

اگر برای تکمیل کردن این فرم درخواست به کمک نیاز دارید، از ما بخواهید یا با شماره 1-877-423-4746 تماس بگیرید. اگر مشکل شنوایی دارید با رله GA به شماره 1-800-255-0135 تماس بگیرید. خدمات ما رایگان می باشد.

## ما در بخش خدمات خانواده و کودکان چه خدماتی ارائه می (DFCS) کنیم؟

DFCS خدمات زیر را ارائه می دهد:



**کمک غذایی**  
Food Stamp ها نوعی کمک هستند که با استفاده از آنها می توانید در تمام فروشگاه هایی که علامت EBT/Quest را دارند مواد غذایی بخرید.

## کمک نقدی / خدمات پشتیبانی شغلی

برنامه کمک موقت به خانواده های نیازمند (TANF) در مدتی محدود به خانواده هایی که دارای کودکان وابسته به خود هستند کمک نقدی ارائه می دهد. والدین یا سرپرستانی که از این کمک استفاده می کنند باید در برنامه های کاری شرکت نمایند. برنامه کمک نقدی همچنین به خانوارهایی از پناهندگان که واجد شرایط برنامه TANF نیستند نیز کمک مالی ارائه می کند.



## کمک پزشکی

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



## خدمات کمک رسانی اجتماعی

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات کم رسانی اجتماعی لطفاً به وبسایت ما رجوع کنید:  
<http://www.dfcs.dhr.georgia.gov> یا با این شماره تماس حاصل نمایید: 1-877-423-4746.



## چگونه درخواست مزایا نمایم؟

**گام اول. فرم درخواست را تکمیل کنید.**

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

## گام دوم. فرم درخواست را برگردانید. لازم است تا صفحات 1-3 را نزد خود نگه دارید.

صفحات 4 تا 13 این فرم درخواست را به دفتر محلی بخش خدمات خانواده و کودکان (DFCS) پست کنید، فکس کنید یا با خود به آنجا ببرید. اگر شما یا شخصی که از جانب او فرم درخواست را تکمیل کرده اید واجد شرایط دریافت مزایا باشد، از تاریخ دریافت فرم درخواست به همراه نام، آدرس و امضاء شما روی آن، مزایای Food Stamp یا TANF ارائه خواهد شد. اگر می خواهید درخواست Food Stamp و/یا Medicaid نمایید، می توانید نام و آدرس خود را در فرم نوشته و آن را شخصاً امضا نمایید. اما برای سرعت بخشیدن به روند رسیدگی به درخواست، بهتر است که تمام فرم را تکمیل نمایید. شما می توانید از این فرم برای تقاضای یک پرونده مشترک برای مزایای دیگر یا مزایای Food Stamp استفاده کنید. تقاضای Food Stamp شما فقط بر اساس عدم صلاحیت برای مزایای دیگر رد نخواهد شد. ما صلاحیت Food Stamp شما را به طور جداگانه تعیین خواهیم کرد. **گام سوم. با ما مشورت کنید.**



### سوالات متداول

دسترسی به این کمک ها چقدر زمان می برد؟

Food Stamp: تا 30 روز

TANF: تا 45 روز

Medicaid: 10 تا 60 روز

در صورتی که واجد شرایط باشید ممکن است ظرف 7 روز Food Stamp به شما داده شود. به صفحه 6 رجوع کنید.

### چقدر عواید دریافت خواهیم کرد؟

درآمد، منابع مالی و اندازه خانواده شما تعیین کننده مقدار کمک ها است. پس از اینکه مشخص شود شما واجد شرایط هستید، آنگاه می توانیم اطلاعات مشخصی را ارائه دهیم.

### این کمک ها چطور در اختیار من قرار خواهند گرفت؟

برای Food Stamps از طریق یک کارت الکترونیکی برای انتقال مزایا (EBT) در اختیار شما قرار داده می شوند و برای دریافت کنندگان TANF روش پرداخت الکترونیکی به نام دبیست مستر کارت EPPICARD فراهم کرده است و در مورد Medicaid هم یک کارت Medicaid در اختیار هر فرد واجد شرایط قرار می گیرد.

### چه اطلاعاتی را باید ارائه کنم؟

بهتر است تا اطلاعات زیر ارائه شود:

- گواهی هویت فرد متقاضی Food Stamp و TANF. گواهی هویت کسی که درخواست Medicaid می نماید. مانند کارت شناسایی (ID) یا گواهینامه رانندگی (DL)
- گواهی شهروندی آمریکا یا گواهی مهاجرت برای تمام افراد متقاضی کمک
- شماره بیمه تأمین اجتماعی برای تمام افراد متقاضی کمک
- گواهی درآمد مانند چک حقوقی، کمک هزینه اولاد، و فیش حقوق
- گواهی هزینه ها مانند رسید مهدکودک، قبوض پزشکی، هزینه های انتقال پزشکی، و هزینه های مراقبت از کودکان

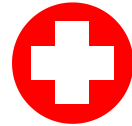
به شما زمان داده می شود تا این اطلاعات را به دفتر ما ارائه کنید. اگر برای گردآوری این اطلاعات به کمک نیاز دارید ما را در جریان بگذارید.

### ما چه استفاده ای از اطلاعات شخصی متقاضی خواهیم کرد؟

لازم است تا شما صریحاً شماره های تأمین اجتماعی (SSN) و وضعیت شهروندی یا مهاجرت افراد متقاضی کمک را به ما ارائه کنید. این اطلاعات در سیستم بررسی درآمد و تأیید صلاحیت (IEVS) به کار می رود. همچنین با همکاری آژانس های فدرال، ایالتی یا محلی برای مشخص نمودن درآمد و صلاحیت شما از آنها استفاده خواهیم نمود. ممکن است یکی از اعضای خانوار اطلاعات SSN، شهروندی یا مهاجرت خود را ارائه ندهد اما سایر اعضای خانوار کمک دریافت نمایند.

### آیا فرد دیگری می تواند از جانب من درخواست نماید؟

بله. برای Food Stamp و Medicaid دیگران می توانند از جانب شما



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

"بر اساس قانون فدرال ایالات متحده و سیاست های وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA) و اداره خدمات بهداشتی و انسانی (HHS)، این موسسه نباید بر پایه تفاوت های نژادی، رنگ پوست، کشور مبدأ فرد، جنسیت، سن یا ناتوانی، و در بعضی موارد اعتقادات مذهبی و سیاسی هیچ گونه تبعیضی قائل شود. همچنین وزارت کشاورزی ایالات متحده تبعیض علیه مشتریان، کارکنان و متقاضیان کار را در این موارد منع می کند: بر مبنای نژاد، رنگ پوست، کشور مبدأ فرد، جنسیت، سن، ناتوانی، هویت جنسی، مذهب، انتقام و در بعضی موارد، اعتقادات سیاسی، وضعیت تأهل، وضعیت خانواده یا والدین، گرایش جنسی یا بر مبنای این که تمام یا بخشی از درآمد یک فرد از هرگونه برنامه کمک عمومی کسب می شود یا بر اساس اطلاعات ژنتیکی حفاظت شده در استفاده یا در هرگونه برنامه یا فعالیت صورت گرفته یا تامین شده توسط این وزارت خانه. (همه ی موارد منع شده مشمول همه ی برنامه ها یا فعالیت ها نمی شوند.)

جهت ثبت شکایت مربوط به تبعیض برنامه حقوق مدنی در USDA (وزارت کشاورزی ایالات متحده)، فرم USDA را در سایت [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) یا در هر یک از دفاتر USDA تکمیل نمایید یا جهت درخواست این فرم با شماره تلفن 866) 632-9992 تماس حاصل فرمایید. شما همچنین می توانید نامه ای حاوی تمامی اطلاعات درخواست شده در فرم، بنویسید. فرم شکایت یا نامه ی تکمیل شده خود را به ما از طریق پست به نشانی U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 یا از طریق فکس به شماره 690-7442 (202) یا از طریق ایمیل به آدرس [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) ارسال نمایید.

افراد ناشنوا، کم شنوا یا ناتوان در گفتار می توانند از طریق خدمات تقویت کننده فدرال (Federal Relay Service) به شماره 877-8339 (800)؛ یا 845-6136 (800) (زبان اسپانیایی) با USDA تماس برقرار کنند.

جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص مسائل مربوط به برنامه کمکی مکمل تغذیه (SNAP)، فرد باید یا با خطوط ارتباطی USDA SNAP به شماره تلفن 800) 221-5689 که همچنین به زبان اسپانیایی است، تماس برقرار نماید یا جهت دسترسی به فهرستی از اطلاعات/ شماره های ارتباطی ایالتی روی این لینک [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm) کلیک کند.

جهت ثبت شکایتنامه ی تبعیضی درباره برنامه ی دریافت کمک مالی فدرالی از طریق وزارت خدمات بشری و بهداشتی ایالات متحده (HHS)، نامه ای به نشانی HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. بنویسید یا با شماره 619-0403 (202) (صوتی) یا 537-7697 (800) (TTY) (چاپگر از راه دور) تماس برقرار کنید.

USDA (وزارت کشاورزی ایالات متحده) و HHS (وزارت خدمات بشری و بهداشتی ایالات متحده) فرصت های یکسانی در اختیار افراد و کارمندان خویش قرار می دهند.

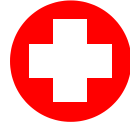
"شما همچنین می توانید جهت اقدام به شکایت از تبعیض با DFCS (برنامه حقوق مدنی-Civil Rights Program) با آدرس زیر تماس بگیرید: Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 و یا با تلفن: 657-3735 (404) یا فکس 463-3978 (404). برای افرادی که مهارت محدود به زبان انگلیسی دارند و یا به خدمات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

بر اساس خطی مشی وزارت سلامت اجتماعی (DCH)، برنامه Medicaid نمی تواند بر اساس نژاد، ملیت، جنسیت، سن، معلولیت، مذهب، یا عقاید سیاسی، مشمولیت یا بهره مندی شما را نپذیرد. به منظور گزارش مشمولیت در Medicaid یا تبعیض قائل شدن فراهم کننده، با دفتر یکپارچه گی برنامه در اداره سلامت اجتماعی جورجیا به شماره 404-463-7590 (تماس های محلی) و 800-533-0686 (رایگان) تماس بگیرید.

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

عبارات به کار رفته در این فرم درخواست در جدول زیر تشریح شده اند.

سرپرست	یکی از والدین، اقوام یا قیم قانونی که سرپرستی کودکان را به عهده دارد و تقاضای دریافت TANF می نماید.
خویشاوند دریافت کننده	یکی از والدین، اقوام یا قیم قانونی که از جانب کودکان و به نام خود تقاضای دریافت TANF می نماید.
فاقد صلاحیت	اقدام برای حذف یک فرد از برنامه Food Stamp یا TANF به دلیل اینکه وی حقیقت را نگفته و کمکی را دریافت نموده که مستحق آن نبوده است.
انتقال الکترونیک مزایا (EBT)	سیستمی در ایالات جورجیا برای پرداخت مزایا به افراد واجد شرایط برای دریافت Food Stamp و TANF. به افرادی که کمک دریافت می کنند یک کارت دبیت EBT داده می شود که برای برداشت وجه نقد و دسترسی به حساب food stamp آنها به کار می رود.
مسترکارت دبیت EPPICard	دبیت کارت جدید صادر شده از سوی Xerox برای افراد دریافت کننده کمک نقدی در ایالات جورجیا. از مسترکارت دبیت EPPICard می توان در هر جا که MasterCard پذیرفته می شود برای خرید و برداشت نقدی استفاده نمود.
اعضای خانوار	افرادی که در خانه شما زندگی می کنند. برای Food Stamp، افرادی که با هم زندگی می کنند و با هم غذای خود را خریداری و آماده می کنند.



عبارات به کار رفته در این فرم درخواست به چه معنی هستند؟

درآمد	پرداختی ها مانند حقوق، دستمزد، کمیسیون، پاداش، غرامت کارگران، از کار افتادگی، مزایای بازنشستگی، بهره، کمک خرج کودک و با هر نوع پول دریافتی دیگر
درآمد نا خالص	کل درآمد شخص قبل از محاسبه مالیات یا سایر کسورات.
کارگران مزرعه مهاجر	کارگرانی که به صورت فصلی در مزارع کار می کنند و به دنبال یافتن کار در مزارع از محلی به محل دیگر می روند
منابع مالی	پول نقد، املاک، یا دارایی هایی مانند حساب های بانکی، خودرو، سهام در بورس، اوراق بهادار، و بیمه عمر
کارگران مزرعه فصلی	افرادی که در زمان معینی از سال در زمینه کاشت، برداشت و بسته بندی در مزارع به کار گرفته می شوند. آنها زمانی به کار گرفته می شوند که تعداد کارگرانی که در استخدام مزرعه هستند کمتر از نیاز باشد.
دادوستد غیرقانونی در برنامه SNAP/Food Stamp	سو استفاده از SNAP به معنای زیر است: (1) خرید، فروش، دزدی، و یا در غیر این صورت تبادل مزایای SNAP صادر شده و قابل دسترسی از طریق کارت EBT، شماره کارت و شماره PIN یا با کوپن های دستی و امضاء، برای پول نقد یا موارد غذایی غیر از مواد غذایی واجد شرایط، به طور مستقیم، غیر مستقیم، با همکاری دیگران و یا تباری با دیگران، و یا به تنهایی (2) تعویض با اسلحه، مهمات، مواد منفجره یا مواد تحت کنترل، (3) خرید محصول با مزایای SNAP که نیاز به بازگشت سپرده با هدف به دست آوردن پول نقد یا دور انداختن محصول باشد و یا پس دادن عمدی محصول برای دریافت سپرده (4) خرید محصول با مزایای SNAP با هدف به دست آوردن پول نقد و یا موارد غیر از مواد غذایی واجد شرایط بوسیله فروش محصول، و پس از آن فروش محصول خریداری شده با مزایای SNAP در ازای پول نقد به طور عمد و برای موارد غیر از مواد غذایی واجد شرایط (5) خرید عمدی محصولات با منافع SNAP در ازای دریافت پول نقد یا موارد غیر از مواد غذایی واجد شرایط. (6) تلاش برای خرید، فروش، دزدی، یا اترگذاری بر مبادله مزایای SNAP صادر شده و قابل دسترسی از طریق کارتهای انتقال الکترونیکی مزایا (EBT)، شماره های کارت و شماره های کارت شناسایی فرد (PINS) یا از طریق کوپن (Food Stamp) دستی و امضاء، برای دریافت پول نقد یا استفاده از مواردی غیر از مواد غذایی واجد شرایط که به طور مستقیم یا غیر مستقیم، در شراکت یا زد و بند با سایرین، یا به تنهایی صورت گیرد.
تبعه بیگانه/مهاجر واجد شرایط	تبعه بیگانه/مهاجر واجد شرایط کسی است که به صورت قانونی در ایالات متحده زندگی می کند و در یکی از دسته های زیر جای می گیرد: شخصی که بر اساس قانون مهاجرت و ملیت (INA) به صورت قانونی اجازه سکونت دائمی (LPR) دریافت کرده است؛ آمریکایی-آسیایی های تابع بخش 584 از قانون عملکردهای خارجی، تامین مالی صادرات و تناسبات برنامه مربوطه مورخ 1998 هستند؛ شخصی که طبق بخش 208 از قانون INA پناهندگی دریافت می کند؛ پناهندگان تابع بخش 207 از قانون INA. شخصی که طبق بخش (5)(d)212 از قانون INA حداقل یک سال است که نسبت به ایالات متحده ملزم شده است. شخصی که اخراج او از کشور طبق بخش (h)243 از قانون INA قبل از 1 آوریل 1997 یا بخش اصلاح شده (3)(b)241 از قانون INA اجرا نشده است؛ شخصی که طبق بخش (7)(a)203 از قانون INA قبل از 1 آوریل 1980 اجازه ورود مشروط کسب نموده است؛ مهاجران کوبایی یا اهل هائیتی طبق آنچه در بخش (e)501 از قانون کمک تحصیلی به مهاجران مورخ 1980 تعریف شده است؛ قربانیان قاچاق انسان تحت بخش (1)(b)107 از قانون محافظت از قربانیان قاچاق انسان مورخ سال 2000؛ مهاجرانی که واجد شرایط بخش (c)431 از قانون اصلاح شده مسئولیت فردی و تطبیق فرصت های شغلی مورخ 1996 هستند؛ مهاجران افغان و عراقی که بر اساس بخش (27)(a)101 از قانون INA (بر پایه شرایط خاص) مجوز مهاجرت ویژه دریافت نموده اند؛ سرخپوستان آمریکایی که متولد کانادا بوده و در آمریکا سکنی دارند بر اساس بخش 289 از INA یا افراد غیر بومی قبيله هایی که از دیدگاه دولت فدرال مربوط به سرخپوستان بوده طبق بخش (e)4 از قانون خودمختاری و کمک تحصیلی سرخپوستان و قبيله نشین های لانوسی از قبایل همونگ و هایلند که با شرکت در عملیات نظامی و نجات در جریان جنگ ویتنام به نیروهای آمریکایی کمک کردند (1975/07/5 – 1964/05/8)
قانون کمک مالیاتی طبقه متوسط مصوب سال 2012	این قانون استفاده از وجوه کمکی نقدی یا کارتهای دبیبت TANF (کمک موقتی به خانواده های نیازمند) را برای برداشت پول نقد یا انجام معاملات در کازینوها، فروشگاههای نوشیدنی های الکلی، مکانهای سرگرم کننده بزرگسالان، اتاق های پوکر، شرکتهای تأمین کننده ی وثیقه، کلوب های شبانه/سالن ها/ بارها، سالن های کارت بازی، مسابقات، نهادهای بازی، فروشگاه های اسلحه/مهمات، کشتی های تفریحی، فالگیری، فروشگاههای دخانیات، فروشگاه های خالکوبی/پیرسینگ و سالن های ماساژ/ چشمه آب گرم را منع می کند. استفاده از وجوه کمکی نقدی یا کارت دبیبت TANF (کمک موقتی به خانواده های نیازمند) در این مشاغل، یک نقض عمدی برنامه (تقلب) از سوی دریافت کننده محسوب خواهد شد.
متقاضی	فردی که درخواست می دهد تا کمک/مزایای عمومی دریافت نماید
غیر متقاضی	فردی که درخواست نمیدهد تا کمک/مزایای عمومی دریافت نماید؛ لازم نیست تا افراد غیر متقاضی SSN، وضعیت شهروندی یا مهاجرت خود را ارائه دهند.
واحد کمک	واحد کمک شامل افرادی است که با هم زندگی می کنند و با هم کمک/مزایای عمومی دریافت می کنند.



من چه درخواست هایی دارم؟ آنچه می خواهید را علامت بزنید:

### Food Stamps<sup>0</sup>

هزینه برنامه Food Stamp بر عهده دولت فدرال میباشد که مزایای ماهیانه برای خانوارهای کم درآمد برای پرداخت هزینه های مواد غذایی را تامین می کند. این برنامه همچنین آموزش تغذیه فراهم کرده و به خانوارهای دارای صلاحیت جهت دستیابی به نیازهای غذایی شان کمک می نماید.

### 0) کمک موقت به خانواده های نیازمند (TANF)

برنامه کمک موقت به خانواده های نیازمند (TANF) به صورت موقت مبالغ نقدی ماهیانه، یک باره، یا سایر خدمات پشتیبانی را در اختیار خانواده های نیازمند دارای فرزند قرار می دهد. اگر شما یکی از والدین کودک یا سرپرست او هستید و می خواهید این کمک نقدی به شما هم تعلق گیرد، لازم است تا در برنامه کار ما شرکت نمایید.

### 0) کمک نقدی به پناهندگان

هدف برنامه کمک نقدی به پناهندگان ارائه کمک های مالی به خانوارهای پناهندگان است که واجد شرایط برنامه TANF نمی باشند. عبارت پناهنده در اینجا شامل عموم پناهندگان، افراد کوبایی و اهل هائیتی مقیم، قربانیان قاچاق انسان، آسیایی-آمریکایی ها، و پناهندگان خردسال بدون همراه می باشد.

### 0) Medicaid

بیمه Medicaid افراد مسن، افراد بالغ نابینا یا معلول، زنان باردار، بچه ها، و خانواده ها را تحت پوشش درمانی قرار می دهد. هنگامی که شما این بیمه را درخواست می کنید، ما تمام برنامه های Medicaid را بررسی می کنیم تا به ببینیم که شما واجد شرایط کدام موارد هستید.

### اطلاعات فرد درخواست کننده

آیا فرد متقاضی یا کسی که از جانب متقاضی درخواست می دهد در زمان مکاتبه با ما به کمک نیاز دارد؟ اگر چنین است همه گزینه هایی که صدق می کنند را تیک بزنید.

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

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

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

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



تا جایی که اطلاع دارم با آگاهی از مجازات شهادت دروغی اعلام میکنم و بر این باور هستم که شخص (اشخاصی) که از طرفشان برای تقاضا/ تمدید مزایا اقدام می‌نمایم، شهروند (شهروندان) ایالات متحده هستند یا به طور قانونی در ایالات متحده حضور دارند. من همچنین تأیید می‌کنم که تا جایی که اطلاع دارم تمام اطلاعات ارائه شده در این فرم حقیقی و صحیح هستند. من آگاه هستم و موافقت می‌نمایم که DHS و سازمان‌های مجاز فدرال می‌توانند اطلاعاتی را که در این فرم ارائه کردم، تأیید کنند. ممکن است اطلاعات از طریق کارکنان سابق و کنونی حاصل شود. طبق الزامات برنامه کوبین غذایی/ Medicaid (تامین خدمات درمانی نیازمندان) و/ یا TANF هرگونه تغییر در وضعیت را گزارش خواهم کرد. در صورت ارائه اطلاعاتی نادرست، امکان کاهش یا حذف مزایا وجود دارد و ممکن است به خاطر ارائه اطلاعات نادرست به عمد، تحت پیگرد قانونی قرار گیرم و موجب سلب صلاحیت حضور من در برنامه DHS شود. آگاه هستم که در صورت ارائه اطلاعاتی غلط یا پنهان کردن اطلاعات، ممکن است تحت پیگرد قانونی قرار گیرم. آگاه هستم که اگر در فرم تقاضا یا مصاحبه تمدید مزایا نتوانم بعضی از مخارجم را اعلام

(امضا)

(تاریخ)

امضای شاهد اگر توسط «X» امضا شده است

(تاریخ)

### آیا می‌توانم کسی را انتخاب کنم تا برای من Food Stamp یا Medicaid درخواست نماید؟

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

نام: \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_ آپارتمان: \_\_\_\_\_

شهر: \_\_\_\_\_ ایالت: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_ آپارتمان: \_\_\_\_\_

شهر: \_\_\_\_\_ ایالت: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_

For Office Use Only (این قسمت مخصوص این اداره می‌باشد، لطفاً در این محل چیزی ننویسید)

Date Received \_\_\_\_\_



آیا من واجد شرایط دریافت سریع تر Food Stamp هستم؟

این سوالات را درباره منقاضي و تمام اعضای خانوار پاسخ دهید تا مشخص شود آیا شما می توانید ظرف 7 روز Food Stamp دریافت کنید یا خیر.

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

بله  خیر

اگر بله، چه کسی \_\_\_\_\_

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

نام کارفرما \_\_\_\_\_

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

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

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

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

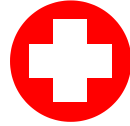
نوع درآمد کسب نشده \_\_\_\_\_ مقدار \_\_\_\_\_ هفتگی/هفته ای دو بار/هر دو هفته یکبار/ماهانه (دور یک مورد خط بکشید)

4. جمع درآمدهای کسب شده و کسب نشده در این ماه: \$ \_\_\_\_\_

5. شما و تمام اعضای خانوار چقدر پول نقد نزد خود یا در بانک دارید؟ \$ \_\_\_\_\_

6. شما چقدر پول بابت اجاره ماهانه، رهن، مالیات ملک و یا بیمه املاک می پردازید؟--- \$ \_\_\_\_\_

7. شما چقدر پول بابت برق، آب، گاز و غیره می پردازید؟ (جمع مبالغ پرداخت نشده و جریمه ها را محاسبه نکنید.) \$ \_\_\_\_\_



اطلاعات متقاضی و تمام اعضای خانوار را برایمان شرح دهید

لطفا جدول زیر را برای خود و سایر اعضای خانواده تکمیل نمایید.

مقررات و قوانین فدرالی ذیل شامل قانون غذا و تغذیه مصوب 2008، 7 U.S.C. § 2011-2036، 42 C.F.R. § 435.910 و 42 C.F.R. § 435.920 به DFCS این اختیار را می‌دهد که شماره (شماره‌های) امنیت اجتماعی شما و اعضای خانواده‌تان را درخواست کند. هر فردی که در خانواده تان زندگی می‌کند و برای دریافت مزایا درخواست نداده می‌تواند به عنوان غیر متقاضی محسوب شود. افراد غیر متقاضی مجبور به ارائه اطلاعات درباره شماره امنیت اجتماعی، وضعیت شهروندی یا مهاجرتی نیستند و برای دریافت مزایا واجد شرایط نیستند. سایر اعضای خانواده در صورتی که واجد شرایط باشند، ممکن است هنوز قادر به دریافت مزایا باشند. اگر از ما می‌خواهید معین کنیم که آیا هر یک از اعضای خانواده برای دریافت مزایا واجد شرایط هستند یا نه، شما نیز باید به ما درباره وضعیت شهروندی یا مهاجرتی‌شان اطلاع دهید و شماره امنیت اجتماعی‌شان را به ما بدهید. شما همچنین باید به ما درباره درآمد و دخیل مالی‌شان اطلاع دهید تا واجد شرایط بودن و سطح مزایای دریافتی خانواده را تعیین کنیم. در صورتیکه هیچ یک از اعضای غیرمتقاضی خانواده اطلاعات مربوط به وضعیت شهروندی یا مهاجرتی‌شان را در اختیار ما قرار ندهند، ما به سیستم نظام مند تأیید دریافت حقوق برای افراد بیگانه (SAVE) در اداره خدمات شهروندی و مهاجرتی ایالت (USCIS) درباره آنها گزارشی نخواهیم داد. با این وجود چنانچه اطلاعات مربوط به وضعیت مهاجرتی در فرم تقاضای شما ثبت شده است، این اطلاعات ممکن است از طریق سیستم (SAVE) مورد رسیدگی قرار گیرد و ممکن است روی واجد شرایط بودن و سطح مزایای دریافتی خانواده تأثیر بگذارد. ما اطلاعات شما را با سایر سازمان های فدرالی، ایالتی و محلی مطابقت خواهیم داد تا درآمد و صلاحیت شما را بررسی کنیم. این اطلاعات ممکن است در اختیار مقامات اجرایی قانون قرار گیرد تا از ان برای دستگیر کردن افرادی که از قانون فرار می‌کند استفاده کنند. اگر خانواده شما تقاضایی برای دریافت کوپن غذایی دارد، این اطلاعات موجود در فرم تقاضا، از جمله SSN ممکن است برای جمع آوری این درخواست، در اختیار سازمان های فدرالی و ایالتی و سازمان های جمع آوری درخواست‌ها قرار گیرد. ما افراد متقاضی خانواده را به این خاطر که سایر اعضای خانواده اطلاعات مربوط به SSN، شهروندی یا مهاجرتی‌شان را ارائه ندادند، از دریافت مزایا محروم نخواهیم کرد.

نام، نام میانی، نام خانوادگی	رابطه باشما	آیا این شخص درخواست دریافت کمک دارد؟	تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی SSN	جنسیت	اسپانیول /لاتین؟	کد نژاد	آیا شما شهروند آمریکا، تبعه بیگانه/ مهاجر واجد شرایطیامها جر لائوسی از قبیله همونگ/ هایلند هستید؟
نام، نام میانی، نام خانوادگی	رابطه باشما	آیا این شخص درخواست دریافت کمک دارد؟	تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی SSN	جنسیت	اسپانیول /لاتین؟	کد نژاد	آیا شما شهروند آمریکا، تبعه بیگانه/ مهاجر واجد شرایطیامها جر لائوسی از قبیله همونگ/ هایلند هستید؟
	خود	(بله/خیر)	(- /- /- ) فرمت	(تنها متقاضیان)	(مرد/زن)	(بله/خیر)	(بر اساس کدهای پایین)	(تنها متقاضیان)

کدهای نژادی (هر آنچه مناسب شماست را انتخاب نمایید):

BL - سیاه پوست/آفریقایی آمریکایی

AS - آسیایی

AI - سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا

WH - سفید

HP - بومی هاوایی/جزایر اقیانوس آرام

با ارائه اطلاعات مربوط به نژاد یا قومیت خود، به ما کمک می‌کنید تا این برنامه را به دور از هرگونه تبعیض نژادی اجرا کنیم. برای خانوار شما الزامی نیست که این اطلاعات را در اختیار ما قرار دهید و این امر در تعیین صلاحیت شما و سطح کمک‌هایی که دریافت خواهید کرد تأثیری نخواهد داشت.



درباره متقاضی و تمام اعضای خانوار بیشتر توضیح دهید

برای اینکه بتوانیم درباره واجد شرایط بودن فرد متقاضی و تمام اعضای خانوار تصمیم گیری نماییم به اطلاعات بیشتری نیاز داریم. لطفاً به سوالاتی پاسخ دهید که به کمک مورد درخواست شما مربوط می باشد.

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

θ بله θ خیر

اگر اینطور است:

چه کسی: \_\_\_\_\_

کجا: \_\_\_\_\_

چه زمانی: \_\_\_\_\_

2. آیا هیچ کس از تاریخ 8/22/96 تا به امروز از بابت ارائه اطلاعات نادرست درباره محل زندگی یا هویت خود جهت دریافت چند باره مساعده های FS در بیش از یک منطقه، محکوم شده است؟ (فقط برای Food Stamps) ستمپ

θ بله θ خیر

اگر اینطور است:

چه کسی: \_\_\_\_\_

کجا: \_\_\_\_\_

چه زمانی: \_\_\_\_\_

3. آیا ظرف مدت 30 روز از تاریخ تقاضا، هیچ کس در خانوار شما به صورت خود خواسته شغلش را رها کرده یا ساعات کاری اش را به زیر 30 ساعت در هفته کاهش داده است؟ (فقط برای Food Stamps و TANF)

θ بله θ خیر

اگر اینطور است، چه کسی؟

چرا او کارش را رها کرده؟

4. آیا فرد بارداری در خانوار هست؟ \* لطفاً در صورت وجود، گواهی بارداری را ارائه دهید. (این سوال فقط به متقاضیان Food Stamp مربوط نمی شود)

θ بله θ خیر

چه کسی: \_\_\_\_\_

تاریخ وضع حمل: \_\_\_\_\_

5. درباره Medicaid، آیا هیچ کس قبض پزشکی پرداخت نشده در 3 ماه گذشته دارد؟ (این سوال فقط به متقاضیان Food Stamp یا TANF مربوط نمی شود)

θ بله θ خیر

6. آیا شخصی غیر واجد شرایط برای برنامه Food Stamp یا TANF دارید؟

θ بله θ خیر

اگر اینطور است:

الف. چه کسی: \_\_\_\_\_

ب. کجا: \_\_\_\_\_

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

θ بله θ خیر

اگر اینطور است، چه کسی: \_\_\_\_\_

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

θ بله θ خیر

اگر اینطور است، چه کسی: \_\_\_\_\_





9. آیا هیچ کس از تاریخ 8/22/96 تا به امروز به خاطر داشتن، مصرف یا توزیع مواد مخدر تحت کنترل مجرم شناخته شده است (برای متقاضیان TANF و Food Stamp) یا به انجام جرم خشونت آمیز (تنها برای TANF) محکوم شده است؟  
θ بله θ خیر  
اگر اینطور است:  
چه کسی: \_\_\_\_\_  
چه زمانی: \_\_\_\_\_

10. آیا شما یا هیچ یک از اعضای خانوار از تاریخ 8/22/1996 تا به امروز به خاطر داد و ستد مساعده های Food Stamp برای دریافت مواد مخدر محکوم شده است؟ (فقط برای Food Stamp)  
θ بله θ خیر  
اگر اینطور است:  
چه کسی: \_\_\_\_\_  
چه زمانی: \_\_\_\_\_

11. آیا شما یا هیچ یک از اعضای خانوار از تاریخ 8/22/1996 تا به امروز به خاطر خرید یا فروش مساعده های Food Stamp به مبلغی بیش از 500 دلار محکوم شده است؟ (فقط برای Food Stamp)  
θ بله θ خیر  
اگر اینطور است:  
چه کسی: \_\_\_\_\_  
چه زمانی: \_\_\_\_\_

12. آیا شما یا هیچ یک از اعضای خانوار از تاریخ 8/22/1996 تا به امروز به خاطر داد و ستد مساعده های Food Stamp برای دریافت تفنگ، مهمات یا مواد منفجره محکوم شده است؟ (فقط برای Food Stamp)  
θ بله θ خیر  
اگر اینطور است:  
چه کسی: \_\_\_\_\_  
چه زمانی: \_\_\_\_\_

13. آیا هیچ کس از میبالغ TANF یا کارت EPPIC در اماکن یا موارد زیر استفاده کرده است:  
مشروب فروشی، کازینو، اتاق پوکر، مکان های ارائه خدمات جنسی به بزرگسالان، ارائه وثیقه جهت آزادسازی زندانی، کلوب شبانه، میکده، سالن بازی بیینگو، شرط بندی در مسابقه، فروشگاه اسلحه/مهمات، کشتی های کروز، طالع بینی، سیگار فروشی، سالن های خالکوبی یا سوراخ کردن بدن، و سالن های اسپا و ماساژ؟ (فقط برای TANF)  
θ بله θ خیر  
اگر اینطور است:  
چه کسی: \_\_\_\_\_  
چه زمانی: \_\_\_\_\_



**درباره هزینه های متقاضی و تمام اعضای خانوار بیشتر توضیح دهید**

آیا شما یا یکی از اعضای خانوار شما، متقاضی دریافت درآمدی مانند، حقوق و دستمزد، انعام، پاداش، درآمد از کار شخصی، تامین اجتماعی/بازنشستگی راه آهن و موارد دیگر ناتوانی، درآمد AV (سازمان جنگ دیدگان)، حقوق مستمری، حقوق دوران بیکاری هستید؟

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

**به ما در مورد هزینه های متقاضی و همه اعضای خانوار شرح دهید.**

حمایت از کودک، نفقه، گرفتن پول از دیگران، بیمه آسیب دیدگی کارگری یا هر نوع درآمدی دیگر هستید؟

آیا شما هزینه ای بابت نگهداری فرزندی وابسته یا بزرگسالی از کار افتاده، می پردازید؟  بله  خیر اگر بله، جدول زیر را تکمیل کنید.

کسی که نیازمند نگهداری است	کسی که هزینه نگهداری را می پردازد	علت پرداخت هزینه نگهداری چیست	نام و شماره سرویس دهنده	مبلغ پرداختی به سرویس دهنده	هر چند یک بار پرداخت می شود

آیا کسی در خانوار شما هست که 60 ساله یا بالاتر یا از کار افتاده بوده و نیاز به هزینه پزشکی داشته باشد؟  بله  خیر

اگر بله، جدول زیر را تکمیل کنید.

عضوی که هزینه نگهداری دارد	نوع هزینه (ویزیت های پزشک، ویزت بیمارستان، هزینه های دارو، حق بیمه درمانی یا eracideM، عینک طبی)	مبلغ بدهی	بدهی باقیمانده بله/ خیر	تاریخ پرداخت	آیا بیمه هزینه را می پردازد؟ بله/ خیر



آیا کسی در خانوار شما هست که 60 ساله یا بالاتر باشد یا از کار افتاده بوده و نیاز به هزینه حمل و نقل جهت معالجات پزشکی داشته باشد؟  
 0 بله 0 خیر  
 اگر بله، جدول زیر را تکمیل کنید.

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

لطفا برای ما توضیح بیشتری در مورد هزینه های درخواست کننده و تمام اعضای خانواده بدهید

آیا شخصی در خانواده تان جهت پشتیبانی کودک به شخصی که خارج از خانه زندگی می کند مبلغی پرداخت می کند؟ بله 0 خیر 0  
 اگر بله، جدول زیر را کامل کنید.

مبلغ پرداختی کودک به چه کسی پرداخت می شود؟	مبلغ پرداخت شده	مبلغ تعیین شده	نام فرزندی که هزینه اش پرداخت می شود	عضوی از خانوار که ملزم به پرداخت هزینه ها می باشد

آیا شما یا یکی از اعضای خانوار شما، ملزم به پرداخت هزینه های سر پناه می باشید؟ لطفا جدول زیر را کامل کنید. بله 0 خیر 0  
 اگر بله، جدول زیر را کامل کنید.

هزینه	مبلغ	زمان های پرداخت؟	چه کسی می پردازد؟
اجاره/رهن			
مالیات املاک			
بیمه املاک			
برق			
گاز			
زیاله			
تلفن			
سایر			



آیا هزینه های ماهانه خانوار را با کسی درون خانه شراکت می پردازید؟ بله ♦ خیر ♦

اگر بله، چه کسی؟ \_\_\_\_\_

نظرات/مدارک \_\_\_\_\_

به چه کسی پرداخت می شود \_\_\_\_\_ مبلغ پرداخت شده \_\_\_\_\_ \$ هر

نام صاحب خانه \_\_\_\_\_ آدرس صاحب خانه \_\_\_\_\_

آیا در 12 ماه گذشته کمکی در زمینه انرژی دریافت کرده اید؟ بله ♦ خیر ♦

اگر بله، مبلغ دریافت شده \_\_\_\_\_ دلار

آیا کس دیگری هیچیک از این قبض های خانوار شما را می پردازد؟ بله ♦ خیر ♦ اگر بله، جدول زیر را کامل کنید.

چه قبضی پرداخت می شوند؟	چه کسی قبض را می پردازد؟
این فرد قبض ها را به چه کسی می پردازد؟	چه مبلغی پرداخت می شود؟

### اخطارهای مجازات

ممکن است شما برای فراهم کردن آگاهانه اطلاعات غلط، مزایای خود را از دست بدهید یا مشمول تعقیب جزایی شوید.

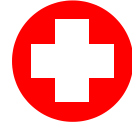
- اطلاعات غلط ندهید یا اطلاعات را برای دریافت مزایایی که به شما تعلق نمی گیرد، مخفی نکنید.
- از مزایای Food Stamp شخصی دیگر یا کارت انتقال اکترونیک مزایای وی استفاده نکنید.
- از مزایای غذایی برای خریدن موارد غیر غذایی مانند مشروبات الکلی و سیگار و یا پرداخت کردیت کارت استفاده نکنید.
- Food Stamp را با اشیای غیرقانونی معامله نکنید؛ اشیایی مانند سلاح گرم، مهمات یا مواد کنترل شده (داروهای غیرمجاز).

هرکس در خانواده شما هر یک از مقررات را عمدا نقض کند ممکن است از برنامه Food Stamp به مدت شش ماه تا ده سال یا برای همیشه محروم شود. چنین شخصی ممکن است تا 20 سال محکوم به حبس شود، تا مبلغ \$250,000 جریمه شود یا مشمول هر دو شود و تحت تعقیب قوانین فدرال و ملی قرار گیرد. همچنین ممکن است این شخص از برنامه SNAP/Food Stamp به دستور دادگاه برای 18 ماه محروم شود.

هرکس در خانوار شما به عمد این قوانین را نقض کند ممکن است بابت اولین تخلف، به مدت یکسال، بابت دومین تخلف به مدت دو سال و بابت سومین تخلف برای همیشه از دریافت کوپن غذایی (Food Stamp) منع شود.

اگر دادگاه، شما یا هریک از اعضای خانواده شما را به خاطر استفاده یا دریافت مزایا در معامله ای مربوط به فروش مواد مخدر گناهکار تشخیص داد، شما یا آن عضو خانوار با اولین تخلف به طور دائم فاقد صلاحیت لازم برای شرکت در برنامه کوپن غذایی (Food Stamp) خواهید شد.

اگر دادگاه، شما یا هریک از اعضای خانوار را به خاطر استفاده یا دریافت مزایا در معامله ای مربوط به فروش سلاح گرم، مهمات یا مواد منفجره گناهکار تشخیص داد، شما یا آن عضو خانوار با اولین تخلف به طور دائم فاقد صلاحیت لازم برای شرکت در برنامه کوپن غذایی (Food Stamp) خواهید شد.



اگر دادگاه شما یا هریک از اعضای خانواده را به خاطر خرید یا فروش مزایا به مبلغ کلی 500 دلار یا بیشتر، گناهکار تشخیص داد، شما یا آن عضو خانوار با اولین تخلف به طور دائم فاقد صلاحیت لازم برای شرکت در برنامه کوپن غذایی (Food Stamp) خواهید شد.

پس از اطلاع از این که شما یا هر یک از اعضای خانواده به منظور بهره مندی از مزایای چند برابری کوپن غذا (Food Stamp)، درباره هویت (کسی که هستند) یا مکان اقامت (جایی که زندگی می کنند) اظهارات یا بازنمایی دروغین ارائه داده اید، شما یا آن عضو خانوار به مدت 10 سال فاقد صلاحیت لازم برای شرکت در برنامه کوپن غذایی (Food Stamp) خواهید شد.

### جریمه های برنامه TANF

در برنامه TANF، ارائه اطلاعات دروغ یا گمراه کننده به عمد برای ایجاد یا حفظ صلاحیت برای AU، افزایش مزایا، جلوگیری از کاهش مزایا، امتناع از دادن اطلاعات برای جلوگیری از اقدامی منفی یا استفاده از کمک نقدی در مکان های ممنوع یک تخلف عمدی از برنامه محسوب می شود.

- ♣ هرکس در خانواده شما که تغییرات را به موقع گزارش ندهد یا حقیقت را نگوید یا از وجوه کمکی نقدی یا کارت دبیت TANF (کمک موقتی به خانواده های نیازمند) برای برداشت پول نقد یا انجام معاملات در کازینوها، فروشگاههای فروش نوشیدنی های الکلی، مکانهای سرگرم کننده بزرگسالان (کلوب های استریپتیز)، اتاق های پوکر، شرکتهای تأمین کننده ضامن و وثیقه، کلوب های شبانه/سالن ها/بارها، سالن های کارت بازی، مسابقات، نهادهای بازی، فروشگاه های اسلحه/مهمات، کشتی های تفریحی، فالگیری، فروشگاههای دخانیات، فروشگاههای خالکوبی/پیرسینگ و سالن های ماساژ/چشمه آب گرم که شدیداً منع شده استفاده کند، اطلاعات دروغی درباره محل زندگی ارائه دهد، در مرتبه اول به مدت 6 ماه از برنامه محروم می شوید و در مرتبه دوم به مدت 12 ماه و در مرتبه سوم برای همیشه از مزایای این برنامه محروم خواهد شد.
- ♣ اگر دادگاه، شما و یا هر عضوی از خانوار شما که اطلاعاتی را مخفی می کند و یا تغییرات ایجاد شده را به موقع اعلام نمی کند و یا واقعیت را پنهان می کند، محکوم کند، در مرتبه اول به مدت 12 ماه و در مرتبه دوم برای همیشه از مزایای TANF محروم خواهید شد.
- ♣ اگر دادگاه، شما و یا هر عضوی از خانوار شما را در رابطه با دادن اطلاعات غلط در باره محل سکونت خود که باعث شود بیشتر از یک وضعیت از مزایا بهره مند شوید و در بیش از یک ایالت از این مزایا بهره مند شوید، محکوم کند، شما به مدت 10 سال فاقد صلاحیت برای بهره مندی از برنامه TANF خواهید شد.
- ♣ اگر دادگاه، شما را در مورد تخلفات مربوط به مواد مخدر، دارو های غیر قانونی و یا داروهای ملزم به داشتن نسخه و یا تخلفات جنایی در تاریخ 1/1/1997 و پس از آن محکوم کند، شما و یا آن عضو از خانواده، فاقد صلاحیت و/یا برای همیشه از بهره مندی از مزایای مربوطه محروم خواهید شد.



### برای تمام متقاضیان TANF و Medicaid · Food Stamps

تا جایی که اطلاع دارم با آگاهی از مجازات شهادت دروغی اعلام میکنم و بر این باور هستم که شخص (اشخاصی) که از طرفشان برای تقاضای مزایا اقدام می‌نمایم، شهروند (شهروندان) ایالات متحده هستند یا به طور قانونی در ایالات متحده حضور دارند. من همچنین تأیید می‌کنم که تا جایی که اطلاع دارم تمام اطلاعات ارائه شده در این فرم حقیقی و صحیح هستند. من آگاه هستم و موافقت می‌نمایم که DHS و سازمان‌های مجاز فدرال می‌توانند اطلاعاتی را که در این فرم ارائه کردم، تأیید کنند. ممکن است اطلاعات از طریق کارکنان سابق و کنونی حاصل شود. طبق الزامات برنامه کوبین غذایی / Medicaid (تامین خدمات درمانی نیازمندان) و/یا TANF هرگونه تغییر در وضعیت را گزارش خواهم کرد. در صورت ارائه اطلاعاتی نادرست، امکان کاهش یا حذف مزایا وجود دارد و ممکن است به خاطر ارائه اطلاعات نادرست به عمد، تحت پیگرد قانونی قرار گیرم و موجب سلب صلاحیت حضور من در برنامه DHS شود. آگاه هستم که در صورت ارائه اطلاعاتی غلط یا پنهان کردن اطلاعات، ممکن است تحت پیگرد قانونی قرار گیرم. آگاه هستم که اگر در فرم تقاضا یا مصاحبه تمدید مزایا نتوانم بعضی از مخارج را اعلام کنم، DHS در محاسبه میزان مزایای کوبین غذا، بودجه‌ای را برای آن مخارج در نظر نخواهد گرفت.

\_\_\_\_\_

تاریخ

\_\_\_\_\_

امضای متقاضی

\_\_\_\_\_

تاریخ

\_\_\_\_\_

امضای نماینده قانونی

\_\_\_\_\_

تاریخ  
(Date)

\_\_\_\_\_

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