

ይህ ቅጽ ከዚህ በታች ለተዘረዘሩት የመጀመሪያዎቹ ሦስት መርሀ-ግብሮች ጥቅም ላይ ይውላል። የእርሶ የጉዳይ ሰራተኛ እንዴት ማመልከት እንደሚችሉ ይነግርዎታል።

የተጨማሪ የምግብ እርዳታ መርሀ-ግብር (SNAP)



SNAP ዝቅተኛ ገቢ ያላቸውን ቤተሰቦች ለመልካም ጤንነት የሚያስፈልጋቸውን ምግብ እንዲገዙ ይረዳል።

የህክምና እርዳታ



የህክምና እርዳታ (MA) ለብዙ ዝቅተኛ ገቢ ላላቸው የግዛቱ ነዋሪዎች የጤና እንክብካቤ አገልግሎት የሚሰጥ፤ ለቤተሰቦች እና ለግለሰቦች የተዘጋጀ ሁሉን አቀፍ የጤና እንክብካቤ መድሃን መርሀ-ግብር ነው። በገቢ እና በሌሎች ሁኔታዎች ላይ በመመስረት ግለሰቦች ለአገልግሎቶች ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ።

የሜሪላንድ የህጻናት ጤና መርሀ-ግብር (MCHP) እስከ 19 አመት ለሆኑ ህጻናት እና የገቢ መመሪያዎችን ለሚያሟሉ በማንኛውም እድሜ ላሉ እርጉዝ ሴቶች ሙሉ የጤና ጥቅማጥቅሞችን ይሰጣል። የእርሶ የጉዳይ ሰራተኛ የገቢ መመሪያዎችን ከእርስዎ ጋር መወያየት ይችላል።

የገንዘብ እርዳታ



ጊዜያዊ የገንዘብ ድጋፍ (TCA) ልጆች ላሏቸው ችግረኛ ቤተሰቦች፤ የቤተሰብ ገቢያቸው እና ሃብታቸው ፍላጎቶቻቸውን የማያሟላ ከሆነ፤ የገንዘብ እርዳታ ይሰጣል። ለTCA የሚያመለክቱ እና የሚቀበሉ ሰዎች በስራ እንቅስቃሴዎች ውስጥ ይሳተፋሉ።

ህጻናት ላሏቸው ቤተሰቦች የድንገተኛ አደጋ ጊዜ እርዳታ (EAFC)፤ ከመኖሪያ ቤታቸው እንዲለቁ የተደረጉ ወይም ሌላ ድንገተኛ አደጋ ላጋጠማቸው ቤተሰቦች የገንዘብ እርዳታ ይሰጣል።

ጊዜያዊ የአካል ጉዳት እርዳታ መርሀ-ግብር (TDAP) መሥራት ለማይችሉ የአካል ጉዳተኛ አዋቂዎች የገንዘብ ድጋፍ ይሰጣል።

የህጻናት እንክብካቤ አገልግሎቶች



የልጅ እንክብካቤ ክፍያ (POC) መርሀ-ግብር ብቁ የሆኑ ቤተሰቦች ለህጻን እንክብካቤ በደረሰኝ እንዲከፍሉ ይረዳል። ደረሰኞች ከማንኛውም ፈቃድ ካለው የህጻናት እንክብካቤ ማእከል ወይም ቤት፤ ለእንክብካቤ ለመክፈል ሊያገለግሉ ይችላሉ። ደረሰኞች የልጅ እንክብካቤ ለመስጠት ተቀባይነት ላገኙ የቤተሰብ አባላት ለመክፈልም መጠቀም ይቻላል። የእርሶ የጉዳይ አስተዳደር ለዚህ እርዳታ እንዴት ማመልከት እንደሚችሉ ይነግርዎታል።

የሀይል እርዳታ



የመኖሪያ ቤት ሀይል መርሀ-ግብር ቢሮ (OHEP)፤ ቤተሰቦች የፍጆታ ክፍያዎቻቸውን እንዲከፍሉ፤ የሙቀት ቀውሶችን እንዲቀንሱ እና የኃይል ወጪዎችን አቅምን ያገናከብ እንዲያደርጉ፤ በሜሪላንድ የሀይል እርዳታ መርሀ-ግብር እና በኤሌክትሪክ ሁለንተናዊ አገልግሎት መርሀ-ግብር በኩል እንዲከፍሉ ይረዳል። የእርሶ የጉዳይ አስተዳደር ለዚህ እርዳታ እንዴት ማመልከት እንደሚችሉ ይነግርዎታል።

ይህ ቦታ ለቢሮ አገልግሎት ብቻ ነው					
ምድብ	AU#	ሁኔታ	WOMIS ማጣራት	የጉዳይ ዳግም ምደባ ያስፈልጋል	
				ከ:	ፈቃጅ:
				ለ:	አጣሪ:

ጠቅላላ መረጃ

ስለ SNAP

ስሞን፣ አድራሻዎን በመሙላት እና በዚህ የእርዳታ መጠየቂያ ቅጽ ፊት ለፊት በመፈረም ወዲያውኑ ለSNAP የመመዘገብ መብት አለዎት። ብቁ ከሆኑ፣ የተፈረመውን ቅጽ ከተቀበልንበት ቀን ጀምሮ ጥቅም ጥቅሞችን እናቀርባለን።

የማንነትዎን ማረጋገጫ ከሰጡን እና ከሚከተሉት ውስጥ አንዱ እርስዎን የሚመለከት ከሆነ SNAP ወዲያውኑ ማግኘት ይችላሉ።

- የእርሶ ቤተሰብ ወርሃዊ የቤት ኪራይ ወይም የቤት ግዥ እዳ እና ፍጆታዎች ከቤተሰብዎ ገቢ እና ሀብቶች የበለጠ ናቸው።
- የእርስዎ ቤተሰብ ጠቅላላ ወርሃዊ ገቢ ከ\$150 በታች የሆነ እና እንደ ጤንነት ወይም የቁጠባ ሂሳቦች ያሉ የእርስዎ ሀብቶች \$100 ወይም ከዛ በታች ናቸው።
- የእርስዎ ቤተሰብ ስደተኛ ወይም ወቅታዊ የእርሻ ሰራተኛ ቤተሰብ ነው።

SNAP ለማግኘት ወዲያውኑ ብቁ ከሆኑ፣ ይህን ቅጽ ከፈረሙበት ቀን ጀምሮ ባሉት 7 ቀናት ውስጥ ማመልከቻዎን ተግባራዊ እናደርጋለን።

የሚከተሉትን ጥያቄዎች አይምሏቸው። ይህ ለቢሮ አገልግሎት ብቻ ነው።

ቀልጣፋ SNAP

ከታች የተዘረዘሩትን ፈጣን መስፈርቶችን የሚያሟሉ አመልካቾች በ7 ቀናት ውስጥ የSNAP ጥቅምጥቅሞችን ለማግኘት ብቁ ናቸው። ጥቅም ጥቅሞችን ከማጽደቅ በፊት፣ ቤተሰቦች የእርዳታ ጥያቄን መሙላትና መፈረም እና የማንነት ማረጋገጫ ማቅረብ አለባቸው።

1. ጠቅላላ የቤተሰብ ገቢ በዚህ ወር፣ ከተቀናሾች በፊት፣ ከ\$150 ያነሰ እናቤተሰብ ነው። \$100 ዶላር ወይም ከዚያ ያነሰ ገንዘብ/ቁጠባ? አዎ አይ
 - a. የቤተሰብ የወርሃዊ ኪራይ ወይም የቤት ግዥ እዳ መጠን \$ _____
 - b. ተስማሚ የፍጆታ ደረጃ \$ _____ ጠቅላላ \$ _____
 - c. ግምታዊ ወርሃዊ ገቢ \$ _____
 - d. የቤተሰብ ገንዘብ/ቁጠባ ለሁሉም አባላት \$ _____ ጠቅላላ \$ _____
2. አጠቃላይ የመጠለያ ወጪዎች ከወርሃዊ ገቢ እና ሀብት ይበልጣል? አዎ አይ
3. የቤተሰብ አባላት ድሃ የሆኑ ስደተኞች ወይም ወቅታዊ ሰራተኞች ሆነው ገንዘብ እና ቁጠባቸው ከ\$100 በላይ ወይም በታች ነው? አዎ አይ
4. ከ1-3 ላሉት ጥያቄዎች መልሱ አዎ ከሆነ፣ ያፋጥኑ። የተፋጠነ የብቃት መመዘኛ? አዎ አይ

ይህን አመልካች ለተፋጠነ SNAP እንዳጣራሁ፣ የአመልካቹን ማንነት እንዳረጋገጥኩ እና ለቤተሰቡ በዚህ ጊዜ ተፋጥኖ እንዲሰጠው ብቁ እንደነበር እንዳልነበር መወሰኔን አረጋግጣለሁ።

የአጣሪው ፊርማ	ቀን
-----------	----

ደረጃ 1: ስለ እራሶ ይገነኩን

እርዳታ ለመጠየቅ፣ ይህንን ክፍል ይሙሉ እና ስምዎን ይፈረሙ። ሙሉውን ቅጽ ከሞሉ በፍጥነት ልንረዳዎ እንችላለን ።

ሙሉ ስም (የአያት፣ የራስ፣ የአባት የስም መነሻ)	የኢሜል አድራሻ		
የመኖሪያ አድራሻ (ቁጥር እና ጎዳና)	ከተማ	ግዛት	አካባቢያዊ መለያ ቁጥር
የፖስታ አድራሻ (ቁጥር እና ጎዳና ወይም የፖስታ ሳጥን)	ከተማ	ግዛት	አካባቢያዊ መለያ ቁጥር
የቤት ስልክ	የመስሪያ ቤት	የግል ስልክ ስልክ	

የእርሶ ፊርማ	የዛሬ ቀን
-----------------	---------------

ህጋዊ ተወካይ:

እርስዎን የሚወክል ሰው መምረጥ ይችላሉ። የሚረዳዎትን ሰው ከመረጡ፣ ስለ ሰውዬው የሚከተለውን መረጃ ይስጡን እና ይህ ሰው ምን እንዲያደርግሎት እንደሚፈልጉ ይምረጡ።

ስም (የአያት፣ የራስ፣ የአባት የስም መነሻ)	ዝምድና	ስልክ ቁጥር	
ቁጥር፣ ጎዳና	ከተማ	ግዛት	አካባቢያዊ መለያ ቁጥር

ተወካዩ ምን እንዲያደርግ እንደሚፈልጉ ይምረጡ፡

ለእርሶ፣ ቃለ ምልልስ ማረጋገጫ የግል ካርድን መጠቀም (ገንዘብ) ማሳሰቢያዎችን መቀበል
 ማመልከቻዎን መፈረም የSNAP ጥቅማጥቅሞችን መጠቀም የህክምና እርዳታ ካርድን መቀበል

ደረጃ 2: እርሶን እንዴት ልንረዳ እንደምንችል ይገነኩን

- አሁን ምን ዓይነት እርዳታ ያስፈልገታል? (የሚመለከቱትን ሁሉ ይምረጡ)
 - SNAP የገንዘብ እርዳታ የህክምና እርዳታ
 - ወደ ህጻን እንክብካቤ አገልግሎቶች መምሪያ ወደ የሃይል እርዳታ መምሪያ
- ባለፉት 3 ወራት ውስጥ ያልተከፈሉ የሕክምና ክፍያዎች አሉት? አዎ አይ
- ከእነዚህ ችግሮች ውስጥ አንዱ እንዲህ አለት?
 - የፍጆታ መቋረጥ ከመኖሪያዎ መባረር ወይም መከልከል የምግብ አለመኖር
 - የሙቀት አለመኖር የመኖሪያ ቦታ አለመኖር የሕፃን እንክብካቤን ወጪ መሸፈን አለመቻል
 - ሌላ _____
- እርስዎ ወይም ከእርስዎ ጋር የሚኖር ማንኛውም ሰው አሁን ምን ዓይነት እርዳታ ታገኛላችሁ?

የእርዳታ ዓይነት	እርዳታ የሚያገኘው ሰው

5. እርስዎ ወይም ከእርስዎ ጋር የሚኖር ማንኛውም ሰው ከሜሪላንድ ውጭ ባለ ግዛት እርዳታ አግኝተዋል? (አዎ ከሆነ፤ እባክዎን ከዚህ በታች ያሉትን ባዶ ቦታዎች ይሙሉ) አዎ አይ

የተቀበሉበት ግዛት _____ መኛ ተቀባሪ _____ የእርዳታው አይነት _____

6. ለሜሪላንድ የህጻናት ጤና መርሀ-ግብር አመልካች ሆኖ፤ በሰራተኛ ላይ የተመሰረተ የጤና መድን ያለው አለ (በሰራ ላይ ሆነው የሚያገኙት ዋስትና)? አዎ አይ

7. ለሜሪላንድ የህጻናት ጤና ፕሮግራም አመልካች ሆኖ፤ በሰራተኛ ላይ የተመሰረተ መድን ባለፉት 6 ወራት ውስጥ ያቋረጠ አለ? አዎ አይ

ደረጃ 3: በእርሶ ቤተሰብ ውስጥ ስላሉ ሰዎች ይገነኩን

8. ከእርስዎ ጋር ስለሚኖሩ ሰዎች ይገነኩን። ከእርስዎ ጋር ስለሚኖሩ ሰዎች ሁሉ ክፍት ቦታዎችን ይሙሉ። የእርሶን ስም ያስቀድሙ ለጥቅማጥቅሞች ለማያመለክቱ አባላት የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር እና ዜግነት መጥቀስ እንደ አማራጭ ነው።

እራሶ		ተገልጋይ የመታወቂያ ቁጥር	
ሙሉ ስም (የአያት፣ የራሱ፣ የአባት የስም መነሻ)	እራሶ ከእርሶ ጋር ያለው ዝምድና	ዝርያ	<input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት
የትውልድ ቀን (ወር/ቀን/አመት)	የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር አካል ጉዳተኛ?	የጋብቻ ሁኔታ	U.S. ዜግነት
ያመለከታሉ <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ		<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ

ተጨማሪ የቤተሰብ አባል		ተገልጋ የመታወቂያ ቁጥር ይ	
ሙሉ ስም (የአያት፣ የራሱ፣ የአባት የስም መነሻ)	ከእርሶ ጋር ያለው ዝምድና	ዝርያ	<input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት
የትውልድ ቀን (ወር/ቀን/አመት)	የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር አካል ጉዳተኛ?	የጋብቻ ሁኔታ	U.S. ዜግነት
ያመለከታሉ <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ		<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ

ተጨማሪ የቤተሰብ አባል		ተገልጋ የመታወቂያ ቁጥር ይ	
ሙሉ ስም (የአያት፣ የራሱ፣ የአባት የስም መነሻ)	ከእርሶ ጋር ያለው ዝምድና	ዝርያ	<input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት
የትውልድ ቀን (ወር/ቀን/አመት)	የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር አካል ጉዳተኛ?	የጋብቻ ሁኔታ	U.S. ዜግነት
ያመለከታሉ <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ		<input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ

ተጨማሪ የቤተሰብ አባል	ተገልጋይ	የመታወቂያ ቁጥር
ሙሉ ስም (የአያት፣ የራስ፣ የአባት የስም መነሻ) _____ የትውልድ ቀን (ወር/ቀን/አመት) _____ ያመለከታሉ <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	ከእርሶ ጋር ያለው ዝምድና _____ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር _____ አካል ጉዳተኛ? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	ዝርያ _____ የጋብቻ ሁኔታ _____ U.S. ዜግነት <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ

ተጨማሪ የቤተሰብ አባል	ተገልጋይ	የመታወቂያ ቁጥር
ሙሉ ስም (የአያት፣ የራስ፣ የአባት የስም መነሻ) _____ የትውልድ ቀን (ወር/ቀን/አመት) _____ ያመለከታሉ <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	ከእርሶ ጋር ያለው ዝምድና _____ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር _____ አካል ጉዳተኛ? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	ዝርያ _____ የጋብቻ ሁኔታ _____ U.S. ዜግነት <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ

ተጨማሪ የቤተሰብ አባል	ተገልጋይ	የመታወቂያ ቁጥር
ሙሉ ስም (የአያት፣ የራስ፣ የአባት የስም መነሻ) _____ የትውልድ ቀን (ወር/ቀን/አመት) _____ ያመለከታሉ <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	ከእርሶ ጋር ያለው ዝምድና _____ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር _____ አካል ጉዳተኛ? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	ዝርያ _____ የጋብቻ ሁኔታ _____ U.S. ዜግነት <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ

ተጨማሪ የቤተሰብ አባል	ተገልጋይ	የመታወቂያ ቁጥር
ሙሉ ስም (የአያት፣ የራስ፣ የአባት የስም መነሻ) _____ የትውልድ ቀን (ወር/ቀን/አመት) _____ ያመለከታሉ <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	ከእርሶ ጋር ያለው ዝምድና _____ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር _____ አካል ጉዳተኛ? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	ዝርያ _____ የጋብቻ ሁኔታ _____ U.S. ዜግነት <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ

9. በቤተሰብዎ ውስጥ እርጉዝ አለ?

ሙሉ ስም (የአያት፣ የራስ፣ የአባት የስም መነሻ) _____ የሚጠበቀው የወሊድ ቀን _____

10. በቤተሰብዎ ውስጥ በአካል የማይገኙ የልጆች ወላጆች ካሉ ይዘርዝሩ።

ከእርሶ ጋር የማይኖር የልጆች ወላጅ በአካል የማይገኝ ወላጅ ነው። በተጨማሪም፣ ባለቤቶ ከእርሶ ጋር የማይኖር/የማትኖር ከሆነ ይጥቀሱ። ስለግለሰቡ የሚያውቁትን ያስገቡ።

ስም (የአያት፣ የራስ የስም መነሻ)	የትውልድ ቀን	አድራሻ	የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር	የተገልጋይ የመታወቂያ ቁጥር

ደረጃ 4: ስለ እርሶ ገቢ ይገነዩ።

11. በዚህ ክፍል የቤተሰብዎ አባላት በየወሩ የሚያገኙትን ገቢ፣ የተከፈሉትን እና ያልተከፈሉትን ጨምሮ፣ ይገነዩ።

ትክክለኛውን ጥቅማጥቅም እንድንሰጥዎት ይህ መረጃ ያስፈልገናል። ሁሉንም ከተቀናሾች በፊት ያሉ ገቢዎች ይዘርዝሩ። የገቢውን አይነት እና መጠን ያስቀምጡ። (የገቢ ዓይነቶች የሙሉ ወይም የትርፍ ጊዜ ገቢ፣ የግል ሥራ፣ የሕፃን ሞግዚትነት፣ የልምድ ሥራ፣ የቀን ሥራ፣ የመኝታ ክፍል አከራይ/ተከራይ ክፍያ፣ የማኅበራዊ ዋስትና ጥቅማጥቅሞች፣ የጡረታ አበል፣ የፍቺ ክፍያ፣ የልጅ ማሳደጊያ፣ ጊዜያዊ የገንዘብ ድጋፍ እና ሌሎች የተከፈሉትን ወይም ያልተከፈሉትን ገቢዎችን ያካትታሉ።)

የገቢው ባለቤት ስም	የገቢው አይነት	የቀጣሪው ስምና አድራሻ	የገቢ መጠን	በምን ያህል ጊዜ ይቀበላሉ
			\$	
			\$	
			\$	

12. አሁን እየሰሩ ካልሆነ፣ መቼ ነበር ስራ ያቆሙት?

የቀጣሪው ስምና አድራሻ

ስራ ያቆሙበት ቀን _____ ስራ ያቆሙበት ምክንያት _____ የመጨረሻ ደሞዝ የተቀበሉበት ቀን _____

ደረጃ 5: ስለ እርሶ ንብረቶች ይገነዩ።

13. እባኩን ስላሉት ገንዘብ እና ስላሉት ነገሮች ጨምሮ፣ ስለ እርሶ ንብረቶች ይገነዩ።

ለምሳሌ ንብረቶች፣ የባንክ ሂሳቦችን፣ የተቀማጭ የምስክር ወረቀቶችን፣ ኢንሽራንስን፣ አክሲዮኖችን፣ ቦንዶችን፣ የማይኖሩበትን መኖሪያ ያካትታሉ።

የባንክ ሂሳብ ወይም ንብረት ዓይነት	በእርሶ ሂሳብ ውስጥ ያለው መጠን ወይም የንብረት ዋጋ	የሂሳብ/ንብረት ባለቤት ስም
	\$	
	\$	
	\$	

ደረጃ 6: ስለ እርሶ ወጪዎች ይገነዩ።

ASAP ጥቅማጥቅሞች የሚያመለክቱ ከሆነ፣ ከዚህ በታች ያሉትን ጥያቄዎች ይመልሱ።

14. በዚህ ክፍል ውስጥ ስለመኖሪያ ቦታዎ እና ስለሌሎች የእርሶ ወጪዎች ይገነዩ።

ወጪ	መጠን	በየምን ያህል ጊዜ?	የከፋዩ ስም
ኪራይ ወይም የቤት ግዥ እዳ	\$		
ግብር እና ዋስትና	\$		
የማህበር ወይም የጋራ መኖሪያ ቤት ክፍያዎች ወይም የመሬት ኪራይ	\$		
ውሃ ፣ ፍሳሽ ፣ ቆሻሻ	\$		
ጋዝ፣ ኤሌክትሪክ	\$		
ስልክ	\$		
የልጆች ወይም የአቀዳሾች እንክብካቤ ወጪዎች (ሞግዚትነት)	\$		
ለአረጋውያን ወይም ለአካል ጉዳተኞች የህክምና ወጪዎች	\$		
በህግ አስገዳጅ የሆነ የልጅ ድጋፍ	\$		

15. ማሞቂያ በተከራይት ቤት ውስጥ ተካትቷል? አዎ አይ
ማሞቂያ በተከራይት ቤት ውስጥ ካልተካተተ፤ ቤትዎን እንዴት ያሞቃሉ?

ቤትዎን እንዴት ያሞቃሉ?

16. ለአየር ሙቀትና ቅዝቃዜ መመጠኛ ይከፍላሉ? አዎ አይ

የፍጆታ ኩባንያዎን ስም ወይም የሚከፍሉትን ስው

17. በመጠለያ ወጪዎችዎ ላይ የሚያግዙት ሰው አለ? አዎ አይ

የሚያግዙትን ግለሰብ ሙሉ ስም (የእያት፣ የራስ፣ የስም መነሻ)

18. ከላይ የተዘረዘሩትን ማንኛውንም የመጠለያ ወጪዎችዎን እየተጋሩ ነው? አዎ አይ

የመጠለያ ወጪዎችን የሚጋራዎትን ግለሰብ ሙሉ ስም (የእያት፣ የራስ፣ የስም መነሻ)

የእርሶ ድርሻ

19. የሚኖሩት በሕዝብ መኖሪያ ቤት፣ በምድብ 8 መኖሪያ ቤቶች ወይም በገበሬዎች ቤት አስተዳደር (FMHA) ምድብ 515 መኖሪያ ቤቶች ነው? አዎ አይ

20. ባለፉት 12 ወራት ውስጥ የሀይል አቅርቦት እርዳታ (በማሞቂያ ወይም በኤሌክትሪክ ሂሳቦች የግዛት እርዳታ) አሁን ባሉበት አድራሻ አግኝተዋል? አዎ አይ

የቤት ውስጥ መግለጫ ጥያቄ - ለጊዜያዊ የገንዘብ ድጋፍ ወይም ለተጨማሪ የምግብ እርዳታ መርሀ-ግብር የሚያመለክቱ ከሆነ ይሙሉ

- በእርስዎ ቤተሰብ ውስጥ ማንም ሰው በዚህ ተከሶ የሚያውቅ አለ:
 - በነሐሴ 22፣ 1996 (እ.ኤ.አ) ወይም ከዚያ በኋላ የእኔ አዘዋዋሪነት ወንጀል ፈጽመዋል?
(የእኔ አዘዋዋሪ - ቁጥጥር የሚደረግበትን አደገኛ ንጥረ ነገር የማምረት፣ የማከፋፈል፣ የማስራጨት፣ የማገገም ወይም ወደ ግዛቱ የማስገባት ሴራ ውስጥ እንደ ተባባሪ ሴራ ሆኖ የሚያደራጅ፣ የሚቆጣጠር፣ የገንዘብ ድጋፍ የሚያደርግ ወይም የሚያስተዳድር)
 አዎ አይ አዎ ከሆነ፣ ማን? _____
 - በነሐሴ 22፣ 1996 (እ.ኤ.አ) ወይም ከዚያ በኋላ በመጠን አዘዋዋሪነት ወንጀል አለዎት?
(በመጠን አዘዋዋሪ - የተወሰነ መጠን ያለውን ቁጥጥር የሚደረግበትን አደገኛ ንጥረ ነገር የሚያመርት፣ የሚያስራጭ፣ የሚያከፋፍል ወይም የያዘ ግለሰብ)።
 አዎ አይ አዎ ከሆነ፣ ማን? _____
- ከየካቲት 7፣ 2014 (እ.ኤ.አ) በኋላ በቤተሰባችሁ ውስጥ ያለ ሰው በከባድ ጾታዊ ጥቃት፣ በግድያ ወንጀል፣ በጾታዊ ብዝበዛ እና በህጻናት ጥቃት፣ በ1994ቱ በሴቶች ላይ የሚፈጸም ጥቃት ድንጋጌ ላይ ወይም በተመሳሳይ የመንግስት ህግ እንደተገለጸው በወሲባዊ ጥቃት ፣ እና በቅጣት ውሳኔ ጥሰት ተከሰው ያውቃሉ?
 አዎ አይ አዎ ከሆነ፣ ማን? _____
- በቤተሰባችሁ ውስጥ በአሁኑ ጊዜ የይቅርታን ወይም የማስጠንቀቂያ ጊዜን የሚጥስ ወይም ከፖሊስ ወይም ከፍርድ ቤት የሚሸሽ አለ?
 አዎ አይ አዎ ከሆነ፣ ማን? _____
- ከነሀሴ 22፣ ቀን 1996 (እ.ኤ.አ) ጀምሮ፣ የSNAP ጥቅማጥቅሞችን ወይም የገንዘብ እርዳታን ከአንድ ቦታ በላይ በተመሳሳይ ወር ለማግኘት በሚል፣ ስለሚኖሪያ ቦታቸው ወይም ስለማንነታቸው እውነትን ባለመናገር በፌደራል ወይም በግዛት ፍርድ ቤት ከቤተሰብዎ ውስጥ የተከሰሰ አለ?
 አዎ አይ አዎ ከሆነ፣ ማን? _____
- \$500 ወይም ከዚያ በላይ የሚያወጣ የSNAP ጥቅማጥቅሞችን በመገበያየት ወይም በማዘዋወር፣ ማንኛውም የቤተሰብዎ አባል በፍርድ ቤት ተፈርዶበት ያውቃል?
 አዎ አይ አዎ ከሆነ፣ ማን? _____
- በቤተሰብዎ ውስጥ በሌላ ማንነት ወይም በሌላ ቤተሰብ አባልነት ወይም በሌላ ግዛት ውስጥ ጥቅማጥቅሞችን የሚቀበል አለ?
 አዎ አይ አዎ ከሆነ፣ ማን? _____

የደንበኛ መብቶች

በፌዴራል የሲቪል መብቶች ህጎች እና በU.S. የግብርና መምሪያ (USDA) የሲቪል መብቶች መመሪያዎች እና ፖሊሲዎች፣ USDA፣ ኤጀንሲዎቹ፣ ቢሮዎቹ እና ስራተኞቹ፣ እና በUSDA መርህ-ግብርኖች ውስጥ የሚሳተፉ ወይም የሚያስተዳድሩ ተቋማት፣ በዘር፣ በቀለም፣ በብሄራዊ ማንነት፣ በጾታ (በጾታ ማንነት እና በጾታዊ ዝንባሌ)፣ በሃይማኖት እምነት፣ በአካል ጉዳት፣ በዕድሜ፣ በፖለቲካ እምነት፣ ወይም ቀደም ሲል በተደረገ በማንኛውም መርህ-ግብር ወይም ተግባር ላይ ወይም በUSDA በተደገፉ የሲቪል መብቶች እንቅስቃሴ ምክንያት በቀል ወይም የበቀል እርምጃ መውሰድ የተከለከለ ነው። ከU.S. የፌዴራል የገንዘብ ድጋፍ የሚያገኙ መርህ-ግብርኖች በተጨማሪም፣ እንደ ለችግረኛ ቤተሰቦች ጊዜያዊ እርዳታ (TANF) እና HHS በቀጥታ የሚሰራጩት መርህ-ግብርኖች ያሉ የጤና እና ሰብአዊ አገልግሎቶች መምሪያ (HHS) አገልግሎቶች፣ በፌዴራል የሲቪል መብቶች ህጎች እና በHHS መመሪያዎች አድልዎ እንዳይደረግባቸው የተከለከሉ ናቸው።

ለመርህ-ግብር መረጃ አማራጭ የመገናኛ ዘዴ (ለምሳሌ፡ ብሬይል፣ ትልቅ ህትመት፣ መቀረጻ ድምጽ ፣ የአሜሪካ የምልክት ቋንቋ) የሚያስፈልጋቸው አካል ጉዳተኞች፣ ለጥቅማጥቅሞች ያመለከቱበትን ኤጀንሲ (ግዛት ወይም አካባቢ) ማነጋገር አለባቸው። መስማት የተሳናቸው፣ የመስማት ችግር ያለባቸው ወይም የንግግር እክል ያለባቸው ግለሰቦች በፌዴራል ሪሴይ አገልግሎት በ (800) 877-8339 USDAን ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም፣ የመርህ-ግብር መረጃ ከእንግሊዝኛ ውጪ በሌሎች ቋንቋዎችም ሊቀርብ ይችላል።

USDA እንደ ተጨማሪ የምግብ ድጋፍ መርህ-ግብር (SNAP) ላሉ ብዙ የምግብ ዋስትና እና የረሃብ ቅንሳ መርህ-ግብሮች፣ በህንድ ለተያዙ የምግብ ስርጭት መርህ-ግብር (FDPIR) እና ሌሎችም፣ የፌዴራል ገንዘብ ድጋፍ ይሰጣል። የአድልዎ ቅሬታ ለማቅረብ፣ በበይነመረብ፣

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> ላይ እንዲሁም በማንኛውም የUSDA ቢሮ የሚገኘውን የመርህ-ግብር አድሎ ቅሬታ ማቅረቢያ ቅጽ ይሙሉ፣ ወይም በደብዳቤ ለUSDA በመጻፍ፣ በቅጹ ላይ የተጠየቁትን መረጃዎች በሙሉ በደብዳቤው ያቅርቡ። የቅሬታ ቅጹን ቅጂ ለመጠየቅ፣ በ (866) 632-9992 ይደውሉ። የሞሉትን ቅጽ ወይም ደብዳቤ ለUSDA በፖስታ ይላኩ። የምግብ እና ስነ-ምግብ አገልግሎት፣ USDA፣ 1320 Braddock Place፣ የቢሮ ቁጥር 334፣ Alexandria, VA 22314፣ ወይም በፋክስ፣ (833) 256-1665 ወይም (202) 690-7442፣ ወይም በስልክ ቁጥር፣ (833) 620-1071፣ ወይም በኢሜይል፣ FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

የSNAP ጉዳዮችን በሚመለከት ሌላ ማንኛውም መረጃ፣ ሰዎች ወይ በUSDA SNAP የቀጥታ መስመር ስልክ ቁጥር (800) 221-5689 ማግኘት አለባቸው፣ ይኸውም በስፓኒሽኛ ጭምር ይቀርባል፣ አለበለዛ የግዛቱ የመረጃ/የቀጥታ መስመር ቁጥሮች ላይ ይደውሉ። በበይነ መረብ ላይ የሚገኘውን (የግዛቱን የቀጥታ መስመር ቁጥሮችን ዝርዝር ለማግኘት ማስፈንጠሪያውን ይጫኑ)፣ በ፡ [SNAP የቀጥታ መስመር ቁጥር፡፡](#)

ጤንነትን እና ደህንነትን ለማሻሻል ለብዙ መርህ-ግብሮች፣ TANF፣ የተመቻቸ መነሻ፣ ዝቅተኛ ገቢ ላላቸው የመኖሪያ ቤት የሀይል እርዳታ መርህ-ግብር (LIHEAP) እና ሌሎችንም ጨምሮ፣ HHS የፌዴራል የገንዘብ ድጋፍ ይሰጣል ። HHS በቀጥታ በሚሰራጩት ወይም የፌዴራል የገንዘብ ድጋፍ በሚሰጥባቸው መርህ-ግብሮች ወይም ተግባራት ላይ፣ በዘር፣ በቀለም፣ በብሄራዊ ማንነት፣ በአካል ጉዳት፣ በዕድሜ፣ በጾታ (እርግዝናን፣ ጾታዊ ዝንባሌን እና የጾታ ማንነትን ጨምሮ)፣ ወይም በሃይማኖት ምክንያት አድልዎ ተደርጓል ብለው ካመኑ፣ ስለ ራስዎ ወይም ስለ ሌላ ሰው ለሲቪል መብቶች ቢሮ (OCR) ቅሬታ ማቅረብ ይችላሉ።

በHHS በኩል የፌዴራል የገንዘብ ድጋፍ የመቀበል መርህ-ግብርን በተመለከተ ስለ ለራስዎ ወይም ስለ ሌላ ሰው አድልዎን በሚመለከት ቅሬታ ለማቅረብ፣ የበይነ መረብ ቅጹን በOCR ቅሬታ መሰብሰቢያ፣ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> ላይ ይሙሉ። እንዲሁም OCRን በፖስታ ማግኘት ይችላሉ። የተማከለ የጉዳይ አስተዳደር ስራዎች፣ U.S. የጤና እና ሰብአዊ አገልግሎቶች መምሪያ፣ 200 Independence Avenue, S.W.፣ ቢሮ ቁጥር 509F HHH ህንፃ፣ Washington, D.C. 20201፣ ፋክስ፣ (202) 619-3818፣ ወይም በኢሜይል፣ OCRmail@hhs.gov. የሲቪል መብቶችን ቅሬታ ለማቅረብ እርዳታ የሚፈልጉ ሰዎች ለOCR በ OCRMail@hhs.gov ኢሜል ማድረግ ወይም በOCR የነጻ መስመር ቁጥር 1-800-368-1019፣ TDD 1-800-537-7697 መደወል ይችላሉ። መስማት ለተሳናቸው፣ መስማት ለሚቸግራቸው፣ ወይም የመናገር ችግር ላለባቸው ሰዎች፣ እባክዎን የቴሌኮሙኒኬሽን ማስተላለፊያ አገልግሎቶችን ለማግኘት 7-1-1 ይደውሉ።

ይህ ተቋም የእኩል ዕድል አቅራቢ ነው።

የሃሰት ምስክርነት ቅጣትን መሰረት በማድረግ፤ በዚህ ቅጽ የሰጠሁት መረጃ በሙሉ እውነት፣ ትክክል እና የተሟላ እንደሆነ፤ ለጥቅማጥቅም የሚያመለክቱትን የዜግነት እና የውጭ ዜግነት መረጃን ጨምሮ፤ በሙሉ አቅሜ፣ እምነት እና እውቀት እንደሆነ አረጋግጣለሁ። ስለ እኔ ብቁነት እውነታውን የሚያውቅ ማንኛውም ሰው፣ የሽርክና ድርጅት፣ ኮርፖሬሽን፣ ማህበር ወይም የመንግስት ኤጀንሲ መረጃ ለመምሪያው እንዲሰጥ ፈቅጃለሁ። ጥቅማጥቅም ለማግኘት ብቁ መሆኔን የሚያረጋግጥ ማንኛውንም ሰው፣ የሽርክና ድርጅት፣ ኮርፖሬሽን፣ ማህበር ወይም የመንግስት ኤጀንሲን እንዲያገኝ ለመምሪያው ስልጣን ሰጥቻለሁ።

የእርሶ ፊርማ _____

የዛሬ ቀን _____

የህጋዊ ተወካይ ፊርማ (ካለ) _____

የዛሬ ቀን _____

ተጨማሪ መረጃ

በሌላ ገጽ ላይ የማይባቃ መረጃ ለመጻፍ ቦታ ካሰፈለጉት እዚህ ያስገቡ፡
