जॉर्जिया मानव सेवा विभाग

लाभों के लिए आवेदन

यदि आपको यह आवेदन भरने में मदद की ज़रूरत हो अथवा हमसे संवाद करने के लिए मदद की आवश्यकता हो, तो हमसे कहें या 1-877-423-4746 पर कॉल करें। यदि आप बधिर हैं अथवा आपको सुनने में परेशानी होती है, तो 1-800-255-0135 पर GA **रिले को कॉल करें। हमारी सेवाएँ निःशुल्क हैं।**

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

DFCS **निम्नलिखित सेवाएँ पेश करता है**:

खाद्य सहायता
फ़ूड स्टैम्प्स वे लाभ हैं जिनका इस्तेमाल आप ऐसे किसी भी स्टोर पर खाद्य ख़रीदने के लिए कर सकते हैं जिस पर EBT/*Quest* चिह्न है। हम आपकी खाद्य ख़रीद का मूल्य आपके फ़ूड स्टैम्प खाते से घटा देंगे।

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

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

समुदाय आउटरीच सेवाएँ

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

मैं लाभ के लिए कैसे आवेदन करूँ?

चरण 1. **आवेदन भरें।**

सवाल ध्यान से पढ़ें और सही जानकारी दें। आवेदन में हस्ताक्षर करें और तिथि लिखें।

चरण 2. **आवेदन लौटाएँ। आपको पृष्ठ** 1 -3 **निकालकर अपने लिए रखने होंगे।**
इस आवेदन के पृष्ठ 4-13 अपने स्थानीय परिवार और बाल सेवा विभाग (डिविज़न ऑफ फैमिली एंड चिल्ड्रन सर्विसिज़, DFCS) के कार्यालय में डाक से भेजें, फ़ैक्स करें, या लेकर आएँ। यदि आप या वह व्यक्ति जिसके लिए आप आवेदन कर रहे हैं, लाभ का पात्र पाया जाता है, तो फ़ूड स्टैम्प्स या TANF लाभ उस तिथि से उपलब्ध कराए जाएँगे जिस तिथि पर हमें आपके नाम, पते, और हस्ताक्षर के साथ आपका आवेदन प्राप्त हुआ।

यदि आप फ़ूड स्टैम्प्स और/या Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आप लाभ के लिए केवल अपने नाम, पते और हस्ताक्षर के साथ आवेदनपत्र दाखिल कर सकते हैं। तथापि, यदि आप पूरा फ़ॉर्म भरते हैं तो हमें आपके आवेदन में त्वरित प्रक्रिया करने में मदद मिल सकती है। इस फॉर्म द्वारा आप सिर्फ़ FS (फ़ूड स्टैम्प प्रोग्राम) अथवा एक से अधिक प्रोग्रामों के लिए संयुक्त आवेदन कर सकते हैं। आपका FS आवेदन मात्र किसी अन्य प्रोग्राम पर मिली अस्वीकृति के कारण अस्वीकृत नहीं किया जाएगा। हम आपके FS आवेदनपत्र पर पात्रता का निर्धारण स्वतंत्र रूप से करेंगे।

चरण 3. **हमारे साथ बात करें।**

आपको कार्यकर्ता के साथ साक्षात्कार पूरा करने की ज़रूरत हो सकती है। ऐसा होने पर, हम आपके लिए समय तय करेंगे। यह साक्षात्कार फ़ोन से पूरा किया जा सकता है।

आम सवाल

लाभ प्राप्त होने में कितना समय लगता है?

फ़ूड स्टैम्प्स	**30** दिन तक
TANF:	**45** दिन तक
Medicaid:	**10** से **60** दिन

अगर आप योग्य हैं, तो आप **7** दिन के भीतर फ़ूड स्टैम्प्स प्राप्त करने में सक्षम हो सकते हैं। पृष्ठ 6 देखें।

मुझे कितना मिलेगा?
आपकी आय, संसाधन, और परिवार का आकार लाभ की राशि निर्धारित करते हैं। हम आपकी पात्रता निर्धारित करने के बाद आपको विशिष्ट जानकारी देने में सक्षम हो सकेंगे।

मुझे मेरे लाभ कैसे मिलेंगे?
फ़ूड स्टैम्प्स का लाभ पाने के लिए, आपको इलेक्ट्रॉनिक बेनेफिट ट्रांस्फर **(EBT)** कार्ड मिलेगा। **TANF** लाभ प्राप्त करने के लिए आपको **EPICC** डेबिट मास्टरकार्ड मिलेगा। **Medicaid** लाभ पाने के लिए, आपको हर योग्य सदस्य के लिए **Medicaid** कार्ड मिलेगा।

मुझे क्या जानकारी प्रदान करनी होगी?
निम्नलिखित प्रदान करना अच्छा होगा:

- अगर फ़ूड स्टैम्प्स और/या **TANF** के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आवेदक की पहचान का सबूत। अगर **Medicaid** के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो **Medicaid** आवेदन करने वाले हर व्यक्ति का पहचान का सबूत। <u>जैसे</u>: पहचान पत्र (ID) या ड्राइविंग लाइसेंस (DL)
- लाभ का अनुरोध करने वाले हर व्यक्ति का अमेरिकी नागरिकता/योग्य आप्रवासी स्थिति का सबूत
- सहायता का अनुरोध करने वाले हर व्यक्ति का सामाजिक सुरक्षा नंबर
- आय का सबूत उदाहरण के लिए, भुगतान स्टब्स, बाल समर्थन भुगतान, और आय अधि-निर्णय पत्र
- व्यय के सबूत जैसे बाल देखभाल रसीदें, चिकित्सा बिल, चिकित्सा परिवहन लागत, और बाल समर्थन भुगतान

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

हम आवेदक की निजी जानकारी का उपयोग कैसे करते हैं?
आपको उन लोगों के केवल सामाजिक सुरक्षा नंबर (SSN) और नागरिकता या आप्रवास स्थिति प्रदान करने की ज़रूरत होगी जो लाभ के लिए आवेदन करना चाहते हैं। इस जानकारी का इस्तेमाल आय और पात्रता सत्यापन प्रणाली (IEVS) में जाँच करने के लिए किया जाएगा। आपकी आय और पात्रता की पुष्टि करने के लिए हम अन्य संघीय, राज्य और स्थानीय एजेंसियों से भी आपकी जानकारी का मिलान करेंगे। अगर घर का कोई सदस्य हमें अपने **SSN**, नागरिकता, या आप्रवास स्थिति के बारे में जानकारी नहीं देना चाहता, तब भी घर के अन्य सदस्यों को लाभ मिल सकते हैं।

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

लाभों के लिए आवेदन

फेडेरल कानून, अमेरिकन कृषि विभाग (**यू.एस. डिपार्टमेंट ऑफ़ एग्रीकल्चर, USDA**) और स्वास्थ्य और मानवीय सेवा विभाग (**यू.एस. डिपार्टमेंट ऑफ़ हैल्थ एंड ह्यूमन सर्विसेज़, HHS**), की नीतियों के अनुसार यह संस्था नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, लिंग, विकलांगता, आयु, लिंग और कुछ मामलों में धर्म और राजनीतिक विश्वासों के आधार पर भेदभाव करने से निषिद्ध है। अमेरिकन कृषि विभाग (यू.एस. डिपार्टमेंट ऑफ़ एग्रीकल्चर) अपने ग्राहकों, कर्मचारियों और रोज़गार के लिए आवेदकों में नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता, लिंग, लिंग पहचान, धर्म, प्रतिहिंसा और जहां लागू हो, राजनीतिक विचार, वैवाहिक स्थिति, पारिवारिक अथवा माता-पिता की स्थिति,यौन रुझान, व्यक्ति की पूर्ण अथवा कुछ आय सरकारी सहायता कार्यक्रमों से आती हो अथवा विभाग द्वारा निधिबद्ध अथवा संचालित किसी कार्यक्रम/गतिविधि में अथवा रोज़गार में सुरक्षित आनुवंशिक जानकारी के आधार पर भेदभाव का निषेध करता है। (प्रत्येक प्रोग्राम और/अथवा गतिविधि पर हर निषेध अधिनियम लागू नहीं होंगे।)

USDA के साथ सिविल राइट्स कार्यक्रम में भेदभाव की शिकायत दर्ज करने के लिए http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html पर अथवा USDA के कार्यालय में जाकर कार्यक्रम भेदभाव शिकायत फॉर्म (*USDA Program Discrimination Complaint Form*) भरें अथवा (866) 632-9992 पर फोन करके शिकायत फॉर्म का अनुरोध करें। फॉर्म में माँगी गई सारी जानकारी आप पत्र द्वारा भी भेज सकते हैं। पूरा किया हुआ शिकायत फॉर्म अथवा पत्र हमें इस पते पर भेजें - U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, फैक्स द्वारा इस नंबर पर (202) 690-7442 अथवा यहां ईमेल करें program.intake@usda.gov.

वे व्यक्ति जो बधिर हैं, अथवा जिन्हें सुनने में परेशानी होती है अथवा बोलने में अक्षम हैं, वे (800) 877-8339 अथवा (800) 845-6136 (स्पैनिश) पर कॉल करके फ़ेडरल रिले सर्विस द्वारा USDA से संपर्क कर सकते हैं।

सप्लीमेंटल न्यूट्रिशन असिस्टेंस प्रोग्राम (SNAP) मुद्दों से सम्बंधित किसी जानकारी के लिए, USDA SNAP हॉटलाइन नंबर (800) 221-5689 पर संपर्क करें जो स्पैनिश में भी उपलब्ध है अथवा इस वेबसाइट http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm पर जाकर हर राज्य के जानकारी/हॉटलाइन नंबर की सूची के लिए लिंक पर क्लिक करें।

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

USDA और HHS समान अवसर प्रदाता और नियोक्ता हैं।

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

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

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

देखभालकर्ता	माता या पिता, रिश्तेदार या क़ानूनी अभिभावक जो अपनी देखभाल वाले बच्चों के लिए TANF के लिए आवेदन करता है और उसे प्राप्त करता है।
अनुदान ग्राही रिश्तेदार	माता या पिता, रिश्तेदार या क़ानूनी अभिभावक जो बच्चों की ओर से अपने नाम पर TANF के लिए आवेदन करता है और उसे प्राप्त करता है।
अयोग्य	किसी व्यक्ति को फ़ूड स्टैम्प या TANF से निकालने की कार्रवाई का मामला क्योंकि उसने सच नहीं बताया था और वे लाभ प्राप्त किए थे जो उसे प्राप्त नहीं करने चाहिए थे।
इलेक्ट्रॉनिक लाभ स्थानांतरण (EBT)	फ़ूड स्टैम्प्स के लिए पात्र व्यक्तियों को लाभ का भुगतान करने के लिए जॉर्जिया में इस्तेमाल की जाने वाली प्रणाली। सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्तियों को EBT डेबिट कार्ड जारी किए जाते हैं, जिनका इस्तेमाल उनके फ़ूड स्टैम्प्स खातों तक पहुँच करने के लिए किया जाता है।
EPPICard डेबिट मास्टरकार्ड	जॉर्जिया में नकद सहायता प्राप्त करने वाले व्यक्तियों के लिए जेरोक्स द्वारा जारी किया गया नया डेबिट कार्ड। EPPICard डेबिट मास्टरकार्ड उन स्थानों पर ख़रीद और नकद निकासी के लिए स्वीकार किया जाएगा जहाँ मास्टरकार्ड स्वीकार किया जाता है।
घर के सदस्य	वे व्यक्ति जो आपके घर में रहते हैं। फ़ूड स्टैम्प्स के लिए, वे व्यक्ति जो साथ रहते हैं और अपने खाद्य साथ ख़रीदते और तैयार करते हैं।
आय	मजदूरी, वेतन, कमीशन, बोनस, कामगार क्षतिपूर्ति, विकलांगता पेंशन, सेवानिवृत्ति लाभ, ब्याज, बाल समर्थन जैसे भुगतान या प्राप्त धन का कोई अन्य रूप।
सकल आय	कर या अन्य कटौतियों को लागू करने से पहले व्यक्ति की कुल आय।

इस आवेदन में इस्तेमाल किए गए शब्दों का क्या मतलब है? (जारी)

प्रवासी खेत मजदूर	वे व्यक्ति जो मौसमी खेत मजदूर हैं और जो काम करने के लिए या खेती के काम की तलाश में एक जगह से दूसरी जगह जाते हैं।
संसाधन	नकद, संपत्ति, या संपदा जैसे बैंक खाते, वाहन, स्टॉक, बॉन्ड, और जीवन बीमा।
मौसमी खेत मजदूर	वे व्यक्ति जो रोपण, कटाई या उत्पादन पैकिंग में साल में कुछ समय काम करते हैं। उन्हें अस्थायी तौर पर काम पर रखा जाता है जब काम के लिए खेत के नियमित आधार पर रखे गए मजदूरों से ज़्यादा मजदूरों की ज़रूरत होती है।
SNAP/फ़ूड स्टैम्प प्रोग्राम में तस्करी	SNAP लाभ की तस्करीका मतलब है: (1) हस्तलिखित वाउचर और हस्ताक्षर अथवा EBT कार्ड, कार्ड नंबर और PIN नंबर से निर्गमित और मिलने वाले SNAP लाभ को सीधे, अप्रत्यक्ष रूप से, अकेले अथवा दूसरे व्यक्तियों के साथ या मिलीभगत से खाद्य पदार्थों के अलावा पैसे और अन्य वस्तुओं के लिए खरीदना, बेचना अथवा हस्तांतरण करना; (2) बंदूकों, गोला-बारूद, विस्फोटक, या नियंत्रित पदार्थों से बदलना; (3) SNAP लाभों से ऐसा उत्पाद खरीदना, जिसका कंटेनर वापस देने पर निश्चित राशि वापस मिल जाती हो। जानबूझकर उत्पाद को त्यागकर नगद राशि प्राप्त करने के इरादे से कंटेनर वापस कर देना; (4) SNAP लाभ से उत्पाद खरीदना और उस उत्पाद को दोबारा बेचकर उपयुक्त खाद्य पदार्थों के स्थान पर नगद राशि अथवा अन्य वस्तुएँ प्राप्त करना, और उसके पश्चात जानबूझकर SNAP लाभ से खरीदे उत्पाद को खाद्य सामग्री के अलावा नगद राशि अथवा अन्य वस्तुओं के लिए दोबारा बेच देना; (5) मूल रूप से SNAP लाभ से खरीदे गए उत्पाद को उपयुक्त खाद्य पदार्थों के अतिरिक्त नगद राशि अथवा अन्य वस्तुओं के लिए जानबूझकर खरीदना; (6) सीधे, अप्रत्यक्ष रूप से, अकेले अथवा दूसरे व्यक्तियों के साथ या मिलीभगत से हस्तलिखित वाउचर और हस्ताक्षर अथवा इलेक्ट्रॉनिक बेनिफिट कार्ड (EBT) कार्ड, कार्ड नंबर और पर्सनल आइडेंटिफिकेशन नंबर (PIN) से निर्गमित और मिलने वाले SNAP लाभ को उपयुक्त खाद्य पदार्थों से अतिरिक्त पैसे और अन्य वस्तुओं के लिए खरीदने, बेचने, चुराने अथवा अदला-बदली करने का प्रयास करना।
योग्य विदेशी/प्रवासी	योग्य *विदेशी/आप्रवासी* ऐसा व्यक्ति है जो क़ानूनी तौर से यू.एस. में रह रहा है और जो निम्नलिखित श्रेणियों में से किसी में आता है: ऐसा व्यक्ति जो आप्रवास और राष्ट्रीयता अधिनियम (INA) के अंतर्गत क़ानूनी तौर पर स्थायी निवास (LPR) के लिए स्वीकार किया गया हो; *अमेरासियन* 1988 के विदेश संचालन, निर्यात वित्त-पोषण और संबंधित कार्यक्रम विनियोजन अधिनियम की धारा 584 के अंतर्गत आप्रवासी; ऐसा व्यक्ति जिसे INA की धारा 208 के अंतर्गत शरण दी गई हो; *शरणार्थी*, जिन्हें INA की धारा 207 के अंतर्गत स्वीकार किया गया हो; ऐसा व्यक्ति जो INA की धारा 212(d)(5) के अंतर्गत यूएस में कम-से-कम साल से *पैरोल पर हो*; ऐसा व्यक्ति जिसका *निर्वासन* INA की धारा 243(h) जैसा कि 1 अप्रैल, 1997 से पहले प्रभाव में है, या INA की धारा 241(b)(3) यथासंशोधित के अंतर्गत रोका गया है; ऐसा व्यक्ति जिसे INA की धारा 203(a)(7) जैसा कि 1 अप्रैल, 1980 से पहले प्रभाव में है, के अंतर्गत सशर्त प्रवेश दिया गया है; *क्यूबा* या *हैती के* प्रवासी जैसा कि 1980 के शरणार्थी शिक्षा सहायता अधिनियम की धारा 501(e) में परिभाषित किया गया है; 2000 के तस्करी पीड़ित संरक्षण अधिनियम की धारा 107(b)(1) के अंतर्गत *मानव तस्करी के शिकार व्यक्ति*; *पस्त आप्रवासी* जो 1996 के निजी ज़िम्मेदारी और कार्य अवसर सामंजस्य अधिनियम, यथासंशोधित की धारा 431 (c) में निर्धारित शर्तें पूरी करते हैं; *अफ़गानिस्तान या इराक* के प्रवासी जिन्हें INA की धारा 101(a)(27) के अंतर्गत विशेष आप्रवासी का दर्जा दिया गया हो (निर्दिष्ट शर्तों के अधीन); INA की धारा 289 के अंतर्गत कनाडा में जन्मे अमेरिका में रहने वाले *अमेरिकी इंडियन* या भारतीय आत्मनिर्णय और शिक्षा सहायता अधिनियम 4(e) के अंतर्गत संघ की मान्यता प्राप्त भारतीय जनजाति के गैर-नागरिक और *हमोंग या हाईलैंड लाओतियन आदिवासी सदस्य* जिन्होंने वियतनाम काल (8/05/1964 - 5/07/1975) के दौरान सैन्य या बचाव अभियान में भाग लेकर यू.एस. कर्मचारियों की सहायता की थी।
आवेदक	ऐसा व्यक्ति जो सार्वजनिक सहायता/लाभ के लिए आवेदन करना या उन्हें प्राप्त करना चुनता है
गैर-आवेदक	ऐसा व्यक्ति जो सार्वजनिक सहायता/लाभ के लिए आवेदन करना या उन्हें प्राप्त करना नहीं चुनता; गैर-आवेदकों को SSN, नागरिकता या आप्रवास स्थिति प्रदान करने की ज़रूरत नहीं होती।
सहायता यूनिट	सहायता यूनिट में ऐसे *पात्र* व्यक्ति शामिल हैं जो साथ रहते हैं और सार्वजनिक सहायता/लाभ साथ प्राप्त करते हैं।

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग

लाभों के लिए आवेदन

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

- ❑ **फ़ूड स्टैम्प्स**

  फ़ूड स्टैम्प प्रोग्राम संघीय सरकार द्वारा निधिबद्ध कार्यक्रम है जिसमें निम्न-आय वर्ग के परिवारों को खाद्य पदार्थों की कीमत अदा करने के लिए मासिक सहायता दी जाती है। यह प्रोग्राम पोषण शिक्षा भी देता है और योग्य परिवारों को उनकी खाद्य और पोषण संबंधी आवश्यकताओं की पूर्ति करने में मदद करता है।
- ❑ **ज़रूरतमंद घरों के लिए अस्थायी सहायता (TANF)**

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

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

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

हमें आवेदक के बारे में बताएँ

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

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

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

कृपया आवेदक के बारे में नीचे दिया गया चार्ट भरें।

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

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग

लाभों के लिए आवेदन

यह जानते हुए की झूठी जानकारी देने पर मुझे मिथ्या साक्ष्य की सजा हो सकती है, मैं यह घोषित करता हूँ कि मैं जिस व्यक्ति के लिए लाभ का आवेदन कर रहा हूँ, वह अमेरिका का/के नागरिक हैं अथवा अमेरिका में वैध रूप से रह रहे हैं। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदनपत्र में दी गई जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सच्ची और सही है। मैं यह समझकर अपनी सहमति देता हूँ कि DHS और अधिकृत फ़ेडरल एजेंसी मेरे द्वारा आवेदनपत्र में दी गई जानकारी को जाँच सकते हैं। पिछले और मौजूदा नियोक्ताओं से जानकारी ली जा सकती है। फ़ूड स्टैम्प/Medicaid और/अथवा TANF प्रोग्राम की आवश्यकताओं के अनुसार मैं अपनी स्थिति में हुए किसी भी बदलाव की सूचना दूंगा। यदि कोई भी जानकारी गलत निकली तो लाभ कम किए जा सकते हैं अथवा बंद किए जा सकते हैं और मुझ पर आपराधिक मुकद्दमा चलाया जा सकता है या जानबूझकर गलत जानकारी देने के लिए मुझे DHS प्रोग्राम से अयोग्य घोषित किया जा सकता है। मैं समझता हूँ कि गलत जानकारी देने अथवा जानकारी छिपाने पर मुझ पर मुक़दमा चलाया जा सकता है। मैं समझता हूँ कि यदि मैं आवेदनपत्र नवीनीकरण में DHS को अपने कुछ खर्चों के बारे में नहीं बताता तो DHS उस खर्चे को फ़ूड स्टैम्प बेनिफिट की रकम जोड़ने में बजट नहीं करेगा।

______________________________ ______________________

हस्ताक्षर **तिथि**

______________________________ ______________________

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

क्या मैं अपने लिए फ़ूड स्टैम्प्स या Medicaid के लिए आवेदन करने के लिए किसी को चुन सकता हूँ?

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

नाम: ______________________ फ़ोन: ______________________

पता: ______________________ अपार्टमेंट: ______________________

शहर: ______________________ राज्य: ________ ज़िप: ______________

नाम: ______________________ फ़ोन: ______________________

पता: ______________________ अपार्टमेंट: ______________________

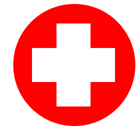
शहर: ______________________ राज्य: ________ ज़िप: ______________

For Office Use Only Date Received: ______________________

(केवल कार्यालय के उपयोग के लिए) (प्राप्ति तिथि)

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग

लाभों के लिए आवेदन



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

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

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

   यदि हाँ, तो कौन ______________________________

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

   नियोक्ता का नाम ______________________________

   रोज़गार शुरू होने की तिथि ___________ रोज़गार समाप्ति तिथि _____________

   वेतन की दर ________ साप्ताहिक काम के घंटे _______ सप्ताह/द्वि-सप्ताह/अर्द्ध-माह/माह (एक पर गोला लगाएँ)

3. कुल सकल अनर्जित आय जो इस महीने के लिए प्राप्त की जाएगी: $ _____________

   अनर्जित आय का प्रकार __________ राशि ______ सप्ताह/द्वि-सप्ताह/अर्द्ध-माह/महा (एक पर गोला लगाएँ)

   अनर्जित आय का प्रकार __________ राशि ______ सप्ताह/द्वि-सप्ताह/अर्द्ध-माह/माह (एक पर गोला लगाएँ)

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

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

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

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

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

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग

लाभों के लिए आवेदन

हमें आवेदक और घर के सभी सदस्यों के बारे में बताएँ

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

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

नस्ल कोड (उन सबको चुनें जो लागू हों):

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

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

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

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

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

 अगर हाँ तो:

 कौन: ____________________________________

 कहाँ: ____________________________________

 कब: ____________________________________

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

 अगर हाँ तो:

 कौन: ____________________________________

 कहाँ: ____________________________________

 कब: ____________________________________

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

 अगर हाँ, तो किसने छोड़ा है? ____________________________________

 उसने क्यों छोड़ा? ____________________________________

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

 कौन: ____________________________________

 नियत तिथि: ____________________________________

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

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

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

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

 अगर हाँ तो:

 कौन: ____________________________________

 कहाँ: ____________________________________

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

 (केवल फ़ूड स्टैम्प्स और TANF)

 अगर हाँ, तो कौन: ____________________________________

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

   अगर हाँ, तो कौन: ______________________________

9. क्या किसी को 8/22/96 के बाद नियंत्रित मादक पदार्थ रखने, इस्तेमाल करने या वितरण से संबंधित व्यवहार के कारण अपराध की सज़ा मिली है? (केवल फ़ूड स्टैम्प और TANF के लिए) या हिंसक अपराध के लिए? (केवल TANF आवेदकों के लिए) ❑ हाँ ❑ नहीं

   अगर हाँ तो:

   कौन: ______________________________

   कब: ______________________________ _____

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

    अगर हाँ तो:

    कौन: ______________________________

    कब: ______________________________

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

    अगर हाँ तो:

    कौन: ______________________________

    कब: ______________________________ _____

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

    अगर हाँ तो:

    कौन: ______________________________

    कब: ______________________________ _____

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

    ❑ हाँ ❑ नहीं

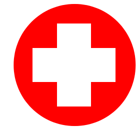
    अगर हाँ तो:

    कौन: ______________________________

    कब: ______________________________

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग

लाभों के लिए आवेदन



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

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

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

आवेदक और घर के सभी सदस्यों के खर्चों के बारे में हमें बताएँ क्या आप घर के किसी आश्रित बच्चे की देखभाल या किसी विकलांग वयस्क सदस्य के लिए भुगतान करते हैं? हां ☐ **नहीं** ☐ यदि हां, तो नीचे चार्ट पूरा करें.

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

क्या किसी 60 वर्ष या अधिक उम्र के या किसी विकलांग व्यक्ति के चिकित्सा संबंधित कोई खर्च हैं?
हां ☐ **नहीं** ☐ **यदि हां, तो नीचे चार्ट पूरा करें.**

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

क्या किसी 60 वर्ष या अधिक उम्र के या किसी विकलांग व्यक्ति के चिकित्सा संबंधित परिवहन के कोई खर्च हैं?
हां ☐ **नहीं** ☐ **यदि हां, तो नीचे चार्ट पूरा करें.**

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

DHS
Georgia Department of Human Services

जॉर्जिया मानव सेवा विभाग

लाभों के लिए आवेदन

हमें आवेदक और अन्य परिवारजनों के खर्चे के बारे में और बताइए

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

परिवार का सदस्य जो देने को बाध्य है	**बच्चे का नाम जिसे लाभ दिया जा रहा है**	**देने के लिए बाध्य राशि**	**दी गई असल राशि**	**चाइल्ड सपोर्ट राशि किसे दी जाती है**

नीचे दिया गया चार्ट पूरा करें यदि आप आपके या परिवार के किसी सदस्य के आश्रय खर्चे (शेल्टर एक्सपेंस) हैं**?** हाँ ☐ नहीं ☐ यदि हाँ, तो नीचे दिया चार्ट पूरा करें।

खर्चा	राशि	कितनी बार**?**	किसने दिया**?**
किराया/मोर्ट्गेज			
सम्पत्ति कर			
सम्पत्ति बीमा			
बिजली			
गैस			
कचरा			
टेलीफोन			
अन्य			

क्या आप घर में किसी के साथ मासिक पारिवारिक खर्चे का वहन करते हैं? हाँ ☐ नहीं ☐

यदि हाँ, तो किसके साथ? ______________________________________

टिप्पणी/लिखित प्रमाण____

किसको अदा किया_______________ अदा की गई राशि $_____________ प्रत्येक __________

मकान मालिक का नाम _____________________

मकान मालिक का पता: _________________________________

____

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

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

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

फ़ूड स्टैम्प कार्यक्रम के दंड

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

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

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

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

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

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

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

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

TANF प्रोग्राम के दंड

TANF प्रोग्राम में AU पात्रता बनाने और बनाए रखने के लिए, लाभ बढ़ाने के लिए, लाभ में कटौती न होने देने के लिए, जानबूझकर गलत अथवा भ्रामक जानकारी देना, प्रतिकूल कार्यवाही से बचने के लिए पूरी जानकारी न देना अथवा सहायक राशि को प्रतिबंधित स्थानों पर उपयोग करना साभिप्राय प्रोग्राम का उल्लंघन करना माना जाएगा।

- घर का कोई भी सदस्य जो जानकारी छिपाएगा, स्थिति में बदलाव की सही समय पर सूचना नहीं देगा अथवा राशि सहायता कोष या TANF डेबिट कार्ड से पैसे निकालकर कैसिनो, मदिरा की दुकान, वयस्क मनोरंजन लाभों "स्ट्रिप क्लब", पोकर रूम, बेल बांडस. रात्रि क्लब/सैलून/टैवर्न, बिंगो हॉल, घोड़ों की रेस, गेमिंग स्थलों, बंदूक/गोला बारूद की दुकानों, क्रूज जहाज़ों, साइकिक रीडर्स, धूम्रपान की दुकान, टैटू/गुदाई की दुकान और स्पा/मालिश की दुकान पर उपयोग करता है, तो उसे पहली गलती के लिए छह महीने के लिए, दूसरी गलती के लिए बारह महीने के लिए और तीसरी गलती पर स्थायी रूप से TANF लाभ मिलने बंद हो जाएँगे।

- यदि अदालत आपको अथवा आपके परिवार के किसी सदस्य को जानकारी छिपाते अथवा सही समय पर स्थिति में बदलाव की सूचना न देते अथवा झूठ बोलते हुए पाती है और आप अभियोजित होते हैं तो आपको पहली गलती के लिए 12 महीने तक और दूसरी गलती पर स्थायी रूप से TANF लाभ मिलने बंद हो जाते हैं।

- यदि अदालत आपको अथवा आपके किसी परिवार के सदस्य को एक से अधिक राज्य में लाभ पाने के लिए अपने रिहायशी पते की गलत जानकारी देने का दोषी पाती है तो आप को 10 साल के लिए बाधित कर दिया जाएगा।

- यदि अदालत आपको या घर के किसी सदस्य को 1/1/97 के बाद से किसी नशीले पदार्थ से सम्बंधित अभियुक्ति का अथवा हिंसक अपराध का दोषी पाती है तो आप अथवा परिवार का वह सदस्य लाभ के योग्य नहीं माने जाएँगे अथवा/और स्थायी रूप से अयोग्य ठहराए जा सकते हैं।

सभी Medicaid, फ़ूड स्टैम्प्स और TANF आवेदकों के लिए:

यह जानते हुए की झूठी जानकारी देने पर मुझे मिथ्या साक्ष्य की सजा हो सकती है, मैं यह घोषित करता हूँ कि मैं जिस व्यक्ति के लिए लाभ का आवेदन कर रहा हूँ, वह अमेरिका का/के नागरिक हैं अथवा अमेरिका में वैध रूप से रह रहे हैं। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदनपत्र पर दी गई जानकारी मेरे ज्ञान के अनुसार सच्ची और सही है। मैं यह समझकर अपनी सहमति देता हूँ कि DHS और अधिकृत फ़ेडरल एजेंसी मेरे द्वारा आवेदनपत्र में दी गई जानकारी को जाँच सकते हैं। पिछले और मौजूदा नियोक्ताओं से जानकारी ली जा सकती है। फ़ूड स्टैम्प/Medicaid और/अथवा TANF प्रोग्राम की आवश्यकताओं के अनुसार मैं अपनी स्थिति में हुए किसी भी बदलाव की सूचना दूंगा। यदि कोई भी जानकारी गलत निकली तो लाभ कम किए जा सकते हैं अथवा बंद किए जा सकते हैं और मुझ पर आपराधिक मुकद्दमा चलाया जा सकता है या जानबूझकर गलत जानकारी देने के लिए मुझे DHS प्रोग्राम से अयोग्य घोषित किया जा सकता है। मैं समझता हूँ कि गलत जानकारी देने अथवा जानकारी छिपाने पर मुझ पर मुक़दमा चलाया जा सकता है। मैं समझता हूँ कि यदि मैं आवेदनपत्र नवीनीकरण में DHS को अपने कुछ खर्चों के बारे में नहीं बताता तो DHS उस खर्चे को फ़ूड स्टैम्प बेनिफिट की रकम जोड़ने में बजट नहीं करेगा।

____ ______________________________

आवेदक के हस्ताक्षर | तिथि

____ ______________________________

अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर | तिथि

____________________________________ ______________________

Case Manager's Name and Signature | Date

केस मैनेजर का नाम और हस्ताक्षर | तिथि