

यो फारम तल दिएको पहिलो तीन कार्यक्रमहरूको लागि प्रयोग गरिन्छ। तपाईंको केसकर्मिले कसरी आवेदन गर्ने भनेर बताउन सक्छ।

प्रक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP)



SNAP ले कम आय भएका परिवारहरूलाई राम्रो स्वास्थ्यको लागि आवश्यक पर्ने खाना किन्न मद्दत गर्दछ।

चिकित्सा सहायता



चिकित्सा सहायता (MA) कम आय भएका बासिन्दाहरूलाई स्वास्थ्य हेरचाह सेवाहरूमा पहुँच प्रदान गर्ने परिवार र व्यक्तिहरूको लागि एक व्यापक स्वास्थ्य हेरचाह बीमा कार्यक्रम हो। आय र अन्य कारकहरूको आधारमा व्यक्तिहरू सेवाहरूको लागि योग्य हुन सक्छन्।

मेरील्याण्ड चिल्ड्रेन्स हेल्थ प्रोग्राम (MCHP) ले 19 वर्ष सम्मका बालबालिकाहरू र आम्दानी दिशानिर्देशहरू पूरा गर्ने कुनै पनि उमेरका गर्भवती महिलाहरूलाई पूरा स्वास्थ्य लाभहरू दिन्छ। तपाईंको केसकर्मिले तपाईंसँग आम्दानी दिशानिर्देशहरू साभा गर्न सक्छ।

नगद सहयोग



अस्थायी नगद सहायता (TCA) ले परिवारको आम्दानी र स्रोतहरूले उनीहरूको आवश्यकताहरू पूरा गरेन भने बच्चाहरू भएका परिवारहरूलाई नगद सहायता प्रदान गर्दछ। TCA को लागी आवेदन दिने र प्राप्त गर्ने व्यक्तिहरू कार्य गतिविधिहरूमा भाग लिन्छन्।

इमर्जेन्सी असिस्टेन्स टु फ्यामिलीज विथ चिल्ड्रेन (EAFIC) ले संकटको सामना गरिरहेका परिवारहरूलाई नगद प्रदान गर्दछ, जस्तै निष्कासन वा अन्य आपतकाल अवस्था। अस्थायी असक्षमता सहायता कार्यक्रम (TDAP) ले काम गर्न नसक्ने असक्षम वयस्कहरूलाई नगद सहायता प्रदान गर्दछ।

बाल हेरचाह सेवाहरू



परचेज अफ चाइल्ड केयर (POC) कार्यक्रमले योग्य परिवारहरूलाई बाल हेरचाहको लागि भाउचरहरू मार्फत भुक्तानी गर्न मद्दत गर्छ। वाउचरहरू कुनै पनि इजाजतपत्र प्राप्त बाल हेरचाह केन्द्र वा घरबाट हेरचाह खरीद गर्न प्रयोग गर्न सकिन्छ। भाउचरहरू बाल हेरचाह प्रदान गर्ने स्वीकृत परिवारका सदस्यहरूलाई भुक्तान गर्न पनि प्रयोग गर्न सकिन्छ। तपाईंको केस प्रबन्धकले यो सहायताको लागि कसरी आवेदन गर्ने भनेर बताउनेछ।

ऊर्जा सहायता



होम इनर्जी प्रोग्राम्स (OHEP) को कार्यालयले परिवारहरूलाई उनीहरूको उपयोगिता बिलहरू भुक्तान गर्न, हिटिंग संकटहरू कम गर्न र मेरील्याण्ड ऊर्जा सहायता कार्यक्रम र इलेक्ट्रिक युनिभर्सल सर्भिस प्रोग्राममार्फत ऊर्जा लागतलाई अधिक किफायती बनाउन मद्दत गर्दछ। तपाईंको केस प्रबन्धकले यो सहायताको लागि कसरी आवेदन गर्ने भनेर बताउनेछ।

यो खण्ड कार्यालय प्रयोगको लागि मात्र हो					
श्रेणी	AU#	स्थिति	WOMIS स्क्रिन	केस पुनः नियुक्ति आवश्यक	
				बाट:	क्लियर:
				प्रति:	स्क्रिनर:

सामान्य जानकारी

SNAP को बारेमा

तपाईंको नाम, ठेगाना भरेर, र सहायताको लागि यो अनुरोधको अगाडि हस्ताक्षर गरेर तुरुन्तै SNAP का लागि आवेदन गर्ने अधिकार छ। यदि तपाईं योग्य हुनुहुन्छ भने, हामीले हस्ताक्षर गरिएको फारम प्राप्त गरेको मितिबाट हामी लाभहरू प्रदान गर्ने सक्छौं।

यदि तपाईंले हामीलाई आफ्नो पहिचानको प्रमाण दिनुभयो र निम्न मध्ये एउटा तपाईंलाई लागू हुन्छ भने तपाईंले तुरुन्तै SNAP प्राप्त गर्न सक्नुहुनेछ:

- तपाईंको परिवारको मासिक भाडा वा बन्धक र उपयोगिताहरू तपाईंको परिवारको आम्दानी र स्रोतहरू भन्दा बढी छन्।
- तपाईंको परिवारको कुल मासिक आम्दानी \$150 भन्दा कम छ र तपाईंको स्रोतहरू, जस्तै बचत खाताहरू \$100 वा कम छन्।
- तपाईंको परिवार एक प्रवासी वा मौसमी कृषि मजदूर परिवार हो।

यदि तपाईं तुरुन्तै SNAP प्राप्त गर्न योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले यो फारममा हस्ताक्षर गरेको मितिबाट 7 दिन भित्र हामी तपाईंको आवेदन मा कार्य गर्नेछौं।

निम्न प्रश्नहरू पूरा नगर्नुहोस्। कार्यालय प्रयोगको लागि मात्र हो।

द्रुत SNAP

तलको द्रुत मापदण्डहरू पूरा गर्ने आवेदकहरू 7 दिन भित्र SNAP लाभहरू प्राप्त गर्न सक्छन्। तपाईंले लाभहरू अनुमोदन गर्नु पहिला परिवारहरूले सहायताको लागि अनुरोध पूरा गरी हस्ताक्षर गर्नुपर्छ र पहिचान प्रमाण प्रदान गर्नुपर्छ।

1. के यस महिनाको कुल घरायसी आम्दानी, कटौती अघि, \$150 भन्दा कम, र परिवारको नगद/बचत \$100 वा कम छ? छ छैन
 - a. घरपरिवारको मासिक भाडा वा बन्धकरकम \$ _____
 - b. उपयुक्त उपयोगिता मानक \$ _____ कुल \$ _____
 - c. अनुमानित मासिक आम्दानी \$ _____
 - d. सबै सदस्यहरूको नगद/बचत \$ _____ कुल \$ _____
2. के कुल आश्रय लागत मासिक आय र स्रोतहरू भन्दा बढी छ? छ छैन
3. के घरका सदस्यहरू निराधार आप्रवासी वा मौसमी कामदार हुन् जसको नगद र बचत \$ 100 वा कम छ? छ छैन
4. यदि कुनै प्रश्न 1-3 को जवाफ हो भने, अगाडी बढ्नुहोस। शीघ्र योग्य? छ छैन

म प्रमाणित गर्छु कि मैले यो आवेदकलाई द्रुत SNAP को लागि जाँच गरेको छु, आवेदकको पहिचान प्रमाणित गरेको छु, र यो घरपरिवार यस समयमा छिटो जारी गर्नको लागि सम्भावित रूपमा योग्य छैन भनेर निर्धारण गर्दछु।

स्क्रिनरको हस्ताक्षर

मिति

चरण 1: तपाईंको बारेमा बताउनुहोस्

सहयोगको लागि अनुरोध गर्न, यो खण्ड पूरा गरेर आफ्नो नाममा हस्ताक्षर गर्नुहोस्। यदि तपाईंले पूरा फारम भर्नुभयो भने हामी तपाईंलाई छिटो मद्दत गर्न सकौं।

पूरा नाम (अन्तिम, पहिलो, मध्य प्रारम्भिक)		इ - मेल	
घरको ठेगाना (नम्बर र सडक)	सहर	राज्य	जिप कोड
मेलिग ठेगाना (नम्बर र सडक वा P.O. बक्स)	सहर	राज्य	जिप कोड
घरको फोन	कामको फोन	मोबाइल फोन	

तपाईंको हस्ताक्षर	आजको मिति
-------------------	-----------

अधिकृत प्रतिनिधि:

तपाईं आफ्नो प्रतिनिधित्व गर्न एक व्यक्ति छनोट गर्न सक्नुहुन्छ। यदि तपाईंलाई मद्दत गर्न कसैलाई रोज्नुहुन्छ भने, हामीलाई व्यक्तिको बारेमा निम्न जानकारी दिनुहोस् र तपाईं यो व्यक्तिलाई के गर्न चाहनुहुन्छ जाँच गर्नुहोस्।

नाम (अन्तिम, पहिलो, मध्य)	सम्बन्ध	टेलिफोन नम्बर	
नम्बर, सडक	सहर	राज्य	जिप कोड

तपाईं प्रतिनिधिले के गर्नु भन्ने चाहनुहुन्छ हेर्नुहोस्:

- तपाईंको लागि पूरा इन्टरव्यू
- तपाईंको आवेदन हस्ताक्षर
- तपाईंको स्वतन्त्रता कार्ड (नगद) प्रयोग
- तपाईंको आवेदन हस्ताक्षर
- तपाईंको सूचनाहरू प्राप्त
- तपाईंको चिकित्सा सहायता कार्ड प्राप्त

चरण 1: हामी तपाईंलाई कसरी मद्दत गर्न सकौं भन्नुहोस्

1. तपाईंलाई अहिले कस्तो प्रकारको सहयोग चाहिन्छ? (लागू हुने सबै जाँच गर्नुहोस्)

- SNAP
- नगद सहयोग
- चिकित्सा सहायता
- बाल हेरचाह सेवाहरूमा सन्दर्भ
- ऊर्जा सहायताको सन्दर्भमा

2. के तपाईंसँग ३ महिनाको कुनै भुक्तान नगरिएको मेडिकल बिलहरू छन्? छ छैन

3. के तपाईंलाई यी मध्ये कुनै समस्या छ?

- उपयोगिता बन्द
- निष्कासन वा फोरक्लोजर
- खाना छैन
- गर्मी छैन
- बस्ने ठाउँ छैन
- बाल हेरचाह खर्च गर्न सक्दैन
- अन्य _____

4. तपाईं वा तपाईंसँग बस्ने अहिले जो कोहीले कस्तो प्रकारको सहयोग पाउँछन्?

सहयोग को प्रकार	सहायता प्राप्त गर्ने व्यक्ति

5. के तपाईं वा तपाईंसँग बस्ने कोहीले मेरील्याण्ड बाहेक अन्य राज्यबाट सहायता प्राप्त गर्नुभएको छ? (यदि छ भने, कृपया तलको खाली ठाउँहरू भर्नुहोस्) छ छैन

राज्य प्राप्त

कब प्राप्त

सहयोग को प्रकार

6. के मेरील्याण्ड चिल्ड्रेन्स हेल्थ प्रोग्रामको लागि आवेदन गरेको कसैसँग कर्मचारीमा स्वास्थ्य बीमा छ (तपाईंले जागिरमा पाउने बिमा)? छ छैन

7. के मेरील्याण्ड चिल्ड्रेन्स हेल्थ प्रोग्रामको लागि आवेदन दिने कसैले विगत 6 महिनामा कर्मचारी-आधारित बीमा छोडेको छ? छ छैन

चरण 3: हामीलाई तपाईंको घरका परिवारको बारेमा बताउनुहोस्

8. तपाईंसँग बस्ने मानिसहरूको बारेमा हामीलाई भन्नुहोस्।

तपाईंसँग बस्ने सबैका लागि खाली ठाउँहरू भर्नुहोस्। पहिले आफ्नो नाम सूचीबद्ध गर्नुहोस्। सामाजिक सुरक्षा नम्बर र नागरिकता लाभहरूको लागि आवेदन नगर्ने सदस्यहरूको लागि वैकल्पिक छन्।

आफैं	क्लाइंट ID#
<p>_____</p> <p>पूरा नाम (अन्तिम, पहिलो, मध्य प्रारम्भिक)</p>	<p>_____</p> <p>क्लाइंट ID#</p>
<p>_____</p> <p>जन्म मिति (mm/dd/yyyy)</p>	<p>_____</p> <p>तपाईंसँग सम्बन्ध</p>
<p>आवेदन गर्ने <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन</p>	<p>_____</p> <p>जाती <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला</p>
<p>_____</p> <p>सामाजिक सुरक्षा नम्बर</p>	<p>_____</p> <p>वैवाहिक स्थिति</p>
<p>अक्षम? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन</p>	<p>_____</p> <p>अमेरिकी नागरिक <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन</p>

अतिरिक्त परिवार सदस्य	क्लाइंट ID#
<p>_____</p> <p>पूरा नाम (अन्तिम, पहिलो, मध्य प्रारम्भिक)</p>	<p>_____</p> <p>क्लाइंट ID#</p>
<p>_____</p> <p>जन्म मिति (mm/dd/yyyy)</p>	<p>_____</p> <p>तपाईंसँग सम्बन्ध</p>
<p>आवेदन गर्ने <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन</p>	<p>_____</p> <p>जाती <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला</p>
<p>_____</p> <p>सामाजिक सुरक्षा नम्बर</p>	<p>_____</p> <p>वैवाहिक स्थिति</p>
<p>अक्षम? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन</p>	<p>_____</p> <p>अमेरिकी नागरिक <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन</p>

अतिरिक्त परिवार सदस्य	क्लाइंट ID#
<p>_____</p> <p>पूरा नाम (अन्तिम, पहिलो, मध्य प्रारम्भिक)</p>	<p>_____</p> <p>क्लाइंट ID#</p>
<p>_____</p> <p>जन्म मिति (mm/dd/yyyy)</p>	<p>_____</p> <p>तपाईंसँग सम्बन्ध</p>
<p>आवेदन गर्ने <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन</p>	<p>_____</p> <p>जाती <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला</p>
<p>_____</p> <p>सामाजिक सुरक्षा नम्बर</p>	<p>_____</p> <p>वैवाहिक स्थिति</p>
<p>अक्षम? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन</p>	<p>_____</p> <p>अमेरिकी नागरिक <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन</p>

अतिरिक्त परिवार सदस्य		क्लाइंट ID#
पूरा नाम (अन्तिम, पहिलो, मध्य प्रारम्भिक)	तपाईंसँग सम्बन्ध	जाती <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला
जन्म मिति (mm/dd/yyyy)	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	वैवाहिक स्थिति
आवेदन गर्ने <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	अक्षम? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	अमेरिकी नागरिक <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन

अतिरिक्त परिवार सदस्य		क्लाइंट ID#
पूरा नाम (अन्तिम, पहिलो, मध्य प्रारम्भिक)	तपाईंसँग सम्बन्ध	जाती <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला
जन्म मिति (mm/dd/yyyy)	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	वैवाहिक स्थिति
आवेदन गर्ने <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	अक्षम? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	अमेरिकी नागरिक <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन

अतिरिक्त परिवार सदस्य		क्लाइंट ID#
पूरा नाम (अन्तिम, पहिलो, मध्य प्रारम्भिक)	तपाईंसँग सम्बन्ध	जाती <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला
जन्म मिति (mm/dd/yyyy)	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	वैवाहिक स्थिति
आवेदन गर्ने <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	अक्षम? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	अमेरिकी नागरिक <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन

अतिरिक्त परिवार सदस्य		क्लाइंट ID#
पूरा नाम (अन्तिम, पहिलो, मध्य प्रारम्भिक)	तपाईंसँग सम्बन्ध	जाती <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला
जन्म मिति (mm/dd/yyyy)	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	वैवाहिक स्थिति
आवेदन गर्ने <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	अक्षम? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	अमेरिकी नागरिक <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन

9. तपाईंको घरमाकोही गर्भवती छ?

पूरा नाम (अन्तिम, पहिलो, मध्य प्रारम्भिक)

अपेक्षित मिति

10. तपाईंको घरमा रहेका बालबालिकाको अनुपस्थित आमाबाबुको सूची बनाउनुहोस्।

तपाईंसँग नबस्ने बच्चाको अभिभावक अनुपस्थित अभिभावक हुनुहुन्छ। साथै, यदि तपाईंको जीवनसाथी तपाईंसँग बस्दैनन् भने सूचीबद्ध गर्नुहोस्। तपाईंलाई व्यक्तिको बारेमा के थाहा छ प्रविष्ट गर्नुहोस्।

नाम (अन्तिम, पहिलो, प्रारम्भिक)	जन्म मिति	ठेगाना	सामाजिक सुरक्षा #	क्लाइंट ID#

--	--	--	--	--

चरण 4: आफ्नो आम्दानी बारेमा बताउनुहोस्

11. यस खण्डमा हामीलाई तपाईंको परिवारका सदस्यहरूले प्रत्येक महिना कमाएको र नकमाएको दुवै पैसा पैसाको बारेमा बताउनुहोस्।

हामीलाई यो जानकारी चाहिन्छ किनभने हामी तपाईंलाई सही लाभ दिन सक्छौं। कटौती गर्नु अघि सबै आय स्रोतहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्। आयको प्रकार र रकम भन्नुहोस्। (आम्दानीका प्रकारहरूमा पूर्ण वा अंशकालिक आम्दानी, स्व-रोजगारी, बच्चाको हेरचाह, अनौठो काम, दिनको काम, रुमर/बोर्डर भुक्तानी, सामाजिक सुरक्षा लाभहरू, निवृत्तिभरण, भत्ता, बाल समर्थन, अस्थायी नगद सहायता र अरु कुनै कमाएको वा अप्राप्त आय समावेश छ।)

आय भएको व्यक्तिको नाम	आय को प्रकार	रोजगारदाता को नाम र ठेगाना	आय को रकम	कति पटक प्राप्त हुन्छ
			\$	
			\$	
			\$	

12. अहिले काम गर्दैन भने जागिर कहिले सकियो ?

रोजगारदाता को नाम र ठेगाना

काम समाप्त भएको मिति

काम समाप्त भएको कारण

अन्तिम चेक प्राप्त भएको मिति

चरण 5: आफ्नो सम्पत्तिको बारेमा बताउनुहोस्

13. कृपया हामीलाई तपाईंको सम्पत्तिको बारेमा बताउनुहोस्, तपाईंसँग भएको पैसा र तपाईंको स्वामित्वमा रहेका चीजहरू सहित।

सम्पत्तिका उदाहरणहरूमा बैंक खाताहरू, निक्षेपको प्रमाणपत्रहरू, लगानीहरू, स्टकहरू, बन्डहरू, तपाईं नबस्ने सम्पत्तिहरू समावेश छन्।

बैंक खाता वा सम्पत्ति को प्रकार	खातामा रहेको रकम वा सम्पत्तिको मूल्य	खाता/सम्पत्ति भएको व्यक्तिको नाम
	\$	
	\$	
	\$	

चरण 6: आफ्नो खर्चको बारेमा बताउनुहोस्

यदि तपाईं SNAP लाभहरूको लागि आवेदन गर्दै हुनुहुन्छ भने मात्र तलका प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।

14. यस खण्डमा हामीलाई तपाईं बस्ने ठाउँको खर्च र अन्य खर्चहरूको बारेमा बताउनुहोस्।

खर्च	रकम	कति पटक?	भुक्तानी गर्ने व्यक्तिको नाम
भाडा वा धितो	\$		
कर र बीमा	\$		
को-अप वा कन्डो शुल्क वा ग्राउन्ड भाडा	\$		
पानी, ढल, फोहोर	\$		
ग्यास, इलेक्ट्रिक	\$		
टेलिफोन	\$		
बाल वा वयस्क हेरचाह लागत (बच्चा हेरचाह)	\$		

वृद्ध वा अशक्तहरूको लागि चिकित्सा लागत	\$		
कानुनी रूपमा बाध्य बाल समर्थन	\$		

15. के तपाईंको भाडामा हीट समावेश छ? छ छैन
यदि भाडामा हीट समावेश छैन भने, तपाईं तपाईंको घर कसरी तातो गर्नुहुन्छ?

_____ तपाईं आफ्नो घर कसरी तातो गर्नुहुन्छ?

16. के तपाईं वातानुकूलित को लागि तिर्नुहुन्छ? छ छैन

_____ तपाईंको उपयोगिता कम्पनी वा तपाईंले भुक्तानी गर्ने व्यक्तिको नाम

17. के कसैले तपाईंलाई आफ्नो आश्रय लागतमा मद्दत गर्छ? छ छैन

_____ मद्दत गर्ने व्यक्तिको पूरा नाम (अन्तिम, पहिलो, मध्य, प्रारम्भिक)

18. के तपाईं माथि सूचीबद्ध तपाईंको कुनै आश्रय लागत साभेदारी गर्दै हुनुहुन्छ? छ छैन

_____ आश्रय लागतको साभेदारी गर्नेको पूरा नाम (अन्तिम, पहिलो, प्रारम्भिक) तपाईंको सेयर

19. के तपाईं सार्वजनिक आवास, खण्ड 8 आवास, वा किसान गृह प्रशासन (FMHA) धारा 515 आवासमा बस्नुहुन्छ? छ छैन

20. के तपाईंले विगत 12 महिनाभित्र आफ्नो अहिलेको ठेगानामा ऊर्जा सहायता (हीटिंग वा बिजुलीको बिलहरूमा राज्य मद्दत) पाउनुभएको छ? छ छैन

घरपरिवारको घोषणा सोधपुछ - यदि तपाईं अस्थायी नगद सहायता वा पूरक पोषण सहायता कार्यक्रमको (SNAP) ओलागि आवेदन गर्दै हुनुहुन्छ भने परागर्नहोस।

1. के तपाईंको परिवारमा कसैलाई दोषी ठहर गरिएको छ:

a. अगस्त 22, 1996 मा वा पछि ड्रग किंगपिन अपराध?

(ड्रग किंगपिन - एक आयोजक, पर्यवेक्षक, फाइनान्सर, वा प्रबन्धक जसले राज्यमा नियन्त्रित खतरनाक पदार्थ उत्पादन, वितरण, ढुवानी, वा ल्याउने षड्यन्त्रमा सह-षड्यन्त्रकारीको रूपमा कार्य गर्दछ)।

छ छैन यदि हो भने को हो? _____

b. अगस्त 22, 1996 मा वा पछि एक भोल्थुम डिलर ड्रग अपराध?

(भोल्थुम डिलर - एक व्यक्ति, जसले नियन्त्रित खतरनाक पदार्थको निश्चित मात्रामा उत्पादन, वितरण, वा स्वामित्व राख्छ)।

छ छैन यदि हो भने को हो? _____

2. के तपाईंको परिवारका कसैलाई 7 फेब्रुअरी, 2014 पछि, बढ्दो यौन दुर्व्यवहार, हत्या, यौन शोषण र बालबालिकाको अन्य दुर्व्यवहार, 1994 को महिला विरुद्धको हिंसा, वा समान राज्य कानूनमा परिभाषित गरिएको यौन दुर्व्यवहारको दोषी ठहराइएको छ, र यो तिनीहरूको सजायको सर्तहरू अनुरूप छैन?

छ छैन यदि हो भने, को? _____

3. के तपाईंको परिवारमा हाल कोही पेट्रोल वा प्रोबेशन उल्लङ्घन गर्दै वा पुलिस वा अदालतबाट भाग्दै हुनुहुन्छ?

छ छैन यदि हो भने को हो? _____

4. के तपाईंको परिवारमा कोही पनि एकै महिनामा एक भन्दा बढी स्थानबाट SNAP लाभ वा नगद सहायता प्राप्त गर्नको लागि उनीहरू कहाँ बसोबास गरेको वा उनीहरूको पहिचानको बारेमा सत्य नबताएकोमा संघीय वा राज्य अदालतमा अगस्त 22, 1996 देखि दोषी ठहरिएको छ?

छ छैन यदि हो भने को हो? _____

5. के कुनै अदालतले तपाईंको परिवारको कुनै सदस्यलाई \$500 वा बढीको SNAP लाभहरूको व्यापार वा ओसारपसार गरेकोमा दोषी ठहर गरेको छ?

छ छैन यदि हो भने को हो? _____

6. के तपाईंको परिवारमा कसैले अर्को परिचय अन्तर्गत वा अर्को परिवारको सदस्यको रूपमा वा अर्को राज्यमा लाभहरू प्राप्त गरिरहेको छ?

छ छैन यदि हो भने, को? _____

ग्राहक अधिकार

संघीय नागरिक अधिकार कानून र U.S. अनुसार कृषि विभाग (USDA) नागरिक अधिकार नियम र नीतिहरू, USDA, यसका एजेन्सीहरू, कार्यालयहरू, र कर्मचारीहरू, र USDA कार्यक्रमहरूमा भाग लिने वा व्यवस्थापन गर्ने संस्थाहरूलाई जाति, रंग, राष्ट्रिय मूल, लिंग (लैंगिक पहिचान र यौन अभिमुखीकरण सहित), धार्मिक पंथ, अशक्तता, उमेर, राजनीतिक विश्वास, वा यूएसडीए द्वारा संचालित वा वित्त पोषित कुनै पनि कार्यक्रम वा गतिविधिमा पूर्व नागरिक अधिकार गतिविधिको लागि प्रतिशोध वा प्रतिशोधको आधारमा भेदभाव गर्न निषेध गरिएको छ। U.S. बाट संघीय आर्थिक सहायता प्राप्त गर्ने कार्यक्रमहरू स्वास्थ्य र मानव सेवा विभाग (HHS), जस्तै खाँचोमा परेका परिवारहरूको लागि अस्थायी सहायता (TANF), र HHS प्रत्यक्ष रूपमा सञ्चालन हुने कार्यक्रमहरू पनि संघीय नागरिक अधिकार कानून र HHS नियमहरू अन्तर्गत भेदभावबाट निषेधित छन्।

कार्यक्रम जानकारी (जस्तै, ब्रेल, टूलो प्रिन्ट, अडियोटेप, अमेरिकी साङ्केतिक भाषा) को लागि सञ्चारको वैकल्पिक माध्यम चाहिने अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूले लाभको लागि आवेदन गरेको एजेन्सी (राज्य वा स्थानीय) लाई सम्पर्क गर्नुपर्छ। बहिरा, सुन्न नसक्ने वा बोल्ने असक्षमता भएका व्यक्तिहरूले संघीय रिले सेवा मार्फत USDA लाई (800) 877-8339 मा सम्पर्क गर्न सक्छन्। थप रूपमा, कार्यक्रम जानकारी अंग्रेजी बाहेक अन्य भाषाहरूमा उपलब्ध गराउन सकिन्छ।

USDA ले धेरै खाद्य सुरक्षा र भोक न्यूनीकरण कार्यक्रमहरू जस्तै पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP), भारतीय आरक्षणमा खाद्य वितरण कार्यक्रम (FDPIR) र अन्यका लागि संघीय आर्थिक सहायता प्रदान गर्दछ। भेदभावको कार्यक्रम उजुरी दर्ता गर्न, कार्यक्रम भेदभाव उजुरी फारम पूरा (AD-3027) अनलाइन पाइन्छ:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, र कुनै पनि USDA कार्यालय वा USDA लाई सम्बोधन गरी पत्र लेखेर फारममा अनुरोध गरिएका सबै जानकारी पत्रमा उपलब्ध गराउनुहोस्। उजुरी फारमको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न, (866) 632-9992 मा कल गर्नुहोस्। आफ्नो पूरा फारम वा पत्र USDA लाई मेल मार्फत पेश गर्नुहोस्: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; or fax: (833) 256-1665 वा (202) 690-7442; वा फोन: (833) 620-1071; वा इमेल: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

SNAP मुद्दाहरूको सम्बन्धमा कुनै पनि अन्य जानकारीको लागि, व्यक्तिहरूले या त USDA SNAP हटलाइन नम्बर (800) 221-5689 मा सम्पर्क गर्नुपर्छ, जुन स्पेनिसमा पनि छ, वा [राज्य जानकारी/हटलाइन नम्बरहरूमा](#) कल गर्नुहोस् (हटलाइन नम्बरहरूको सूचीको लागि लिङ्क क्लिक गर्नुहोस्)। [SNAP हटलाइन](#)

HHS ले स्वास्थ्य र कल्याण बढाउनका लागि धेरै कार्यक्रमहरूको लागि संघीय वित्तीय सहायता प्रदान गर्दछ, जसमा TANF, हेड स्टार्ट, कम आय गृह ऊर्जा सहायता कार्यक्रम (LIHEAP) र अन्य समावेश छन्। यदि तपाईंलाई विश्वास छ कि तपाईंको जाति, रङ, राष्ट्रिय उत्पत्ति, अशक्तता, उमेर, लिंग (गर्भावस्था, यौन अभिमुखीकरण, र लैंगिक पहिचान सहित), वा HHS ले प्रत्यक्ष रूपमा सञ्चालन गर्ने कार्यक्रम वा गतिविधिहरूमा धर्मको कारण भेदभाव गरिएको छ वा जसलाई HHS ले संघीय

वित्तीय सहायता प्रदान गर्दछ, तपाईं आफ्नो लागि वा अरू कसैको लागि नागरिक अधिकार कार्यालय (OCR) मा उजुरी दर्ता गर्न सक्नुहुनेछ।

HHS मार्फत संघीय आर्थिक सहायता प्राप्त गर्ने कार्यक्रमको सम्बन्धमा आफू वा अरू कसैको लागि भेदभावको उजुरी दर्ता गर्न, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> मा OCR को कम्प्लेन्ट पोर्टल मार्फत अनलाइन फारम भर्नुहोस्। तपाईंले OCR लाई मेल मार्फत यहाँ सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; फ्याक्स: (202) 619-3818; वा इमेल:

सहयोगको लागि अनरोध

मेरील्याण्ड मानव सेवा विभाग

OCRmail@hhs.gov. नागरिक अधिकार दर्ता गर्न सहयोग चाहिने व्यक्तिहरूले OCRMail@hhs.gov मा OCR इमेल गर्न सक्छन् वा OCR टोल-फ्री 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 मा कल गर्न सक्छन्। बहिरा, सुन्न नसक्ने, वा बोल्नमा कठिनाइ भएका व्यक्तिहरूका लागि, कृपया टेलिकम्युनिकेसन रिले सेवाहरू 7-1-1 नम्बरमा डायल गर्नुहोस्।

यो संस्था समान अवसर प्रदायक हो।

