

ဤဖောင်ကို အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော ပထမပရိဂရမ်သုံးခုအတွက် အသုံးပြုပါသည်။ သင့်အမှုတွဲဝန်ထမ်းက သင့်အား မည်သို့လျှောက်ထားရမည်ကို ပြောပြနိုင်ပါသည်။

ဖြည့်စွက်အာဟာရ အကူအညီအစီအစဉ် (SNAP)



SNAP သည် ဝင်ငွေနည်းသော အိမ်ထောင်စုများအား ကောင်းမွန်သောကျန်းမာရေး အတွက် ၎င်းတို့လိုအပ်သော အစားအစာများ ဝယ်ယူရန် ကူညီပေးပါသည်။

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကူအညီ



ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကူအညီ (MA) သည် ပြည်နယ်၏ ဝင်ငွေနည်းသောနေထိုင်သူများအားအပြားအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်လှမ်းမီနိုင်ခြင်းကို ပံ့ပိုးပေးသော မိသားစုများနှင့် တစ်ဦးချင်းစီအတွက် ကျယ်ပြန့်သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာမခံအစီအစဉ်တစ်ခုဖြစ်ပါသည်။ တစ်ဦးချင်းစီသည် ဝင်ငွေနှင့် အခြားအချက်များပေါ်မူတည်၍ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီနိုင်ပါသည်။

Maryland Children's Health Program (မေရီလန် ကလေးများ၏ ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်) (MCHP) သည် အသက် 19 နှစ်အထိ ကလေးများနှင့် ဝင်ငွေလမ်းညွှန်ချက်များနှင့်ကိုက်ညီသည့် မည်သည့်အသက်အရွယ်မဆို ဖြစ်သော ကိုယ်ဝန်ဆောင် အမျိုးသမီးများအတွက် ကျန်းမာရေးအကျိုးကျေးဇူးများကို အပြည့်အဝပေးပါသည်။ သင့်အမှုတွဲဝန်ထမ်းသည် သင့်နှင့်အတူ ဝင်ငွေလမ်းညွှန်ချက်များကို ဆွေးနွေးနိုင်ပါသည်။

ငွေသားအကူအညီ



ယာယီငွေသားအကူအညီ (TCA) သည် မိသားစု၏ ဝင်ငွေနှင့် အရင်းအမြစ်များသည် ၎င်းတို့၏ လိုအပ်ချက်များအပေါ် မပြည့်မီသောအခါတွင် ကလေးများရှိသော လိုအပ်သည့် မိသားစုများအား ငွေသားအကူအညီ ပေးပါသည်။ TCA ကို လျှောက်ထားသူများနှင့် လက်ခံရရှိသူ လူများသည် အလုပ် ဆောင်ရွက်မှုများတွင် ပါဝင်ကြပါသည်။

ကလေးများရှိသောမိသားစုများအတွက် အရေးပေါ်အကူအညီ (EAFIC) သည် နှင်ထုတ်ခြင်း သို့မဟုတ် အခြားအရေးပေါ်အခြေအနေများကဲ့သို့ အကျပ်အတည်းကြုံတွေ့နေရသော မိသားစုများအား ငွေသားအကူအညီပေးပါသည်။


ယာယီ မသန်စွမ်းသူများ ကူညီစောင့်ရှောက်ရေးအစီအစဉ် (TDAP) သည် အလုပ်မလုပ်နိုင်သော အရွယ်ရောက်ပြီး မသန်စွမ်းသူများအတွက် ငွေသားအကူအညီပေးပါသည်။

ကလေးစောင့်ရှောက်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ



ကလေးစောင့်ရှောက်ရေးကို ဝယ်ယူမှု (POC) ပရိဂရမ်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီသော မိသားစုများအနေဖြင့် ကလေးစောင့်ရှောက်ရေးအတွက် ဘောက်ချာများမှတစ်ဆင့် ပေးချေနိုင်စေရန် ကူညီပေးပါသည်။ မည်သည့်လိုင်စင်ရ ကလေးစောင့်ရှောက်မှုဌာန သို့မဟုတ် ကလေးထိန်းအိမ် မဆိုထံမှ စောင့်ရှောက်မှုကို ဝယ်ယူရန် ဘောက်ချာများကို အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ကလေးစောင့်ရှောက်ခြင်းကို လုပ်ဆောင်ပေးသော အတည်ပြုထားသည့် မိသားစုဝင်များကို ပေးချေရန်လည်း ဘောက်ချာများကို အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ သင့်အမှုတွဲမန်နေဂျာသည် ဤအကူအညီအတွက် မည်သို့လျှောက်ထားရမည်ကို သင့်အား ပြောပြပါမည်။

စွမ်းအင် အကူအညီ

 အိမ်သုံးစွမ်းအင်ပရိုဂရမ်များရုံး (OHEP) သည် မိသားစုများအား ၎င်းတို့၏ ယူတလတီဘော တောင်းခံလွှာများကို ပေးဆောင်ရန်၊ အပူပေးခြင်း အကျပ်အတည်းများကို လျှော့ချရန်နှင့် စွမ်းအင်ကုန်ကျစရိတ်များကို ပိုမိုလက်လှမ်းမီနိုင်စေရန် မေရီလန် စွမ်းအင် အကူအညီ ပရိုဂရမ်နှင့် လျှပ်စစ် အားလုံးနှင့်သက်ဆိုင်သော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ် တို့မှတစ်ဆင့် ကူညီပါသည်။ သင့်အမှုတွဲမန်နေဂျာသည် ဤအကူအညီအတွက် မည်သို့လျှောက်ထားရမည်ကို သင့်အား ပြောပြပါမည်။

ဤအပိုင်းသည် ရုံးသုံးအတွက်သာဖြစ်သည်။

အမျိုးအစား	AU#	အခြေအနေ	WOMIS စစ်ဆေးခြင်း	အမှုတွဲကို ပြန်လည်သတ်မှတ်တာဝန်ပေးရန် လိုအပ်သည်	
				မှ-	ရှင်းလင်းသူ-
				သို့-	စစ်ဆေးသူ-

အထွေထွေ အချက်အလက်များ

SNAP အကြောင်း

သင့်အမည်၊ လိပ်စာကို ဖြည့်ပြီး၊ ဤအကူအညီတောင်းခံမှုပုံစံ၏ ရှေ့တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် သင့်တွင် SNAP အတွက် ချက်ခြင်းတင်ပြပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက၊ ကျွန်ုပ်တို့သည် လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော ဖောင်ကို လက်ခံရရှိသည့်နေ့မှစ၍ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပေးဆောင်ပါမည်။ သင့်အထောက်အထားကို ကျွန်ုပ်တို့အား သက်သေပြပြီး အောက်ပါအချက်များထဲမှတစ်ခုသည်သင့်အတွက် သက်ဆိုင်ပါက SNAP ကို သင်ချက်ချင်းရရှိနိုင်ပါသည်။

- သင့်အိမ်ထောင်စု၏ လစဉ်ငှားရမ်းခ သို့မဟုတ် အိမ်အပေါင်ချေးငွေပေးဆပ်ခြင်း နှင့် ယူတလတီစရိတ်များသည် သင့်အိမ်ထောင်စု၏ ဝင်ငွေနှင့် အရင်းအမြစ်များထက် ပိုသည်။
- သင့်အိမ်ထောင်စု၏ လစဉ်စုစုပေါင်းဝင်ငွေသည် \$150 ထက်နည်းပြီး ချက်အကောင် သို့မဟုတ် ငွေစုအကောင်များကဲ့သို့သော သင်၏အရင်းအမြစ်များသည် \$100 သို့မဟုတ် ထို့ထက် နည်းသည်။
- သင့်အိမ်ထောင်စုသည် ရွှေ့ပြောင်းအလုပ်သမား သို့မဟုတ် ရာသီအလိုက် လယ်အလုပ်သမား အိမ်ထောင်စုဖြစ်သည်။

သင်သည် SNAP ကို ချက်ချင်းရယူရန် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက၊ သင်သည် ဤဖောင်ပုံစံကို လက်မှတ်ထိုးသည့်နေ့မှစပြီး 7 ရက်အတွင်း သင့်လျှောက်လွှာအပေါ်တွင် ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။

အောက်ပါမေးခွန်းများအတွက် မဖြည့်စွက်ပါနှင့်။ ဤအရာသည် ရုံးသုံးအတွက်သာဖြစ်သည်။

အရှိန်မြှင့်သော SNAP

အောက်ဖော်ပြပါ အရှိန်မြှင့်အမြန်စံနှုန်းများနှင့် ကိုက်ညီသော လျှောက်ထားသူများသည် 7 ရက်အတွင်း SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် အရည်အချင်းပြည့်မီပါသည်။ သင်သည် အကျိုးခံစားခွင့်များကို အတည်ပြုခြင်းမပြုမီတွင် အိမ်ထောင်စုများသည် အကူအညီအတွက် တောင်းဆိုမှုကို ဖြည့်စွက်ကာ လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း အထောက်အထားပြုရပါမည်။

1. နုတ်ယူခြင်းမပြုမီ၊ ဤလတွင် စုစုပေါင်းအိမ်ထောင်စုဝင်ငွေမှာ \$150 ထက်နည်းကာ အိမ်ထောင်စုသည် ငွေသား/စုငွေ \$100 သို့မဟုတ် ထိုထက်နည်းပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

- a. အိမ်ထောင်စု၏ လစဉ်ငှားရမ်းခ သို့မဟုတ် အိမ်အပေါင်ချေးငွေပေးဆပ်ခြင်း ငွေပမာဏ \$ _____
- b. သင့်လျော်သော ယူတလတီ အဆင့်အတန်း \$ _____ စုစုပေါင်း \$ _____
- c. ခန့်မှန်းခြေ လစဉ် ဝင်ငွေ \$ _____
- d. မိသားစုဝင် အားလုံးအတွက် အိမ်ထောင်စုရှိ ငွေသား/စုဆောင်းထားငွေ \$ _____ စုစုပေါင်း \$ _____

2. စုစုပေါင်းနေထိုင်စရိတ်သည် လစဉ်ဝင်ငွေနှင့်အရင်းအမြစ်များထက် ကျော်လွန်နေပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

3. အိမ်ထောင်စုအဖွဲ့ဝင်များတွင် ချို့တဲ့သော ရွှေ့ပြောင်းအလုပ်သမားများ သို့မဟုတ် ရာသီအလိုက် အလုပ်သမားများသည် ၎င်းတို့၏ ငွေသားနှင့် စုဆောင်းငွေများသည် \$100 အထက် သို့မဟုတ် ထိုထက်နည်းပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

4. 1-3 ထိ မည်သည့်မေးခွန်းအတွက်မဆို အဖြေသည် ဟုတ်သည် ဖြစ်ပါက အရှိန်မြှင့်လုပ်ဆောင်ပါ အရှိန်မြှင့်အမြန်လုပ်ဆောင်ရန် အရည်အချင်းပြည့်မီပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

ကျွန်ုပ်သည် ဤလျှောက်ထားသူကို အရှိန်မြှင့်အမြန် SNAP အတွက် စစ်ဆေးခဲ့ပြီး လျှောက်ထားသူ၏ အထောက်အထားကို စစ်ဆေးပြီးကြောင်း အာမခံကာ ယခုအချိန်တွင် အရှိန်မြှင့်အမြန်ထုတ်ပေးခြင်းအတွက် အရည်အချင်း ပြည့်မီနိုင်ချေရှိသည် ပြည့်မီနိုင်ချေမရှိပါ ဟု အိမ်ထောင်စုအတွက် ဆုံးဖြတ်ပါသည်။

စစ်ဆေးသူ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ
--------------------------	---------------

အဆင့် 1- သင့် အကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ကို ပြောပြပါ

အကူအညီတောင်းရန်၊ ဤကဏ္ဍကိုဖြည့်ပြီး သင့်အမည်ကို လက်မှတ်ထိုးပါ။ သင်သည် ဖောင် တစ်ခုလုံးကို ဖြည့်သွင်းပါက သင့်အား ကျွန်ုပ်တို့ ပိုမိုမြန်ဆန်စွာ ကူညီနိုင်ပါသည်။

အမည်အပြည့်အစုံ (နောက်ဆုံး၊ ရှေ့ဆုံး၊ အလယ်အစစလုံး)	အီးမေးလိပ်စာ
--	---------------------

အိမ်လိပ်စာ (နံပါတ်နှင့်လမ်း)	မြို့	ပြည်နယ်	စစ်ကုဒ်
------------------------------	-------	---------	---------

စာပို့လိပ်စာ (နံပါတ်နှင့် လမ်း သို့မဟုတ် စာတိုက် သေတ္တာ)	မြို့	ပြည်နယ်	စစ်ကုဒ်
--	-------	---------	---------

အိမ်ဖုန်း	အလုပ်ဖုန်း	ဆဲလ်ဖုန်း
-----------	------------	-----------

သင်၏လက်မှတ်	ယနေ့ရက်စွဲ
--------------------	-------------------

လုပ်ပိုင်ခွင့်ရ ကိုယ်စားလှယ်-		ယနေ့ရက်စွဲ	
သင့်အား ကိုယ်စားပြုမည့်လူတစ်ယောက်ကို သင်ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။ သင့်အား ကူညီရန် တစ်စုံတစ်ဦးကို သင်ရွေးချယ်ပါက၊ ထိုသူနှင့်ပတ်သက်သည့် အောက်ပါအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့အားပေး၍ ဤလူကို သင်ဘာလုပ်စေလိုကြောင်း စစ်ဆေးပါ။			
အမည် (နောက်ဆုံး၊ ရှေ့ဆုံး၊ အလယ်)	ဆက်ဆံရေးတော်စပ်ပုံ	တယ်လီဖုန်းနံပါတ်	
နံပါတ်၊ လမ်း	မြို့	ပြည်နယ်	ဇစ်ကုဒ်
သင်သည် ကိုယ်စားလှယ်ကို ဘာလုပ်စေချင်ကြောင်း စစ်ဆေးပါ-			
<input type="checkbox"/> သင့်အတွက် အင်တာဗျူး အပြည့်အစုံ <input type="checkbox"/> သင်၏ လွတ်လပ်သောကတ် (ငွေသား) ကိုသုံးပါ <input type="checkbox"/> သင်၏ အကြောင်းကြားစာများကိုကိုလက်ခံပါ			
<input type="checkbox"/> သင်၏လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးပါ <input type="checkbox"/> သင်၏ SNAP အကျိုးကျေးဇူးများကို အသုံးပြုပါ <input type="checkbox"/> သင်၏ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအကူအညီ ကတ်ကိုရယူပါ			

အဆင့် 2- သင့်အား ကျွန်ုပ်တို့မည်သို့ကူညီနိုင်သည်ကို ပြောပြပါ

1. မည်သို့သော အကူအညီမျိုးကို သင်ယခုလိုအပ်ပါသနည်း။ (သက်ဆိုင်သမျှ ခြစ်ပါ)

- SNAP ငွေသား အကူအညီ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကူအညီ
- ကလေးစောင့်ရှောက်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများသို့ ရည်ညွှန်းခြင်း စွမ်းအင်အကူအညီကို ရည်ညွှန်းပါ

2. သင့်တွင် ပြီးခဲ့သော 3 လအတွင်း ပေးဆောင်မထားသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များ ရှိပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

3. သင့်တွင် ဤပြဿနာများအနက် တစ်ခုခု ရှိပါသလား။

- ယူတလီ အပိတ်ခံခြင်း နှင်ထုတ်ခြင်း သို့မဟုတ် နေရာသိမ်းခံခြင်း အစားအသောက် မရှိခြင်း
- အပူဓာတ်ပေးခြင်း မရှိခြင်း နေရာနေရာမရှိခြင်း ကလေးစောင့်ရှောက်ခြင်းအား မတတ်နိုင်ခြင်း
- အခြား _____

4. သင် သို့မဟုတ် သင်နှင့်အတူနေထိုင်သူမည်သူမဆို မည်သို့သောအကူအညီများ ယခုရရှိနေသနည်း။

အကူအညီ အမျိုးအစား	အကူအညီ ရရှိနေသောသူ

5. သင် သို့မဟုတ် သင်နှင့်အတူနေထိုင်သူမည်သူမဆိုသည် မေရီလန်မှလွဲ၍ အခြားပြည်နယ်တစ်ခုထံမှ အကူအညီများ ရရှိပါသလား။

(ဟုတ်ပါက အောက်တွင် ကွက်လပ်ဖြည့်ပါ) ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

ရရှိသော ပြည်နယ် _____ ရရှိသော အချိန် _____ အကူအညီ အမျိုးအစား _____

6. Maryland Children's Health Program (မေရီလန် ကလေးများ၏ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်) အတွက် လျှောက်ထားသူ တစ်စုံတစ်ယောက်တွင် ဝန်ထမ်းအခြေခံကျန်းမာရေးအာမခံ (သင်အလုပ်တွင်ရရှိသည့်အာမခံ) ရှိပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

7. Maryland Children's Health Program (မေရီလန် ကလေးများ၏ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်) အတွက် လျှောက်ထားသူ တစ်စုံတစ်ယောက်တွင် လွန်ခဲ့သော 6 လအတွင်းတွင် ဝန်ထမ်းအခြေခံကျန်းမာရေးအာမခံ ပြုတ်ခဲ့ပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

အဆင့် 3- သင့်အိမ်ထောင်စုရှိလူများအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ကို ပြောပြပါ

8. သင့်နှင့်အတူနေသောလူများအကြောင်း ပြောပြပါ။
 သင့်နှင့်အတူနေထိုင်သူတိုင်းအတွက် ကွက်လပ်ဖြည့်ပါ။ သင့်နာမည်ကို အရင်ရေးပါ။ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်နှင့် နိုင်ငံသားအခြေအနေသည် အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်ထားခြင်းမရှိသော အိမ်ထောင်စုအဖွဲ့ဝင်များအတွက် ဆန္ဒရှိပါက ဖြည့်နိုင်သည်။

သင်ကိုယ်တိုင်	ကလိုင်ယန်း ID#
_____ အမည် အပြည့်အစုံ (နောက်ဆုံး၊ ရှေ့ဆုံး၊ အလယ်အစစာလုံး)	_____ ကိုယ်တိုင် သင်နှင့်ဆက်နွယ်မှု
_____ မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/နှစ်/နှစ်နှစ်)	_____ လူမှုဖူလုံရေးကိုယ်ပိုင်နံပါတ်
_____ လျှောက်ထားခြင်း <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	_____ မသန်စွမ်းဖြစ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
_____ နှုတ်ကုန် <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ	_____ အိမ်ထောင်ရေးအခြေအနေ
_____ U.S. နိုင်ငံသား <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	_____ U.S. နိုင်ငံသား <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

ထပ်ထိုးအိမ်ထောင်စုအဖွဲ့ဝင်	ကလိုင်ယန်း ID#
_____ အမည် အပြည့်အစုံ (နောက်ဆုံး၊ ရှေ့ဆုံး၊ အလယ်အစစာလုံး)	_____ ကိုယ်တိုင် သင်နှင့်ဆက်နွယ်မှု
_____ မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/နှစ်/နှစ်နှစ်)	_____ လူမှုဖူလုံရေးကိုယ်ပိုင်နံပါတ်
_____ လျှောက်ထားခြင်း <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	_____ မသန်စွမ်းဖြစ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
_____ နှုတ်ကုန် <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ	_____ အိမ်ထောင်ရေးအခြေအနေ
_____ U.S. နိုင်ငံသား <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	_____ U.S. နိုင်ငံသား <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

ထပ်ထိုးအိမ်ထောင်စုအဖွဲ့ဝင်	ကလိုင်ယန်း ID#
_____ အမည် အပြည့်အစုံ (နောက်ဆုံး၊ ရှေ့ဆုံး၊ အလယ်အစစာလုံး)	_____ ကိုယ်တိုင် သင်နှင့်ဆက်နွယ်မှု
_____ မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/နှစ်/နှစ်နှစ်)	_____ လူမှုဖူလုံရေးကိုယ်ပိုင်နံပါတ်
_____ လျှောက်ထားခြင်း <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	_____ မသန်စွမ်းဖြစ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
_____ နှုတ်ကုန် <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ	_____ အိမ်ထောင်ရေးအခြေအနေ
_____ U.S. နိုင်ငံသား <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	_____ U.S. နိုင်ငံသား <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

ထပ်ထိုးအိမ်ထောင်စုအဖွဲ့ဝင်		ကလိုင်ယန်း ID#
_____	_____	_____ <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ
အမည် အပြည့်အစုံ (နောက်ဆုံး၊ရှေ့ဆုံး၊ အလယ်အစစာလုံး)	သင်နှင့်ဆက်နွယ်မှု	လူမျိုး
_____	_____	_____
မွေးသက္ကရာဇ် (လလ/ရက်ရက်/နှစ်နှစ်နှစ်နှစ်)	လူမှုဖူလုံရေးကိုယ်ပိုင်နံပါတ်	အိမ်ထောင်ရေးအခြေအနေ
_____	_____	_____
လျှောက်ထားခြင်း <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	မသန်စွမ်းဖြစ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	U.S. နိုင်ငံသား <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

ထပ်ထိုးအိမ်ထောင်စုအဖွဲ့ဝင်		ကလိုင်ယန်း ID#
_____	_____	_____ <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ
အမည် အပြည့်အစုံ (နောက်ဆုံး၊ရှေ့ဆုံး၊ အလယ်အစစာလုံး)	သင်နှင့်ဆက်နွယ်မှု	လူမျိုး
_____	_____	_____
မွေးသက္ကရာဇ် (လလ/ရက်ရက်/နှစ်နှစ်နှစ်နှစ်)	လူမှုဖူလုံရေးကိုယ်ပိုင်နံပါတ်	အိမ်ထောင်ရေးအခြေအနေ
_____	_____	_____
လျှောက်ထားခြင်း <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	မသန်စွမ်းဖြစ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	U.S. နိုင်ငံသား <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

ထပ်ထိုးအိမ်ထောင်စုအဖွဲ့ဝင်		ကလိုင်ယန်း ID#
_____	_____	_____ <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ
အမည် အပြည့်အစုံ (နောက်ဆုံး၊ရှေ့ဆုံး၊ အလယ်အစစာလုံး)	သင်နှင့်ဆက်နွယ်မှု	လူမျိုး
_____	_____	_____
မွေးသက္ကရာဇ် (လလ/ရက်ရက်/နှစ်နှစ်နှစ်နှစ်)	လူမှုဖူလုံရေးကိုယ်ပိုင်နံပါတ်	အိမ်ထောင်ရေးအခြေအနေ
_____	_____	_____
လျှောက်ထားခြင်း <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	မသန်စွမ်းဖြစ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	U.S. နိုင်ငံသား <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

ထပ်ထိုးအိမ်ထောင်စုအဖွဲ့ဝင်		ကလိုင်ယန်း ID#
_____	_____	_____ <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ
အမည် အပြည့်အစုံ (နောက်ဆုံး၊ရှေ့ဆုံး၊ အလယ်အစစာလုံး)	သင်နှင့်ဆက်နွယ်မှု	လူမျိုး
_____	_____	_____
မွေးသက္ကရာဇ် (လလ/ရက်ရက်/နှစ်နှစ်နှစ်နှစ်)	လူမှုဖူလုံရေးကိုယ်ပိုင်နံပါတ်	အိမ်ထောင်ရေးအခြေအနေ
_____	_____	_____
လျှောက်ထားခြင်း <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	မသန်စွမ်းဖြစ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	U.S. နိုင်ငံသား <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

9. သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် တစ်ယောက်ယောက် ကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။

_____ အမည်အပြည့်အစုံ (နောက်ဆုံး၊ရှေ့ဆုံး၊ အလယ်အစစာလုံး) _____ မျှော်လင့်ထားသည့် မွေးမည့် ရက်

10. သင့် အိမ်ထောင်စု ရှိ ကလေးများ၏ ပျက်ကွက်သော မိဘများ တစ်စုံတစ်ရာကို စာရင်းဖော်ပြပါ။

သင့်နှင့်အတူမနေထိုင်သော ကလေးမိဘသည် ပျက်ကွက်သောမိဘ ဖြစ်သည်။ ထို့အပြင် သင့်အိမ်ထောင်ဖက်သည် သင့်နှင့်အတူ မနေထိုင်ပါက သူ သို့မဟုတ် သူမကိုပါ စာရင်းဖော်ပြပါ။ ထိုသူအကြောင်း သင်သိထားသည်များကို ထည့်ပါ။

အမည် (နောက်ဆုံး၊ ရှေ့ဆုံး၊ အစစလုံး)	မွေးနေ့	လိပ်စာ	လူမှုဖူလုံရေးကိုယ်ပိုင်နံပါတ် #	ကလိန်းယန်း အိုင်ဒီ#

အဆင့် 4- သင်၏ ဝင်ငွေအကြောင်းကျွန်ုပ်တို့ကို ပြောပြပါ

11. ဤကဏ္ဍတွင် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်များ၏ လစဉ်ရရှိသောငွေများအားလုံး၊ အလုပ်လုပ်ရာမှရရှိသောဝင်ငွေနှင့် အလုပ်မလုပ်ဘဲရရှိသည့်ဝင်ငွေအားလုံးကို ပြောပြပါ။

သင့်အား မှန်ကန်သောအကျိုးခံစားခွင့်ကို ပေးစွမ်းနိုင်စေရန်အတွက် ဤအချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်တို့လိုအပ်ပါသည်။ နုတ်ယူခြင်းမပြုမီ ဝင်ငွေအားလုံးကို စာရင်းပြုစုပါ။ ဝင်ငွေအမျိုးအစားနှင့် ပမာဏကိုဖော်ပြပါ။ (ဝင်ငွေအမျိုးအစားများတွင် အချိန်ပြည့် သို့မဟုတ် အချိန်ပိုင်းဝင်ငွေများ၊ ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်ခြင်း၊ ကလေးထိန်းခြင်း၊ အမျိုးအစားအစုံပါဝင်သော သေးသောအလုပ်များ၊ နေ့စားအလုပ်၊ အိမ်ရှိအခန်းကိုငှားရမ်းသူ/တည်းခိုသူ၏ ပေးချေမှု၊ လူမှုဖူလုံရေးအကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ပင်စင်စရိတ်၊ မယားစရိတ်၊ ကလေးထောက်ပံ့မှု၊ ယာယီငွေသားအကူအညီနှင့် အခြားအလုပ်လုပ်ရာမှရရှိသောဝင်ငွေ နှင့် အလုပ်မလုပ်ဘဲရရှိသည့်ဝင်ငွေတို့ပါဝင်သည်။)

ဝင်ငွေရရှိသော သူ၏အမည်	ဝင်ငွေအမျိုးအစား	အလုပ်ရှင်၏ အမည်နှင့် နေရပ်လိပ်စာ	ဝင်ငွေ ပမာဏ	မည်မျှအကြာတွင် တစ်ကြိမ် ရရှိလေ့ရှိသနည်း
			\$	
			\$	
			\$	

12. သင်ယခုအလုပ်မလုပ်နေပါက သင်အလုပ်လုပ်ခဲ့သည့် နောက်ဆုံးမှာ ဘယ်တုန်းကနည်း။

အလုပ်ရှင်၏ အမည်နှင့် နေရပ်လိပ်စာ

အလုပ်ပြီးဆုံးခဲ့သော ရက်စွဲ

အလုပ် ပြီးဆုံးခဲ့သည့် အကြောင်းရင်း

နောက်ဆုံးလစာငွေ လက်ခံရရှိသည့်ရက်စွဲ

အဆင့် 5- သင်၏ ပိုင်ဆိုင်မှုများအကြောင်းကျွန်ုပ်တို့ကို ပြောပြပါ

13. သင့်တွင်ရှိသောငွေနှင့် သင်ပိုင်ဆိုင်သောအရာများအပါအဝင် သင့်ပိုင်ဆိုင်မှုများအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြပါ။

ပိုင်ဆိုင်မှုဥပမာများတွင် ဘဏ်စာရင်းများ၊ အပင်သက်သေခံလက်မှတ်များ၊ ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများ၊ စတော့များ၊ ငွေချေးစာချုပ်များ၊ သင်နေထိုင်ခြင်းမရှိသော ပိုင်ဆိုင်မှုနေရာများ ပါဝင်သည်။

ဘဏ်အကောင့် သို့မဟုတ် ပိုင်ဆိုင်မှုအမျိုးအစား	အကောင့်ရှိ ပမာဏ သို့မဟုတ် ပိုင်ဆိုင်မှုစွဲတန်းဖိုး	အကောင့်/ပိုင်ဆိုင်မှုရှိသူ၏ အမည်
	\$	
	\$	
	\$	

အဆင့် 6- သင်၏ ကုန်ကျစရိတ်များအကြောင်းကျွန်ုပ်တို့ကို ပြောပြပါ

SNAP အကျိုးကျေးဇူးများကို သင်လျှောက်ထားပါက အောက်ပါမေးခွန်းများကိုသာ ဖြေပါ။

14. ဤအပိုင်းတွင် သင်နေထိုင်ရာနေရာအတွက် သင့်ကုန်ကျစရိတ်နှင့် အခြားကုန်ကျစရိတ်များကို ပြောပြပါ။

ကုန်ကျစရိတ်	ပမာဏ	မည်မျှကြာသည်တွင်တစ်ကြိမ်နည်း။	ပေးဆောင်သူအမည်
ငှားရမ်းခြင်း သို့မဟုတ် အိမ်အပေါင်ချေးငွေဖြင့် အိမ်ဝယ်ယူထားခြင်း	\$		
အခွန်နှင့် အာမခံ	\$		
Co-op သို့မဟုတ် ကွန်ဒို အခကြေး သို့မဟုတ် မြေ ငှားရမ်းခြင်း	\$		
ရေ၊ ရေဆိုးမြောင်း၊ အမှိုက်	\$		
ဓာတ်ငွေ့၊ လျှပ်စစ်	\$		
တယ်လီဖုန်း	\$		
ကလေး သို့မဟုတ် အရွယ်ရောက်ပြီးသူ စောင့်ရှောက်စရိတ် (ကလေးထိန်းခြင်း)	\$		
သက်ကြီးရွယ်အို သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူများအတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကုန်ကျစရိတ်	\$		
တရားဝင် တာဝန်ရှိသော ကလေး ထောက်ပံ့မှု	\$		

15. သင့်ငှားရမ်းခတွင် အပူဓာတ် ပေးခြင်းပါဝင်ပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ
အိမ်ငှားခတွင် အပူဓာတ် ပေးခြင်းမပါဝင်ပါက သင့်အိမ်ကို မည်သို့အပူပေးသနည်း။

 သင့်အိမ်ကို ဘယ်လို အပူဓာတ် ပေးသနည်း။

16. သင်သည် လေအေးပေးစက်အတွက် ပေးဆောင်ရ ပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

 သင်၏ ယူတလတီ ကုမ္ပဏီအမည် သို့မဟုတ် သင်ပေးဆောင်သော ပုဂ္ဂိုလ်အမည်

17. တစ်စုံတစ်ယောက်သည် သင်၏နေထိုင်မှုစရိတ်စကများကို ကူညီပေးပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

 အကူအညီပေးသူ၏ အမည်အပြည့်အစုံ (နောက်ဆုံး၊ ရှေ့ဆုံး၊ အလယ် အစစလုံး)

18. အထက်တွင်ဖော်ပြသော သင်၏ နေထိုင်မှုစရိတ်စကများ တစ်စုံတစ်ရာကို မျှဝေပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

 နေထိုင်မှုစရိတ်စကမျှပေးသူ၏ အမည်အပြည့်အစုံ (နောက်ဆုံး၊ ရှေ့ဆုံး၊ အစစလုံး) သင်၏ ပေးရသောရှယ်ယာ

19. သင်သည် အများသူငှာအိမ်ရာ၊ အပိုင်း 8 အိမ်ရာ၊ သို့မဟုတ် လယ်သမားအိမ်စီမံအုပ်ချုပ်ရေး (FMHA) အပိုင်း 515 အိမ်ရာတွင် နေထိုင်ပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

20. ပြီးခဲ့သော 12 လအတွင်း သင့်လက်ရှိလိပ်စာတွင် စွမ်းအင်အကူအညီ (အပူပေးခြင်း သို့မဟုတ် လျှပ်စစ်ငွေတောင်းခံလွှာဆိုင်ရာ ပြည်နယ်အကူအညီ) ကို သင်ရရှိခဲ့ပါသလား။ ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

အိမ်ထောင်စု၏ ကြေငြာချက် စုံစမ်းမေးမြန်းခြင်း- ယာယီငွေသားအကူအညီ သို့မဟုတ် ဖြည့်စွက်အာဟာရအကူအညီအစီအစဉ်အတွက် သင်လျှောက်ထားပါက ဖြည့်စွက်ပါ

- သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် တစ်စုံတစ်ဦးသည် အောက်ပါပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခံရခြင်းရှိပါသလား-
 - ဩဂုတ်လ 22 ရက်နေ့၊ 1996 ခုနှစ် နှင့် ယင်းရက်ပြီးနောက်ပိုင်းတွင် မူးယစ်ရာဇာ ပြစ်မှု ဖြစ်ပါသလား။
(မူးယစ်ရာဇာ- ထိန်းချုပ်ကန့်သတ်ထားသော အန္တရာယ်ရှိသော ပစ္စည်းကို ထုတ်လုပ်ရန်၊ ဖြန့်ဖြူးရန်၊ ဖြန့်ဝေရန်၊ သယ်ယူတင်သွင်းရန်၊ သို့မဟုတ် နိုင်ငံတွင်းသို့ သယ်ယူလာခြင်းတို့တွင် ပူးပေါင်းကြံစည်မှုတွင် ပူးပေါင်းပါဝင်သူအဖြစ် ဆောင်ရွက်သော စီစဉ်သူ၊ ကြီးကြပ်သူ၊ ငွေရေးကြေးရေးကိုင်တွယ်သူ၊ သို့မဟုတ် စီမံခန့်ခွဲသူ။)
 ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက၊ မည်သူနည်း။ _____
 - ဩဂုတ်လ 22 ရက်နေ့၊ 1996 ခုနှစ် နှင့် ယင်းရက်ပြီးနောက်ပိုင်းတွင် မူးယစ်ဆေးဝါးအမြောက်အများ အရောင်းအဝယ်လုပ်သူဖြစ်မှု ဖြစ်ပါသလား။
(မူးယစ်ဆေးဝါးအမြောက်အများ အရောင်းအဝယ်လုပ်သူ - ထိန်းချုပ်ထားသော အန္တရာယ်ရှိသောပစ္စည်း ပမာဏအတိုင်းအတာအရေအတွက်ကို ထုတ်လုပ်၊ ဖြန့်ဖြူးသူ၊ ဖြန့်ဝေ၊ သို့မဟုတ် လက်ဝယ်ပိုင်ဆိုင်ထားသူ။)
 ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက၊ မည်သူနည်း။ _____
- ဖေဖော်ဝါရီလ 7 ရက်နေ့၊ 2014 ခုနှစ်၊ နောက်ပိုင်းတွင် သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ တစ်စုံတစ်ယောက်သည် ပြင်းထန်သော လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ အလွဲသုံးစားပြုမှု၊ လူသတ်မှု၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ ခေါင်းပုံဖြတ်မှုနှင့် ကလေးသူငယ်များအား အလွဲသုံးစားပြုမှု၊ 1994 ခုနှစ် အမျိုးသမီးများ အကြမ်းဖက်ခံရမှုအက်ဥပဒေ (သို့) အလားတူ နိုင်ငံတော်ဥပဒေတွင် သတ်မှတ်ထားသည့်အတိုင်း လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ ဖော်ကားမှုများ၊ ကြောင့် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခြင်းခံရခြင်း၊ **ပြီးနောက်** သူတို့၏ အပြစ်ဒဏ် ကာလအတိုင်းအတာများကို လိုက်နာခြင်းမရှိခြင်းဖြစ်ပါသလား။
 ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက၊ မည်သူနည်း။ _____
- သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် တစ်စုံတစ်ယောက်သည် လက်ရှိတွင် လွတ်ငြိမ်းချမ်းသာခွင့် သို့မဟုတ် ခံဝန်ချုပ်ဖြင့်လွတ်ခြင်းကို ချိုးဖောက်ခြင်း သို့မဟုတ် ရဲ့ သို့မဟုတ် တရားရုံးများထံမှ ထွက်ပြေးနေပါသလား။
 ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက၊ မည်သူနည်း။ _____
- သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ တစ်စုံတစ်ယောက်သည် တူညီသောလအတွင်းတွင် တစ်နေရာထက်ပိုသောနေရာမှ SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များ သို့မဟုတ် ငွေသားအကူအညီရယူရန် ၎င်းတို့နေထိုင်ခဲ့သည့်နေရာ သို့မဟုတ် ၎င်းတို့၏အထောက်အထားကို အမှန်အတိုင်းမပြောပြသည့်အတွက် ဖက်ဒရယ် သို့မဟုတ် ပြည်နယ်တရားရုံးတစ်ခုတွင် ဩဂုတ်လ 22 ရက်၊ 1996 ခုနှစ် ကတည်းက ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခံခဲ့ရပါ သလား။
 ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက၊ မည်သူနည်း။ _____
- သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးအား SNAP အကျိုးကျေးဇူးများကို \$500 သို့မဟုတ် ထို့ထက်ပို၍ ပြန်ရောင်းခြင်း သို့မဟုတ် ကူးသန်းခြင်းအတွက် တရားရုံးက ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခဲ့ ပါသလား။
 ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက၊ မည်သူနည်း။ _____
- သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် တစ်စုံတစ်ယောက်သည် အခြားမည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း အထောက်အထားအောက်တွင် သို့မဟုတ် အခြားအိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦး အဖြစ် သို့မဟုတ် အခြားပြည်နယ်တစ်ခုတွင် ခံစားခွင့်အကျိုးကျေးဇူးများ ရရှိနေပါ သလား။
 ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက၊ မည်သူနည်း။ _____

သုံးစွဲသူ အခွင့်အရေး

ဖက်ဒရယ်နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးဥပဒေများနှင့်အညီ U.S. Department of Agriculture (အမေရိကန် စိုက်ပျိုးရေးဦးစီးဌာန) (USDA) ပြည်သူ့အခွင့်အရေးဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းများနှင့် မူဝါဒများ၊ USDA၊ ၎င်း၏အေဂျင်စီများ၊ ရုံးများ၊ ဝန်ထမ်းများနှင့် USDA ပရိုဂရမ်များတွင် ပါဝင်ခြင်း သို့မဟုတ် စီမံခန့်ခွဲသည့် အဖွဲ့အစည်းများကို လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ နိုင်ငံဇာတိ၊ လိင် (ကျားမရေးရာ အထောက်အထား နှင့် လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာတိမ်းညွတ်မှု အပါအဝင်)၊ ဘာသာရေးယုံကြည်ချက်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်အရွယ်၊ နိုင်ငံရေးယုံကြည်ချက်များ သို့မဟုတ် USDA မှလုပ်ဆောင်သော သို့မဟုတ် ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့သည့် မည်သည့်ပရိုဂရမ် သို့မဟုတ် လှုပ်ရှားမှုတွင်မဆို ယခင်နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးလှုပ်ရှားမှုအတွက် လက်တုံ့ပြန်ခြင်း သို့မဟုတ် လက်စားချေခြင်းတို့အပေါ်တွင် အခြေခံကာ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းမပြုရန် တားမြစ်ထားသည်။ U.S. မှ ဖက်ဒရယ်ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာအကူအညီကို လက်ခံရရှိသည့်အစီအစဉ်များ Temporary Assistance for Needy

Families (လိုအပ်နေသော မိသားစုများအတွက် ယာယီအကူအညီ) (TANF) ကဲ့သို့သော Department of Health and Human Services (ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှုရေးဝန်ဆောင်မှုဝန်ထမ်းဦးစီးဌာန) (HHS) နှင့် HHS တိုက်ရိုက်လုပ်ဆောင်နေသည့် ပရိုဂရမ်များကို ဖယ်ဒရယ်ပြည်ထောင်စု နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးဥပဒေများနှင့် HHS စည်းမျဉ်းများအောက်တွင် ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းမှလည်း တားမြစ်ထားသည်။

အစီအစဉ်အချက်အလက်အတွက် အခြားဆက်သွယ်ရေးနည်းလမ်းများ လိုအပ်သော မသန်စွမ်းသူများ (ဥပမာ၊ မျက်မမြင်စာ၊ ကြီးမားသော စာသား၊ အော်ဒီယိုတိပ်၊ အမေရိကန် လက်သင်္ကေတပြဘာသာစကား) တို့သည် အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် လျှောက်ထားသည့် အေဂျင်စီ (ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသဆိုင်ရာ) သို့ ဆက်သွယ်သင့်သည်။ နားမကြားသူများ၊ အကြားအာရုံခက်ခဲသူများ၊ သို့မဟုတ် စကားပြောပိုင်းမသန်စွမ်းသူများ သည် (800) 877-8339 တွင် ဖက်ဒရယ် ရီလေး ဝန်ဆောင်မှု မှတစ်ဆင့် USDA သို့ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ ထို့အပြင်၊ ပရိုဂရမ်သတင်းအချက်အလက်ကို အင်္ဂလိပ်မဟုတ်သော အခြားဘာသာစကားဖြင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။

USDA သည် ဖြည့်စွက်အာဟာရအကူအညီအစီအစဉ် (SNAP)၊ Indian Reservations တွင် အစားအသောက် ဖြန့်ဝေမှု အစီအစဉ် (FDPIR) နှင့် အခြားအရာများ ကဲ့သို့သော စားနပ်ရိက္ခာဖူလုံရေးနှင့် ငတ်မွတ်မှုလျှော့ချရေး အစီအစဉ်များစွာအတွက်

ဖက်ဒရယ်ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာအကူအညီများ ပံ့ပိုးပေးသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမှုဆိုင်ရာ ပရိုဂရမ် တိုင်ကြားမှုတစ်ခုကို တင်သွင်းရန်၊ အွန်လိုင်းလိပ်စာ <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> တွင်နှင့် မည်သည့် USDA ရုံး တွင်မဆို တွေ့ရှိရသည့် ပရိုဂရမ်ခွဲခြားမှုဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်ပုံစံ (AD-3027) ကို ဖြည့်သွင်းကာ သို့မဟုတ် USDA ထံ လိပ်မူထားသော စာတစ်စောင်ကို ရေးပြီး ဖောင်တွင် တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်အားလုံးကို ပေးစာတွင် ထည့်သွင်းပါ။ တိုင်ကြားချက်ပုံစံ မိတ္တူကို တောင်းဆိုရန် (866) 632-9992 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ သင်၏ပြည့်စုံစွာဖြည့်ထားသောပုံစံ သို့မဟုတ် စာကို USDA သို့ စာဖြင့်ပေးပို့ပါ- Food and Nutrition Service (အစားအသောက်နှင့် အာဟာရဝန်ဆောင်မှု)၊ USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; သို့မဟုတ် ဖက်စ် : (833) 256-1665 သို့မဟုတ် (202) 690-7442၊ သို့မဟုတ် ဖုန်း- (833) 620-1071၊ သို့မဟုတ် အီးမေးလ်- FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov။

SNAP ပြဿနာများနှင့်ပတ်သက်သည့် အခြားအချက်အလက်များအတွက်၊ ပုဂ္ဂိုလ်များသည် စပိန်ဘာသာဖြင့်လည်းရရှိနိုင်သည့် (800) 221-5689 တွင် USDA SNAP hotline နံပါတ်ကို ဆက်သွယ်သင့်သည် သို့မဟုတ် အွန်လိုင်းတွင် တွေ့ရှိနိုင်သော [ပြည်နယ်အချက်အလက်/ hotline နံပါတ်များ](#) ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုသင့်သည် (ပြည်နယ်အလိုက် hotline နံပါတ်များစာရင်းအတွက် လင့်ခ်ကို နှိပ်ပါ)- [SNAP ဟော့လိုင်း](#)။

HHS သည် TANF၊ Head Start၊ ဝင်ငွေနည်းသော အိမ်များ စွမ်းအင်အကူအညီ အစီအစဉ် (LIHEAP) နှင့် အခြားအရာများ အပါအဝင် ကျန်းမာရေးနှင့် သုခချမ်းသာမှုကို မြှင့်တင်ရန် အစီအစဉ်များစွာအတွက် ဖက်ဒရယ်ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီက ပံ့ပိုးပေးပါသည်။ HHS တိုက်ရိုက်လုပ်ဆောင်သော သို့မဟုတ် HHS ဖက်ဒရယ်ဘဏ္ဍာရေးအကူအညီက ပံ့ပိုးပေးသော အစီအစဉ် သို့မဟုတ် လှုပ်ရှားမှုများတွင် သင်၏လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ မွေးရပ်ဇာတိ၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်၊ လိင် (ကိုယ်ဝန်၊ လိင်စိတ်တိမ်းညွှတ်မှုနှင့် ကျားမခွဲခြားမှုအပါအဝင်) သို့မဟုတ် ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာတို့ကြောင့် ခွဲခြားဆက်ဆံခံရသည်ဟု သင်ယုံကြည်ပါက၊ သင်သည် နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးဆိုင်ရာရုံး (OCR) သို့ သင်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် အခြားသူတစ်ဦးအတွက် တိုင်ကြားနိုင်ပါသည်။

HHS မှတစ်ဆင့် ဖက်ဒရယ်ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာအကူအညီကိုလက်ခံရရှိသည့်ပရိုဂရမ်တစ်ခုနှင့်ပတ်သက်၍ သင်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် အခြားသူတစ်ဦးအတွက် ခွဲခြားဆက်ဆံမှုတိုင်ကြားရန်၊ အွန်လိုင်းဖောင်ကို OCR ၏တိုင်ကြားချက်ပေါ်တယ် <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> တွင်ဖြည့်သွင်းပါ။ သင်သည် OCR ကို မေးလ်မှတစ်ဆင့် ဖော်ပြပါအတိုင်း ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်- Centralized Case Management Operations (ဗဟိုထိန်းချုပ် အမှုကိစ္စ စီမံခန့်ခွဲရေး ဆောင်ရွက်ခြင်းများ)၊ U.S. Department of Health and Human Services (ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှုရေးဝန်ဆောင်မှုဝန်ထမ်းဦးစီးဌာန)၊ 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201၊ fax- (202) 619-3818၊ သို့မဟုတ် အီးမေးလ်- OCRmail@hhs.gov။ နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်တစ်ခုတင်ပြရာတွင် အကူအညီလိုအပ်သူများသည် OCRMail@hhs.gov ဖြင့် OCR သို့ အီးမေးလ်ပို့နိုင်သည် သို့မဟုတ် OCR ခေါ်ဆိုခ အခမဲ့ဖြင့် 1-800-368-1019၊ TDD 1-800-537-7697 သို့အခမဲ့ ခေါ်ဆိုနိုင်သည်။ နားမကြားသူများ၊ အကြားအာရုံခက်ခဲသူများ၊ သို့မဟုတ် စကားပြောရခက်ခဲနေသူများအတွက် ဆက်သွယ်ရေး ရီလေး ဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူသုံးစွဲရန် ကျေးဇူးပြု၍ 7-1-1 သို့ခေါ်ဆိုပါ။

ဤအဖွဲ့အစည်းသည် တန်းတူအခွင့်အရေးဖြင့် ထောက်ပံ့မှုဖြစ်သည်။

အကျိုးခံစားခွင့်လျှောက်ထားသူများ၏ နိုင်ငံသားနှင့် နိုင်ငံခြားသားအခြေအနေဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအပါအဝင် ဤဖောင်တွင်ဖော်ပြထားသော အချက်အလက်အားလုံးသည် ကျွန်ုပ်၏စွမ်းရည်၊ ယုံကြည်ချက်နှင့် အသိပညာတို့ရှိသည့်အတိုင်း အတတ်နိုင်ဆုံး စစ်မှန်၊ မှန်ကန်ပြီး ပြည့်စုံကြောင်း လိမ်လည်မှု ပြစ်ဒဏ် အောက်တွင် ကျွန်ုပ် မှန်ကန်ကြောင်းသက်သေခံအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏အရည်အချင်းပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို သိရှိသော မည်သည့်ပုဂ္ဂိုလ်၊ မိတ်ဖက်၊ ကော်ပိုရေးရှင်း၊ အသင်းအဖွဲ့ သို့မဟုတ် အစိုးရအဖွဲ့အစည်းတို့ထံမှ အချက်အလက်များကို ဦးစီးဌာနသို့ ပေးဆောင်ရန် ကျွန်ုပ်သည် လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏အကျိုးခံစားခွင့်အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း အထောက်အထားပေးထားသည့် မည်သည့်ပုဂ္ဂိုလ်၊ မိတ်ဖက်၊ ကော်ပိုရေးရှင်း၊ အသင်းအဖွဲ့ သို့မဟုတ် အစိုးရအဖွဲ့အစည်းကို ဆက်သွယ်ရန်လည်း ကျွန်ုပ်သည် ဌာနကို လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးပါသည်။

သင်၏လက်မှတ်

ယနေ့ ရက်စွဲ

လုပ်ပိုင်ခွင့်ရ ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ် (ရှိလျှင်)

ယနေ့ရက်စွဲ

တိုးအချက်အလက်

အခြားစာမျက်နှာတွင် မဆန့်သော အချက်အလက်များကို ရေးသားရန် နေရာလိုအပ်ပါက ဤနေရာတွင် ထည့်ပါ။

Blank lines for additional information.