اداره خدمات انسانی جورجیا

# درخواست نامه برای مزایا

**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 GAبه شماره 1-800-255-0135 تماس بگیرید. خدمات ما رایگان می باشد.**

## چه خدماتی ارائه می (DFCS)ما در بخش خدمات خانواده و کودکان 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 کمک 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 8 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 صرفاً نام و آدرس خود را در فرم نوشته و آن را امضا نمایید. اما برای سرعت بخشیدن به روند رسیدگی به درخواست، بهتر است که تمام فرم را تکمیل نمایید.

**گام سوم. با ما مشورت کنید.**

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

**سوالات متداول**

**دسترسی به این کمک ها چقدر زمان می برد؟**

Food Stampها: 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 5 رجوع کنید.

**چقدر عواید دریافت خواهم 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؟**

Food Stamps و TANF از طریق یک کارت الکترونیکی برای انتقال مزایا (EBT) در اختیار شما قرار داده می شوند. و در مورد Medicaid هم یک کارت Medicaid در اختیار هر فرد واجد شاریط 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، لطفاً ما را در جریان بگذارید.

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

لازم است تا شما صرفاً 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 تقاضا کنند اما برای TANF باید یکی از والدین یا سرپرست مصاحبه شود.

اداره خدمات انسانی جورجیا

# درخواست نامه برای مزایا

بر پایه تفاوت های نژادی، رنگ پوست، کشور مبدأ فرد، جنسیت، سن یا ناتوانی هیچ گونه تبعیضی قائل شود. بر اساس **قانون غذا و خوراک 2008**، و سیاست های USDA، تبعیض قائل شدن بر پایه دین یا اعتقادات سیاسی نیز ممنوع می باشد."
اگر شما مورد تبعیض قرار گرفته اید، می توانید با USDA یا HHS تماس حاصل نمایید.

به آدرس USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9411نامه بنویسید یا با شماره 795-3273 (800) (صوتی) یا 720-6382 (202) (TTY) تماس بگیرید.

به آدرس HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 509-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201نامه بنویسید یا با شماره 619-0403 (202) (صوتی) یا 619-3257 (202) (TTY) تماس بگیرید.

USDA و HHS فرصت های یکسانی در اختیار افراد و کارمندان خویش قرار می دهند.

همچنین با تماس با برنامه حقوق مدنی DFCS به آدرس Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303یا شماره تلفن 657-3735 (404) یا فکس 463-3978 (404) برای ارائه شکایت خود اقدام نمایید.

طبق قوانین اداره بهداشت عمومی (DCH)، Medicaid نمی تواند بر پایه نژاد، سن، جنسیت، ناتوانی، کشور مبدأ یا عقاید سیاسی یا دینی شما صلاحیت شما را رد نماید. برای ارائه گزارش درباره تبعیض در برنامه Medicaid با دفتر یکپارچگی برنامه وابسته به اداره بهداشت عمومی جورجیا (7590-463-404 محلی) (رایگان) 0686-533-800 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 قیّم قانونی که سرپرستی کودکان را به عهده دارد و تقاضای دریافت TANF می نماید. |
| **خویشاوند دریافت کننده** | یکی از والدین، اقوام یا قیّم قانونی که از جانب کودکان و به نام خود تقاضای دریافت TANF می نماید. |
| **فاقدصلاحیت** | 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 ایالت 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. |
| **مستركارت دبیت EPPICard** | دبیت کارت جدید صادر شده از سوی Xerox برای افراد دریافت کننده کمک نقدی در ایالت جورجیا. از مستركارت دبیت EPPICard می توان در هرجا 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. |
| **درآمد** | پرداختی ها مانند حقوق، دستمزد، کمیسیون، پاداش، غرامت کارگران، از کار افتادگی، مزایای بازنشستگی، بهره، كمك خرج كودك و یا هر نوع پول دریافتی دیگر |
| **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** | داد و ستد غیرقانونی مزایای SNAP یعنی:<br>(1) خرید، فروش، سرقت یا معامله مساعده های SNAP که توسط کارت های EBT، شماره های کارت و شماره های پین، یا به صورت ارائه فاکتور خرید دستی و با استفاده از امضا ارائه می گردند، به جهت دریافت پول یا هر چیزی غیر از غذایی که استحقاق دریافت آن را دارید، چه مستقیم یا غیر مستقیم و چه به صورت گروهی یا انفرادی؛ (2) معامله سلاح گرم، مهمات، مواد منفجره، یا مواد کنترل شده (3) خرید عمدی یک محصول با استفاده از مساعده های SNAP که دارای ظرفی می باشد که باید به فروشنده بازگردانده شود و به این منظور مقداری پول نزد فروشنده گرو می ماند که موقع بازگرداندن ظرف مبلغ گرو گذاشته شده به شما پس داده می شود؛ (4) خرید عمدی یک محصول با استفاده از مساعده های SNAP با هدف فروش آن و دریافت وجه نقد یا هرچیزی غیر از غذایی که استحقاق دریافت آن را دارید یا فروش عمدی محصولی که با استفاده از مساعده های SNAP خریداری شده به منظور دریافت وجه نقد یا هرچیزی غیر از غذایی که استحقاق دریافت آن را دارید؛ (5) خرید عمدی یک محصول که با استفاده از مساعده های SNAP خریداری شده و معامله آن با وجه نقد یا هرچیزی غیر از غذای قید شده در برنامه. |

اداره خدمات انسانی جورجیا

# درخواست نامه برای مزایا

| | |
|---|---|
| **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 ملیّت (INA) به صورت قانونی اجازه سکونت دائمی (LPR) دریافت کرده است؛ آمریکایی-آسیایی های تابع بخش 584 از قانون عملکردهای خارجی، فاینانس 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 212(d)(5) از قانون INA حداقل یک سال است که نسبت به ایالات متحده ملتزم شده است. شخصی که اخراج او از کشور طبق بخش 243(h) از قانون INA قبل از 1 آوریل 1997یا بخش اصلاح شده241(b)(3) از قانون INAاجرا نشده است؛ شخصی که طبق بخش 203(a)(7) از قانون INA قبل از 1 آوریل 1980 اجازه ورود مشروط کسب نموده است؛ مهاجران کوبایی یا اهل هائیتی طبق آنچه در بخش 501(e) از قانون کمک تحصیلی به مهاجران مورخ 1980 تعریف شده است؛ قربانیان قاچاق انسان تحت بخش 107(b)(1) 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 101(a)(27) 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 قبیله هایی که از دیدگاه دولت فدرال مربوط به سرخپوستان بوده طبق بخش 4(e) از قانون خودمختاری و کمک تحصیلی سرخپوستان و قبیله نشین های لائوسی از قبایل همونگ و هایلند که با شرکت در عملیات نظامی و نجات در جریان جنگ ویتنام به نیروهای آمریکایی کمک کردند (1964/05/8 – 1975/07/5) |
| **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 افراد *واجدشرایطی* است که با هم زندگی می کنند و با هم کمک/مزایای عمومی دریافت می کنند. |

اداره خدمات انسانی جورجیا

# درخواست نامه برای مزایا

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

### ❑Food Stamps

**برنامه Food Stamp به افراد واجد شرایط در زمینه رفع نیازهای غذایی کمک می کند.**

### ❑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.

### ❑کمک نقدی به پناهندگان

هدف برنامه کمک نقدی به پناهندگانارائه 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.

### ❑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 _____

**لطفاً جدول زیر را با اطلاعات متقاضی تکمیل کنید.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| نام | حرف اول نام میانی | نام خانوادگی | پسوند |
| آدرس خیابانی که در آنجا زندگی می کنید | | آپارتمان | |
| شهر | ایالت | | کد پستی |
| آدرس پستی (اگر متفاوت است) | | | |
| شهر | ایالت | | کد پستی |
| شماره تلفن منزل | شماره تماس دیگر | | آدرس ایمیل (اختیاری) |
| امضاء | | تاریخ | |
| امضاء شاهد اگر به وسیله "X" امضا شده | | تاریخ | |
| **For Office Use Only** | Date Received By The County | | |

اداره خدمات انسانی جورجیا

# درخواست نامه برای مزایا

## آیا من واجد شرایط دریافت سریع تر **Food Stamp** هستم؟

این سوالات را درباره متقاضیوتماماعضایخانوار 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 کارگر مزرعه مهاجر یا فصلی هستید؟ ❑ بله ❑ خیر

2. مجموع درآمدهایی 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 دوهفته یك بار/ماهانه (دور یک مورد خط بکشید)

3. مجموع درآمدهای کسب نشده که در این ماه دریافت خواهند شد: _____ $

نوع درآمد کسب نشده_____ مقدار _____ هفتگی/هفتهایدوبار/هردوهفتهیکبار/ماهانه (دور یک مورد خط بکشید)

نوع درآمد کسب نشده_____ مقدار _____ هفتگی/هفتهایدوبار/هردوهفتهیکبار/ماهانه(دور یک مورد خط بکشید)

4. جمع درآمدهای کسب نشده در این ماه: _____ $

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

6. شما و تمام اعضای خانوار چقدر پول بابت اجاره یا رهن می پردازید؟ _____ $

7. شما و تمام اعضای خانوار چقدر پول بابت برق، آب، گاز و غیره می پردازید؟ _____ $

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

صرفاً اگر می خواهید کسی فرم درخواست شما را تکمیل کند، و/یا در مصاحبه شرکت کند، و/یا زمانی که شما نمی توانید به فروشگاه بروید از کارت EBT برای خرید غذا برای شما استفاده کند، این قسمت را تکمیل کنید. اگر برای دریافت **Medicaid** اقدام می کنید، می توانید 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: _____

آیا می خواهید این فرد یک نسخه از کارت Medicaid شما را داشته باشد؟ ❑ بله ❑ خیر

اداره خدمات انسانی جورجیا

# درخواست نامه برای مزایا

## اطلاعات متقاضی و تمام اعضای خانوار را برایمان شرح دهید

**لطفاً جدول زیر را با اطلاعات مربوط به متقاضی و تمام اعضای خانوار تکمیل کنید.** قوانین فدرال زیر به **DFCS** این اختیار را میدهد تا شماره (های) تأمین اجتماعی شما و اعضای خانوار شما را درخواست نماید: قانون غذا و تغذیه سال 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, and 42 C.F.R. § 435.920**.اگر فردی از اعضای خانوار شما نخواهد اطلاعات مربوط به وضعیت شهروندی، مهاجرت یا شماره تأمین احتماعی خود را به ما بدهد، آن فرد غیرمتقاضی قلمداد می شود. به این معنی که وی یک متقاضی محسوب نمی شود و از این رو واجد شرایط دریافت کمک نخواهد بود. البته سایر افراد خانوار در صورت واجد شرایط بودن می توانند کمک دریافت نمایند. اگر همچنان می خواهید که ما واجد شرایط بودن هر یک از اعضای خانوار شما را مورد بررسی قرار دهیم، لازم است تا اطلاعات مربوط به وضعیت شهروندی یا مهاجرت و شماره سوشال سکیوریتی SSN آنها را در اختیار ما قرار دهید. همچنین لازم است که اطلاعات مربوط به درآمد و منابع مالی را نیز جهت تعیین صلاحیت و سطح مزایای خانوار در اختیار ما قرار دهید. اگر افراد اطلاعات مربوط به وضعیت شهروندی یا مهاجرت خود را ارائه ندهند، ما آنها به سیستم تعیین صلاحیت (SAVE) مربوط به واحد خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده گزارش نخواهیم کرد. البته اگر اطلاعات مربوط به وضعیت مهاجرت خود را به همراه تقاضانامه ارائه نمایید، این اطلاعات باید از طریق سیستم SAVE تأیید شوند و ممکن است واجد شرایط بودن یا سطح دریافت مزایای خانواد شما را تحت تأثیر قرار دهند.

| نام<br>نامنامیانینامخانوادگی | رابطهباشما | آیااینشخصدرخواستدریافتکمکدارد؟<br>(بله/خیر) | تاریختولد<br>فرمت<br>(- -/- -/- -) | شماره تأمین اجتماعیSSN<br>**(تنها متقاضیان)** | جنسیت<br>(مرد/زن) | اسپانیول/لاتین؟<br>**(اختیاری)**<br>(بله/خیر) | کدنژاد<br>**(اختیاری)**<br>(بر اساسکدهایبیین) | آیاشماشهروندآمریکا،تبعهبیگانه/مهاجر واجدشرایطیامهاجرلائوسیازقبیلهمونگ/هایلند هستید؟<br>**(تنها متقاضیان)**<br>(بله/خیر) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **خود** | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**کدهای نژادی** (هرآنچه مناسب شماست را انتخاب نمایید):

**AI**– سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا
**AS**– آسیایی
**BL**– سیاه پوست/آفریقایی آمریکایی
**HP**– بومی هاوایی/جزایر اقیانوس آرام
**WH**– سفید

با ارائه اطلاعات مربوط به نژاد یا قومیت خود، به ما کمک می کنید 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 کمک هایی که دریافت خواهید کرد تأثیری نخواهد داشت.

## درباره متقاضی و تمام اعضای خانوار بیشتر توضیحدهید

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

اداره خدمات انسانی جورجیا

# درخواست نامه برای مزایا

1. آیا هیچ کس در ایالت یا بخش دیگر مزایایی دریافت کرده است؟ ❑ بله ❑ خیر

اگر اینطور است:
چه کسی:_____
کجا:_____
چه زمانی:_____

2. آیا هیچ کس از تاریخ 1996/8/22 تا به امروز از بابت ارائه اطلاعات نادرست درباره محل زندگی یا هویت خود جهت دریافت چندباره مساعده های FS در بیش از یک منطقه، محکوم شده است؟ ❑ بله ❑ 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 خودخواسته شغلش را رها کرده یا ساعات کاری اش را به زیر 30 ساعت در هفته کاهش داده است؟ ❑ بله ❑ 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. ❑ بله ❑ خیر
(این سوال به افرادی که صرفاً متقاضی Food Stamp هستند مربوط نمی شود)
چه کسی:_____
تاریخ وضع حمل:_____

5. درباره Medicaid، آیا هیچ کس قبض پزشکی پرداخت نشده در 3 ماه گذشته دارد؟ ❑ بله ❑ خیر

(این سوال به افرادی که صرفاً متقاضی Food Stamp یا TANF هستند مربوط نمی شود)

6. آیا شخصی غیر واجد شرایط برای برنامه Food Stamp یا TANF دارید؟ ❑ بله ❑ 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)
❑ بله ❑ 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)
❑ بله ❑ خیر
اگر اینطور است، چه کسی:_____

9. آیا هیچ کس از تاریخ 1996/8/22 تا به امروز به خاطر داشتن، مصرف یا توزیع مواد مخدر تحت کنترل مجرم شناخته شده است (برای متقاضیان TANF و FS) یا به انجام جرم خشونت آمیز (تنها برای TANF) محکوم شده است؟
❑ بله ❑ خیر
اگر اینطور است:
چه کسی:_____
چه زمانی:_____

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

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

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

13. آیا هیچ کس از مبالغ TANF یا کارت EPPIC در اماکن یا موارد زیر استفاده کرده است:
مشروب فروشی، کازینو، اتاق پوکر، مکان های ارائه خدمات جنسب به بزرگسالان، ارائه وثیقه جهت آزادسازی زندانی، کلوپ شبانه، میکده، سالن بازی بینگو، شرط بندی در مسابقه، فروشگاه اسلحه/مهمات، کشتی‌های کروز، طالع بینی، سیگار فروشی، سالن های خالکوبی یا سوراخ کردن بدن، و سالن های اسپا و ماساژ؟ ❑ بله ❑ خیر
اگر اینطور است:
چه کسی:_____
چه زمانی:_____

اداره خدمات انسانی جورجیا

# درخواست نامه برای مزایا

## جریمه های برنامه Food Stamp

**هر یک از اعضای خانوار که عمداً هر یک از قوانین food stamp را نقض کند ممکن است از یک سال تا برای همیشه از برنامه Food Stamp کنار گذاشته شود، تا سقف 250 هزار دلار جریمه شود، تا سقف 20 سال زندانی شود، یا هر دو مورد. ممکن است وی بر اساس سایر قوانین فدرال یا ایالتی نیزتحت پیگرد قرار گیرد. و در صورت درخواست دادگاه، ممکن است 18 ماه به دوره کنار گذاری وی از برنامه Food Stamp افزوده شود.**

**هر یک از اعضای خانوار که به عمد قوانین را نقض نماید، بار اول یک سال Food Stamp دریافت نخواهد کرد، باردوم، دو سال مزایا دریافت نخواهد نمود، و بار سوم، برای همیشه از برنامه Food Stamp حذف خواهد شد.**

**اگر دادگاه به خاطر استفاده یا دریافت مساعده های food stamp در معاملات مربوط به فروش مواد تحت کنترل شما یا هر یک از اعضای خانوار را گناهکار تشخیص دهد، شما یا آن عضو خانوار برای بار اول به مدت دو سال مزایا دریافت نخواهید کرد و در پی ارتکاب به دومین مورد، برای همیشه از برنامه حذف خواهید شد.**

**اگر دادگاه به خاطر استفاده یا دریافت مساعده های food stamp در معاملات مربوط به فروش سلاح گرم، مهمات یا مواد منفجره، شما یا هر یک از اعضای خانوار را گناهکار تشخیص دهد، شما یا آن عضو خانوار در پی اولین مورد ارتکاب به چنین جرمی برای همیشه از برنامه Food Stamp کنار گذاشته خواهید شد.**

**اگر دادگاه به خاطر داد و ستد غیر مجاز مساعده ها مجموعاً به مبلغ 500 دلار یا بالاتر، شما یا هر یک از اعضای خانوار را گناهکار تشخیص دهد، شما یا آن عضو خانوار در پی اولین مورد ارتکاب به چنین جرمی برای همیشه از برنامه Food Stamp کنار گذاشته خواهید شد.**

**اگر مشخص شود که شما یا هر یک از اعضای خانوار به منظور استفاده چند باره از مساعده های food stamp هویت (اینکه چه کسی هستید) یا محل سکونت (جایی که زندگی می کنید) خود را به طور نادرست ارائه داده اید، شما یا آن عضو خانوار به مدت 10 سال از برنامه Food Stamp کنار گذاشته خواهید شد.**

**برای تمام متقاضیان Medicaid، Food Stamps و TANF:**

**من این فرم را خوانده ام و هرآنچه به متقاضی و خانوار او مربوط میشد را تکمیل نمودم. من، با آگاهی از مجازات ارائه گواهی کذب، تأیید می کنم که تمام اطلاعاتی که ارائه دادم تا آنجا که می دانم صحت دارد و کامل می باشد. من می دانم که اگر تمام حقیقت را نگویم، طبق قانون مجازات خواهم شد.**

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| امضای متقاضی | تاریخ |
| _____ | _____ |
| امضای نماینده قانونی | تاریخ |
| _____ | _____ |
| امضای مسئول پرونده | تاریخ |