भुगतान करते हैं? ❑ हां ❑ नहीं
क्या इन खर्चों को आश्रित देखभाल खर्च में शामिल किया गया है? ❑ हां ❑ नहीं
यदि नहीं, तो कृपया इस प्रश्न का उत्तर दें: कुल मील चालित साप्ताहिक :_____

क्या घर से बाहर रहने वाले किसी व्यक्ति को परिवार में कोई बच्चे के समर्थन का भुगतान करता है? ❑ हां ❑ नहीं
यदि हां, तो नीचे दिए गए चार् को पूरा करें.

Household Member Obligated to Pay	Name of Child for Whom Support is paid	Obligated Amount to Pay	Actual Amount Paid	To Whom is Child Support Paid?

हमें आवेदक और परिवार के सभी सदस्यों के खर्चों के बारे में अधिक बताएं (Medicaid आवेदकों के लिए वैकल्पिक)

क्या 60 वर्ष या उससे अधिक उम्र के या विकलांग या विकलांग व्यक्ति के पास चिकित्सा व्यय है? ❑ हां ❑ नहीं
यदि हां, तो नीचे दिए गए चार्ट क पूरा करें.

परिवार के सदस्य जिनके पास खर्च है	**व्यय का प्रकार** (डॉक्टर का दौरा, अस्पताल का दौरा, नुस्खे, चिकित्सा या स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम, चश्मा)	बकाया राशि	अभी भीबकाया है? हां/नहीं	Date Paid	क्या बीमा का भुगतान होगा? हां/नहीं

क्या 60 वर्ष या उससे अधिक उम्र के या विकलांग या विकलांग व्यक्ति के परिवहन के लिए चिकित्सा व्यय है? ❑ हां ❑ नहीं
यदि **हां**, तो नीचे दिया गया पूरा चार्ट.

यात्रा का उद्देश्य (डॉक्टर या अस्पताल का दौरा; फ़ार्मेसी पिक-अप)	Total miles driven:	टैक्सी, बस, पार्किंग की लागत या lodging:

क्या आपके या घर के किसी सदस्य के पास आश्रय और उपयोगिता व्यय है? ❑ हां ❑ नहीं
यदि हां, तो नीच दिए गए चार्ट को पूरा करें.

Expense	Amount	कितनी बार?	किसने भुगतान किया?
किराया/बंधक			
प्रॉपर्टीकर			
प्रॉपर्टीबीमा			
बिजली			
गैस			
कचरा			
टेलीफ़ोन			
अन्य			

लाभ के लिए आवेदन

क्या आप मासिक घरेलू खर्च घर में किसी के साथ साझा करते हैं? हां नहीं
यदि हां, तो कौन? _____
टिप्पणियाँ/दस्तावेज़ीकरण_____
किसको भुगतान किया_____भुगतान की गई राशि $_____ प्रति _____
मकान मालिक का नाम _____
मकान मालिक का पता _____
_____

क्या कोई और आपके लिए इन घरेलू बिलों में से किसी का भुगतान करता है? हाँ नहीं यदि हां, तो नीचे दिए गए चार्ट को पूरा करें:

बिल का भुगतान कौन करता है?	कौनसे बिलों का भुगतान किया जाता है?
कितनी राशि का भुगतान किया जाता है?	यह व्यक्ति बिलों का भुगतान किसके लिए करता है?

यदि Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं तो कृपया निम्नलिखित जानकारी को पूरा करें.

टैक्स फाइलर की जानकारी

1. क्या परिवार में कोई अगले वर्ष संघीय आयकर रिटर्न दाखिल करने की योजना बना रहा है? ❑ हां ❑ नहीं
   यदि हां, तो कौन? यदि हाँ, तो कौन? (प्रत्येक व्यक्ति को सूचीबद्ध करें जो फाइल करने की योजना बना रहा है)_____
2. क्या कोई टैक्स फाइलर पति या पत्नी के साथ संयुक्त रूप से फाइल करेगा? हाँ नहीं यदि हाँ, तो कृपया अपने पति या पत्नी का नाम सूचीबद्ध करें:
   _____
3. क्या कोई कर दाखिलकर्ता अपने कर विवरणी पर किसी आश्रित का दावा करेगा? हां नहीं यदि हां, तो कृपया आश्रितों के नामों की सूची बनाएं
   _____
4. क्या किसी को किसी और के टैक्स रिटर्न पर निर्भर होने का दावा किया जाएगा? ❑ हां ❑ नहीं यदि हां, तो कृपया कर फाइलर और आश्रित का नाम सूचीबद्ध करें:
   (फाइलर)_____
   (डिपेंडेंट) _____
   टैक्स डिपेंडेंट टैक्स फाइलर से कैसे संबंधित है? _____

Deductions: लागू होने वाले सभी की जांच करें और राशि दें और आप इसे कितनी बार भुगतान करते हैं.

- ❑ गुजारा भत्ता $_____ का भुगतान कितनी बार? _____ ❑ छात्र ऋण ब्याज $_____ कितनी बार? _____
- ❑ स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम, 401K, और अन्य कर-पूर्व कटौती $_____ कितनी बार? _____
- ❑ अन्य कटौती $_____ कितनी बार? _____ प्रकार: _____

अन्य स्वास्थ्य कवरेज

1. +6+क्या किसी के पास अन्य स्वास्थ्य बीमा है जो आपके घर में किसी को भी कवर करता है? ❑ हां ❑ नहीं
   यदि आपने उपरोक्त प्रश्न 4 का उत्तर हां में दिया है, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी और संलग्नक A को पूरा करें:

पॉलिसी धारक का नाम	स्वास्थ्य बीमा कंपनी का नाम, पता और टेलीफोन नंबर	कवरेज का प्रकार (अस्पताल, मेडिकेयर सप्लीमेंट, ड्रग्स, मेजर मेडिकल)	शामिल व्यक्तियों के नाम	प्रभावी तिथि	नीति संख्या

2. क्या इस आवेदन में सूचीबद्ध किसी व्यक्ति ने नौकरी से स्वास्थ्य बीमा की पेशकश की है? **हाँ की जाँच करें, भले ही कवरेज किसी और की नौकरी से हो, जैसे कि माता-पिता या जीवनसाथी.**

❑ हां ❑नहीं यदि हां, तो आपको अनुलग्नक ए को पूरा करना होगा.
क्या यह राज्य कर्मचारी लाभ योजना है? ❑ हां ❑ नहीं

3. क्या आपने या इस आवेदन में सूचीबद्ध किसी व्यक्ति ने पिछले 2 महीनों में कोई स्वास्थ्य बीमा खो दिया है?

   a. ❑ हाँ यदि हाँ, तो वह क्यों खो गया? _____

   b. ❑ नहीं

4. क्या कोई 18 वर्ष की आयु में Medicaid के लिए आवेदन कर रहा था? ❑ हां ❑ नहीं
5. क्या आपके घर में कोई अमेरिकी या अलास्का मूल निवासी है? ❑ हां ❑ नहीं

   यदि **हाँ**, तो पूर्ण संलग्नक B.

यदि कोई वृद्ध (65 या उससे अधिक), अंधा या विकलांग (स्थायी हानि जो आपको काम करने से रोकता है) है, तो कृपया प्रश्नों के उत्तर दें. (वैकल्पिक)

1. क्या कोई स्वास्थ्य बीमा के लिए आवेदन कर रहा है या नेत्रहीन है?

   ❑ हां ❑ नहीं यदि हां, तो कृपया नाम सूचीबद्ध करें_____

2. क्या आप या आपके पति या पत्नी वर्तमान में Medicare द्वारा कवर किए गए हैं?

   ❑ हां ❑ नहीं यदि हां, तो कृपया नाम सूचीबद्ध करें _____

3. क्या आप एक पूरक सुरक्षा आय (SSI) आवेदन से तीन महीने पहले से भुगतान न किए गए चिकित्सा बिलों को कवर करने के लिए Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं?

   ❑ हां ❑ नहीं यदि हां, SSI आवेदन की तिथि:

4. क्या आप किसी ऐसे व्यक्ति के लिए आवेदन कर रहे हैं जो अब मर चुका है और जिसके पास पिछले तीन (3) महीनों के भीतर चिकित्सा बिलों का भुगतान नहीं किया गया है?

   ❑ हां ❑ नहीं

5. क्या आप किसी नर्सिंग होम में रहने वाले व्यक्ति की देखभाल के लिए भुगतान करने में मदद के लिए Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं?

   ❑ हां ❑ नहीं

6. क्या आप 18 वर्ष से अधिक आयु के व्यक्ति के लिए Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं, जिसका SSI चेक रुक गया है?

   ❑ हां ❑ नहीं

7. क्या आप समुदाय-आधारित छूट सेवाओं जैसे सामुदायिक देखभाल सेवाओं, NOW/COMP, धर्मशाला देखभाल, स्वतंत्र देखभाल छूट, या डीमिंग वेवर (केटी बेकेट) के भुगतान में सहायता के लिए Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं?

   ❑ हां ❑ नहीं

फ़ूड स्टैम्प (SNAP) प्रोग्राम पेनल्टीज़

जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करने के लिए आप अपने लाभ खो सकते हैं या आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है.

- आपके परिवार को जो लाभ नहीं मिलना चाहिए, उसे पाने के लिए झूठी जानकारी न दें या जानकारी छिपाएं.
- फ़ूड स्टैम्प (SNAP) या EBT कार्ड का उपयोग न करें जो आपके नहीं हैं और किसी और को अपना उपयोग न करने दें.
- फ़ूड स्टैम्प (SNAP) लाभों का उपयोग गैर-खाद्य वस्तुओं जैसे शराब या सिगरेट खरीदने या क्रेडिट कार्ड से भुगतान करने के लिए न करें.
- अवैध वस्तुओं के लिए फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) या EBT कार्डों का व्यापार या बिक्री न करें; जैसे आग्नेयास्त्र, गोला-बारूद, या नियंत्रित पदार्थ (अवैध दवाएं).

कोई भी घर का सदस्य जो किसी भी फ़ूड स्टैम्प (SNAP) नियम को उद्देश्य से तोड़ता है, उसे फ़ूड स्टैम्प (SNAP) प्रोग्राम से एक वर्ष के लिए स्थायी रूप से प्रतिबंधित किया जा सकता है, $250,000 तक का जुर्माना, 20 साल तक की कैद या दोनो. वह अन्य लागू संघीय और राज्य कानूनों के तहत अभियोजन के अधीन भी हो सकता है. अदालत के आदेश पर उसे अतिरिक्त 18 महीने के लिए फ़ूड स्टैम्प (SNAP) कार्यक्रम से भी प्रतिबंधित किया जा सकता है.

कोई भी घर का सदस्य जो जानबूझकर नियमों को तोड़ता है, उसे पहले अपराध के लिए एक वर्ष के लिए, दूसरे अपराध के लिए दो वर्ष और तीसरे अपराध के लिए स्थायी रूप से खाद्य टिकट (SNAP) नहीं मिल सकता है.

यदि कोई अदालत आपको या घर के किसी सदस्य को नियंत्रित पदार्थ की बिक्री से जुड़े लेनदेन में फ़ूड स्टैम्प (SNAP) लाभ का उपयोग करने या प्राप्त करने का दोषी पाती है, तो आप या घर का वह सदस्य पहले दो साल अपराध, और स्थायी रूप से दूसरे अपराध के लिए लाभ के पात्र नहीं है.

अगर कोई अदालत आपको या घर के किसी सदस्य को आग्नेयास्त्रों, गोला-बारूद, या विस्फोटकों की बिक्री से जुड़े लेन-देन में उपयोग करने या लाभ प्राप्त करने का दोषी पाती है, तो आप या घर का वह सदस्य फ़ूड स्टैम्प (SNAP) उल्लंघन के पहले अपराध पर कार्यक्रम में भाग लेने के लिए स्थायी रूप से अपात्र होगा.

यदि कोई न्यायालय आपको या परिवार के किसी सदस्य को $500 या उससे अधिक की कुल राशि के लिए अवैध व्यापार के लाभ के लिए दोषी पाता है, तो आप या वह परिवार का सदस्य इसके पहले अपराध पर फ़ूड स्टैम्प (SNAP) कार्यक्रम में भाग लेने के लिए स्थायी रूप से उल्लंघन अपात्र होगा.

यदि आप या घर के किसी सदस्य ने एक से अधिक फ़ूड स्टैम्प (SNAP) लाभ प्राप्त करने के लिए पहचान (वे कौन हैं) या निवास स्थान (जहाँ वे रहते हैं) के संबंध में एक कपटपूर्ण बयान या प्रतिनिधित्व दिया है, तो आप या वह परिवार सदस्य 10 वर्ष की अवधि के लिए फ़ूड स्टैम्प (SNAP) कार्यक्रम में भाग लेने के लिए अपात्र होंगे.

TANF कार्यक्रम दंड चेतावनी

TANF कार्यक्रम में, AU की योग्यता को स्थापित करने या बनाए रखने के लिए झूठी या भ्रामक जानकारी प्रदान करके, लाभ में वृद्धि, लाभों में कमी को रोकने, किसी नकारात्मक कार्रवाई से बचने के लिए जानकारी को रोकना या निषिद्ध स्थानों पर नकद सहायता का उपयोग करना जानबूझकर कार्यक्रम का उल्लंघन माना जाता है.

- कोई भी घर का सदस्य जो जानकारी छुपाता है और समय पर परिवर्तनों की रिपोर्ट नहीं करता है या सच नहीं बताता है, पहले उल्लंघन के लिए छह महीने, दूसरे उल्लंघन के लिए बारह महीने और तीसरे उल्लंघन के लिए स्थायी रूप से TANF लाभ खो देगा. नकद सहायता राशि या TANF डेबिट कार्ड का दुरुपयोग नकद निकालने या कैसीनो, शराब की दुकानों, वयस्क-उन्मुख मनोरंजन सुविधाओं "स्ट्रिप क्लब", पोकर रूम, जमानत बांड, नाइट क्लब / सैलून / सराय, बिंगो हॉल, दौड़ में लेन देन करने के लिए ट्रैक, गेमिंग प्रतिष्ठान, बंदूक / गोला बारूद स्टोर, क्रूज जहाज, मानसिक पाठक, धूम्रपान की दुकानें, टैटू / भेदी की दुकानें, और स्पा / मालिश सैलून सख्त वर्जित हैं और इसके परिणामस्वरूप पहले उल्लंघन के लिए छह महीने के लिए TANF लाभों का नुकसान होगा, बारह दूसरे उल्लंघन के लिए महीने और तीसरे उल्लंघन के लिए स्थायी रूप से.

- यदि कोई अदालत आपको या घर के किसी सदस्य को जानकारी छुपाती हुई पाती है या आप समय पर बदलाव की रिपोर्ट नहीं करते हैं या सच नहीं बताते हैं और दोषी ठहराया जाता है, तो आपको पहले उल्लंघन के लिए 6 महीने, दूसरे उल्लंघन के लिए 12 महीने तक और तीसरे उल्लंघन के लिए स्थायी रूप से TANF नहीं मिल सकता है.

- यदि कोई अदालत आपको या आपके घर के किसी सदस्य को इस बारे में गलत जानकारी देने का दोषी पाती है कि आप कहाँ रहते हैं, ताकि आप एक से अधिक राज्यों में लाभ प्राप्त कर सकें, तो आपको 10 साल के लिए प्रतिबंधित कर दिया जाएगा.

- अगर किसी अदालत ने आपको 1/1/1997 को या उसके बाद नशीली दवाओं से संबंधित आरोप, नियंत्रित पदार्थ, या गंभीर हिंसक अपराध का दोषी ठहराया है, तो आप या घर का वह सदस्य पात्र और/या स्थायी रूप से अयोग्य नहीं होगा.

For All Medicaid Applicants:
प्राप्तकर्ताओं या प्रदाताओं पर संदिग्ध Medicaid धोखाधड़ी की रिपोर्ट करने के लिए, जॉर्जिया डिपार्टमेंट ऑफ कम्युनिटी हेल्थ-ऑफिस ऑफ इंस्पेक्टर जनरल को (स्थानीय) (404) 463-7590 या (टोल फ्री) (800) 533-0686 पर कॉल करें; oiganonymous@dch.ga.gov पर ईमेल द्वारा; सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग, OIG PI Section, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303; या https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud पर जाएं. ड्राइव एसई, 19 वीं मंजिल, ईस्ट टॉवर, अटलांटा जीए 30334; या https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud.

परिवार और बच्चों की
सेवाओं का विभाजन

लाभ के लिए आवेदन

सभी फ़ूड स्टैम्प (SNAP), TANF, और Medicaid आवेदकों के लिए:

मैं अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार झूठी गवाही के दंड के तहत घोषित करता हूं कि जिस व्यक्ति (व्यक्तियों) के लिए मैं लाभ के लिए आवेदन कर रहा हूं वह अमेरिकी नागरिक हैं या संयुक्त राज्य अमेरिका में कानूनी रूप से गैर-नागरिक हैं. मैं यह भी प्रमाणित करता हूं कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही है. मैं समझता हूं और सहमत हूं कि DHS-DFCS, DCH और अधिकृत संघीय एजेंसियां इस आवेदन पर मेरे द्वारा दी गई जानकारी की पुष्टि कर सकती हैं. जानकारी पिछले या वर्तमान नियोक्ताओं से प्राप्त की जा सकती है. मैं समझता/समझती हूं कि मेरी जानकारी का उपयोग वेतन संबंधी जानकारी और कार्य गतिविधियों में मेरी भागीदारी को ट्रैक करने के लिए किया जाएगा.

मैं फ़ूड स्टैम्प (SNAP) और/य TANF कार्यक्रम की आवश्यकताओं के अनुसार अपनी स्थिति में किसी भी बदलाव की रिपोर्ट करूँगा. अगर मेरे परिवार में किसी को लॉटरी या जुए में जीत मिलती है, तो मैं इसकी रिपोर्ट भी करूंगा, सकल राशि $4250 या उससे अधिक (करों या अन्य राशियों को रोके जाने से पहले). मै इन जीतों की रिपोर्ट उस महीने के अंत से 10 दिनों के भीतर करूंगा जिसमें मेरे परिवार को जीत मिलती है. मैं समझता हूं कि यदि कोई जानकारी गलत है, तो मेरे लाभों को कम या अस्वीकार किया जा सकता है, और जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करने के लिए मुझ पर आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है या DHS-DFCS कार्यक्रमों से अयोग्य घोषित किया जा सकता है. मैं समझता/समझती हू कि अगर मैं गलत जानकारी देता हूं या जानकारी छुपाता हूं तो मुझ पर मुकदमा चलाया जा सकता है. मैं समझता हूं कि यदि मैं अपने आवेदन या नवीनीकरण प्रक्रिया के दौरान अपने कुछ खर्चों के बारे में DHS-DFCS को बताने में विफल रहता हूं और/या उन्हें सत्यापित करने में विफल रहता हूं, तो DHS-DFCS मेरे स्नैप लाभों की राशि की गणना में उस खर्च का बजट नहीं करेगा.

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग ("DHS") लाभ के लिए आपके आवेदन के दौरान व्यक्तिगत रूप से पहचान योग्य जानकारी (PII), जैसे नाम, पता, टेलीफोन नंबर, ईमेल पता और जन्म तिथि आदि एकत्र करता है. हमें कोई भी व्यक्तिगत जानकारी सबमिट करके, आप सहमत करते हैं कि हम ऐसी किसी भी व्यक्तिगत जानकारी को DHS नीतियों, प्रक्रियाओं के अनुसार एकत्र, उपयोग और प्रकट कर सकते हैं, और जैसा कि कानून और/या विनियमों द्वारा अनुमत या आवश्यक है.

_____ _____
आवेदक के हस्ताक्षर दिनांक

_____ _____
अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर दिनांक

<u>मतदाता पंजीकरण जानकारी</u>

यदि आप अभी जहां रहते हैं वहां मतदान करने के लिए पंजीकृत नहीं हैं, तो क्या आप आज यहां मतदान करने के लिए पंजीकरण के लिए आवेदन करना चाहेंगे?

_____ हां

_____ नहीं

_____ मैं मतदाता पंजीकरण प्रश्न का उत्तर नहीं देना चाहता.

पंजीकरण के लिए आवेदन करने या मतदान के लिए पंजीकरण करने से इंकार करने से आपको इस एजेंसी द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता की राशि प्रभावित नहीं होगी.

यदि आप मतदाता पंजीकरण आवेदन पत्र भरने में सहायता चाहते हैं, तो हम आपकी सहायता करेंगे. मदद लेने या स्वीकार करने का निर्णय आपका है. आप निजी तौर पर आवेदन पत्र भर सकते हैं.

यदि आप मानते हैं कि किसी ने वोट देने के लिए पंजीकरण करने या अस्वीकार करने के आपके अधिकार में हस्तक्षेप किया है, पंजीकरण करने या वोट करने के लिए आवेदन करने का निर्णय लेने में गोपनीयता का आपका अधिकार, या अपनी खुद की राजनीतिक पार्टी या अन्य राजनीतिक वरीयता चुनने का आपका अधिकार , आप 2 मार्टिन लूथर किंग जूनियर में राज्य सचिव के पास शिकायत दर्ज कर सकते हैं. ड्राइव, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 या (404) 656-2871 पर कॉल करके.

यदि आप किसी भी बॉक्स को चेक नहीं करते हैं, तो यह माना जाएगा कि आपने इस समय वोट देने के लिए पंजीकरण नहीं करने का निर्णय लिया है.

जॉर्जिया मतदाता पंजीकरण आवेदन की एक प्रति DFCS आवेदनों, नवीनीकरणों और पते के परिवर्तन के साथ शामिल है. आप अपने केस वर्कर से मतदाता पंजीकरण आवेदन का अनुरोध भी कर सकते हैं. यदि आप एक मतदाता पंजीकरण आवेदन को पूरा करते हैं, तो मतदाता पंजीकरण आवेदन पर दिए गए निर्देशों का पालन करते हुए इसे जॉर्जिया राज्य सचिव के कार्यालय में जमा करें.

परिवार और बच्चों की सेवाओं का विभाजन

लाभ के लिए आवेदन

(इन दस्तावेजों को अपनी जानकारी के लिए रखें)

इस एप्लिकेशन में प्रयुक्त शब्दों का क्या अर्थ है?

यह चार्ट उन शब्दों की व्याख्या करता है जिनका उपयोग हमने इस एप्लिकेशन में किया है.

आवेदक	एक व्यक्ति जो सार्वजनिक सहायता या लाभ प्राप्त करने के लिए आवेदन करता है.
Assistance Unit (AU)	एक सहायता इकाई में *पात्र* व्यक्ति शामिल होते हैं जो एक साथ रहते हैं, जिसमें एक गर्भवती व्यक्ति और एक अजन्मे बच्चे शामिल हैं, और सार्वजनिक सहायता/लाभ प्राप्त करते हैं.
Caretaker	एक माता-पिता, गर्भवती व्यक्ति, रिश्तेदार या कानूनी अभिभावक जो अपनी देखभाल में बच्चों के साथ TANF के लिए आवेदन करता है और प्राप्त करता है, जिसमें एक अजन्मे बच्चे भी शामिल है.
Disqualified	किसी व्यक्ति को फ़ूड स्टैम्प (SNAP) या TANF मामले से निकालने के लिए की गई कार्रवाई क्योंकि उन्होंने सच नहीं बताया और वे लाभ प्राप्त किए जो उन्हें नहीं मिलने चाहिए थे.
Electronic Benefit Transfer (EBT)	जॉर्जिया में फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) के लिए पात्र व्यक्तियों को लाभ देने के लिए इस्तेमाल की जाने वाली प्रणाली. सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्तियों को एक EBT डेबिट कार्ड जारी किया जाता है, जिसका उपयोग उनके फ़ूड स्टैम्प (SNAP) खातों तक पहुँचने के लिए किया जाता है.
Electronic Communications	आपके पास यह चुनने का विकल्प है कि आप अपनी जानकारी के बारे में सूचनाएं कैसे प्राप्त करना चाहते हैं. यदि आप ईमेल या टेक्स्ट सूचनाएं प्राप्त करना चुनते हैं, तो आपको एक संदेश प्राप्त होगा जो आपको सूचित करेगा कि आपके पास GA गेटवे ग्राहक पोर्टल में स्थित माई नोटिस में एक सूचना है. ईमेल संचार के लिए, आपको हमें अपना ईमेल पता प्रदान करना होगा और खाता बनाने के बाद GA गेटवे ग्राहक पोर्टल में स्थित कागज रहित नोटिस के लिए नियम और शर्तें स्वीकार करनी होंगी. कृपया अपनी अधिसूचना सेटिंग अपडेट करने के लिए GA गेटवे ग्राहक पोर्टल वेबसाइट www.gateway.ga.gov पर जाएं. टेक्स्टिंग संचार के लिए, आपको हमें अपना फ़ोन नंबर प्रदान करना होगा. मानक संदेश और डेटा दरें लागू हो सकते हैं. यह वाहकों द्वारा भिन्न हो सकता है, कृपया अपने प्रदाता से संपर्क करें.
EPPICard debit MasterCard	जॉर्जिया राज्य ने TANF प्राप्तकर्ताओं के लिए एक सुविधाजनक "इलेक्ट्रॉनिक" भुगतान विकल्प लागू किया है जिसे EPPI Card डेबिट मास्टरकार्ड कहा जाता है. इस भुगतान विकल्प के तहत, महीने के पहले कैलेंडर दिन प्राप्तकर्ता के खाते में पैसा जमा किया जाता है. यदि पहली बार सप्ताहांत या छुट्टी पर पड़ता है, तो लाभ पिछले महीने के अंतिम व्यावसायिक दिन पर उपलब्ध कराए जाते हैं. प्राप्तकर्ता के पास अपने फंड तक तत्काल पहुंच होती है क्योंकि फंड इलेक्ट्रॉनिक रूप से डेबिट मास्टरकार्ड में लोड होते हैं.
Grantee Relative	एक माता-पिता, गर्भवती व्यक्ति, रिश्तेदार या कानूनी अभिभावक, जो बच्चों की ओर से अपने नाम से TANF के लिए आवेदन करता है और प्राप्त करता है, जिसमें एक अजन्मे बच्चे भी शामिल है.
Gross Income	करों या अन्य कटौतियों को ध्यान में रखने से पहले किसी व्यक्ति की कुल आय.
Homeless Individual	एक व्यक्ति जिसके पास एक निश्चित और नियमित रात्रिकालीन निवास की कमी है या वह व्यक्ति जिसका प्राथमिक रात्रि निवास है: • एक पर्यवेक्षित आश्रय जिसे अस्थायी आवास प्रदान करने के लिए डिज़ाइन किया गया है (जैसे कि एक कल्याणकारी होटल या सामूहिक आश्रय); • एक आधा घर या इसी तरह की संस्था जो संस्थागत होने वाले व्यक्तियों के लिए अस्थायी निवास प्रदान करती है; • किसी अन्य व्यक्ति के निवास में 90 दिनों से अधिक के लिए अस्थायी आवास; या • एक ऐसी जगह जिसे मनुष्यों के लिए नियमित रूप से सोने के आवास के रूप में डिज़ाइन नहीं किया गया है या आमतौर पर इसका उपयोग नहीं किया जाता है (एक हॉलवे, एक बस स्टेशन, एक लॉबी, या इसी तरह के स्थान).
Household Members	आपके घर में रहने वाले लोग. फ़ूड स्टैम्प्स (SNAP) के लिए, वे व्यक्ति जो एक साथ रहते हैं और एक साथ अपना भोजन खरीदते और तैयार करते हैं.
Income	भुगतान जैसे वेतन, वेतन, कमीशन, बोनस, कर्मचारी का मुआवजा, विकलांगता, पेंशन, सेवानिवृत्ति लाभ, ब्याज, बच्चे का समर्थन या प्राप्त धन का कोई अन्य रूप.

2012 का मध्यम वर्ग कर राहत अधिनियम	यह अधिनियम नकद सहायता निधि या TANF डेबिट कार्ड के उपयोग को नकद निकालने या कैसीनो, शराब की दुकानों, वयस्क-उन्मुख मनोरंजन सुविधाओं, पोकर रूम, जमानत बांड, नाइट क्लब / सैलून / सराय, बिंगो हॉल, रेस ट्रैक,गेमिंग प्रतिष्ठान, बंदूक / गोला बारूद स्टोर, क्रूज जहाज, मानसिक पाठक, धूम्रपान की दुकानें, टैटू / भेदी की दुकानें, और स्पा / मालिश सैलून पर लेनदेन करने के लिए प्रतिबंधित करता है. इन व्यवसायों में नकद सहायता निधि या TANF डेबिट कार्ड का उपयोग प्राप्तकर्ता की ओर से एक जानबूझकर कार्यक्रम उल्लंघन (धोखाधड़ी) होगा.
प्रवासी खेत मजदूर	ऐसे व्यक्ति जो मौसमी खेत मजदूर हैं और जो काम करने या खेत के काम की तलाश में एक घर से दूसरे घर में जाते हैं.
गैर-आवेदक	एक व्यक्ति जो सार्वजनिक सहायता/लाभ के लिए आवेदन नहीं करता है या प्राप्त नहीं करता है. गैर-आवेदकों को सामाजिक सुरक्षा संख्या, नागरिकता, या अप्रवास स्थिति प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है.
योग्य एलियन/अप्रवासी	एक योग्य विदेशी/अप्रवासी वह व्यक्ति है जो कानूनी रूप से यू.एस. में रह रहा है जो निम्नलिखित श्रेणियों में से एक के अंतर्गत आता है: • आव्रजन और राष्ट्रीयता अधिनियम (INA) के तहत स्थायी निवास (LPR) के लिए कानूनी रूप से भर्ती व्यक्ति; • विदेशी *संचालन, निर्यात वित्तपोषण और संबंधित कार्यक्रम विनियोग अधिनियम 1988 की धारा 584 के तहत अमेरिकी अप्रवासी.* • एक व्यक्ति जिसे INA की धारा 208 के तहत शरण दी गई है; • *शरणार्थी, INA की धारा 207 के* तहत भर्ती; • INA की धारा 212 (डी)(5) के तहत शरणार्थी या शरण लेने वाले के रूप में एक व्यक्ति; • एक व्यक्ति जिसका निर्वासन 1 अप्रैल, 1997 से पहले INA की धारा 243 (एच) के तहत रोक दिया गया है, या INA की धारा 241 (बी) (3), जैसा कि संशोधित है; • एक व्यक्ति जिसे 1 अप्रैल 1980 से पहले INA की धारा 203 (ए) (7) के तहत सशर्त प्रवेश दिया गया है; • 1980 के शरणार्थी शिक्षा सहायता अधिनियम की धारा 501 (ई) में परिभाषित क्यूबा या हाईटियन अप्रवासी; • *2000 के अवैध व्यापार पीड़ित संरक्षण अधिनियम की धारा 107(बी)(1) के तहत मानव तस्करी के शिकार;* • व्यक्तिगत उत्तरदायित्व और कार्य अवसर सुलह अधिनियम 1996 की धारा 431 (सी) में निर्धारित शर्तों को पूरा करने वाले पस्त अप्रवासी, जैसा कि संशोधित है; • *अफगान या इराकी अप्रवासियों को* INA *की धारा 101(ए)(27) के तहत विशेष अप्रवासी का दर्जा दिया गया है (निर्दिष्ट शर्तों के अधीन);* • भारतीय आत्मनिर्णय और शिक्षा सहायता अधिनियम की धारा 4 (ई) के तहत INA की धारा 289 या संघ द्वारा मान्यता प्राप्त भारतीय जनजाति के गैर-नागरिकों के तहत अमेरिका में रहने वाले कनाडा में जन्मे अमेरिकी भारतीय और; • हमोंग या हाईलैंड लाओटियन आदिवासी सदस्य जिन्होंने वियतनाम युग (8/05/1964 - 5/07/1975) के दौरान सैन्य या बचाव अभियान में भाग लेकर अमेरिकी कर्मियों को सहायता प्रदान की. केवल चिकित्सा सहायता आवेदकों के लिए, कॉम्पेक्ट ऑफ फ्री एसोसिएशन (COFA) माइक्रोनेशिया के संघीय राज्यों, मार्शल द्वीप गणराज्य और पलाऊ गणराज्य के नागरिक हैं. COFA प्रवासियों को 5 साल के बार से मिलने की जरूरत नहीं है.
संसाधन	नकद, संपत्ति, या संपत्ति जैसे बैंक खाते, वाहन, स्टॉक, बांड और जीवन बीमा.
मौसमी खेत मजदूर	वे व्यक्ति जो वर्ष के कुछ निश्चित समय पर फसल बोने, चुनने या पैकिंग करने का कार्य करते हैं. उन्हें एक अस्थायी आधार पर काम पर रखा जाता है, जब एक नौकरी के लिए नियमित आधार पर खेत में काम करने वाले श्रमिकों की तुलना में अधिक श्रमिकों की आवश्यकता होती है.
फूड स्टाम्प (SNAP) कार्यक्रम में तस्करी	अवैध व्यापार SNAP लाभों का अर्थ है: (1) EBT कार्ड, कार्ड नंबर और पिन नंबर या मैनुअल वाउचर और हस्ताक्षर के माध्यम से जारी और एक्सेस किए गए स्नैप लाभों को खरीदना, बेचना, चोरी करना, या अन्यथा आदान-प्रदान करना, नकद के लिए या योग्य भोजन के अलावा अन्य विचार, या तो प्रत्यक्ष, अप्रत्यक्ष रूप से, मिलीभगत में या दूसरों के साथ मिलीभगत, या अकेले अभिनय करना; (2) आग्नेयास्त्रों, गोला-बारूद, विस्फोटकों या नियंत्रित पदार्थों का आदान-प्रदान; (3) SNAP लाभों के साथ एक उत्पाद खरीदना जिसमें एक कंटेनर है जिसमें उत्पाद को त्यागकर और जमा राशि के लिए कंटेनर वापस करने के इरादे से वापसी जमा की आवश्यकता होती है, जानबूझकर उत्पाद को त्यागना, और जानबूझकर जमा राशि के लिए कंटेनर वापस करना ; (4) उत्पाद को पुनर्विक्रय करके योग्य भोजन के अलावा नकद या प्रतिफल प्राप्त करने के इरादे से SNAP लाभों के साथ उत्पाद खरीदना, और बाद में पात्र भोजन के अलावा नकद या प्रतिफल के बदले में SNAP लाभों के साथ खरीदे गए उत्पाद को जानबूझकर पुनर्विक्रय करना; (5) पात्र भोजन के अलावा नकद या प्रतिफल के बदले मूल रूप से स्नैप लाभों के साथ मूल रूप से खरीदे गए उत्पादों को जानबूझकर खरीदना; (6) इलेक्ट्रॉनिक बेनिफिट ट्रांसफर (EBT) कार्ड, कार्ड नंबर और व्यक्तिगत पहचान संख्या (पिन), या मैनुअल वाउचर और हस्ताक्षर द्वारा जारी और एक्सेस किए गए स्नैप लाभों के आदान-प्रदान को खरीदने, बेचने, चोरी करने या अन्यथा प्रभावित करने का प्रयास, नकद के लिए या योग्य भोजन के अलावा अन्य विचार, प्रत्यक्ष, अप्रत्यक्ष रूप से, दूसरों के साथ मिलीभगत या मिलीभगत में, या अकेले अभिनय करना.

ADA /धारा 504 अधिकारों की सूचना

विकलांग लोगों के लिए सहायता

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग और जॉर्जिया सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग ("विभाग") विकलांग व्यक्तियों को विभागों के कार्यक्रमों, सेवाओं या गतिविधियों में भाग लेने और अर्हता प्राप्त करने के लिए समान अवसर प्रदान करने के लिए संघीय कानून* द्वारा आवश्यक हैं. इसमें SNAP, TANF और चिकित्सा सहायता जैसे कार्यक्रम शामिल हैं.

जब विकलांगता के आधार पर भेदभाव से बचने के लिए संशोधन आवश्यक होते हैं तो विभाग उचित संशोधन प्रदान करते हैं. उदाहरण के लिए, हम समान पहुंच प्रदान करने के लिए नीतियों, प्रथाओं या प्रक्रियाओं को बदल सकते हैं. समान रूप से प्रभावी संचार सुनिश्चित करने के लिए, हम विकलांग व्यक्तियों या उनके विकलांग साथियों को संचार सहायता प्रदान करते हैं, जैसे कि सांकेतिक भाषा दुभाषिए. हमारी मदद मुफ्त है. विभागों को ऐसा कोई संशोधन करने की आवश्यकता नहीं है जिसके परिणामस्वरूप सेवा, कार्यक्रम, या गतिविधि की प्रकृति में मौलिक परिवर्तन हो या अनुचित वित्तीय और प्रशासनिक बोझ हो.

उचित संशोधन या संचार सहायता का अनुरोध कैसे करें

यदि आप विकलांग हैं और उचित संशोधन, संचार सहायता, या अतिरिक्त सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया अपने केसवर्कर से संपर्क करें. उदाहरण के लिए, यदि आपको प्रभावी संचार के लिए सहायता या सेवा की आवश्यकता है, जैसे सांकेतिक भाषा दुभाषिया. आप अपना अनुरोध करने के लिए अपने केस वर्कर से संपर्क कर सकते हैं या DFCS को (877) 423-4746 पर या DCH केटी बेकेट (KB) टीम को (678-248-7449) 248-7449 पर कॉल कर सकते हैं. आप DFCS ADA उचित संशोधन अनुरोध फॉर्म का उपयोग करके भी अपना अनुरोध कर सकते हैं, जो आपके स्थानीय DFCS कार्यालय या ऑनलाइन https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights पर उपलब्ध है, या आप प्राप्त कर सकते हैं केबी टीम में या ऑनलाइन https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett पर DCH ADA उचित संशोधन अनुरोध फॉर्म, लेकिन आपको एक फॉर्म का उपयोग करने की आवश्यकता नहीं है.

शिकायत कैसे दर्ज करें

यदि आपकी अक्षमता के कारण विभागों ने आपके साथ भेदभाव किया है तो आपको शिकायत करने का अधिकार है. उदाहरण के लिए, यदि आपने एक उचित संशोधन या सांकेतिक भाषा दुभाषिया के लिए कहा है जिसे अस्वीकार कर दिया गया है या उचित समय के भीतर कार्रवाई नहीं की गई है, तो आप भेदभाव की शिकायत दर्ज कर सकते हैं. आप अपने केस वर्कर, अपने स्थानीय DFCS कार्यालय, या DFCS सिविल राइट्स, एडीए/धारा 504 समन्वयक से 47 Trinity Avenue SW, 30334st Floor, Atlanta, GA 877, (423-4746) 657- 3735 से संपर्क करके मौखिक या लिखित रूप में शिकायत कर सकते हैं. DCH के लिए, 2211 Beaver Ruin Road, Ste पर KB टीम ADA/सेक्शन 504 समन्वयक से संपर्क करें. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH ईमेल है: dch.adarequests@dch.ga.gov.

आप अपने केस वर्कर से DFCS नागरिक अधिकार शिकायत फॉर्म की एक प्रति मांग सकते हैं. शिकायत फॉर्म https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights पर भी उपलब्ध है. यदि आपको भेदभाव की शिकायत करने में सहायता की आवश्यकता है, तो आप ऊपर सूचीबद्ध DFCS स्टाफ से संपर्क कर सकते हैं. ऐसे व्यक्ति जो बहरे हैं या सुनने में कठिनाई है या जिन्हें बोलने की अक्षमता हो सकती है, वे हमारे साथ जुड़ने के लिए एक ऑपरेटर के लिए 711 पर कॉल कर सकते हैं. DCH नागरिक अधिकारों की शिकायतों के लिए ईमेल है: dch.civilrights@dch.ga.gov. DCH नागरिक अधिकार प्रक्रिया और शिकायत फॉर्म के लिए लिंक यहां स्थित है: https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights.

आप उपयुक्त संघीय एजेंसी के साथ भेदभाव की शिकायत भी दर्ज कर सकते हैं. U.S. के लिए संपर्क जानकारी. कृषि विभाग (USDA) और U.S. स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (HHS) "गैर-भेदभाव वक्तव्य" में शामिल है.

**1973 के पुनर्वास अधिनियम की धारा 504; 1990 के विकलांग अधिनियम के अमेरिकी; और विकलांग अमेरिकी अधिनियम संशोधन अधिनियम 2008 यह सुनिश्चित करता है कि विकलांग व्यक्ति गैरकानूनी भेदभाव से मुक्त हैं.*

सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग (DCH) नीति के तहत, चिकित्सा सहायता कार्यक्रम आपकी जाति, आयु, लिंग, विकलांगता, राष्ट्रीय मूल या धर्म के आधार पर आपको पात्रता या लाभों से वंचित नहीं कर सकते हैं.

USDA या HHS को आवेदन न भेजें

Nondiscrimination Statement

संघीय नागरिक अधिकार कानूनों के अनुसार और U.S. कृषि विभाग (USDA) नागरिक अधिकार विनियम और नीतियां, USDA, इसकी एजेंसियां, कार्यालय और कर्मचारी, और USDA कार्यक्रमों में भाग लेने वाली या प्रशासन करने वाली एजेंसियों को नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, लिंग (लिंग पहचान सहित) के आधार पर भेदभाव से प्रतिबंधित किया जाता है। और यौन अभिविन्यास), धार्मिक विश्वास, विकलांगता, उम्र, राजनीतिक राय, प्रतिशोध या USDA द्वारा संचालित या वित्त पोषित किसी भी कार्यक्रम या गतिविधि में पिछले नागरिक अधिकारों की गतिविधियों के लिए प्रतिशोध. कार्यक्रम जो U.S.से वित्तीय सहायता प्राप्त करते हैं स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (HHS), जैसे जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF), और HHS सीधे संचालित होने वाले कार्यक्रम भी संघीय नागरिक अधिकार कानूनों और HHS नियमों के तहत भेदभाव से प्रतिबंधित हैं.

विकलांग व्यक्ति जिन्हें कार्यक्रम की जानकारी के लिए संचार के वैकल्पिक साधनों की आवश्यकता होती है (जैसे, ब्रेल, बड़े प्रिंट, ऑडियो टेप, अमेरिकी सांकेतिक भाषा), उन्हें उस एजेंसी (राज्य या स्थानीय) से संपर्क करना चाहिए जहां उन्होंने लाभ के लिए आवेदन किया था. ऐसे व्यक्ति जो बधिर हैं, सुनने में कठिनाई है या जिनके पास बोलने की अक्षमता है, वे फेडरल रिले सेवा के माध्यम से (800) 877-8339 पर USDA से संपर्क कर सकते हैं. इसके अतिरिक्त, कार्यक्रम की जानकारी अंग्रेजी के अलावा अन्य भाषाओं में उपलब्ध कराई जा सकती है.

CIVIL RIGHTS COMPLAINTS INVOLVING USDA PROGRAMS

USDA कई खाद्य सुरक्षा और भूख कम करने वाले कार्यक्रमों जैसे पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP), भारतीय आरक्षण पर खाद्य वितरण कार्यक्रम (FDPIR) और अन्य के लिए संघीय वित्तीय सहायता प्रदान करता है. भेदभाव की एक कार्यक्रम शिकायत दर्ज करने के लिए, कार्यक्रम भेदभाव शिकायत फॉर्म (AD-3027) को ऑनलाइन पूरा करें: भेदभाव की एक कार्यक्रम शिकायत दर्ज करने के लिए, कार्यक्रम भेदभाव शिकायत फॉर्म (AD-3027) को ऑनलाइन पूरा करें: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR पी-शिकायत-फॉर्म -3027-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, और किसी भी USDA कार्यालय में या USDA को संबोधित एक पत्र लिखें और पत्र में फॉर्म में मांगी गई सभी जानकारी प्रदान करें. शिकायत फॉर्म की एक प्रति का अनुरोध करने के लिए (866) 632-9992 पर कॉल करें. अपना भरा हुआ फॉर्म या पत्र USDA को इसके द्वारा जमा करें:

1. **मेल:** खाद्य और पोषण सेवा, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; या
2. **फैक्स:** (833) 256-1665 या (202) 690-7442; या
3. **फ़ोन:** (833) 620-1071; या
4. **ईमेल:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

स्नैप मुद्दों के संबंध में किसी भी अन्य जानकारी के लिए, व्यक्तियों को या तो USDA state information/hotline numbers (800) 221-5689 पर संपर्क करना चाहिए, जो स्पेनिश में भी है, या राज्य की जानकारी/हॉटलाइन नंबरों पर कॉल करें (हॉटलाइन नंबरों की सूची के लिए लिंक पर क्लिक करें। राज्य); यहां ऑनलाइन पाया गया: SNAP hotline.

HHS कार्यक्रमों से संबंधित नागरिक अधिकार शिकायतें

HHS स्वास्थ्य और कल्याण को बढ़ाने के लिए कई कार्यक्रमों के लिए संघीय वित्तीय सहायता प्रदान करता है, जिसमें TANF, हेड स्टार्ट, लो इनकम होम एनर्जी असिस्टेंस प्रोग्राम (LIHEAP) और अन्य शामिल हैं. यदि आप मानते हैं कि आपके साथ आपकी जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, विकलांगता, आयु, लिंग (गर्भावस्था, यौन अभिविन्यास, और लिंग पहचान सहित), या उन कार्यक्रमों या गतिविधियों में धर्म के कारण भेदभाव किया गया है जो HHS सीधे संचालित करता है या जिसके लिए HHS संघीय वित्तीय सहायता प्रदान करता है, आप अपने लिए या किसी और के लिए नागरिक अधिकार कार्यालय (OCR) के साथ शिकायत दर्ज कर सकते हैं.

HHS के माध्यम से संघीय वित्तीय सहायता प्राप्त करने वाले कार्यक्रम के संबंध में अपने लिए या किसी और के लिए भेदभाव की शिकायत दर्ज करने के लिए, OCR के शिकायत पोर्टल के माध्यम से फ़ॉर्म को ऑनलाइन भरें https://ocrportal.hhs.gov/ocr/. आप OCR से मेल द्वारा भी संपर्क कर सकते हैं: सेंट्रलाइज्ड केस मैनेजमेंट ऑपरेशंस, U.S. स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; फैक्स: (202) 619-3818;या ईमेल: OCRmail@hhs.gov. तेजी से प्रसंस्करण के लिए, हम आपको मेल के माध्यम से दर्ज करने के बजाय शिकायत दर्ज करने के लिए OCR ऑनलाइन पोर्टल का उपयोग करने के लिए प्रोत्साहित करते हैं. जिन व्यक्तियों को नागरिक अधिकार शिकायत दर्ज करने में सहायता की आवश्यकता है, वे OCRMail@hhs.gov पर OCR को एक मेल भेज सकते हैं या OCR को टोल-फ्री 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 पर कॉल कर सकते हैं. उन लोगों के लिए जो बहरे हैं, सुनने में कठिनाई हैं, या बोलने में कठिनाई है, कृपया दूरसंचार रिले सेवाओं तक पहुंचने के लिए 7-1-1 डायल करें. हम शिकायत दर्ज करने के लिए मुफ्त वैकल्पिक प्रारूप (जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट), सहायता और भाषा समर्थन सेवाएं भी प्रदान करते हैं.

यह संस्थान समान अवसर प्रदान करता है.

मानव सेवा विभाग (DHS) के तहत, आप अपने स्थानीय DFCS कार्यालय, या DFCS नागरिक अधिकार और ADA/धारा 504 समन्वयक से 47 Trinity Avenue SW, 30334 1st Floor, Atlanta, GA (877) 423-4746 से संपर्क करके भी भेदभाव की शिकायत दर्ज कर सकते हैं. सीमित अंग्रेजी दक्षता के आधार पर भेदभाव का आरोप लगाने वाली शिकायतों के लिए, जॉर्जिया डिपार्टमेंट ऑफ ह्यूमन सर्विसेज, ऑफिस ऑफ जनरल काउंसल, 47 ट्रिनिटी एवेन्यू एसडब्ल्यू, अटलांटा, जीए 30334, (877) 423-4746 में डीएचएस लिमिटेड इंग्लिश प्रोफिशिएंसी एंड सेंसरी इम्पेयरमेंट प्रोग्राम से संपर्क करें.

Do Not Send Applications to the USDA or HHS