



परिवार और शिशु
सेवा प्रभाग



लाभ हेतु आवेदन

आपको पूरा किया गया आवेदन हाथ से, फैक्स या मेल द्वारा स्थानीय काउंटी कार्यालय में पहुँचाना होगा।

यदि आपको इस दस्तावेज़ को पढ़ने या पूरा करने में सहायता चाहिए या हमारे साथ संवाद करने में सहायता चाहिए तो हमें बताएं या 1-877-423-4746 पर कॉल करें। अनुवादक समेत हमारी सेवाएं निशुल्क हैं। यदि आप बहरे हैं, सुनने में कठिनाई हो रही है या बोलने में कठिनाई हो रही है तो आप 711 (जॉर्जिया रिले) डायल करके ऊपर के नंबर पर हमें कॉल कर सकते हैं।

परिवार और शिशु सेवा प्रभाग में हम कौन सी सेवाएं देते हैं?

DFCS निम्नलिखित सेवा देता है:



भोजन सहायता

फूड स्टैम्प्स वह लाभ हैं जिनका उपयोग आप किसी भी EBT/Quest चिन्ह वाले स्टोर से भोजन खरीदने के लिए कर सकते हैं। हम आपके फूड स्टैम्प खाता से आपके भोजन की खरीदारी का मूल्य घटा देंगे।



नक़द सहायता/रोज़गार सहायता सेवा ज़रूरतमंद परिवारों के लिए

अस्थायी सहायता (TANF) सीमित समय के लिए आश्रित बच्चों वाले परिवारों को नक़द सहायता करता है। माता-पिता या अभिभावक जो अनुदान में शामिल होते हैं को कार्य के कार्यक्रम में शामिल होना आवश्यक होता है। नक़द सहायता कार्यक्रम शरणार्थी घरों को वित्तीय सहायता भी उपलब्ध कराता है जो TANF कार्यक्रम के लिए पात्र नहीं हैं।

- **Grandparents Raising Grandchildren (GRG)** आवश्यक सहायता उपलब्ध कराएगा ताकि बच्चे की देखभाल उनके दादा नाना के घर में हो सके।



चिकित्सीय सहायता

Medicaid पात्रता वालों को चिकित्सीय बिल, डॉक्टर के विज़िट और Medicare प्रीमियम का भुगतान करने में सहायता मिल सकती है।

अधिकतर पूछे जाने वाले प्रश्न

लाभ हासिल करने में कितना समय लगता है?

फूड स्टैम्प:	30 दिनों के
TANF तक:	45 दिनों तक
Medicaid:	10 से 60 दिन

यदि आप पात्र बन जाते हैं तो 7 दिनों के अंदर अंदर फूड स्टैम्प प्राप्त कर सकते हैं। पृष्ठ 5 देखें।

मुझे कितना मिलेगा?

आपकी आय, संसाधन और परिवार साइज़ लाभ की राशि तय करता है। हम आपकी पात्रता तय कर लेने के बाद आपको विशेष जानकारी देने में सक्षम होंगे।

मुझे लाभ कैसे मिलेगा?

फूड स्टैम्प्स के लिए, आपको अपने लाभ को एक्सेस करने के लिए इलेक्ट्रॉनिक लाभ स्थानांतरण (EBT) मिलेगा। TANF के लिए, आपको अपने लाभों को एक्सेस करने के लिए EPPIC डेबिट मास्टर कार्ड मिलेगा। Medicaid के लिए, आपको प्रत्येक योग्य सदस्य के लिए Medicaid कार्ड मिलेगा।



लाभ हेतु आवेदन

सामुदायिक आउटरीच सेवाएँ

अन्य DHS सेवाओं के बारे में अधिक जानकारी के लिए, कृपया हमारी वेबसाइट <http://dfcs.georgia.gov> पर जाएं या 1-877-423-4746 पर कॉल करें।

लाभ के लिए आवेदन कैसे करें?

चरण 1. आवेदन भरें।

सावधानीपूर्वक प्रश्नों को पढ़ें और सही जानकारी दें। हस्ताक्षर करें और आवेदन की तिथि लिखें।

चरण 2. अपने स्थानीय कार्यालय को आवेदन सौंपें।

आपको पेज 1, 12-13 को फाइल करें उन्हें अपने लिए रखना होगा।

मेल, फ़ैक्स, या इस आवेदन के पृष्ठ 2-11 को परिवार और शिशु सेवा प्रभाग (डीएफसीएस) के अपने स्थानीय कार्यालय में लाएं। आप अपने स्थानीय कार्यालय का पता <http://dfcs.georgia.gov/locations> पर लगा सकते हैं।

आप या आप जिस व्यक्ति के लिए आवेदन कर रहे हैं यदि वह इस लाभ के पात्र हैं, तो हमें आपके नाम, पते और उस पर हस्ताक्षर के साथ आवेदन प्राप्त होने की तिथि से फ़ूड स्टैम्प का लाभ उपलब्ध कराया जाएगा। TANF का लाभ आवेदन स्वीकृत होने की तिथि से प्रदान किया जाएगा। यदि आप फ़ूड स्टैम्प्स, TANF और/या Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आप केवल अपने नाम, पते और हस्ताक्षर के साथ लाभ के लिए आवेदन दे सकते हैं। हालाँकि, यदि आप पूरा फ़ॉर्म भर देते हैं, तो हमें आपके आवेदन को जल्दी प्रोसेस करने में मदद मिल सकती है। आप एक से अधिक कार्यक्रमों का संयुक्त आवेदन देने या केवल फ़ूड स्टैम्प (एफएस) कार्यक्रम का आवेदन देने के लिए इस प्रपत्र का उपयोग कर सकते हैं। आपके एफएस आवेदन केवल इस आधार पर अस्वीकार नहीं किया जाएगा कि किसी अन्य कार्यक्रम के लिए आपका आवेदन अस्वीकार किया गया है। हम आपके एफएस आवेदन का अलग से पात्रता निर्धारण करेंगे। यदि आप किसी संस्था में हैं और एक ही समय में फ़ूड स्टैम्प्स और एसएसआई के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपके आवेदन की तिथि वह तिथि होगी जब आपको संस्था से छुट्टी मिलती है।

चरण 3. हम से बात करें।

आपको किसी श्रमिक के साथ साक्षात्कार पूरा करना पड़ सकता है। यदि ऐसा है तो, हम आपको अपॉइंटमेंट देंगे। इस साक्षात्कार को फ़ोन पर पूरा किया जा सकता है।

मुझे कौन सी जानकारी प्रदान करनी होगी?

निम्नलिखित प्रदान करना अच्छा विचार है:

- फ़ूड स्टैम्प और/या TANF के लिए आवेदन करने पर आवेदक के पहचान का प्रमाण। चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन करने पर सभी के लिए पहचान का प्रमाण। पहचान पत्र (आईडी) या ड्राइवर लाइसेंस (डीएल) सत्यापन का एक स्वीकार्य रूप है।
- लाभ का अनुरोध करने वाले सभी लोगों के लिए अमेरिकी नागरिकता/योग्य आप्रवासी स्थिति का प्रमाण। यदि आप केवल आपातकालीन चिकित्सा सेवाओं हेतु आवेदन कर रहे हैं, तो आपको अपने एसएसएन या अपने आव्रजन की स्थिति के बारे में जानकारी देनी पड़ेगी।
- सहायता का अनुरोध करने वाले सभी का सोशल सिक्यूरिटी नंबर।
- आय प्रमाण पत्र *उदाहरण के लिए*, पे स्टब, चाइल्ड सपोर्ट पेमेंट और इनकम अवाइड पत्र।
- चाइल्ड केयर की रसीदें, मेडिकल बिल, मेडिकल ट्रांसपोर्टेशन लागत, किराए/बंधक के लागत और चाइल्ड सपोर्ट पेमेंट जैसे खर्चों का प्रमाण।

आपको हमारे कार्यालय में किसी भी जानकारी को वापस करने के लिए समय दिया जाएगा। यदि आपको इस जानकारी को हासिल करने में सहायता चाहिए, तो कृपया हमें बताएं।

हम आवेदक की व्यक्तिगत जानकारी का उपयोग कैसे करते हैं?

आपको केवल उन लोगों का सामाजिक सुरक्षा संख्या (एसएसएन) और नागरिकता या आव्रजन स्थिति देनी है जो लाभ के लिए आवेदन करना चाहते हैं। इस जानकारी का उपयोग आय और पात्रता सत्यापन प्रणाली (आयईवीएस) की जांच के लिए किया जाएगा। हम आपकी आय और पात्रता को सत्यापित करने, वेतन की जानकारी और कार्य गतिविधियों में भागीदारी को ट्रैक करने के लिए अन्य संघीय, राज्य और स्थानीय एजेंसियों से आपकी जानकारी का मिलान भी करेंगे। यदि घर का कोई सदस्य हमें अपने एसएसएन, नागरिकता या आव्रजन स्थिति के बारे में जानकारी नहीं देना चाहता है, तो भी घर के अन्य सदस्यों को लाभ मिल सकता है। यदि आप केवल आपातकालीन चिकित्सा सेवाओं हेतु आवेदन कर रहे हैं, तो आपको अपने एसएसएन या अपने आव्रजन की स्थिति के बारे में जानकारी देनी पड़ेगी।

क्या कोई और मेरे लिए आवेदन कर सकता है?

फ़ूड स्टैम्प 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 केयरटेकर का साक्षात्कार आवश्यक है।



लाभ हेतु आवेदन

(इस आवेदन को पूरा करें और इसे अपने स्थानीय काउंटी डीएफसीएस कार्यालय में वापस करें।)

मेरा आवेदन किन किन चीजों के लिए है: (लागू होने वाले सभी को चिन्हित करें)

फूड स्टैम्प्स (पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP))

पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (एसएनएपी), जो पहले फूड स्टैम्प कहा जाता था, संघ द्वारा वित्त पोषित कार्यक्रम है जो कम आय वाले परिवारों को भोजन के खर्च का भुगतान करने में मदद करने के लिए मासिक लाभ प्रदान करता है।

यह कार्यक्रम परिवारों को उनके भोजन और पोषण संबंधी आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए पोषण शिक्षा देता है और रोजगार और प्रशिक्षण के अवसर देता है ताकि परिवारों को रोजगार हासिल करने में मदद मिल सके जिससे एसएनएपी पर वह कम निर्भर हो पाते हैं।

ज़रूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (टीएनएफ)

ज़रूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (टीएनएफ) बच्चों वाले पात्र परिवारों को मज़बूत करने के लिए अस्थायी मासिक नक़द भुगतान, सिंगल नक़द भुगतान या अन्य सपोर्ट सर्विसेज प्रदान करता है। यदि आप बच्चे के माता-पिता या केयरटेकर हैं जो अनुदान में शामिल होना चाहते हैं, तो हमें आपको किसी आजीविका कार्यक्रम में शामिल करना होगा।

Grandparents Raising Grandchildren (GRG)

Grandparents Raising Grandchildren (GRG) अतिरिक्त नक़द भुगतान प्रदान करेगा ताकि बच्चों की देखभाल उनके दादा दादी के घरों में की जा सके। **आवेदक को GRG योग्य होने के लिए TANF का आवेदन करना होगा।**

शरणार्थी नक़द सहायता

शरणार्थी नक़द सहायता कार्यक्रम शरणार्थी परिवारों को वित्तीय सहायता देता है जो टीएनएफ कार्यक्रम के पात्र नहीं हैं। शरणार्थी शब्द में शरणार्थी, क्यूबाई / हैती से आने वाले, मानव तस्करी के शिकार, अमेरिशियन और गैर-ज़िम्मेदार शरणार्थी नाबालिग शामिल हैं।

Medicaid

Medicaid बुजुर्ग, 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 आपको कौन सा दिया जा सकता है।

कृपया आवेदक के बारे में नीचे के चार्ट को भरें।

पहला नाम	मध्य आद्याक्षर	अंतिम नाम	प्रत्यय
गली का पता जहाँ आप रहते हैं		अपार्टमेंट	
शहर	राज्य	ज़िप कोड	
मेलिंग पता (यदि अलग हो)			
मुख्य टेलीफोन नंबर	अन्य संपर्क नंबर	ईमेल पता (वैकल्पिक)	
ईमेल संचार हाँ ___ या नहीं ___ (वैकल्पिक)		टेक्स्टिंग: हाँ ___ या नहीं ___ (वैकल्पिक)	
आपकी पसंद की भाषा कौन है?		यदि साक्षात्कार की आवश्यकता है तो क्या आपको अनुवादक चाहिए होगा? हाँ ___ या नहीं ___	

अमेरिकी विकलांग अधिनियम (एडीए): उचित संशोधन और संचार सहायता के लिए अनुरोध (यदि लागू हो):

क्या आपको कोई विकलांगता है जिसके लिए उचित संशोधन या संचार सहायता आवश्यक होगी? हाँ ___ नहीं ___ (यदि हाँ, तो कृपया उचित संशोधन या संचार सहायता का वर्णन करें जिसका आप अनुरोध कर रहे हैं):

साइन लैंग्वेज इंटरप्रेटर ___; TTY ___; बड़ा प्रिंट ___; इलेक्ट्रॉनिक संचार (ईमेल) ___; ब्रेल ___; वीडियो रिसे ___; क्यूड स्पीच इंटरप्रेटर ___; ओरल इंटरप्रेटर ___; टैक्टाइल इंटरप्रेटर ___; कार्यक्रम की समय सीमा का टेलीफोन कॉल रिमाइंडर ___; टेलीफोनिक हस्ताक्षर (यदि लागू हो) ___; आमने-सामने साक्षात्कार (होम विजिट) ___; अन्य: _____

क्या आपको इस उचित संशोधन या संचार सहायता की आवश्यकता एक बार ___ या लगातार ___ है? यदि संभव हो तो, संक्षेप में बताएं कि आपको कब और कब तक इस संशोधन या सहायता की आवश्यकता है?



परिवार और शिशु
सेवा प्रभाग



लाभ हेतु आवेदन

मैं झूठी गवाही के दंड के तहत अपनी सर्वश्रेष्ठ जानकारी और विश्वास से घोषणा करता/करती हूँ कि जिस व्यक्ति/जिन व्यक्तियों के लिए मैं लाभ का आवेदन कर रहा/रही हूँ वह/वे अमेरिकी नागरिक हैं या संयुक्त राज्य अमेरिका में विधिपूर्वक रह रहे गैर-नागरिक हैं। मैं आगे प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस आवेदन पर प्रदान की गई सभी जानकारी मेरी सर्वश्रेष्ठ जानकारी के अनुसार सत्य और सही है। मैं समझता/समझती और सहमत हूँ कि डीएचएस-डीएफसीएस, डीसीएच और अधिकृत संचयी एजेंसियां इस आवेदन में दी गई जानकारी को सत्यापित कर सकती हैं। जानकारी अतीत या वर्तमान नियुक्तियों से प्राप्त की जा सकती है। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरी जानकारी का उपयोग मजदूरी की जानकारी और आजीविका गतिविधियों में मेरी भागीदारी को ट्रैक करने के लिए किया जाएगा।

मैं फूड स्टैम्प / Medicaid और / या TANF कार्यक्रम की आवश्यकताओं के अनुसार अपनी स्थिति में किसी भी बदलाव की रिपोर्ट करूंगा। यदि मेरे घर में कुल \$3500 की राशि या उससे अधिक का किसी को कोई लॉटरी निकलती है या कोई जुआ जीतता है, तो मैं इसकी भी रिपोर्ट करूंगा। मैं उस महीने के अंत से 10 दिनों के भीतर इन जीत की रिपोर्ट करूंगा जिसमें मेरे घरवालों को जीत मिलती है। मैं समझता/समझती हूँ कि यदि कोई सूचना गलत है, तो मेरे लाभ को कम या अस्वीकार किया जा सकता है, और मैं जानबूझकर गलत जानकारी देने के लिए आपराधिक मुकदमा का/की भागी या डीएचएस-डीएफसीएस कार्यक्रमों से अयोग्य हो सकता/सकती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मैं गलत जानकारी देता/देती हूँ जानकारी छिपाता/छिपाती हूँ तो मेरे खिलाफ मुकदमा चलाया जा सकता है। मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मैं अपने आवेदन या नवीनीकरण साक्षात्कार में अपने कुछ खर्चों के बारे में डीएचएस-डीएफसीएस को बताने में और/या उन्हें सत्यापित करने में विफल रहा/रही तो डीएचएस-डीएफसीएस मेरे फूड स्टैम्प लाभ की राशि का हिसाब लगाने में उस खर्च का बजट नहीं करेगा।

हस्ताक्षर

तिथि

गवाह का हस्ताक्षर यदि "X" द्वारा हस्ताक्षर किया गया हो

तिथि

अधिकृत प्रतिनिधि:

इस अनुभाग को केवल तभी पूरा करें जब आप चाहते हैं कि कोई व्यक्ति आपके आवेदन को भरें, आपका साक्षात्कार पूरा करें और/या आपके स्टोर न जाने की स्थिति में आपके ईबीटी कार्ड का उपयोग करके भोजन खरीद सकें। यदि आप Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आप अपनी ओर से चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन करने के लिए एक से अधिक लोगों को चुन सकते हैं।

नाम 1: _____

फ़ोन: _____

पता: _____

अपार्टमेंट: _____

शहर: _____

राज्य: _____ ज़िप: _____

पसंदीदा भाषा: _____

क्या अनुवादक की आवश्यकता है? हाँ _____ या नहीं _____

नाम 2: _____

फ़ोन: _____

पता: _____

अपार्टमेंट: _____

शहर: _____

राज्य: _____ ज़िप: _____

पसंदीदा भाषा: _____

क्या अनुवादक की आवश्यकता है? हाँ _____ या नहीं _____

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

अमेरिकी विकलांग अधिनियम (एडीए): उचित संशोधन और संचार सहायता के लिए अनुरोध अधिकृत प्रतिनिधियों के लिए (यदि लागू हो):

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

साइन लैंग्वेज इंटरप्रेटर _____; TTY _____; बड़ा प्रिंट _____; इलेक्ट्रॉनिक संचार (ईमेल) _____; ब्रेल _____; वीडियो रिसे _____; क्यूड स्पीच इंटरप्रेटर _____; ओरल इंटरप्रेटर _____; टैक्टाइल इंटरप्रेटर _____; कार्यक्रम की समय सीमा का टेलीफोन कॉल रिमाइंडर _____; टेलीफोनिक हस्ताक्षर (यदि लागू हो) _____; आमने-सामने साक्षात्कार (होम विजिट) _____; अन्य: _____

क्या अधिकृत प्रतिनिधि को इस उचित संशोधन या संचार सहायता की आवश्यकता है

एक-बार _____ या लगातार _____? यदि संभव हो तो, संक्षेप में बताएं कि आपको कब और कब तक इस संशोधन या सहायता की आवश्यकता है?

कार्यालय उपयोग के लिए केवल

प्राप्ति की तिथि: _____



लाभ हेतु आवेदन

क्या मैं फ़ूड स्टैम्प पाने के लिए योग्य हूँ:

यह देखने के लिए कि आपको 7 दिनों के अंदर फ़ूड स्टैम्प मिल सकता है या नहीं आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में इन प्रश्नों का उत्तर दें।

- क्या आप या घर का कोई सदस्य अप्रवासी या मौसमी किसान है? हाँ नहीं
यदि हैं तो, कौन _____
- कुल सकल अर्जित की गयी आय जो इस महिना के लिए प्राप्त होगी: \$ _____
नियोक्ता का नाम _____
नौकरी शुरू करने की तिथि _____ नौकरी समाप्त करने की तिथि _____
मज़दूरी की दर _____ साप्ताहिक कार्य घंटे _____ wk/bi-wk/semi-mo/mo (किसी एक को घेरें)
- कुल सकल अनार्जित आय जो इस महिना के लिए प्राप्त किया जाएगा: \$ _____
अनार्जित आय का प्रकार _____ राशि _____ wk/bi-wk/semi-mo/mo (किसी एक को घेरें)
अनार्जित आय का प्रकार _____ राशि _____ wk/bi-wk/semi-mo/mo (किसी एक को घेरें)
- इस महीने के लिए कुल अर्जित और अनार्जित आय: \$ _____
- आपके और घर के सभी सदस्यों के पास कितना पैसा नक़द या बैंक में है? \$ _____
- आपके किराए, बंधक, संपत्ति कर, और/या गृहस्वामी के बीमा की मासिक राशि क्या है? \$ _____
- इस महीने आपके बिजली, पानी, गैस और/या अन्य उपयोगी सेवाओं की कुल राशि क्या है? \$ _____
(पिछली कुल देय और विलंब शुल्क राशि को घटाएं)
- a. आपके घर को ठंडा या गर्म करने का प्राथमिक स्रोत क्या है? लागू होने वाले सभी को चिह्नित करें
बिजली _____ गैस _____ विंडो या सेंट्रल एयर कंडीशनर _____ केरोसिन तेल _____ लकड़ी _____
- b. क्या आपको पिछले 12 महीनों में एनर्जी की सहायता मिली है? हाँ नहीं यदि हाँ तो, प्राप्त राशि \$ _____



लाभ हेतु आवेदन

हमें आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में बताएं

कृपया आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में नीचे का चार्ट भरें। निम्नलिखित संघीय कानून और नियम: 2008 का खाद्य और पोषण अधिनियम, 7 यू.एस.सी. § 2011-2036, 7. सी.एफ.आर. § 273.2, 45 सी.एफ.आर. § 205.52, 42 सी.एफ.आर. § 435.910, और 42 सी.एफ.आर. § 435.920, आपको और आपके घर के सदस्यों को सामाजिक सुरक्षा संख्या का अनुरोध करने के लिए डीएफसीएस को अधिकृत करता है। जो कोई भी 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 आब्रजन स्थिति के बारे में जानकारी देने की आवश्यकता नहीं है और वे लाभ के पात्र नहीं हैं। घर के अन्य सदस्य अन्यथा पात्र होने पर भी इन लाभों को प्राप्त कर सकते हैं। यदि आप चाहते हैं कि हम यह तय करें कि घर का कोई सदस्य लाभ का पात्र है या नहीं तो भी आपको हमें उनकी नागरिकता या आब्रजन स्थिति के बारे में बताना होगा और हमें उनका सामाजिक सुरक्षा संख्या (एसएसएन) देना होगा। पूरे घर की पात्रता और लाभ के स्तर को निर्धारित करने के लिए आपको उनकी आय और संसाधनों के बारे में हमें बताना होगा। हम अमेरिकी नागरिकता और आब्रजन सेवाओं (USCIS) पात्रता हेतु व्यवस्थित विदेशी सत्यापन (SAVE) प्रणाली को किसी भी गैर-आवेदक घर के सदस्यों की रिपोर्ट नहीं करेंगे यदि वे हमें अपनी नागरिकता या आप्रवास स्थिति नहीं देते हैं। हालाँकि, यदि आपके आवेदन पर आब्रजन स्थिति की जानकारी दी गई है, तो SAVE प्रणाली से इस जानकारी का सत्यापन हो सकता है और घर की पात्रता और लाभ के स्तर को प्रभावित कर सकती है। हम आपकी आय और पात्रता का सत्यापन करने के लिए अन्य संघीय, राज्य और स्थानीय एजेंसियों से आपकी जानकारी का मिलान करेंगे। इस जानकारी को कानून से भाग रहे लोगों को पकड़ने के लिए कानून प्रवर्तन अधिकारियों को भी उपयोग करने के लिए दी जा सकती है। यदि आपके घर में फूड स्टैम्प का क्लेम है, तो एसएसएन सहित इस आवेदन की जानकारी संघीय और राज्य एजेंसियों और निजी क्लेम कलेक्शन एजेंसियों को दी जा सकती है ताकि वे क्लेम एकत्र करने में उनका उपयोग कर सकें। हम आवेदक के घर के सदस्यों को इस कारण से लाभ से इनकार नहीं करेंगे क्योंकि घर के अन्य सदस्य अपने एसएसएन, नागरिकता या आब्रजन की स्थिति प्रदान नहीं कर पाए।

नाम पहला मध्य अद्याक्षर अंतिम	संबंध	क्या यह व्यक्ति लाभ के लिए आवेदन कर रहा है?	जन्म तिथि प्रारूप (--/--/--)	सामाजिक सुरक्षा संख्या (केवल आवेदक)	लिंग (पुरुष/स्त्री)	हिस्पैनिक या लैटिनो? (वैकल्पिक)	नस्ल कोड (वैकल्पिक)	क्या आप अमेरिकी नागरिक, योग्य विदेशी/अप्रवासी हैं? (केवल आवेदक)
	स्वयं	(हाँ/न)				(हाँ/न)	(नीचे कॉड देखें)	(हाँ/न)

नस्ल कोड (लागू होने वाले सभी को चुनें):

AI - भारतीय अमेरिकन या अलास्का का मूल निवासी

AS - एशियाई

BL - अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी

HP - हवाई का मूल निवासी तथा अन्य प्रशांत द्वीप वासी

WH - श्वेत

नस्ल / जातीयता की जानकारी प्रदान करके, आप हमारे कार्यक्रमों को गैर-भेदभावपूर्ण तरीके से संचालित करने में हमारी सहायता करेंगे। आपके घरवालों को हमें यह जानकारी देने की आवश्यकता नहीं है और इससे आपकी पात्रता या लाभ का स्तर प्रभावित नहीं होगा।



लाभ हेतु आवेदन

आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में अधिक बताएं

हमें यह तय करने के लिए कौन लाभ का पात्र है आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में अधिक जानकारी की आवश्यकता है। कृपया नीचे के पृष्ठ पर उन लाभों से संबंधित प्रश्नों के ही उत्तर दें जो आप प्राप्त करना चाहते हैं।

1. क्या किसी को किसी अन्य काउंटी या राज्य में कोई लाभ मिला है? हाँ नहीं

यदि हाँ तो:

कौन: _____

कहाँ: _____

कब: _____

2. क्या 8/22/96 के बाद एक से अधिक क्षेत्र में एक से अधिक एफएस लाभ पाने के लिए ग़लत जानकारी देने के लिए कि वे कहाँ रहते हैं और वे कौन हैं किसी को सज़ा मिली है? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स के लिए) हाँ नहीं

यदि हाँ तो:

कौन: _____

कहाँ: _____

कब: _____

3. क्या आवेदन की तिथि के 30 दिनों के भीतर आपके घर के किसी व्यक्ति ने स्वेच्छा से नौकरी छोड़ी है या स्वेच्छा से अपने काम के घंटों को प्रति सप्ताह 30 घंटे से कम किया है? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स और टीएनएफ़ के लिए) हाँ नहीं
यदि हाँ तो किसने छोड़ा? _____
उसने क्यों छोड़ा? _____

4. क्या कोई गर्भवती है? * यदि उपलब्ध हो तो कृपया गर्भावस्था का प्रमाण दें। हाँ नहीं
कौन: _____
नियत तिथि: _____
(यह प्रश्न केवल फ़ूड स्टैम्प वाले आवेदकों पर लागू नहीं होता है)

5. Medicaid के लिए, क्या किसी का अंतिम 3 महीने से अभुक्त मेडिकल बिल है? हाँ नहीं
(यह प्रश्न केवल फ़ूड स्टैम्प या टीएनएफ़ वाले आवेदकों पर लागू नहीं होता है)

6. क्या किसी को फ़ूड स्टैम्प या टीएनएफ़ कार्यक्रम से अयोग्य ठहराया गया है? हाँ नहीं
यदि हाँ:
a. कौन: _____
b. कहाँ: _____

7. क्या कोई किसी अपराध के लिए सज़ा या जेल से बचने की कोशिश कर रहा है? हाँ नहीं
(केवल फ़ूड स्टैम्प्स और टीएनएफ़ के लिए)
यदि हाँ तो, कौन: _____

8. क्या कोई परिवीक्षा या पैरोल की शर्तों का उल्लंघन कर रहा है? (केवल फ़ूड स्टैम्प्स और टीएनएफ़ के लिए) हाँ नहीं
यदि हाँ तो, कौन: _____



लाभ हेतु आवेदन

9. 8/22/96 के बाद नियंत्रित मादक पदार्थ रखने, इसके उपयोग या वितरण से संबंधित बर्ताव के कारण किसी को इस अपराध की दोष सिद्धि (ड्रग अपराध) में या हिंसा के अपराध में किसी का दोष सिद्ध हुआ है (केवल फूड स्टैम्प्स और TANF के लिए)? हाँ नहीं

यदि हाँ तो:

कौन: _____

कब: _____

a) क्या आप ड्रग अपराध का दोष सिद्ध होने के कारण मिली किसी भी सज़ा से संबंधित परिवीक्षा की शर्तों को पूरा कर रहे हैं?
(केवल फूड स्टैम्प्स और टीएएनएफ) हाँ नहीं

b) क्या आप ड्रग अपराध का दोष सिद्ध होने के कारण मिली किसी भी सज़ा से संबंधित पैरोल की शर्तों को पूरा कर रहे हैं?
(केवल फूड स्टैम्प्स और टीएएनएफ) हाँ नहीं

c) क्या आपने किसी भी मादक पदार्थ संबंधी दोष से संबंधित **परिवीक्षा या पैरोल की सभी शर्तों** को सफलतापूर्वक पूरा किया है?
(केवल फूड स्टैम्प्स और टीएएनएफ) हाँ नहीं

10. क्या आपको या घर के किसी सदस्य को 8/22/96 के बाद मादक पदार्थों के लिए फूड स्टैम्प लाभ को बेचने का दोषी ठहराया गया है?
(केवल फूड स्टैम्प्स के लिए) हाँ नहीं

यदि हाँ तो:

कौन: _____

कब: _____

11. क्या आपको या घर के किसी सदस्य को 8/22/96 के बाद \$500 से अधिक के फूड स्टैम्प लाभ को खरीदने या बेचने का दोषी ठहराया गया है? (केवल फूड स्टैम्प्स के लिए) हाँ नहीं

यदि हाँ तो:

कौन: _____

कब: _____

12. क्या आपको या घर के किसी सदस्य को 8/22/96 के बाद बंदूक, गोला बारूद या विस्फोटक के लिए फूड स्टैम्प लाभ को बेचने का दोषी ठहराया गया है? (केवल फूड स्टैम्प्स के लिए) हाँ नहीं

यदि हाँ तो:

कौन: _____

कब: _____

13. क्या आपको या घर के किसी सदस्य को लॉटरी या जुए में जीत मिली है? (केवल फूड स्टैम्प्स के लिए) हाँ नहीं

यदि हाँ तो:

कौन: _____

कब: _____

प्राप्त राशि: _____

14. क्या किसी ने निम्नलिखित प्रतिष्ठानों, शराब की दुकानों, कैसीनो, पोकर रूम, वयस्क मनोरंजन व्यवसाय, ज़मानत बांड, नाइट क्लब, सैलून/बार, बिंगो हॉल, रेस ट्रैक, बंदूक/गोला बारूद स्टोर, क्रूज़ जहाजों, साइकिक रीडर्स, धूम्रपान की दुकानों, टैटू/छेदन की दुकानों, और स्पा/मालिश सैलून में TANF फंड या EPPIC कार्ड का उपयोग किया है? (केवल TANF के लिए) हाँ नहीं

यदि हाँ तो:

कौन: _____

कब: _____



लाभ हेतु आवेदन

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

क्या आप या आप जिसके लिए आवेदन कर रहे हैं उन्हें किसी भी प्रकार की आय प्राप्त होती है, जैसे: मज़दूरी, टिप्स, बोनस, स्वरोज़गार, सामाजिक सुरक्षा/रेलसडक सेवानिवृत्ति, अन्य विकलांगता, वीए आय, पेंशन, बेरोज़गारी, बाल सहायता, गुज़ारा भत्ता, अन्य लोगों से पैसा, श्रमिक हर्जाना, या कोई अन्य आय? यदि हाँ तो, नीचे का चार्ट पूरा करें।

आय के साथ घर के सदस्य का नाम	आय का प्रकार	नियोक्ता का नाम /आय का स्रोत	मासिक राशि (कटौती से पहले)	कितनी बार प्राप्त हुआ (मासिक, पाक्षिक,	प्रति घंटे का भुगतान करें	घंटे प्रति सप्ताह	तिथि (S) भुगतान किया गया

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

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

व्यक्ति जिसे देखभाल की आवश्यकता है	व्यक्ति जो देखभाल के लिए भुगतान करता है	देखभाल का कारण	प्रदाता का नाम/नंबर	प्रदाता को अदा की गयी राशि	कितनी बार भुगतान किया गया

क्या आप किसी आश्रित बच्चे या घर के वयस्क विकलांग सदस्य की ट्रांसपोर्टेशन खर्च का भुगतान करते हैं? हाँ नहीं

क्या ये खर्च आश्रित लोगों की देखभाल के खर्चों में शामिल हैं? हाँ नहीं

यदि नहीं, तो कृपया इस प्रश्न का उत्तर दें: साप्ताहिक कुल चालित मील: _____

क्या 60 साल या उससे अधिक आयु के या विकलांगों की चिकित्सा पर कोई खर्च है? हाँ नहीं यदि हाँ तो, नीचे का चार्ट पूरा करें।

घर का कोई सदस्य जिसका खर्च है	खर्च का प्रकार (डॉक्टर के विज़िट, अस्पताल के विज़िट, नुस्खे, मेडिकेयर या स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम, चश्मा)	बकाया राशि	अब तक बकाया? हाँ/नहीं	भुगतान की तिथि	क्या बीमा से भुगतान होगा? हाँ/नहीं

क्या 60 साल या उससे अधिक आयु के या विकलांगों की परिवहन के लिए चिकित्सा पर कोई खर्च है? हाँ नहीं

यदि हाँ तो, नीचे का चार्ट पूरा करें।

यात्रा का उद्देश्य (डॉक्टर या अस्पताल विज़िट, फार्मसी पिक-अप)	कुल चालित मील:	टैक्सी, बस, पार्किंग या ठहरने की लागत:



परिवार और शिशु
सेवा प्रभाग



लाभ हेतु आवेदन

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

क्या घर का कोई भी बच्चा घर से बाहर रहने वाले के लिए चाइल्ड सपोर्ट का भुगतान करता है? का चार्ट पूरा करें.

हाँ नहीं यदि हाँ तो, नीचे

भुगतान के लिए बाध्य घर के सदस्य	बच्चे का नाम जिसको सपोर्ट किया जाता है	भुगतान के लिए निर्धारित राशि	भुगतान की वास्तविक राशि	बाल सहायता भुगतान किसे दिया जाता है?

क्या आपका या घर के किसी सदस्य का आश्रय और उपयोगिता के खर्च हैं? हाँ नहीं

यदि हाँ तो, नीचे का चार्ट पूरा करें.

खर्च	राशि	कितनी बार?	किसने भुगतान किया?
किराया/बंधक			
संपत्ति कर			
संपत्ति बीमा			
बिजली			
गैस			
कूड़ा			
टेलीफोन			
अन्य			

क्या आप घर में किसी के साथ महीना के घरेलू खर्चों को साझा करते हैं? हाँ नहीं

यदि हाँ तो, कौन? _____

टिप्पणियाँ/दस्तावेज़ _____

किसे भुगतान किया _____ भुगतान की गयी राशि \$ _____ प्रति _____

मालिक मकान का नाम _____

मालिक मकान का पता: _____

क्या कोई और भी आपके बदले इन घरेलू बिलों का भुगतान करता है? हाँ नहीं यदि हाँ तो, नीचे का चार्ट पूरा करें:

बिल का भुगतान कौन करता है?	कौन से बिलों का भुगतान किया जाता है?
कितनी राशि का भुगतान किया जाता है?	यह व्यक्ति किसे बिल का भुगतान करता है?



लाभ हेतु आवेदन

फूड स्टैम्प (SNAP) कार्यक्रम जुर्माना

आप जानबूझकर ग़लत जानकारी देने पर अपने लाभों को खो सकते हैं या आप पर आपराधिक अभियोजन भी चल सकता है।

- ऐसे लाभ लेने के लिए जो आपके परिवार को नहीं मिलना चाहिए ग़लत जानकारी न दें या जानकारी न छिपाएं।
- ऐसे फ़ूड स्टैम्प्स या ईबीटी कार्ड्स का इस्तेमाल न करें जो आपके नहीं हैं और न ही किसी और को अपना इस्तेमाल करने दें।
- खाना के अतिरिक्त कोई सामान जैसे शराब या सिगरेट या क्रेडिट कार्ड का भुगतान करने के लिए फ़ूड स्टैम्प का उपयोग न करें।
- अवैध वस्तुओं, जैसे आग्नेयास्त्र, गोला-बारूद या नियंत्रित पदार्थ (अवैध ड्रग्स) के लिए फ़ूड स्टैम्प्स या EBT कार्ड का व्यापार या विक्रय न करें।

घर का कोई भी सदस्य जो ख़ास कर फ़ूड स्टैम्प के किसी भी नियम को तोड़ता है, उसे एक वर्ष से लेकर हमेशा के लिए फ़ूड स्टैम्प कार्यक्रम से प्रतिबंधित किया जा सकता है, \$250,000 तक का जुर्माना, 20 वर्ष तक की क़ैद या दोनों हो सकता है। उन्हें संघीय और राज्य के अन्य लागू क़ानूनों के तहत सज़ा हो सकती है। न्यायालय के आदेश पर उन्हें फ़ूड स्टैम्प कार्यक्रम से अतिरिक्त 18 महीने के लिए अलग रखा जा सकता है।

कोई भी घर का सदस्य जो जानबूझकर नियमों को तोड़ता है, उन्हें पहले अपराध के लिए एक वर्ष, दूसरी बार अपराध के लिए दो वर्ष और तीसरी बार अपराध के लिए स्थायी रूप से फ़ूड स्टैम्प से वंचित किया जा सकता है।

यदि न्यायालय आपको या घर के किसी सदस्य को किसी नियंत्रित पदार्थ की बिक्री से जुड़े लेनदेन में फ़ूड स्टैम्प लाभ का उपयोग करने या प्राप्त करने का दोषी पाती है, तो आप या घर का वह सदस्य पहली बार अपराध के लिए दो साल तक लाभ के पात्र नहीं होंगे, और दूसरी बार अपराध करने पर स्थायी रूप से उनकी पात्रता ले ली जाएगी।

यदि न्यायालय आपको या घर के किसी सदस्य को आग्नेयास्त्रों, गोला-बारूद या विस्फोटकों की बिक्री से जुड़े लेन-देन में इस्तेमाल या प्राप्त करने का दोषी पाती है, तो आप या घर का वह सदस्य इस पहले उल्लंघन के अपराध पर फ़ूड स्टैम्प कार्यक्रम में भाग लेने से हमेशा के लिए अयोग्य हो जाएगा।

यदि न्यायालय आपको या घर के किसी सदस्य को \$500 या अधिक की कुल राशि के लाभ का व्यापार करने का दोषी पाती है, तो आप या घर का वह सदस्य इस पहले उल्लंघन के अपराध पर फ़ूड स्टैम्प कार्यक्रम में भाग लेने से हमेशा के लिए अयोग्य हो जाएगा।

यदि आपको या घर के किसी सदस्य को एक से अधिक फ़ूड स्टैम्प लाभ पाने के लिए पहचान (वे कौन हैं) या निवास स्थान (वे कहाँ रहते हैं) के संबंध में कोई ग़लत बयान देने या व्याख्या करने वाला पाया जाता है तो आपको या उस घर के सदस्य को 10 साल की अवधि के लिए फ़ूड स्टैम्प कार्यक्रम में भाग लेने से अयोग्य कर दिया जाएगा।

TANF कार्यक्रम जुर्माना

TANF कार्यक्रम में, IPV (जानबूझकर कार्यक्रम उल्लंघन) किसी व्यक्ति द्वारा ग़लत या भ्रामक जानकारी प्रदान करके या जानकारी को छिपा कर के सहायता इकाई (एयू) की पात्रता को स्थापित करने या बनाए रखने के लिए, या एयू के लाभों को बढ़ाने या कटौती को रोकने के उद्देश्य से जानबूझ कर की जाने वाली कार्रवाई है।

- घर का कोई सदस्य जो जानकारी छिपाता है और समय पर बदलाव की रिपोर्ट नहीं करता है या सच नहीं बताता है वह पहले उल्लंघन के लिए छह महीने के लिए, दूसरे उल्लंघन के लिए बारह महीने और तीसरे उल्लंघन के लिए हमेशा के लिए TANF लाभ से वंचित हो जाएगा। कैसिनो, शराब की दुकानों, वयस्क-उन्मुख मनोरंजन सुविधाओं "स्ट्रिप क्लब", पोकर रूम, बेल बॉन्ड, नाइट क्लब/सैलून/बार, बिंगो हॉल, रेस ट्रैक, गेमिंग प्रतिष्ठानों, बंदूक/गोला-बारूद की दुकानों, कूज़ जहाज़ों, साइकिक रीडर्स, धूमपान की दुकानों, टैटू/छेदन की दुकानों, और स्पा/मालिश सैलून में नक़द निकालने या लेन देन करने में नक़द सहायता निधि या TANF डेबिट कार्ड का दुरुपयोग पूरी तरह से प्रतिबंधित है और पहले उल्लंघन पर छह महीने के लिए, दूसरे उल्लंघन पर बारह महीने और तीसरे उल्लंघन के लिए हमेशा के लिए TANF लाभ से वंचित कर दिया जाएगा।
- यदि न्यायालय को लगता है कि आप या आपके घर के किसी सदस्य ने जानकारी छिपाई है या समय पर बदलाव के बारे में रिपोर्ट नहीं की है या सच नहीं बताई है और यह कि सज़ायाप्तता है तो आपको पहले उल्लंघन के लिए 6 महीने तक, दूसरे उल्लंघन के लिए 12 महीने तक और तीसरे उल्लंघन के लिए हमेशा तक TANF नहीं दिया जा सकता है।
- यदि न्यायालय को लगता है कि आपने या आपके घर के किसी भी सदस्य ने इस बात की ग़लत जानकारी दी है कि आप कहाँ रहते हैं ताकि आप एक से अधिक राज्यों में लाभ प्राप्त कर सकें, तो आपको 10 साल तक के लिए वंचित कर दिया जाएगा।
- यदि किसी अदालत ने आपको 1/1/97 को या इसके बाद ड्रग से संबंधित आरोप में या गंभीर हिंसक अपराध का दोषी ठहराया है, तो आप या घर का वह सदस्य योग्य नहीं होगा और/या हमेशा के लिए अयोग्य कर दिया जाएगा।



लाभ हेतु आवेदन

सभी फूड स्टैम्प, TANF और Medicaid आवेदकों के लिए:

मैं झूठी गवाही के दंड के तहत अपनी सर्वश्रेष्ठ जानकारी और विश्वास से घोषणा करता/करती हूँ कि जिस व्यक्ति/जिन व्यक्तियों के लिए मैं लाभ का आवेदन कर रहा/रही हूँ वह/वे अमेरिकी नागरिक हैं या संयुक्त राज्य अमेरिका में विधिपूर्वक रह रहे गैर-नागरिक हैं। मैं आगे प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस आवेदन पर प्रदान की गई सभी जानकारी मेरी सर्वश्रेष्ठ जानकारी के अनुसार सत्य और सही है। मैं समझता/समझती और सहमत हूँ कि डीएचएस-डीएफसीएस, डीसीएच और अधिकृत संघीय एजेंसियां इस आवेदन में दी गई जानकारी को सत्यापित कर सकती हैं। जानकारी अतीत या वर्तमान नियोक्ताओं से प्राप्त की जा सकती है। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरी जानकारी का उपयोग मज़दूरी की जानकारी और आजीविका गतिविधियों में मेरी भागीदारी को ट्रैक करने के लिए किया जाएगा।

मैं फूड स्टैम्प / Medicaid और / या TANF कार्यक्रम की आवश्यकताओं के अनुसार अपनी स्थिति में किसी भी बदलाव की रिपोर्ट करूंगा। यदि मेरे घर में कुल \$3500 की राशि या उससे अधिक का किसी को कोई लॉटरी निकलती है या कोई जुआ जीतता है, तो मैं इसकी भी रिपोर्ट करूंगा। मैं उस महीने के अंत से 10 दिनों के भीतर इन जीत की रिपोर्ट करूंगा जिसमें मेरे घरवालों को ज़ीत मिलती है। मैं समझता/समझती हूँ कि यदि कोई सूचना गलत है, तो मेरे लाभ को कम या अस्वीकार किया जा सकता है, और मैं जानबूझकर गलत जानकारी देने के लिए आपराधिक मुकदमा का/की भागी या डीएचएस-डीएफसीएस कार्यक्रमों से अयोग्य हो सकता/सकती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मैं गलत जानकारी देता/देती हूँ जानकारी छिपाता/छिपाती हूँ तो मेरे खिलाफ मुकदमा चलाया जा सकता है। मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मैं अपने आवेदन या नवीनीकरण साक्षात्कार में अपने कुछ खर्चों के बारे में डीएचएस-डीएफसीएस को बताने में और/या उन्हें सत्यापित करने में विफल रहा/रही तो डीएचएस-डीएफसीएस मेरे फूड स्टैम्प लाभ की राशि का हिसाब लगाने में उस खर्च का बजट नहीं करेगा।

आवेदक का हस्ताक्षर

तिथि

अधिकृत प्रतिनिधि का हस्ताक्षर

तिथि

वोटर पंजीकरण जानकारी

यदि आप उस स्थान पर मतदान करने के लिए पंजीकृत नहीं हैं जहां आप रहते हैं, तो क्या आप मतदान करने के लिए आज यहां पंजीकरण करना चाहते हैं?

_____ हाँ

_____ नहीं

_____ मैं वोटर पंजीकरण प्रश्न का उत्तर नहीं देना चाहता/चाहती

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

यदि आप को वोटर पंजीकरण आवेदन भरने में सहायता चाहिए तो हम आपकी मदद करेंगे। सहायता मांगनी या स्वीकार करनी है इसका निर्णय आपका है। आप निजी तौर पर आवेदन फॉर्म भर सकते हैं।

यदि आप को लगता है कि किसी ने आपके पंजीकरण के अधिकार को, वोट करने के लिए पंजीकरण न करने के अधिकार को, वोट करने के लिए पंजीकरण करने या पंजीकरण के लिए आवेदन करना है या नहीं यह तय करने के अधिकार को या अपनी राजनैतिक पार्टी या राजनैतिक पसंद चुनने के अधिकार में दखलअंदाज़ी किया है तो आप राज्य सचिव से यहाँ शिकायत दर्ज करा सकते हैं:

2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 or by calling 404-656-2871.

यदि आप किसी बॉक्स को चिन्हित नहीं करते हैं तो समझा जाएगा कि आप ने इस समय वोट करने के लिए पंजीकरण नहीं करने का निर्णय लिया है।

जॉर्जिया वोटर पंजीकरण आवेदन की एक प्रति डीएफसीएस आवेदन, नवीकरण और पते में परिवर्तन फॉर्म के साथ शामिल है। आप अपने केसवर्कर से मतदाता पंजीकरण आवेदन भी मांग सकते हैं। यदि आप मतदाता पंजीकरण आवेदन को पूरा करते हैं, तो इसे मतदाता पंजीकरण आवेदन पर दिए गए निर्देशों का पालन करते हुए जॉर्जिया के राज्य सचिव कार्यालय में जमा करें।



लाभ हेतु आवेदन

(इन दस्तावेजों को अपनी जानकारी के लिए रखें)

इस आवेदन में प्रयुक्त शब्दों का क्या तात्पर्य है?

यह चार्ट इस आवेदन में हमारे द्वारा उपयोग किए गए शब्दों की व्याख्या करता है।

आवेदक	ऐसा व्यक्ति जो सरकारी सहायता या लाभ प्राप्त करने के लिए आवेदन करना चाहता है।
गैर-आवेदक	ऐसा व्यक्ति जो सरकारी सहायता/लाभ के लिए आवेदन नहीं करता है या प्राप्त नहीं करता है; गैर-आवेदकों को एसएसएन, नागरिकता या आव्रजन स्थिति प्रदान करने की आवश्यकता नहीं होती है।
सहायता यूनिट (एयू)	सहायता यूनिट में योग्य व्यक्ति शामिल होते हैं जो एक साथ रहते हैं और सरकारी सहायता/लाभ प्राप्त करते हैं।
केयरटेकर	माता-पिता, रिश्तेदार या कानूनी अभिभावक जो अपनी देखभाल में बच्चों के साथ TANF के लिए आवेदन करता है और प्राप्त करता है।
अनुदान ग्राही रिश्तेदार	माता-पिता, रिश्तेदार या कानूनी अभिभावक जो बच्चों के उपलक्ष्य में TANF के लिए आवेदन करता है और प्राप्त करता है।
अयोग्य	किसी व्यक्ति को फूड स्टैम्प या TANF मामले से हटाने की कार्रवाई क्योंकि उन्होंने सच्चाई नहीं बताई और उन्होंने वह लाभ लिया जो उन्हें नहीं लेना चाहिए था।
इलेक्ट्रॉनिक लाभ स्थानांतरण (ईबीटी)	फूड स्टैम्प (SNAP) के पात्र लोगों को लाभ का भुगतान करने वाली जॉर्जिया में प्रयुक्त प्रणाली। सहायता पा रहे लोगों को ईबीटी डेबिट कार्ड निर्गत किया जाता है जिसका उपयोग उनके फूड स्टैम्प एकाउंट्स को एक्सेस करने में होता है।
EPPI कार्ड डेबिट MasterCard	जॉर्जिया में नकदी सहायता पाने वाले लोगों के लिए ज़ेरॉक्स द्वारा जारी नया डेबिट कार्ड। जहाँ कहीं MasterCard स्वीकार्य है वहाँ EPPICard डेबिट MasterCard का उपयोग खरीदारी और नकद वापसी के लिए स्वीकार किया जाएगा।
घर के सदस्य	लोग जो आपके घर में रहते हैं फूड स्टैम्प (SNAP) के लिए, वे लोग जो एक साथ रहते हैं और एक साथ अपना भोजन खरीदते हैं और तैयार करते हैं।
आय	भुगतान जैसे मज़दूरी, वेतन, कमीशन, बोनस, श्रमिक हरजाना, विकलांगता, पेंशन, सेवानिवृत्ति लाभ, ब्याज, बाल सहायता या किसी भी रूप में प्राप्त धन।
सकल आय	कर या अन्य कटौती पर विचार करते हुए व्यक्ति की कुल आय।
प्रवासी खेत मज़दूर	वे व्यक्ति जो मौसमी खेत मज़दूर हैं और जो एक घर से दूसरे घर खेती के काम के लिए या काम की तलाश में घूमते रहते हैं।
संसाधन	नकद, संपत्ति या संपत्ति जैसे बैंक खाते, गाड़ियाँ, शेयर, बॉन्ड और जीवन बीमा।
मौसमी खेत मज़दूर	वे लोग जो वर्ष के कुछ निश्चित समय पर अनाज, फल या सब्जी की रोपणी, कटाई या पैकिंग का काम करते हैं। इन लोगों को अस्थायी तौर पर रखे जाते हैं जब खेत में आम तौर से अधिक मजदूरों की ज़रूरत होती है।
मध्यम वर्ग कर राहत अधिनियम 2012	यह अधिनियम कैसिनो, शराब की दुकानों, वयस्क-उन्मुख मनोरंजन सुविधाओं "स्ट्रिप क्लब", पोकर रूम, बेल बॉन्ड, नाइट क्लब/सैलून/बार, बिंगो हॉल, रेस ट्रैक, गेमिंग प्रतिष्ठानों, बंदूक/गोला-बारूद की दुकानों, कूज़ जहाज़ों, साइकिक रीडर्स, धूम्रपान की दुकानों, टैटू/छेदन की दुकानों, और स्पा/मालिश सैलून में नकद निकालने या लेन देन करने में नकद सहायता निधि या TANF डेबिट कार्ड के उपयोग को प्रतिबंधित करता है। इन व्यवसायों में नकद सहायता निधि या TANF डेबिट कार्ड का उपयोग प्राप्तकर्ता की ओर से जानबूझकर कार्यक्रम उल्लंघन (धोखाधड़ी) माना जाएगा।



लाभ हेतु आवेदन

<p>SNAP/फूड स्टैम्प कार्यक्रम का व्यापार करना</p>	<p>SNAP का <i>व्यापार</i> करने से तात्पर्य है: (1) नकदी के लिए या उपयुक्त भोजन के अलावा किसी और चीज़ के लिए, प्रत्यक्ष, अप्रत्यक्ष रूप से, दूसरों की सहभागिता में या दूसरों के साथ मिलीभगत कर के, या अकेले EBT कार्ड, कार्ड नंबर और पिन नंबर या मैन्युअल वाउचर और हस्ताक्षर के माध्यम से जारी और प्राप्त किए गए स्नैप लाभों की खरीद, बिक्री, चोरी, या अन्यथा आदान-प्रदान; (2) आग्नेयास्त्रों, गोला-बारूद, विस्फोटकों या नियंत्रित पदार्थों का आदान-प्रदान; (3) स्नैप लाभों वाले उत्पाद खरीदना जिसमें उत्पाद को छोड़ने पर नकद लेने के उद्देश्य से वापसी जमा के लिए एक कंटेनर होता है और जमा राशि के ली उस कंटेनर को वापस कर देना, जान बूझ कर सामान को छोड़ देना, और जान बूझ कर जमा राशि के लिए कंटेनर को वापस कर देना; (4) नकदी प्राप्त करने के उद्देश्य से या उस चीज़ को दोबारा बेच कर उपयुक्त भोजन के अलावा किसी चीज़ का विचार करके और अंततः जानबूझ कर स्नैप लाभ वाले किसी उत्पाद को खरीद कर उसे नकद या उपयुक्त भोजन के अलावा किसी चीज़ से बदलना; (5) नकदी के बदले या योग्य भोजन के अलावा किसी चीज़ के बदले जानबूझकर स्नैप लाभ के साथ खरीदे गए उत्पादों को जान बूझ कर खरीदना; (6) नकदी के लिए या उपयुक्त भोजन के अलावा किसी और चीज़ के लिए, प्रत्यक्ष, अप्रत्यक्ष रूप से, दूसरों की सहभागिता में या दूसरों के साथ मिलीभगत कर के, या अकेले EBT कार्ड, कार्ड नंबर और पिन नंबर या मैन्युअल वाउचर और हस्ताक्षर के माध्यम से जारी और प्राप्त किए गए स्नैप लाभों की खरीद, बिक्री, चोरी, या अन्यथा आदान-प्रदान का प्रयास करना;</p>
<p>योग्य विदेशी/आप्रवासी</p>	<p><i>योग्य विदेशी/आप्रवासी</i> वह व्यक्ति है जो कानूनी रूप से अमेरिका में रह रहा है और निम्नलिखित में से किसी एक श्रेणी में आता है: ऐसा व्यक्ति जिसे कानूनी तौर पर आब्रजन और राष्ट्रीयता अधिनियम (आईएनए) के तहत स्थायी निवासी (एलपीआर) के तौर पर स्वीकार किया गया; 1988 के विदेशी परिचालन, निर्यात वित्तपोषण और संबंधित कार्यक्रम विनियोग अधिनियम की धारा 584 के तहत <i>अमेरिशियन</i> आप्रवासी; ऐसा व्यक्ति जिसे आईएनए धारा 208 के तहत आश्रय मिला; <i>शरणार्थी</i> जिन्हें आईएनए धारा 207 के तहत स्वीकार किया गया; व्यक्ति जिसे कम से कम एक वर्ष के लिए आईएनए की धारा 212(ड॰)(5) के तहत अमेरिका में <i>पैरोल</i> पर है; आब्रजन और राष्ट्रीयता अधिनियम (INA) के तहत स्थायी रूप से स्थायी निवास (LPR) के लिए भर्ती कराया; ऐसा व्यक्ति जिसके <i>निर्वासन</i> को आईएनए की धारा 243(एच) के तहत, 1 अप्रैल, 1997 से पहले के प्रभाव के साथ या आईएनए की धारा 241(बी)(3) के तहत रोका जा रहा है; ऐसा व्यक्ति जिसे 1 अप्रैल, 1980 के पहले के प्रभाव से आईएनए की धारा 203(ए)(7) के तहत <i>सशर्त प्रवेश</i> दिया गया है; 1980 के रिफ्यूजी एजुकेशन असिस्टेंस एक्ट की धारा 501 (ई) में परिभाषित <i>क्यूबा या हार्डटियन</i> अप्रवासी; 2000 की तस्करी पीड़ित संरक्षण अधिनियम की धारा 107 (बी) (1) के तहत <i>मानव तस्करी के शिकार; पीड़ित अप्रवासी</i>, जो संशोधित, 1996 की व्यक्तिगत जिम्मेदारी और कार्य अवसर समन्वय अधिनियम की धारा 431 (सी) में निर्धारित शर्तों को पूरा करते हैं; <i>अफगान या इराकी</i> आप्रवासी जिन्हें आईएनए की धारा 101 (ए) (27) के तहत विशेष आप्रवासी दर्जा प्राप्त है (निर्दिष्ट शर्तों के अधीन); आईएनए की धारा 289 के तहत अमेरिका में रह रहे कनाडा में जन्मे <i>अमेरिकी भारतीय</i> या भारतीय स्व-निर्धारण और शिक्षा सहायता अधिनियम की धारा 4 (ई) के तहत संघ-मान्यता प्राप्त भारतीय जनजाति के गैर-नागरिक और <i>हमोंग या हाइलैंड लाओटियन के आदिवासी</i> जिन्होंने वियतनाम काल (8/05/1964 – 5/07/1975) के दौरान सैन्य या बचाव कार्य में हिस्सा लेकर अमेरिकी सेना की मदद की।</p>

एडीए / धारा 504 अधिकारों की नोटिस

विकलांग लोगों के लिए मदद

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग और सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग ("विभाग") को संघीय कानून के अनुसार* विकलांग व्यक्तियों को विभागों के कार्यक्रमों, सेवाओं या गतिविधियों में भाग लेने और योग्यता प्राप्त करने का समान अवसर देना होगा। इसमें SNAP, TANF और चिकित्सा सहायता जैसे कार्यक्रम शामिल हैं।

विकलांगता के आधार पर भेदभाव से बचने के लिए संशोधन आवश्यक होने पर विभाग की ओर उचित संशोधन प्रदान किए जाते हैं। उदाहरण के लिए, हम समान एक्सेस 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 साथियों को विकलांग संचार सहायता, जैसे कि संकेत भाषा के दुभाषिए उपलब्ध कराते हैं। हमारी सहायता निशुल्क है। विभागों को संशोधन करने की आवश्यकता नहीं होती, इससे किसी सेवा, कार्यक्रम या गतिविधि की प्रकृति में बदलाव होगा या अनावश्यक वित्तीय और प्रशासनिक बोझ पड़ेगा।

उचित संशोधन या संचार सहायता के लिए अनुरोध कैसे करें

यदि आपको विकलांगता है और उचित संशोधन, संचार सहायता, या अतिरिक्त सहायता चाहिए, तो कृपया अपने केसवर्कर से संपर्क करें। उदाहरण के लिए, यदि आपको प्रभावी संचार के लिए सहायता या सेवा जैसे कि साइन लैंग्वेज इंटरप्रेटर चाहिए तो कॉल करें। आप अपने केसवर्कर से संपर्क कर सकते हैं या 404-657-3433 पर DFCS को 678-248-7449 पर DCH को कॉल कर के अपना अनुरोध कर सकते हैं। आप DFCS ADA उचित संशोधन अनुरोध फॉर्म का प्रयोग करके अपना अनुरोध भी कर सकते हैं, जो आपके स्थानीय DFCS कार्यालय में या <https://dhs.georgia.gov/forms-notice> पर ऑनलाइन उपलब्ध है या आप DCH ADA उचित संशोधन अनुरोध फॉर्म DCH Katie Becket टीम ऑफिस से या <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> पर ऑनलाइन प्राप्त कर सकते हैं, लेकिन आपको फॉर्म का उपयोग नहीं करना है।

शिकायत दर्ज कैसे करें

यदि विभाग ने आपके साथ विकलांगता के आधार पर भेदभाव किया है तो शिकायत करना आपका अधिकार है। उदाहरण के लिए, आप शिकायत दर्ज कर सकते/सकती हैं यदि आपने उचित संशोधन या साइन लैंग्वेज इंटरप्रेटर के लिए कहा और उससे इंकार कर दिया गया या ठीक समय पर उस पर काम नहीं किया गया। आप अपने केसवर्कर, स्थानीय DFCS कार्यालय से संपर्क करके मौखिक या लिखित शिकायत कर सकते हैं या फिर DFCS नागरिक अधिकार, ADA/धारा 504 कोऑर्डिनेटर से 2 पीचट्री स्ट्रीट एन.डब्ल्यू., सुईट 19-454, एटलांटा, जीए, 30303, 404-657-3735 के पते पर कर सकते हैं। डीसीएच के लिए, केबी टीम एडीए/धारा 504 कोऑर्डिनेटर से 5815 लाइव ओक पार्कवे सुईट 2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334, 678-248-7449 पते पर संपर्क करें।

आप अपने केसवर्कर से डीएफएससी नागरिक अधिकार शिकायत फॉर्म की एक प्रति मांग सकते हैं। शिकायत फॉर्म <https://dhs.georgia.gov/documents/dfcs-discrimination-complaint-form-0> पर भी उपलब्ध है। यदि आप को भेदभाव की शिकायत करने में सहायता चाहिए तो आप नीचे की सूची में मौजूद डीएफएससी स्टाफ से संपर्क कर सकते/सकती हैं। ऐसे लोग जो बहरे हैं या जिन्हें सुनने में कठिनाई होती है या जो बोलने में असमर्थ हैं हमसे जुड़ने के लिए 711 पर कॉल करके ऑपरेटर के लिए कह सकते हैं।

आप उपयुक्त संघीय एजेंसी के यहाँ भी भेदभाव की शिकायत दर्ज करा सकते हैं। अमेरिकी कृषि विभाग (यूएसडीए) और अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (एचएचएस) की संपर्क जानकारी "यूएसडीए-एचएचएस संयुक्त राष्ट्रव्यापी वक्तव्य" के भीतर है।

**1973 पुनर्वास अधिनियम की धारा 504; अमेरिकी विकलांग अधिनियम 1990; और अमेरिकी विकलांग अधिनियम संशोधन 2008 यह सुनिश्चित करते हैं कि विकलांग व्यक्ति गैरकानूनी भेदभाव से मुक्त हैं।*

मानव सेवा विभाग (डीएचएस) के तहत, आप अपने स्थानीय DFCS कार्यालय से संपर्क करके या फिर DFCS नागरिक अधिकार, ADA/धारा 504 कोऑर्डिनेटर से 2 पीचट्री स्ट्रीट एन.डब्ल्यू., सुईट 19-454, एटलांटा, जीए, 30303, 404-657-3735 के पते पर भी अन्य भेदभाव संबंधी शिकायत दर्ज कर सकते हैं। अंग्रेज़ी में सीमित महारत के आधार पर भेदभाव का आरोप लगाने वाली शिकायतों के लिए, डीएचएस लिमिटेड इंग्लिश प्रफिशन्सी एंड सेंसरी इम्पेअर्ड प्रोग्राम से यहाँ संपर्क करें: टू पीचट्री स्ट्रीट, एन.डब्ल्यू., सुईट 29-103 एन.डब्ल्यू., अटलांटा, जीए 30303 या 404-657-5244 (आवाज़), 404-463-7591 (टीटीवाई), 404-651-6815 (फैक्स) पर कॉल करें।

सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग (DCH) नीति के तहत, चिकित्सा सहायता कार्यक्रम आपको आपकी नस्ल, उम्र, लिंग, विकलांगता, राष्ट्रीय मूल या राजनीतिक या धार्मिक मतों के आधार पर पात्रता या लाभों से इनकार नहीं कर सकते।

Medicaid पात्रता या प्रदाता भेदभाव की रिपोर्ट करने के लिए, जॉर्जिया सामुदायिक स्वास्थ्य विभाग के प्रोग्राम इंटीग्रेटी कार्यालय (**स्थानीय 404-463-7590**) या **(टोल फ्री) 800-533-0686** पर कॉल करें। आप (टोल फ्री) 1-800-533-0686 पर कॉल करके संदिग्ध Medicaid धोखाधड़ी की रिपोर्ट भी कर सकते हैं।

गैर-भेदभाव वक्तव्य

इस संस्था में नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, विकलांगता, आयु, लिंग और कुछ मामलों में धर्म या राजनीतिक मान्यताओं के आधार पर भेदभाव करना मना है।

यूएसडीए द्वारा संचालित या वित्त पोषित अमेरिकी कृषि विभाग के किसी भी कार्यक्रम या गतिविधि में पूर्व नागरिक अधिकार गतिविधि के लिए नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, लिंग, धार्मिक पंथ, विकलांगता, आयु, राजनीतिक मत या बदला या प्रतिशोध के आधार पर भेदभाव मना है।

वैसे विकलांग व्यक्तियों को जिन्हें कार्यक्रम की जानकारी के लिए संचार के वैकल्पिक साधनों की आवश्यकता होती है (जैसे ब्रेल, बड़े प्रिंट, ऑडियोटेप, अमेरिकन साइन लैंग्वेज इत्यादि), एजेंसी (राज्य या स्थानीय) से संपर्क करना चाहिए जहां उन्होंने लाभ के लिए आवेदन किया था। ऐसे व्यक्ति जो बहरे हैं, जिन्हें सुनने में कठिनाई है या बोलने में परेशानी है, वे फेडरल रिसे सर्विस (800) 877-8339 के माध्यम से यूएसडीए से संपर्क कर सकते हैं। इसके अतिरिक्त, कार्यक्रम की जानकारी अंग्रेज़ी के अलावा अन्य भाषाओं में उपलब्ध कराई जा सकती है।

भेदभाव की शिकायत दर्ज करने के लिए, यूएसडीए कार्यक्रम भेदभाव शिकायत फॉर्म, (एडी-3027) को पूरा करें, जो ऑनलाइन यहां उपलब्ध है:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, या यूएसडीए को संबोधित करके पत्र लिखें और फॉर्म में मांगी गयी सभी जानकारी पत्र में प्रदान करें। शिकायत फॉर्म की प्रति का अनुरोध करने के लिए (866) 632-9992 पर कॉल करें। अपना पूर्ण फॉर्म या पत्र यूएसडीए को भेजें यहाँ:

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

अनुपूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (एसएनएपी) के मुद्दों से निपटने वाली किसी भी अन्य जानकारी के लिए, लोग या तो यूएसडीए स्नैप हॉटलाइन नंबर (800) 221-5689 पर संपर्क करें, जो स्पेनिश में भी है या राज्य सूचना/हॉटलाइन नंबर पर कॉल करें (राज्य के अनुसार हॉटलाइन नंबर की सूची के लिए लिंक को क्लिक करें) जो ऑनलाइन यहां उपलब्ध है: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग (HHS) के माध्यम से संघीय वित्तीय सहायता प्राप्त करने वाले किसी कार्यक्रम से संबंधित भेदभाव की शिकायत दर्ज करने के लिए: एचएचएस निदेशक, नागरिक अधिकारों का कार्यालय, कक्ष 515-एफ, 200 इंडिपेंडेंस एवेन्यू, एस.डब्ल्यू, वाशिंगटन, डी.सी. 20201 को लिखें या (800) 368-1019 (आवाज़) या (800) 537-7697 (टीटीवाई) पर कॉल करें।

यह संस्थान समान अवसर प्रदान करता है।