نیو یارک ریاست کی ذیل لیے درخواست مکمل کرنے کے ہدایات:

- عوامی معاونت
- عوامی معاونت کے عوض چائلڈ کیئر
- تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام
- **MEDICAID** اور تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام
- **MEDICAID** اور عوامی معاونت
- خدمات، بشمول فوسٹر کیئر
- چائلڈ کیئر معاونت
- فقط ہنگامی اعانت

اگر آپ نابینا ہیں یا آپ کسی سنگین ضعف بصارت کا شکار ہیں اور آپ کو درخواست یا یہ ہدایات کسی متبادل فارمیٹ میں درکار ہیں تو آپ اپنے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ ('ڈسٹرکٹ') سے ان کی درخواست کر سکتے ہیں۔ درج ذیل متبادل فارمیٹس دستیاب ہیں:

- بڑا پرنٹ
- ڈیٹا فارمیٹ (ایک اسکرین ریڈر – قابل رسائی الیکٹرانک فائل)
- آڈیو فارمیٹ (ہدایات یا درخواست کے سوالات کا ایک آڈیو ٹرانسکرپشن)
- بریل، اگر آپ اصرار کرتے ہیں کہ مذکورہ بالا کوئی بھی متبادل فارمیٹس آپ کے لیے یکساں طور پر بیکار ہیں

درخواستیں اور ہدایات www.health.ny.gov یا www.otda.ny.gov سے بڑے پرنٹ، ڈیٹا فارمیٹ اور آڈیو فارمیٹ میں ڈاؤن لوڈ کرنے کے لیے بھی دستیاب ہیں۔ براہ کرم نوٹ کر لیں کہ درخواستیں آڈیوفارمیٹ اور بریل میں کلی طور پر اطلاعاتی مقاصد کے لیے دستیاب ہیں۔ درخواست دینے کے لیے، آپ کو تحریری، غیر متبادل شکل میں ایک درخواست جمع کرانی ہوگی۔

اگر آپ کو ایسی معذوریاں لاحق ہیں جو آپ کے یہ درخواست مکمل کرنے اور/یا اانٹریو کیے جانے کا انتظار کرنے سے روکتی ہیں تو براہ کرم اپنے ڈسٹرکٹ کو مطلع کریں۔ ڈسٹرکٹ آپ کی ضروریات پوری کرنے کے لیے معقول رہائش فراہم کرنے کی ہر ممکن کوشش کرے گا۔

اگر آپ کو کوئی اور سہولت درکار ہو یا اس درخواست کو مکمل کرنے کے حوالے سے دیگر مدد کی ضرورت ہو تو براہ کرم اپنے ڈسٹرکٹ سے رابطہ کریں۔ ہم ایک پیشہ ورانہ اور محترم انداز میں آپ کی اعانت اور مدد کے لیے پابند عہد ہیں۔

درخواست مکمل کرنے کے لیے تجاویز

جب کبھی آپ دوبارہ تصدیق کا فارم پر "عوامی معاونت" یا " PA" دیکھیں تو اس کا مطلب ہے "خاندانی معاونت" اور / یا "سیفٹی نیٹ معاونت". ہم دونوں پروگراموں کو "عوامی معاونت" کہتے ہیں۔ PA اور دیگر پروگرامز جن کے لیے آپ اس درخواست کا استعمال کرتے ہوئے درخواست کر سکتے ہیں ضرورت مندوں کو عارضی مدد دینے کے لیے تیار کیے گئے تھے۔ مخصوص پروگرامز میں مدد حاصل کرنے کی آپ کی مدت محدود ہوتی ہے لہٰذا آپ کے لیے جلد از جلد خود کفیل بن جانا ضروری ہے۔ ڈسٹرکٹ خود کفالت حاصل کرنے میں آپ کی مدد کے لیے موجود ہے۔ اس امر کی انجام دہی کے لیے ہمیں لازمی طور پر یہ جاننا ہوگا کہ آپ کون ہیں اور آپ کی ضروریات کیا ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ آپ کے لیے کوئی فارم پُر کرنا لازمی ہے۔

درخواست کی کارروائی کے ایک حصے کے طور پر، ڈسٹرکٹ آپ سے اپنے اور ان دیگر افراد کے بارے میں معلومات فراہم کرنے اور توثیق کرنے کو کہے گا جن کے لیے آپ درخواست دے رہے ہیں۔ ضروری کاغذات کی ایک فہرست جو کہ ان ہدایات کے اخیر میں مذکور ہیں ان معلومات کی نوعیتوں کو ظاہر کرتی ہے جو آپ کو فراہم کرنی پڑ سکتی ہیں اور ان کاغذات کی نوعیتیں جو ان معلومات کی تصدیق کر سکتی ہیں۔ مثال کے طور پر، یہ ثابت کرنے کے لیے کہ آپ کون ہیں، آپ تصویری شناخت، کوئی ڈرائیونگ لائسنس، امریکہ کا کوئی پاسپورٹ، شہریت کی کوئی سند، ہسپتال یا ڈاکٹر کے ریکارڈز یا گود لیے جانے کے کاغذات فراہم کر سکتے ہیں۔ اس کے علاوہ، ڈسٹرکٹ درخواست کی کارروائی کے سلسلے میں آپ کا انٹرویو کرے گا۔ جہاں ممکن ہو ضلع متعدد پروگراموں کے لیے انٹرویوز کو یکجا کرے گا۔

آپ کی سہولت کے لیے درخواست اور ان ہدایات کو سیکشن کے لحاظ سے نمبر تفویض کیا گیا ہے۔ براہ کرم درخواست پُر کرتے وقت درج ذیل باتیں ذہن نشیں رکھیں:

- *براہ کرم صاف صاف تحریر کریں۔*
- *شیڈ والے حصّوں میں نہ لکھیں۔*
- *براہ کرم اس شخص (ان اشخاص) سے متعلق ہر ایک حصّہ کو مکمل کرنے کو یقینی بنائیں جن کے لیے آپ درخواست دے رہے ہیں۔*
- *ہمیشہ قانونی نام استعمال کریں، سوائے اس کے کہ اس کے بر خلاف کی ہدایت ہو۔*
- *اگر آپ کسی شخص کے نمائندہ کی حیثیت سے درخواست دے رہے ہوں تو اپنے بجائے اس شخص کی معلومات فراہم کریں۔ براہ کرم یقینی بنائیں کہ آپ اور جس شخص کی آپ نمائندگی کر رہے ہیں دونوں درخواست کے آخری صفحہ پر دستخط کرتے ہیں۔*
- *اگر آپ اس بارے میں پر یقین نہ ہوں کہ درخواست کے کسی حصے کو کس طرح مکمل کرنا ہے تو اپنے ڈسٹرکٹ سے مدد طلب کریں۔*

LDSS-2921، "نیو یارک ریاست کی درخواست برائے مخصوص فوائد و خدمات" کے ساتھ، اپنے پاس درج ذیل معلوماتی کتابچوں کی نقول رکھنا یقینی بنائیں، جو کہ ڈسٹرکٹ یا www.otda.ny.gov سے حاصل کی جا سکتی ہیں:

- **LDSS-4148A**: **"کتاب 1: اپنے حقوق و واجبات کے بارے میں آپ کو کیا معلوم ہونا چاہیے"**
- **LDSS-4148B**: **"کتاب 2: سماجی خدمات کے پروگراموں کے بارے میں آپ کو کیا معلوم ہونا چاہیے"**
- **کتاب 1، LDSS-4148A اور کتاب LDSS-4148B 2 کا ضمیمہ: " Medicaid پروگرام میں اہم تبدیلیاں"**
- **LDSS-4148C**: **"کتاب 3: اگر آپ کو کسی ایمرجنسی کا سامنا ہو تو آپ کو کیا معلوم ہونا چاہیے"**

درخواست کے لیے گوَر پیج

اگر آپ نا بینا ہے یا سنگین ضعف بصارت کے شکار ہے تو آپ اس پروگرام (ان پروگراموں) سے متعلق نوٹسیں موصول کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں جس (جن) کے لیے آپ کسی متبادل فارمیٹ میں درخواست دیتے ہیں/ اندراج کراتے ہیں۔ متبادل فارمیٹس بڑے پرنٹ، ڈیٹا کامپیکٹ ڈسک (CD)، آڈیو CD، یا بریل میں دستیاب ہیں اگر آپ اصرار کرتے ہیں کہ کوئی بھی دیگر متبادل فارمیٹ یکساں طور پر آپ کے لیے بیکار ہیں۔

اگر آپ نا بینا ہیں یا شدید طور پر بصارتی معذوری کے شکار ہیں، کیا آپ تحریری اطلاعات کسی متبادل شکل میں موصول کرنا چاہتے ہیں؟
اگر آپ نا بینا ہیں یا سنگین طور پر ضعف بصارت کے شکار ہیں تو اس بات کے اظہار کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ اس پروگرام (ان پروگراموں) سے متعلق کسی متبادل فارمیٹ میں تحریری نوٹسیں موصول کرنا چاہتے ہیں جس (جن) کے لیے آپ درخواست دیتے ہیں/ اندراج کراتے ہیں۔

اگر ہاں تو اس فارمیٹ کی نوعیت کو نشان زد کریں جو آپ پسند کرتے ہیں: اگر آپ نا بینا ہوں یا سنگین طور پر ضعف بصارت کے شکار ہوں اور کسی متبادل فارمیٹ میں اس پروگرام (ان پروگراموں) سے متعلق نوٹسیں موصول کرنا چاہتے ہوں جن کی آپ دوبارہ تصدیق فراہم کرتے ہیں تو اس فارمیٹ کی نوعیت کو (✓) نشان زد کریں جسے آپ پسند کرتے ہیں: بڑا پرنٹ، ڈیٹا CD، آڈیو CD، یا بریل۔ بریل ایک متبادل فارمیٹ کے طور پر دستیاب ہے اگر آپ اصرار کرتے ہیں کہ کوئی بھی دیگر متبادل فارمیٹس آپ کے لیے بریل جتنا مؤثر نہیں ہوں گے۔

اگر آپ کو کوئی اور سہولت درکار ہو یا اس درخواست کو مکمل کرنے کے حوالے سے دیگر مدد کی ضرورت ہو تو براہ کرم اپنے ڈسٹرکٹ سے رابطہ کریں۔

درخواست کا صفحہ 1

سیکشن 1: ہر اس پروگرام کو نشان زد کریں جس کے لیے آپ یا گھرانے کا کوئی بھی فرد درخواست دے رہے ہوں

ہر ایک پروگرام کے لیے باکس کو (✓) نشان زد کریں جس کے لیے آپ یا گھرانے کا کوئی فرد درخواست دے رہے ہوں۔

Medicaid میں Medicaid پروگرام، Medicaid کے ساتھ کام کرنے والے لوگوں کے لیے خریدو معذوری، اور فیملی پلاننگ بینیفٹ پروگرامز شامل ہیں۔ جہاں کہیں درخواست میں آپ کو "MA" نظر آئے تو اس کا مطلب "Medicaid", ہے جسے پہلے "طبی اعانت" کہا جاتا تھا۔ آپ اس درخواست کا استعمال کرتے ہوئے MA کے لیے صرف اس صورت میں درخواست دے سکتے ہیں جبکہ آپ عوامی معاونت (Public Assistance, PA) یا تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) کے لیے بھی بیک وقت درخواست جمع کرا رہے ہوں۔ اگر آپ Medicaid اور SNAP کے لیے درخواست دینا چاہتے ہوں تو "Medicaid (MA) اور SNAP" باکس کو (✓) نشان زد کریں۔ اگر آپ Medicaid اور PA کے لیے درخواست دینا چاہتے ہوں تو "Medicaid (MA) اور PA" باکس کو (✓) نشان زد کریں۔

اگر آپ صرف MA کے لیے درخواست دینا چاہتے ہوں تو آپ /https://nystateofhealth.ny.gov پر آن لائن جا سکتے ہیں یا مزید معلومات یا درخواست کرنے کے لیے 1-855-355-5777 پر کال کریں، یا آپ صرف MA والی کاغذی درخواست، فارم DOH-4220 استعمال کر سکتے ہیں، جو کہ آپ کا کارکن آپ کو دے سکتا ہے، یا MA ہیلپ لائن کو 1-800-541-2831 پر کال کریں۔ اگر آپ صرف میڈیکیر سیونگس پروگرام (Medicare Savings Program, MSP) کے لیے درخواست دینا چاہتے ہیں تو آپ کو DOH-4328 فارم کے ذریعے درخواست دینی ہوگی، جو آپ کا کارکن آپ کو فراہم کر سکتا ہے۔ اگر آپ کو شخصی نگہداشت خدمات کی کوئی فوری ضرورت ہو تو آپ کو DOH-4220 MA درخواست فارم کا استعمال کرتے ہوئے MA کے لیے الگ سے درخواست دینی چاہیے۔

اگر آپ عوامی معاونت کے مستحق ہوں لیکن فیصلہ کرتے ہیں کہ آپ کو صرف چائلڈ کیئر معاونت کی ضرورت ہے تو "PA کی بجائے چائلڈ کیئر" باکس کو (✓) نشان زد کریں۔ اگر آپ کا ذہن بدل جاتا ہے اور آپ فیصلہ کرتے ہیں کہ آپ کو عوامی معاونت کی ضرورت ہے تو آپ اس پروگرام کے لیے کبھی بھی درخواست کر سکتے ہیں۔

اگر آپ "صرف ہنگامی معاونت" (Emergency Assistance Only, EMRG) باکس کو (✓) نشان زد کرتے ہیں تو آپ اس بات کا اظہار کر رہے ہیں کہ آپ صرف یکبارگی ایمرجنسی پیمنٹ کے لیے درخواست دے رہے ہیں اور کسی اور پروگرام کے لیے اہلیت کا کوئی تعین انجام نہیں دیا جائے گا۔

سیکشن 2

آپ کی اصل زبان کیا ہے؟ "انگریزی،" "ہسپانوی"، یا "دیگر" باکس کو اس زبان کے اظہار کے لیے (✓) نشان زد کریں جس کا استعمال آپ انتہائی کثرت سے کرتے ہوں۔ اگر آپ "دیگر" باکس کو (✓) نشان زد کرتے ہیں تو اپنی پسندیدہ زبان تحریر کریں۔

کیا آپ اس زبان میں اطلاعات موصول کرنا چاہتے ہیں: آپ ان پروگراموں سے متعلق نوٹسیں موصول کریں گے جن کے لیے آپ درخواست کرتے ہیں/ اندراج کراتے ہیں۔ "فقط انگریزی" یا "انگریزی اور ہسپانوی" باکس کو اس زبان (ان زبانوں) کے اظہار کے لیے (✓) نشان زد کریں جس میں آپ یہ نوٹسیں موصول کرنا چاہتے ہیں۔

سیکشن 3: درخواست دہندہ کی معلومات

نام: اپنا نام تحریر کریں، بشمول اپنے پہلے نام، درمیانی نام کا ابتدائی حرف (.M.I) اور آخری نام .

ازدواجی حیثیت: تحریر کریں کہ آیا آپ ابھی تنہا، شادی شدہ، بیوہ/رنڈوا، قانونی طور پر علیحدہ یا طلاق شدہ ہیں۔ اگر کبھی آپ کی شادی ہوئی ہے تو درست حیثیت تحریر کریں، "تنہا" نہ لکھیں۔

فون نمبر: اگر آپ کے پاس فون نمبر ہے تو اسے پرنٹ کریں۔

موبائل نمبر؟: (✓) "*ہاں*" یا "*نہیں*" کو نشان زد کر کے اس بات کی نشاندہی کریں کہ آیا یہ موبائل فون نمبر ہے۔

رہائشی پتہ: **اسٹریٹ پتہ:** ہاؤس یا بلڈنگ نمبر، اسٹریٹ، اوینو، روڈ، وغیرہ تحریر کریں جہاں آپ رہتے ہیں
اپارٹمنٹ نمبر: اپنے اپارٹمنٹ کا نمبر تحریر کریں، اگر قابل اطلاق ہو۔
شہر: اس شہر کا نام تحریر کریں جس میں آپ رہتے ہیں۔
کاؤنٹی: اس کاؤنٹی کا نام تحریر کریں جس میں آپ رہتے ہیں۔
ریاست: اس ریاست کا نام پرنٹ کریں جس میں آپ رہتے ہیں۔
ژپ کوڈ: اپنے پتہ کے لیے ژپ کوڈ تحریر کریں۔

معرفت کا نام: اگر کوئی اور شخص آپ کی طرف سے آپ کا ڈاک موصول کرتا ہے تو اس شخص کا نام تحریر کریں۔

مراسلت کا پتہ: اگر آپ اپنا ڈاک اپنی رہائش کے علاوہ کہیں اور منگاتے ہیں تو اسٹریٹ پتہ (اور اپارٹمنٹ نمبر، اگر قابل اطلاق ہو) یا پوسٹ آفس باکس، سٹی، کاؤنٹی، ریاست، اور اس مقام کا ژپ کوڈ تحریر کریں۔

آپ اپنے موجودہ پتہ پر کب سے رہ رہے ہیں؟: ان سالوں اور / یا مہینوں کی تعداد تحریر کریں جب سے آپ اپنے موجودہ پتہ پر رہ رہے ہیں۔

کیا یہ کوئی شیلٹر ہے؟: یہ ظاہر کرنے کے لیے"ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا جس جگہ آپ رہ رہے ہیں وہ ایک شیلٹر ہے۔

دوسرا فون جس پر آپ سے رابطہ کیا جا سکتا ہو: اگر آپ کا کوئی دوسرا فون نمبر ہے جس پر آپ سے رابطہ کیا جا سکتا ہو تو اسے بھی پرنٹ کریں۔

ای میل پتہ (اختیاری): ضلعے کو ای میل کے ذریعے آپ سے رابطہ کرنے کی اجازت دینے کے لیے اپنا ای میل پتہ پرنٹ کریں۔
درخواست دینے کے لیے ای میل پتہ فراہم کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

موجودہ پتہ کی رہنمائیاں: اس بابت رہنمائیاں تحریر کریں کہ آپ کے گھر تک کیسے پہنچا جا سکتا ہے۔ عام طور پر معروف لینڈ مارکس کا استعمال کریں۔

سابقہ پتہ: وہ پتہ تحریر کریں جہاں آپ اپنے موجودہ پتہ پر منتقل ہونے سے پہلے رہا کرتے تھے۔

اگر آپ فی الحال بغیر کسی گھر کے ہیں تو یہاں چیک کریں: اگر آپ کے پاس رہنے کے لیے کوئی جگہ نہیں ہے / کوئی پتہ نہیں ہے تو اس باکس کو (✓) نشان زد کریں۔

درخواست دہندہ کی معاون ایجنسی/ رابطہ کا شخص: اگر کوئی شخص درخواست مکمل کرنے میں آپ کی مدد کر رہا ہے تو اس شخص کا نام، ان کی ایجنسی، اگر کوئی ہو، اور اس شخص کا فون نمبر تحریر کریں۔

کیا آپ کا مطالبہ ہے کہ اس درخواست کے MEDICAID حصّہ اور کسی MEDICAID کوریج کی ممکنہ وصولی کو خفیہ رکھا جائے؟:
درخواست پر یہ نشان دہی کرنے اور / یا اپنے کارکن کو بتانے کے لیے (✓) "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں کہ آیا آپ اپنی درخواست اور / یا کسی Medicaid کوریج کے حصول سے متعلق مراسلت کو خفیہ رکھنا چاہتے ہیں۔

سیکشن 4: اگر آپ SNAP کے لیے درخواست دے رہے ہیں

سیکشن 4 میں درج بیان کو پڑھیں اور اس بیان کے ذیل میں دستخط کر کے تاریخ ڈال دیں اگر آپ پر یا کسی اور شخص پر جس کے لیے آپ درخواست دے رہے ہیں اس کا اطلاق ہوتا ہو۔ اگر آپ کے پاس اس سیکشن سے متعلق سوالات ہوں تو براہ کرم ڈسٹرکٹ سے رابطہ کریں۔

سیکشن 5: کیا ان میں سے کسی ایک کا آپ پر اطلاق ہوتا ہے؟

ہر اس حالت کو (✓) نشان زد کریں جس کا آپ پر یا اس شخص پر جس کے لیے آپ درخواست دے رہے ہیں اطلاق ہوتا ہو

درخواست کا صفحہ 2

سیکشن 6: گھرانے کی معلومات

نام: آپ کے ساتھ رہنے والے ہر فرد کا پہلا نام، درمیانے نام کا پہلا حرف (M.I) اور آخری نام پرنٹ کریں، *چاہے وہ درخواست نہ دے رہے ہوں*۔ سب سے پہلے خود کو فہرست میں ذکر کریں۔

یہ شخص درج ذیل کے لیے درخواست دے رہا ہے: اس معاونت کی نوعیت (نوعیتوں) کو (✓) نشان زد کریں جس کے لیے ہر ایک شخص درخواست دے رہا ہے: PA برائے عوامی معاونت، SNAP برائے تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام، MA برائے Medicaid، CC برائے چائلڈ کیئر معاونت، FC برائے فوسٹر کیئر، S برائے خدمات (جیسے بچہ یا بالغ فرد کی حفاظتی/ محافظ خدمات)، EMRG صرف برائے ایمرجنسی معاونت۔

تاریخ پیدائش: *درخواست دینے والے* ہر فرد کی تاریخ پیدائش پرنٹ کریں۔

صنف اور جنس کی شناخت: نیو یارک ریاست جنس، صنفی شناخت یا اظہار خیال سے قطع نظر ریاستی فوائد اور/یا خدمات تک رسائی کے آپ کے حق کو یقینی بناتی ہے۔ آپ کو اپنی اور اپنے گھرانے کے تمام ارکان کی جنس مرد، عورت، یا "X" کے بطور کرنی چاہیے۔ براہ کرم مرد کے لیے "M"، عورت کے لیے "F"، یا نان بائنری یا کسی اور شناخت کے لیے "X" سے نشاندہی کریں۔ آپ جو صنف ذکر کریں گے وہ آپ کی درخواست پر کارروائی کے لیے ضروری ہے۔ یہ ممکنہ طور پر آپ کو حاصل ہونے والے کسی بینیفٹ کارڈ یا کسی دیگر عوامی رسائی والی دستاویز میں ظاہر نہیں ہوگی۔

صنفی شناخت یہ ہے کہ آپ خود کو کس طرح سمجھتے ہیں اور آپ خود کو کیا نام دیتے ہیں۔ آپ کی جنسی شناخت وہی جنس یا صنف یا اس سے مختلف ہو سکتی ہے جو آپ کی پیدائش کے وقت تفویض کی گئی تھی۔ اس درخواست کے لیے صنفی شناخت کی ضرورت نہیں ہے۔ اگر آپ کی جنسی شناخت یا آپ کے گھر کے کسی فرد کی جنسی شناخت اس جنس سے مختلف ہے جو آپ اس فرد کے لیے رپورٹ کرتے ہیں اور آپ اس شخص کی جنسی شناخت فراہم کرنا چاہتے ہیں تو فراہم کردہ خالی جگہ میں "مرد"، "عورت"، "نان بائنری"، "X"، "ٹرانس جینڈر" یا "مختلف شناخت" پرنٹ کریں۔ اگر آپ "مختلف شناخت" تحریر کرتے ہیں تو آپ فراہم شدہ خالی جگہ میں اس شخص کی صنفی شناخت کی مزید وضاحت کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں۔ یہ معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے۔ اس سے درخواست دہندہ (دہندگان) کی اہلیت یا موصول کیے جانے والے فوائد کی سطح پر کوئی فرق نہیں پڑے گا۔

آپ سے رشتہ: ہر ایک شخص کے لیے، اپنے ساتھ ان کا رشتہ تحریر کریں (مثال کے طور پر: میاں بیوی، بیٹا، فوسٹر چائلڈ، دوست، کمرے کا ساتھی، بورڈر، وغیرہ)۔

گھرانے کے درخواست دہندہ افراد کا سوشل سیکورٹی نمبر: ہر اس فرد کا سوشل سیکورٹی نمبر پرنٹ کریں جو درخواست دے رہا ہے *الا یہ کہ وہ فرد:*

- ایک حاملہ عورت ہو جو صرف Medicaid کے لیے درخواست دے رہی ہو؛
- ایک غیر ملکی باشندہ ہو جو صرف Medicaid یا بینیفٹس کے لیے کسی ایمرجنسی طبی حالت کی وجہ سے درخواست دے رہا ہو؛
- ایک بالغ شخص ہو جو کہ صرف بالغ افراد کی محافظ خدمات کے لیے درخواست دے رہا ہو؛ یا
- صرف چائلڈ کیئر معاونت کے لیے درخواست دے رہا ہو۔ اگر وہ فرد چائلڈ کیئر معاونت <u>اور</u> احتیاطی خدمات کے لیے یا عوامی معاونت کے *عوض* درخواست دے رہا ہو تو اس فرد کا سوشل سیکورٹی نمبر پرنٹ کریں۔

دیگر خدمات، جیسے فوسٹر کیئر، بچوں کی محافظ خدمات، بچوں کی روک تھام کی خدمات، اور کاؤنسلنگ کے لیے مالی تعاون مختلف وسائل سے فراہم کیا جاتا ہے، جن میں سے بیشتر اس بات کا تقاضا کرتے ہیں کہ کوئی سوشل سیکورٹی نمبر فراہم کیا جائے۔ اگرچہ بعض خدمات کے لیے درخواست دہندگان سے کوئی سوشل سیکورٹی نمبر فراہم کرنے کا تقاضا نہیں کیا جاتا ہے، اگر آپ کوئی سوشل سیکورٹی نمبر فراہم نہیں کرتے ہیں تو یہ خدمات غیر دستیاب ہو سکتی ہیں۔ لہذا ہم لوگ تمام درخواست دہندگان سے ان خدمات کے لیے ایک سوشل سیکورٹی نمبر کی درخواست کر رہے ہیں تا کہ وہ تمام بینیفٹس حاصل کرنے میں ان کی مدد کر سکیں جن کے لیے وہ اہل ہو سکتے ہیں۔

مکمل کردہ اعلی ترین اسکول گریڈ: *درخواست دینے والے ہر فرد* کے لیے مکمل کردہ اعلی ترین اسکول کا گریڈ (1 تا 12) درج کریں۔ اگر 12 سالوں سے زیادہ ہو تو 13 درج کریں۔ اگر رسمی تعلیم نہیں ہوئی ہے تو 0 درج کریں۔ اگر آپ صرف خدمات کے لیے درخواست دے رہے ہوں تو آپ کو اس سوال کا جواب دینے کی ضرورت نہیں ہے۔

کیا یہ شخص (بشمول نابالغ بچوں کے) آپ کے ساتھ کھانا خریدتا یا کھانے تیار کرتا ہے؟: آپ کے ساتھ *رہنے والے* ہر فرد کے لیے اس سوال میں "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد (✓) کرنا ضروری ہے، خواہ وہ درخواست دے رہے ہوں یا نہیں۔ بعض اوقات، وہ لوگ جو علیحدہ غذائیں خریدتے اور تیار کرتے ہیں انہیں SNAP کے زیادہ بینیفٹس مل سکتے ہیں۔

براہ کرم شادی سے پہلے کا یا دیگر نام نکر کریں جس سے آپ یا آپ کے گھرانے میں کوئی اور شخص معروف رہا ہے: شادی سے پہلے کے کوئی نام، کسی سابقہ شادی سے ماخوذ نام، یا دیگر نام تحریر کریں جو اس سیکشن میں درج کسی بھی شخص کے ذریعہ استعمال کیا جاتا ہے۔ پہلا نام، درمیانی نام کا پہلا حرف (.M.I)، اور آخری نام شامل کریں۔

درخواست کا صفحہ 3

سیکشن 7: نسل / نسلیت

یہ معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے۔ اس سے درخواست کرنے والے اشخاص کی اہلیت یا موصولہ فوائد کی سطح متاثر نہیں ہوگی۔ اس معلومات کی درخواست کرنے کی وجہ اس بات کو یقینی بنانا ہے کہ پروگرام کے فوائد نسل، رنگ،یا قومی بنیاد سے قطع نظر تقسیم کیے جائیں۔ اگر آپ اس سیکشن کو مکمل کرتے ہیں تو براہ کرم "H" کے لیبل والے کالم میں درخواست دینے والے ہر فرد کے لیے "ہاں" کی خاطر "Y" درج کریں تاکہ یہ ظاہر کیا جاسکے کہ آیا وہ فرد ہسپانوی اور/یا لاطینی ہے۔ ہر فرد کی نسل کے پس منظر کی نشاندہی کرنے کے لیے قابل اطلاق نسل کے کالم (کالمز) میں "ہاں" کے لیے "Y" درج کریں:

- H = ہسپانوی یا لاطینی
- I = مقامی امریکی یا الاسکا کا مقامی باشندہ
- A = ایشیائی
- B = سیاہ فام یا افریقی امریکی
- P = مقامی ہوائیئن یا پیسیفک آئی لینڈ کا باشندہ
- W = سفید فام
- U = نا معلوم

درخواست کا صفحہ 4

سیکشن 8: شہریت/ غیر ملکی شہری مع اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت

اس سیکشن کو ہر اس شخص کے لیے مکمل کریں جو مندرجہ ذیل کسی بھی پروگراموں کے لیے درخواست دے رہا ہو:

- چائلڈ کیئر معاونت؛
- فوسٹر کیئر؛ یا
- دیگر خدمات

اس کے علاوہ، اگر آپ یا آپ کے گھرانے کا کوئی فرد تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے لیے درخواست دے رہا ہے تو آپ کو گھر کے *ہر فرد* کو فہرست میں شامل کرنا ہوگا، چاہے وہ SNAP کے لیے درخواست نہ دے رہے ہوں۔ آپ کو لازمی طور پر فہرست میں کسی بھی بھائی بہن اور والدین کا بھی ذکر کرنا چاہیے جو عوامی معاونت (PA) کے لیے درخواست دینے والے کسی بچوں کے ساتھ رہتے ہوں۔ اگر آپ صرف چائلڈ کیئر معاونت یا فوسٹر کیئر کے لیے درخواست دے رہے ہوں تو اس سیکشن کو صرف ان بچوں کے لیے مکمل کریں جنہیں چائلڈ کیئر یا فوسٹر کیئر کی ضرورت ہے۔ اگر آپ کسی ایسے شخص کے لیے اس سیکشن کو مکمل نہیں کرتے ہیں جو کہ درخواست دے رہا ہے تو اس شخص کو معاونت حاصل نہیں ہو سکے گی۔

نام: ہر ایک شخص کا پہلا نام، درمیان نام کا ابتدائی حرف (MI)، اور آخری نام تحریر کریں جو درخواست دے رہا ہے یا جسے لازماً فہرست میں مذکور ہونا چاہیے۔

ہر ایک شخص کے لیے "شہری/ ملک کا باشندہ" یا "غیر شہری" کو نشان زد کریں: ہر فرد کے نام کے آگے *یا* تو "شہری/قومی" کے خانے کو نشان زد (✓) کریں تاکہ اس بات کی نشاندہی کی جاسکے کہ وہ فرد امریکی شہری، مقامی امریکی، یا قومی ہے یا پھر اس بات کی نشان دہی کرنے کے لیے کہ وہ فرد امریکی شہری، مقامی امریکی، یا قومی *نہیں* ہے "غیر شہری" کے خانے کو نشان زد کریں۔

USCIS نمبر (غیر ملکی کا رجسٹریشن نمبر) یا غیر ملکی شہری کا نمبر: اگر قابل اطلاق ہو تو اس فرد کی شہریت اور امیگریشن سروسز (USCIS) نمبر یا غیر شہریت کا نمبر درج کریں۔

سیکشن 9: تصدیق نامہ

اس سیکشن کے ذیل میں دیے گئے بیانات کو غور سے پڑھیں، پھر درج ذیل پروگرامز میں سے کسی کے لیے *درخواست دینے والے* ہر فرد کی شہریت یا غیر شہریت کے اطمینان بخش امیگریشن اسٹیٹس کی توثیق کرنے والے سرٹیفیکیشن پر دستخط کریں اور تاریخ درج کریں۔ (اگر صرف چائلڈ کیئر معاونت یا فوسٹر کیئر کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو اس سیکشن کو صرف ان بچوں کے لیے مکمل کریں جنہیں چائلڈ کیئر یا فوسٹر کیئر کی ضرورت ہے۔) اگر کوئی درخواست دہندہ امریکی شہری، مقامی امریکی، یا ملک کا باشندہ نہیں ہے تو ان پروگراموں کو (✓) نشان زد کریں جن کے لیے وہ شخص درخواست دے رہا ہے اور جو غیر ملکی باشندہ مع اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت کا حامل ہے:

- عوامی معاونت (PA)؛
- تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP)؛
- Medicaid (MA)؛
- چائلڈ کیئر معاونت (Child Care, CC)؛
- فوسٹر کیئر (Foster Care, FC)؛
- دیگر خدمات (S)؛ اور / یا
- ایمرجنسی معاونت (EMRG)

"اطمینان بخش غیر ملکی باشندہ کی حیثیت" سے مراد غیر ملکی باشندہ کی ایک ایسی حیثیت ہے جو اس شخص کو کسی مخصوص پروگرام کے فوائد کے لیے نا اہل قرار نہ دیتی ہو۔ براہ کرم نوٹ کر لیں کہ مختلف پروگراموں میں مختلف غیر ملکی باشندہ کی شرائط ہوتی ہیں۔ LDSS-4148B، "کتاب 2: سماجی خدمات کے پروگرامز کے بارے میں آپ کے لیے ضروری معلومات" اور LDSS-4148B کے منسلکہ "سماجی خدمات کے بارے میں آپ کے لیے ضروری معلومات (LDSS-4148B.1)"، میں اطمینان بخش غیر شہری اسٹیٹسز کے بارے میں مزید معلومات ہیں۔ آپ مزید معلومات کے لیے اپنے ضلعے سے بھی رابطہ کر سکتے ہیں۔

گھرانے کا کوئی بھی بالغ فرد یا مجاز نمائندہ گھرانے کے درخواست گزار جملہ افراد کے لیے تصدیق نامہ پر دستخط کر سکتا ہے۔ مثال کے طور پر، ایسے والد/والدہ جن کے پاس شہریت یا غیر شہری کا اطمینان بخش اسٹیٹس *موجود نہ* ہو ایسے بچے کے لیے سرٹیفیکیشن پر دستخط کر سکتے ہیں جس کے پاس شہریت یا غیر شہریت کا اطمینان بخش اسٹیٹس *موجود ہو*۔ اگر کسی درخواست دینے والے گھرانے کے فرد کی عمر 18 سال سے کم ہے (یا عمر 18 سال یا اس سے زیادہ ہے مگر طبی حالت یا معذوری کی وجہ سے خود اپنے نام کے دستخط نہیں کر سکتا) تو گھر کا کوئی ایسا فرد جس کی عمر 18 سال یا اس سے زیادہ ہے *لازمی طور پر* ان کی طرف سے دستخط کرے گا۔ گھرانے کے دوسرے فرد کی طرف سے دستخط کرتے وقت، اپنے خود کے نام کے دستخط کریں۔ مثال کے طور پر، شیر خوار Johnny Doe کی طرف سے دستخط کرتے وقت Mary Doe کو "Mary Doe" کے دستخط کرنے چاہئیں۔

خانے کو نشان زد کرنے اور سرٹیفیکیشن پر دستخط کرنے کا مطلب ہے کہ آپ جھوٹی گواہی کے جرمانے کے اقرار کے تحت ہر اس پروگرام کے لیے جس کے لیے آپ/وہ درخواست دے رہے ہیں اس بات کی توثیق کرتے ہیں کہ آپ اور/یا وہ فرد (افراد) جس/جن کے لیے آپ دستخط کر رہے ہیں اطمینان بخش امیگریشن کے اسٹیٹس والے امریکی شہری، قومی امریکی، قومی یا غیر ملکی شہری ہیں۔ اگر آپ کسی باکس کو نشان زد نہیں کرتے ہیں یا امریکی شہریت اور امیگریشن خدمات (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) کا نمبر درخواست دینے والے کسی غیر ملکی شہری کے لیے نشان زد نہیں کرتے ہیں تو وہ شخص معاونت وصول نہیں کر سکے گا۔

آپ کو خود کے لیے یا دیگر کسی بھی ایسے شخص کے لیے تصدیق نامہ پر دستخط نہیں کرنے چاہئیں جو کہ امریکی شہری، مقامی امریکی یا ملک کا باشندہ نہیں ہے، یا جس کے پاس غیر ملکی شہری مع اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت نہیں ہے۔ امیگریشن کے اطمینان بخش اسٹیٹس کے بغیر غیر شہری PA، SNAP کے فوائد یا Medicaid (ہنگامی طبی علاج کے لیے Medicaid کے علاوہ) کے لیے اہل نہیں ہیں۔ اس طرح کے لوگ مخصوص خدمات کے لیے نا اہل بھی ہو سکتے ہیں۔

ہم آپ کے ذریعہ فراہم کردہ معلومات کو USCIS میں جمع کر کے PA، SNAP بینیفٹس، Medicaid یا خدمات کے لیے درخواست دینے والے گھرانے کے سبھی یا کسی کی غیر ملکی شہری کی حیثیت کی تصدیق کر سکتے ہیں۔ USCIS سے موصولہ معلومات آپ کے گھرانے کی اہلیت اور فوائد کی سطح کو متاثر کر سکتی ہیں۔

درخواست کا صفحہ 5

سیکشن 10: چائلڈ سپورٹ انفورسمنٹ یونٹ کے ریفرل سے متعلق معلومات

اگر آپ صرف Medicaid کے لیے درخواست دے رہی ہیں اور اگر آپ حاملہ ہیں، آپ نے 60 دنوں کے اندر کسی بچے کو جنم دیا ہے یا 21 سال سے کم عمر بچوں کے لیے درخواست دے رہی ہیں یا اگر آپ صرف چائلڈ کیئر کی معاونت کی درخواست دے رہی ہیں تو آپ کو اس سیکشن کو پر کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

1. یہ نشاندہی کرنے کے لیے 'ہاں' یا 'نہیں' کو نشان زد کریں (✓) کہ آیا آپ خود سمیت کسی ایسے فرد کے لیے درخواست دے رہے ہیں، جس کی عمر 21 سال سے کم ہے، جو غیر شادی شدہ والدین کے یہاں پیدا ہوا ہے اور جس کے لیے قانونی ولدیت قائم نہیں کی گئی ہے۔

2. یہ نشاندہی کرنے کے لیے 'ہاں' یا 'نہیں' نشان زد کریں (✓) کہ آیا آپ خود سمیت کسی ایسے فرد کے لیے درخواست دے رہے ہیں، جس کی عمر 21 سال سے کم ہے اور اس شخص کے والد/والدہ میں سے کم از کم ایک گھر سے باہر رہتا/رہتی ہے۔

اگر آپ نے ان دونوں سوالوں کے لیے "نہیں" کو (✓) نشان زد کیا ہے تو چھوڑ کر سیکشن 11 میں جائیں۔ آپ کو سیکشن 10 کا بقیہ حصّہ مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ اگر آپ نے ان میں سے ایک یا دونوں کے لیے "ہاں" کو (✓) نشان زد کیا ہے تو آپ کو سیکشن 10 کا بقیہ حصّہ لازمی طور پر مکمل کرنا چاہیے۔

3. اس بات کے اظہار کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ کی عمر 21 برس سے کم ہے۔

21 سال سے کم عمر فرد کا نام: ہر اس فرد کا پہلا، درمیانی اور آخری نام پرنٹ کریں جن کے لیے آپ نے سوال 1، 2 اور/یا 3 کے لیے "ہاں" کو نشان زد کیا ہے۔

غیر تحویلی، مبینہ یا مقصود والد/والدہ کا نام اور پتہ، تاریخ پیدائش اور سوشل سیکیورٹی نمبر: اگر معلوم ہو تو ہر اس فرد کے غیر تحویلی، مبینہ یا مقصود والد/والدہ کا پہلا، درمیانی اور آخری نام، پتہ، تاریخ پیدائش، اور سوشل سیکورٹی نمبر پرنٹ کریں جس کے لیے آپ نے سوالات 1، 2، اور/یا 3 کو "ہاں" کے بطور نشان زد **(✓)** کیا ہے۔ "غیر تحویلی والد/والدہ" میں کسی بھی بچے کا ایسا جینیاتی/حیاتیاتی والد/والدہ، قانونی والد/والدہ، سوتیلا/سوتیلی والد/والدہ، یا گود لینے والا/والی والد/والدہ شامل ہے جس کی بچے کے گھر سے غیر حاضر ہونے کی رپورٹ کی گئی ہے۔ فوسٹر کیئر میں موجود بچے کے حوالے سے، کسی بچے کے "غیر تحویلی" یا "غیر حاضر والد/والدہ" میں وہ جینیاتی/حیاتیاتی والد/والدہ، قانونی والد/والدہ، سوتیلا/سوتیلی والد/والدہ یا گود لینے والا/والی والد/والدہ بھی شامل ہے جو چے کے فوسٹر کیئر میں داخل ہوتے وقت بچے کے گھر پر موجود تھا/تھی۔ 'مبینہ والد/والدہ' وہ فرد ہے جو بچے کا/کی جینیاتی/حیاتیاتی والد/والدہ ہو سکتا/سکتی ہے لیکن اسے ابھی تک قانونی طور پر بچے کا/کی والد/والدہ قرار نہیں دیا گیا ہے۔ 'مقصود والد/والدہ' وہ فرد ہے جو معاونتی توالد نو کے نتیجے میں پیدا ہونے والے کسی بچے کے والد/والدہ کے طور پر قانونی طور پر پابند ہونے کا ارادہ رکھتا/رکھتی ہے۔ مقصود والد/والدہ کی شادی جنم دینے والے والد/والدہ سے ہو سکتی ہے۔

درخواست کا صفحہ 6

سیکشن 11: ٹیکس فائل کرنا /منحصر کی حیثیت

ہر ایک فرد کے لیے مندرجہ ذیل معلومات تحریر کریں جو کہ گھرانے میں رہ رہا ہے:

پہلا نام، درمیانی نام کا پہلا حرف، اور آخری نام: ہر ایک فرد کا پہلا نام، درمیانی نام کا ابتدائی حرف، اور آخری نام تحریر کریں جو کہ گھرانے میں رہتا ہے:

ٹیکس کی حالت: ہر ایک فرد کے لیے ٹیکس فائل کرنے کی موزوں حالت کو (✓) نشان زد کریں جو گھرانے میں رہتا ہے۔

براہ کرم ایسے ٹیکس پر منحصر اشخاص کی فہرست بنائیں جو آپ کے ساتھ رہائش پذیر نہیں ہیں اور آپ کے گھرانے میں آپ کے یا کسی دوسرے شخص کے ذریعے دعوی کیے جاتے ہیں۔ اگر آپ ٹیکس فائل نہیں کرتے ہیں تو آپ ان سوالوں کو چھوڑ کر آگے بڑھ سکتے ہیں۔

ٹیکس منحصر کا نام: کسی بھی ایسے شخص کا پہلا نام، درمیانی نام، اور آخری نام تحریر کریں جو آپ کے ساتھ نہیں رہتا ہے لیکن جس کے ساتھ آپ یا کوئی بھی شخص جس کے ساتھ آپ رہتے ہیں ایک ٹیکس منحصر کی حیثیت سے دعوی پیش کرتا ہے۔

ٹیکس فائل کرنے والا کا نام: فہرست میں مذکور ہر ایک ٹیکس منحصر کے لیے، گھرانے میں رہ رہے اس شخص کا پہلا نام، درمیانی نام کا ابتدائی حرف اور آخری نام تحریر کریں جو ٹیکس منحصر کا دعوی کرتا ہے۔

سیکشن 12: غیر حاضر / فوت شدہ میاں بیوی کی معلومات

درخواست دینے والے شخص کا نام: درخواست دینے والے کسی بھی شخص کا نام تحریر کریں جو شادی شدہ ہے/ تھا لیکن جس کا /کی شریک حیات ان کے ساتھ نہیں رہتا / رہتی ہے یا وفات پا چکا / چکی ہے۔

شریک حیات کا نام: دوبارہ توثیق فراہم کرنے والے کسی شادی شدہ/سابقہ شادی شدہ فرد کے/کی شریک حیات کا نام پرنٹ کریں جس کا/کی شریک حیات ان کے ساتھ نہیں رہتا/رہتی ہے یا فوت شدہ ہے۔

شریک حیات کی تاریخ پیدائش اور شریک حیات کی تاریخ وفات، اگر قابل اطلاق ہو: کسی بھی ایسے شادہ شدہ / سابقہ شادی شدہ شخص کا / کی شریک حیات کی پیدائش اور (اگر قابل اطلاق ہو تو) وفات کا ماہ، دن اور سال تحریر کریں جو درخواست دے رہا ہے جس کا / کی شریک حیات ان کے ساتھ نہیں رہتا / رہتی ہے یا فوت شدہ ہے۔

شریک حیات کا سوشل سیکورٹی نمبر: درخواست دینے والے کسی بھی ایسے شادی شدہ / سابقہ شادی شدہ شخص کے / کی شریک حیات کا سوشل سیکورٹی نمبر تحریر کریں جس کا / کی شریک حیات ان کے ساتھ نہیں رہتا / رہتی ہے یا فوت شدہ ہے۔

شریک حیات کا پتہ اگر قابل اطلاق ہو: درخواست دینے والے کسی بھی شادی شدہ شخص کے / کی شریک حیات کا اسٹریٹ پتہ، شہر، کاؤنٹی، ریاست اور ژپ کوڈ تحریر کریں جس کا / کی شریک حیات ان کے ساتھ نہیں رہتا / رہتی ہے۔ اگر نا معلوم ہو تو شریک حیات کا آخری معلوم پتہ تحریر کریں۔

سیکشن 13: غیر حاضر بچہ کی معلومات

درخواست دینے والے شخص کا نام: درخواست دینے والے کسی بھی شخص کا نام تحریر کریں جس کے پاس ایک 21 سال سے کم عمر کوئی بچہ ہو جو ان کے ساتھ نہیں رہتا ہے۔

غیر حاضر بچہ کا نام اور تاریخ پیدائش: 21 سال سے کم عمر کسی بھی بچہ کا نام، اور پیدائش کا مہینہ، دن اور سال تحریر کریں جو کسی ایسے شخص کے ساتھ نہیں رہتا ہے جو درخواست دے رہا ہے۔

بچّہ کا پتہ: 21 سال سے کم عمر کسی بھی زندہ بچہ کا اسٹریٹ پتہ، شہر، کاؤنٹی، ریاست، اور ژپ کوڈ تحریر کریں جو درخواست دینے والے کسی شخص کے ساتھ نہیں رہتا ہے۔

قانونی ولدیت ثابت کی گئی؟: اس بات کے اظہار کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا 21 برس سے کم عمر کسی ایسے بچے کے لیے قانونی ولدیت ثابت کی گئی ہے جو درخواست دینے والے کسی شخص کے ساتھ نہیں رہتا ہے۔

کیا آپ چائلڈ سپورٹ ادا کرتے ہیں؟: اس بات کے اظہار کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا 21 برس سے کم عمر کسی ایسے بچے کے لیے درخواست دینے والا کوئی شخص چائلڈ سپورٹ ادا کرتا ہے جو ان کے ساتھ نہیں رہتا ہے۔

سیکشن 14: نو عمر والدین کی معلومات

اس سیکشن کو صرف اسی صورت میں مکمل کریں جبکہ آپ عوامی معاونت کے لیے درخواست دے رہے ہوں۔

کیا گھرانے میں 18 سال سے کم عمر ("نو عمر والدین") کوئی ماں یا باپ ہے؟: اس بات کے اظہار کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا درخواست دینے والا کوئی شخص 18 سال سے کم عمر کوئی ماں یا باپ ہے۔

نام: درخواست دینے والے کسی بھی ایسے شخص کا نام تحریر کریں جو کہ 18 سال سے کم عمر کوئی ماں یا باپ ہے۔

کیا نو عمر والدین کا بچہ گھرانے میں رہتا ہے؟: اس بات کے اظہار کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا درخواست دینے والے 18 سال سے کم عمر کسی شخص کا بچہ آپ کے ساتھ رہتا ہے۔

نو عمر والدین کے بچہ کا نام: درخواست دینے والے 18 سال سے کم عمر کسی شخص کے بچہ کا نام تحریر کریں۔

درخواست کا صفحہ 7 اور 8

سیکشن 15: آمدنی کی معلومات

بتائیں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے وہ کس سے رقم حاصل کرتا ہے اور وہ کون ہے: اس بات کے اظہار کے لیے سطریں 1 تا 27 کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے مذکورہ کسی بھی طرح کی رقم وصول کرتا ہے، اور ہر ایک "ہاں" جواب کے لیے، اس شخص کا نام یا ان اشخاص کے نام تحریر کریں جو رقم وصول کرتا یا کرتے ہیں۔

رقم/ قیمت اور تعدد: ہر ایک "ہاں" جواب کے لیے، ڈالر ($) میں رقم یا قیمت تحریر کریں اور کتنی کثرت سے اس طرح کی آمدنی ہر ایک وصول کرنے والے شخص کے ذریعہ وصول کی جاتی ہے۔ مثال کے طور پر، اگر آپ ہر ہفتہ بے روزگاری بیمہ کے بینیفٹس میں 100$ موصول کرتے ہیں تو "100$ per week" (100$ فی ہفتہ) یا "100/wk$" (100$/ہفتہ واری) تحریر کریں۔

سپلیمنٹل سیکورٹی انکم* (SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME, SSI) *(ریاستی اور وفاقی کل): اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے نیو یارک ریاست کا تکملائی پروگرام (State Supplement Program, SSP) کے فوائد تکملاتی سیکورٹی انکم (SSI) کے علاوہ حاصل کرتے ہیں تو ان رقوم کو ایک ساتھ جوڑ کر انہیں سطر 2 میں SSI کے فوائد کے لیے رقم/ قمیت اور تعدد کے کالم میں درج کریں۔ اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے صرف SSP کے فوائد حاصل کرتے ہیں تو انہیں سطر 2 میں SSI کے فوائد کے لیے رقم/ قمیت اور تعدد کے کالم میں درج کریں۔

فوسٹر کیئر مینٹیننس کی ادائیگیاں (موصول کردہ): اگر آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی فرد کو فوسٹر کیئر کی ادائیگیاں موصول ہوتی ہیں تو اس رقم کو سطر 17 میں فوسٹر کیئر مینٹیننس ادائیگیوں کے *رقم/قمیت اور تعدد* کے کالم میں درج کریں۔ اگر آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی بھی فرد فوسٹر کیئر میں موجود بچے کی نگہداشت کے لیے فوسٹر کیئر مینٹیننس کی ادائیگیاں حاصل کرتا ہے اور آپ تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے فوائد کے لیے درخواست دے رہے ہیں، تو آپ کے پاس دو انتخابات ہیں: آپ اپنے SNAP کے فوائد والے گھرانے میں فوسٹر کیئر میں موجود بچے اور فوسٹر کیئر مینٹیننس کی ادائیگیوں کو شامل کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں یا آپ اپنے SNAP فوائد والے گھرانے میں فوسٹر کیئر والے بچے اور فوسٹر کیئر مینٹیننس کی ادائیگیوں کو شامل *نہ* کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں۔ اپنے ڈسٹرکٹ سے دریافت کریں کہ کون سا انتخاب آپ کو زیادہ SNAP فوائد دے گا۔

چائلڈ سپورٹ کی ادائیگیاں (وصول کی گئیں): اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے چائلڈ سپورٹ کی ادائیگیاں وصول کرتا ہے تو اس شخص کا نام جو چائلڈ سپورٹ کے لیے ادائیگی کرتا ہے سطر 18 میں "وصول شدہ از" کے بعد تحریر کریں۔

دیگر آمدنی: کسی بھی دیگر رقم کی وضاحت کریں جو آپ کے ذریعہ یا کسی بھی ایسے شخص کے ذریعہ وصول کی گئی جو آپ کے ساتھ رہتا ہے، بشمول اس شخص کے جو رقم وصول کرتا ہے، کتنی زیادہ وہ وصول کرتے ہیں، اور کتنی کثرت سے وہ وصول کرتے ہیں۔

کٹوتیاں، کون، اور رقم/قیمت اور تعدد: اگر آپ Medicaid کے لیے درخواست دے رہے ہیں، تو لائن 1 سے 15 تک "ہاں" یا "نہیں" (✓) کو نشان زد کریں تاکہ اس بات کی نشاندہی کی جا سکے کہ آیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی بھی فرد موجودہ سال کے انکم ٹیکس ریٹرن میں درج کسی بھی وفاقی ٹیکس کلیم کٹوتی کا دعویٰ کرے گا۔ ہر ایک "ہاں" جواب کے لیے، اس شخص کا نام (ان اشخاص کے نام) تحریر کریں جو کٹوتی (کٹوتیوں) کے لیے کلیم کریں گے، اور اخراجات کی رقم یا قیمت اور تعدد جسے انکم ٹیکس ریٹرن میں کلیم کیا جائے گا۔

دیگر ایڈجسٹمنٹ: کسی دیگر وفاقی ٹیکس کٹوتیوں کی وضاحت کریں جو آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے سال رواں کے انکم ٹیکس ریٹرن میں کلیم کرے گا، بشمول ان لوگوں کے جو کٹوتیاں کلیم کریں گے، اور رقم یا قمیت اور اخراجات کا تعدد جس کا دعوی انکم ٹیکس ریٹرن میں کیا جائے گا۔

سیکشن 16: سوتیلے والدین / غیر ملکی شہری مع اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت والے اسپانسر کی معلومات

کیا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی بچے کے سوتیلے والد/والدہ کے پاس کسی قسم کے آمدنی کے وسائل ہیں یا وہ کسی بھی قسم کی آمدنی حاصل کرتے ہیں؟ اور کون: اس بات کے اظہار کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا درخواست دینے والے کسی شخص کا، بشمول آپ کے، سوتیلا والد یا سوتیلی والدہ ہے جو آپ کے ساتھ نہیں رہتا یا نہیں رہتی ہے اور جس کے پاس مالی وسائل ہیں یا جو کسی بھی ذریعہ سے رقم وصول کرتا یا کرتی ہے۔ (اگر سوتیلا والد یا سوتیلی والدہ آپ کے ساتھ رہتا یا رہتی ہے تو سوتیلے ماں باپ کے ذرائع / آمدنی انکم سیکشن 15، آمدنی کی معلومات، میں شامل کیے جانے چاہئیں)۔ اگر "ہاں" تو سوتیلے ماں باپ کا نام تحریر کریں۔

کیا آپ کے گھرانے میں کوئی شخص غیر ملکی باشندہ مع اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت کا حامل ہے جس کو ریاستہائے متحدہ میں داخلہ کے لیے اسپانسر کیا گیا تھا اور وہ کون ہے؟: یہ نشاندہی کرنے کے لیے 'ہاں' یا 'نہیں' کو نشان زد کریں (✓) کہ آیا آپ یا آپ کے گھر کا کوئی فرد اطمینان بخش امیگریشن اسٹیٹس کے ساتھ غیر شہری ہے جسے امریکہ میں داخلے کے لیے کسی نے اسپانسر کیا تھا، اگر *'ہاں'*، تو اس فرد کا نام پرنٹ کریں جسے اسپانسر کیا گیا تھا۔

اسپانسر کا نام، پتہ، اور فون نمبر: اگر "ہاں" تو اس شخص کا نام تحریر کریں جس نے آپ کو یا آپ کے گھرانے میں کسی بھی شخص کو ریاستہائے متحدہ میں داخلہ کے لیے اسپانسر کیا تھا، اسپانسر کا پتہ، اور اسپانسر کا فون نمبر۔

درخواست کا صفحہ 9 اور 10

سیکشن 17: ملازمت کی معلومات

یہ سیکشن خود کے لیے اور ہر اس شخص کے لیے مکمل کریں جو آپ کے ساتھ رہتا ہے۔ اگر آپ ملازم ہیں تو آپ اب بھی معاونت کے لیے اہل ہو سکتے ہیں۔ اس سیکشن کے مقاصد کے لیے، "کام کرنے کی عمر" سے مراد 18 سال یا اس سے زیادہ عمر ہے، یا کسی بھی ایسے شخص کے لیے 16 سال یا اس سے زیادہ جو اسکول نہیں جاتا ہے۔

میں فی الحل: اس بات کے اظہار کے لیے "ملازم"، "خود بر سر روزگار"، یا "بے روزگار" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ کام کر رہے ہیں، اور اگر ہاں تو آیا آپ خود کے لیے یا کسی اور کے لیے کام کرتے ہیں۔

مجموعی آمدنی: وہ رقم تحریر کریں جو آپ ٹیکسوں کی منہائی سے پہلے ہفتہ واری، ہفتہ میں دو بار، یا ماہانہ (سالانہ نہیں) بنیاد پر حاصل کرتے ہیں، اگر قابل اطلاق ہو۔ تمام اجرتیں، تنخواہ، اوور ٹائم کی اجرت، کمیشن، اور ٹپس شامل کریں۔

ماہانہ کام کیے گئے گھنٹے: ہر ایک ہفتہ آپ جتنے گھنٹے کام کرتے ہیں ان کی تعداد تحریر کریں، اگر قابل اطلاق ہو۔

ادا کردہ: اس بات کے اظہار کے لیے "ہفتہ واری"، "ہفتہ میں دو بار"، یا "ماہانہ" کو (✓) نشان زد کریں کہ کتنی کثرت سے آپ کو ادائیگی کی جاتی ہے، اگر قابل اطلاق ہو۔

ہفتہ کا وہ دن جس میں ادائیگی کی جاتی ہے: ہفتہ کا وہ دن تحریر کریں جس میں آپ کو ادائیگی کی جاتی ہے، اگر قابل اطلاق ہو۔

آجر کا نام اور پتہ اور فون نمبر: اپنے آجر کا نام، پتہ اور فون نمبر تحریر کریں، اگر قابل اطلاق ہو۔ "خود" اور اپنے کاروبار کا پتہ اور فون نمبر تحریر کریں اگر آپ خود بر سر روزگار ہوں۔

کیا کوئی اور شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے فی الحال ملازم یا خود بر سر روزگار ہے اور کون: اگر کوئی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے کام کر رہا ہے تو "ملازم" یا "خود بر سر روزگار" کو (✓) نشان زد کریں، اور ان کا نام تحریر کریں۔

مجموعی آمدنی، ماہانہ کام کیے گئے گھنٹے، ادا کردہ،ہفتے کا وہ دن جس میں ادائیگی کی جاتی ہے، آجر کا نام اور پتہ، اور فون نمبر: اوپر دی گئی ہدایات کے مطابق، کسی بھی ایسے فرد کے لیے مکمل کریں جو آپ کے ساتھ رہتا اور کام کرتا ہے۔

کیا آپ کے آجر کے ذریعہ صحت بیمہ دستیاب ہے؟: اگر آپ ملازم ہیں تو یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ کے پاس آپ کے آجر کے معرفت میڈیکل کوریج دستیاب ہے۔

کیا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی فرد کے پاس آجر کے ساتھ صحت کا بیمہ ہے؟ اور کس کے پاس: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا کوئی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس کا کسی آجر کے معرفت میڈیکل کوریج ہے، اور اگر "ہاں" تو ان کا نام تحریر کریں۔

بیمہ کمپنی کا نام: اپنی صحت بیمہ کمپنی اور / یا کسی ایسے شخص کی صحت بیمہ کمپنی کا نام تحریر کریں جو آپ کے ساتھ رہتا ہے، اگر قابل اطلاق ہو۔

کیا آپ کے پاس یا کسی بھی ایسے شخص کے پاس جو آپ کے ساتھ رہتا ہے ملازمت کی وجہ سے بچہ یا منحصر شخص کی دیکھ بھال کے اخراجات ہیں؟ اور وہ کون ہیں: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس پر بچہ کی دیکھ بھال یا منحصر شخص کی دیکھ بھال (مثال کے طور پر کوئی ضعیف والدین) کے اخراجات ملازم ہونے کے نتیجہ میں ہیں اور ان اخراجات والے شخص کا نام تحریر کریں۔

کیا آپ پر یا کسی اور شخص پر جو آپ کے ساتھ رہتا ہے ملازمت سے وابستہ دیگر اخراجات ہیں؟ اور وہ کون ہیں: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس پر ملازمت سے وابستہ کوئی اخراجات (مثال کے طور پر نقل وحمل، یونیفارم) ہیں، اور اگر ہاں تو اپنا/ ان کا نام تحریر کریں۔

اگر ملازم نہ ہوں تو آخری بار کب آپ نے یا کسی ایسے شخص نے جو آپ کے ساتھ رہتا ہے کام کیا تھا؟، کون، کب، اور کہاں: اگر آپ یا کام کرنے کی عمر کا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے بے روزگار ہے تو اپنا / ان کا نام، وہ تاریخیں جب آپ نے/ انہوں نے آخری بار ملازمت کی تھی، اور کہاں آپ / وہ لوگ آخری بار ملازم تھے تحریر کریں۔

کیوں آپ نے (یا انہوں نے) کام کرنا چھوڑ دیا؟: وہ وجہ (وجوہات) تحریر کریں جس کے لیے آپ یا کام کرنے کی عمر کا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے بے روزگار ہے۔

کیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے بے روزگاری کے مد نظر درخواست دیتے ہیں؟، کون، کب، اور درخواست دینے کی حالت: اگر آپ یا کام کرنے کی عمر کا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے بے روزگار ہے تو یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ / ان لوگوں نے بے روزگاری کے مد نظر درخواست دی ہے۔ اگر "ہاں" تو اپنا / ان کا نام، کب آپ نے / انہوں نے بے روزگاری کے لیے فائل کیا، اور فائلنگ کی حالت تحریر کریں۔

کیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے کسی اسٹرائک میں حصّہ لے رہا ہے؟ اور وہ کون ہیں: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اسٹرائک پر ہیں (یعنی کسی آجر کے فیصلہ یا کام کے طریقوں کے خلاف احتجاج میں کام کرنا چھوڑ دیا ہے) اور اگر "ہاں" تو اپنا / ان کا نام تحریر کریں۔

اسٹرائک کب شروع ہوا: اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اسٹرائک پر ہیں تو وہ تاریخ تحریر کریں جس میں آپ / وہ اسٹرائک پر چلے گئے۔

کیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے کوئی تارک وطن یا موسمی فارم ورکر ہے؟ اور وہ کون ہیں: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے کام کے لیے مختلف فارمز کا سفر کرتا ہے یا فارم میں صرف بوائی کے موسم میں کام کرتا ہے، اور اگر "ہاں" تو اپنا / ان کا نام تحریر کریں۔

کیا آپ یا کوئی دیگر بالغ شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس کے پاس کوئی ایسے طبی عوارض ہیں جو کام کرنے کی صلاحیت یا اس کام کی نوعیت کو محدود کرتے ہیں جو کہ انجام دیے جا سکتے ہیں؟ اور وہ کون ہیں: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کام کرنے کی عمر کا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس کے یہاں کوئی ایسی حالت ہے جو آپ کو / انہیں کل وقت کام کرنے سے یا مخصوص طرح کے کام کرنے سے باز رکھتی ہے، اور اگر "ہاں" تو اپنا / ان کا نام تحریر کریں۔

بندشوں کی وضاحت کریں: اگر آپ یا کام کرنے کی عمر کا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس کے پاس کوئی ایسی حالت ہے جو آپ کو / انہیں کل وقت کام کرنے سے یا مخصوص طرح کے کام کرنے سے باز رکھتی ہے تو ان طریقوں کی وضاحت کریں جن میں آپ / وہ لوگ محدود ہیں۔

کیا آپ آج کوئی ملازمت قبول کر سکتے ہیں؟ اور اگر نہیں تو کیوں؟: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ دستیاب ہونے کی صورت میں آج کوئی کام قبول کر سکتے ہیں، اور اگر "نہیں" تو اسباب بیان کریں۔

آپ کس طرح کا کام کرنا پسند کرتے ہیں؟: اس بات کی نشاندہی کریں کہ آپ کو کس قسم کی ملازمت اچھی لگے گی۔

درخواست کا صفحہ 11

سیکشن 18: تعلیم / ٹریننگ

آپ کی مکمل شدہ تعلیم کی اعلی ترین سطح کیا ہے؟: اس وضاحت کو (✓) نشان زد کریں کہ جو اس بات سے بہترین مطابقت رکھتی ہے کہ آپ نے کتنی زیادہ تعلیم مکمل کی ہے۔

اگر ایسا ہے تو مکمل شدہ آخری گریڈ؟: اگر آپ نے ہائی اسکول مکمل نہیں کیا ہے تو وہ آخری گریڈ تحریر کریں جو آپ نے مکمل کیا ہے۔

کیا گھرانے میں کسی اور کے پاس کوئی ہائی اسکول ڈپلوما، جنرل اکولینسی ڈپلوما (GENERAL EQUIVALENCY DIPLOMA, GED) یا ٹیسٹ اسیسنگ سیکنڈری کمپلیشن (TEST ASSESSING SECONDARY COMPLETION, TASC ™) یا اس سے اعلی سطح کی تعلیم ہے؟، کون، حاصل کردہ ڈگری، اور مکمل کرنے کی تاریخ: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس کے پاس ہائی اسکول ڈپلوما، جنرل اکولینسی ڈپلوما (GED) یا ٹیسٹ اسیسنگ سیکنڈری کمپلیشن (TASC™) یا اس سے اعلی سطح کی تعلیم ہے اگر "ہاں" تو اس شخص کا نام، حاصل کردہ ڈگری، اور حاصل کرنے کی تاریخ تحریر کریں۔

خود کے لیے یا کسی بھی ایسے شخص کے لیے جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ معاونت حاصل کرنے کے لیے درخواست دے رہا ہے مندرجہ ذیل سوالات مکمل کریں:

کیا کسی ٹریننگ پروگرام میں ہے یا رہا ہے؟، کون، کہاں، پروگرام، شرکت کرنے کی تاریخیں، اور مکمل کرنے کی تاریخیں: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو معاونت کے حصول کے لیے درخواست دے رہا ہے اس نے ملازمت کے کسی ٹریننگ پروگرام میں شرکت کی ہے، اور اگر "ہاں" تو اس شخص کا نام، اس شخص نے ٹریننگ پروگرام میں کہاں شرکت کی، پروگرام کا نام یا یہ کہ کس طرح کا پروگرام تھا، اور وہ تاریخیں جس میں اس شخص نے شرکت کی اور پروگرام کو مکمل کیا تحریر کریں۔

کیا عمر 16 سال یا زیادہ ہے اور اسکول یا کالج میں زیر تعلیم ہے؟، کون، اور کہاں: اس بات کی نشان دہی کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں (✓) کہ آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی بھی فرد جو معاونت کے حصول کے لیے درخواست دے رہا ہے اس کی عمر *16 سال یا اس سے زیادہ ہے* اور اسکول یا کالج میں زیر تعلیم ہے، اور اگر "ہاں" تو اس فرد اور اس کے اسکول یا کالج کا نام پرنٹ کریں۔

کیا عمر 16 برس سے کم ہے اور وہ اسکول میں زیر تعلیم ہے؟، کون، اور اسکول: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو معاونت کے حصول کے لیے درخواست دے رہا ہے اس کی عمر 16 برس سے کم ہے، اور اگر "ہاں" تو اس طرح کے کسی بھی شخص (اشخاص) اور ان کے اسکول کے نام تحریر کریں۔

درخواست کا صفحہ 12

سیکشن 19: ذرائع کی معلومات

اگر آپ فوسٹر کیئر اور / یا چائلڈ کیئر معاونت کے برخلاف صرف خدمات کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو آپ کو یہ سیکشن مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

اگر آپ صرف تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام کے فوائد کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو آپ کو یہ بتانے کی ضرورت نہیں ہے کہ آیا آپ کے پاس زندگی کا بیمہ ہے۔

اس بات کا اشارہ دیں کہ آیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص درج ذیل کی درخواست دے رہا ہے: سطریں 1 تا 23 کے لیے، یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ معاونت کے لیے درخواست دے رہا ہے ان کے پاس فہرست میں ذکر کردہ کوئی مالی ذرائع ہیں۔

کون: ہر ایک "ہاں" جواب کے لیے، اس شخص (اشخاص) کا نام (کے نام) تحریر کریں جن کے پاس ذرائع ہیں۔

اگر ہاں تو رقم/ قیمت: ہر ایک "ہاں" جواب کے لیے، ڈالر ($) میں ذریعہ کی رقم یا قمیت تحریر کریں۔ کسی بھی مشترک املاک کو ضرور ذکر کریں (یعنی ایسے ذرائع جن کا تعلق دو یا زیادہ لوگوں سے ہے، مثال کے طور پر، مشترکہ بینک کھاتے)۔ کوئی بھی شخص جو عوامی معاونت یا Medicaid کے لیے درخواست دے رہا ہے اس کے لیے کسی بھی قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ داروں کے ذرائع کو شامل کرنا لازمی ہے۔ یہ وہ لوگ ہیں جو از روئے قانون آپ کو یا کسی بھی درخواست گزار کو مالی مدد دینے کے پابند ہیں جیسے کوئی شریک حیات یا، اگر آپ کی عمر 21 برس سے کم ہے تو کوئی بھی والدین یا سوتیلے والدین جو آپ کے ساتھ یا کسی بھی درخواست گزار شخص کے ساتھ رہتے ہیں۔

موٹر گاڑی (گاڑیوں) یا دیگر گاڑی (گاڑیوں) کا حق ملکیت یا رجسٹریشن ہے، سال، بناوٹ/ ماڈل، اور دیگر: اگر آپ کا نام یا کسی بھی ایسے شخص کا نام جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ درخواست دے رہا ہے وہ کسی کار یا دیگر گاڑی کے لیے مالک کی حیثیت سے مذکور ہے، سطر 6 میں ہر ایک گاڑی کے لیے سال، بناوٹ، اور ماڈل تحریر کریں۔ سطر 6 میں "دیگر" کے بعد، ذرائع کی فہرست ذکر کریں، جیسے کیمپرس، اسنو موبائلز، اور کشتیاں۔

مذکورہ بالا کے علاوہ دیگر ذرائع ہیں: اگر آپ کوئی مجموعی رقم حاصل کرتے ہیں یا حاصل کرنے کی توقع کر رہے ہیں تو اپنے ڈسٹرکٹ کو فوراً بتانا انتہائی ضروری ہے۔ مجموعی رقم یکبارگي ادائیگی ہوتی ہے، جیسے کسی بیمہ کا تصفیہ، میراث، یا کسی مقدمہ کا ایوارڈ یا لاٹری جیتنا۔ مجموعی رقم کے بارے میں مزید معلومات کے لیے دیکھیں LDSS-4148A, "کتاب 1: اپنے حقوق اور ذمہ داریوں کے بارے میں آپ کو کیا معلوم ہونا چاہیے"۔

کیا کسی نے ... ماضی میں کبھی کوئی ٹرسٹ قائم کیا ہے یا گزشتہ 60 مہینوں کے اندر کسی ٹرسٹ میں کوئی اثاثے منتقل کیے ہیں؟: اگر آپ یا آپ کا شریک حیات اس مہینہ کے پہلے دن سے قبل 36 مہینوں کے اندر کوئی اثاثے منتقل یا عطیہ کرتے ہیں (کسی ٹرسٹ کو منتقل کرنے کے لیے یہ مدت 60 ماہ ہے) جس میں آپ نرسنگ سہولت کی خدمات وصول کرتے ہیں اور آپ نے Medicaid کے لیے کوئی درخواست جمع کرا رکھی ہے تو آپ نرسنگ سہولت کی خدمات یا Medicaid پروگرام کے تحت گھر پر یا کمیونٹی پر مبنی رعایتی خدمات حاصل کرنے کے مجاز نہیں ہوں گے۔

اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو درخواست دے رہا ہے یا آپ کا یا کسی اور کا شریک حیات درخواست دے رہا ہے (خواہ اگر شریک حیات درخواست نہیں دے رہا ہے یا گھرانے میں نہیں رہ رہا ہے)، اس نے کوئی ٹرسٹ قائم کیا ہے یا گزشتہ پانچ سالوں میں کسی ٹرسٹ کے اندر کوئی رقم لگائی ہے تو سطر 23 میں تحریر کریں کہ ٹرسٹ کب قائم کیا گیا تھا یا رقم کب لگائی گئی تھی۔

درخواست کا صفحہ 13 تا 15
سیکشن 20: طبی معلومات

ذکر کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ درخواست دے رہا ہے اور اگر ہاں تو وہ کون ہے: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا مذکورہ کوئی بھی حالتیں آپ پر یا کسی بھی ایسے شخص پر منطبق ہوتی ہیں جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ تعاون کے لیے درخواست دے رہا ہے، اور اگر "ہاں" تو اس شخص کا نام تحریر کریں جس پر ہر ایک حالت کا اطلاق ہوتا ہے۔ تمام صحت اور ہسپتال/ ایکسیڈنٹ بیمہ کی فہرست ضرور ذکر کریں جو آپ کے پاس ہیں یا جو کسی بھی ایسے شخص کے لیے دستیاب ہے جو درخواست دے رہا ہے۔

اس کے پاس اس درخواست کے مہینہ سے قبل والے 3 مہینوں کے اندر ادا شدہ یا غیر ادا شدہ طبی بل ہیں: Medicaid آپ کو مدد کے لیے جس ماہ میں آپ درخواست دیتے ہیں اس سے قبل تین ماہ کے اندر آپ کو فراہم کی گئی نگہداشت کے لیے طبی بلوں کے عوض ادائیگی کر سکتا ہے۔ اگر آپ پہلے ہی بل ادا کر چکے ہیں تو ہم آپ کو بلوں کے عوض ادائیگی کر سکتے ہیں اگر ہم یہ طے کرتے ہیں کہ آپ اس وقت Medicaid کے لیے اہل رہے ہوں گے۔ ہم آپ کو اس صورت میں بھی ادائیگی کر سکتے ہیں جبکہ ڈاکٹر یا کوئی اور فراہم کنندہ Medicaid قبول نہیں کرتا ہے، لیکن ہم آپ کو صرف وہی رقم ادا کر سکتے ہیں جو کہ Medicaid آپ کو ادا کرتا اور صرف اس صورت میں جبکہ بل ان خدمات کے لیے ہو جن کے لیے Medicaid نے ادائیگی کی ہوتی۔

حاملہ ہیں: اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتی ہے جو کہ درخواست دے رہی ہے حاملہ ہیں تو سطر 14 میں ولادت کی متوقعہ تاریخ نیز ولادتوں کی متوقعہ تعداد تحریر کریں۔

صحت بیمہ کا انتخاب: اس سیکشن کو ہر اس شخص کے لیے مکمل کریں جو Medicaid کے لیے درخواست دے رہا ہے۔ Medicaid میں اندراج یافتہ بیشتر لوگوں سے ایک زیر انتظام نگہداشت کے صحت بیمہ میں شامل ہونے کا تقاضا کیا جاتا ہے سوائے اس کے کہ وہ لوگ کسی مستثنٰی زمرے میں آتے ہوں۔ کسی صحت کے منصوبے کو منتخب کرنے کے لیے اسے استعمال کریں۔ اگر آپ کو پتہ نہیں ہے کہ کون سے صحت بیمے دستیاب ہیں تو اپنے کارکن سے دریافت کریں یا مینجڈ کیئر Medicaid ایڈ چوائس کی ہیلپ لائن کو 1-800-505-5678 پر کال کریں۔

اس منصوبہ کا نام جس میں آپ اندراج کرا رہے ہیں: اس صحت منصوبہ (منصوبوں) کا نام تحریر کریں جس میں Medicaid کے لیے درخواست دینے والا کوئی بھی شخص اندراج کرانا چاہتا ہے۔ اگر آپ نہیں جانتے کہ آپ کے لیے صحت کے کون سے منصوبے دستیاب ہیں تو ڈسٹرکٹ سے دریافت کریں۔

آخری نام اور پہلا نام: ہر اس شخص کا آخری نام اور پہلا نام تحریر کریں جو Medicaid کے لیے درخواست دے رہا ہے۔

تاریخ پیدائش: ہر اس شخص کی تاریخ پیدائش کا مہینہ، دن اور سال تحریر کریں جو Medicaid کے لیے درخواست دے رہا ہے۔

جنس: Medicaid کے لیے درخواست دینے والے ہر فرد کی صنف کی نشاندہی کرنے کے لیے مرد کے لیے "M"، خاتون کے لیے "F"، یا نان بائنری یا کسی اور شناخت کے لیے "X" پرنٹ کریں۔

آئی ڈی نمبر (MEDICAID کارڈ سے اگر آپ کے پاس کوئی موجود ہے): اگر Medicaid کی درخواست دینے والے کسی شخص کے پاس Medicaid کارڈ موجود ہے تو Medicaid کارڈ کا شناختی نمبر یہاں تحریر کریں۔

سوشل سیکورٹی نمبر: Medicaid کی درخواست دینے والے ہر شخص کا سوشل سیکورٹی نمبر تحریر کریں۔

پرائمری کیئر فراہم کنندہ (PRIMARY CARE PROVIDER, PCP) یا صحت کا مرکز (موجودہ فراہم کنندہ ہونے کی صورت میں خانے پر نشان لگائیں): بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ (یعنی جنرل پریکٹشنر یا فیملی ڈاکٹر) یا ہیلتھ سنٹر کا نام تحریر کریں جسے Medicaid کے لیے درخواست دینے والا کوئی شخص استعمال کرنا چاہتا ہے۔ اگر یہ وہی فراہم کنندہ یا سنٹر ہے جسے وہ شخص پہلے ہی سے استعمال کرتا ہے تو باکس کو (✓) نشان زد کریں۔ طبی نگہداشت وصول کرنے سے پہلے آپ کے لیے اس بات کو یقینی بنانا لازمی ہے کہ فراہم کنندہ یا سنٹر Medicaid کو قبول کرتا ہے۔

OB/GYN نسواں کا نام اور آئی ڈی نمبر (اگر موجودہ فراہم کنندہ ہو تو باکس کو نشان زد کریں): اگر Medicaid کی درخواست دینے والے کسی شخص کو ماہر تولید / ماہر امراض نسواں (OB/GYN) کی نگہداشت اور خدمات کی ضرورت ہو تو اس OB/GYN کا نام تحریر کریں جن کی خدمات درخواست دہندہ استعمال کرنا چاہتی ہے۔ اگر درخواست دہندہ پہلے ہی اس OB/GYN کی خدمات وصول کرتی ہے تو باکس کو (✓) نشان زد کریں۔ طبی نگہداشت وصول کرنے سے پہلے آپ کے لیے اس بات کو یقینی بنانا لازمی ہے کہ فراہم کنندہ یا سنٹر Medicaid کو قبول کرتا ہے۔

<u>قبل</u> اس کے کہ آپ طبی نگہداشت حاصل کریں آپ کے لیے اس بات کو یقینی بنانا لازمی ہے کہ کوئی ڈاکٹر یا طبی فراہم کنندہ جو آپ کا معائنہ کرتا ہے وہ Medicaid قبول کرتا ہے۔

سیکشن 21: شیلٹر

آپ کے لیے اس سیکشن کو پر کرنا ضروری نہیں ہے اگر آپ فوسٹر کیئر اور / یا چائلڈ کیئر معاونت کو چھوڑ کر صرف خدمات کے لیے درخواست دے رہے ہیں۔

آپ کے مالک مکان کا نام، پتہ اور فون نمبر کیا ہے؟: اگر آپ کا کوئی مالک مکان ہے تر اپنے مالک مکان کا نام، پتہ اور فون نمبر تحریرکریں۔

کیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس کے پاس کوئی کرایہ، مارگیج یا شیلٹر کے دیگر اخراجات ہیں؟: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے وہ کرایہ، یا کوئی مارگیج یا شیلٹر (مثال کے طور پر کمرہ اور بورڈ) کے دیگر اخراجات ادا کرتا ہے، اور اگر "ہاں" تو وہ رقم تحریر کریں جو آپ / وہ لوگ ہر ماہ ادا کرتے ہیں۔ اگر آپ پر کوئی مارگیج پیمنٹ ہے تو پراپراٹی ٹیکسوں اور مکان مالک کے بیمہ (بشمول فائر انشورنس) کی رقم شامل کریں۔

کیا آپ پر یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس پر آپ کے کرایہ سے علیحدہ حرارت کا کوئی بل یا شیلٹر کے دیگر اخراجات ہیں؟: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے وہ آپ کے کرایہ، مارگیج، یا شیلٹر کے دیگر اخراجات سے علیحدہ حرارت کے لیے ادائیگی کرتا ہے، اور اگر "ہاں" تو وہ رقم تحریر کریں جو آپ / وہ ہر ماہ ادا کرتے ہیں۔

کیا آپ پر یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس پر آپ کے کرایہ یا شیلٹر کے دیگر اخراجات سے علیحدہ مندرجہ ذیل اخراجات ہیں؟: سطریں 1 تا 8 کے لیے، یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے وہ آپ کے کرایہ، مارگیج یا شیلٹر کے دیگر اخراجات کے علاوہ مذکورہ کسی بھی اخراجات کے لیے ادائیگی کرتا ہے، اور اگر "ہاں" تو وہ رقم تحریر کریں جو آپ / وہ لوگ ہر ماہ ادا کرتے ہیں۔ سطریں 9 تا 11 پر درج سوالات کے لیے، یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا درخواست دینے والا کوئی بھی شخص ان میں سے کسی انتظامات میں رہتا ہے۔

سیکشن 22: دیگر اخراجات

نکر کریں اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ درخواست دے رہا ہے اور اگر ہاں تو رقم: یہ نشاندہی کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں (✓) کہ آیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی فرد جو درخواست دے رہا ہے 1 تا 5 سطور پر درج ادائیگیوں میں سے کوئی انجام دیتا ہے۔ سطر 6 پر کسی بھی ایسے اخراجات کی نشاندہی کریں جو فہرست میں مذکور نہیں ہیں۔ ہر ایک "ہاں" جواب کے لیے، ادائیگی یا اخراجات کی رقم تحریر کریں، اور یہ کتنی کثرت سے ادا کی جاتی ہے (مثال کے طور پر 100$ فی ہفتہ یا 100$/ہفتہ واری)۔

کیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ درخواست دے رہا ہے اس پر کم از کم 21 برس سے کم عمر کسی بچے کے لیے سپورٹ کے چار مہینوں کا بقایا ہے: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جوکہ درخواست دے رہا ہے اس پر بچے کے سپورٹ کے چار مہینوں یا زیادہ کا بقایا ہے۔

درخواست کا صفحہ 16

سیکشن 23: دوسری معلومات

کیا آپ کسی ہوم ڈلیوری سے یا کمیونل ڈائننگ سروس سے کھانے خریدتے ہیں یا خریدنے کا منصوبہ رکھتے ہیں؟: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو درخواست دے رہا ہے فی الحال کسی ہوم ڈلیوری (مثال کے طور پر، پہیوں پر کھانا) یا کمیونل ڈائننگ (مثال کے طور پر، اس بلڈنگ میں کوئی کیفٹیریا جس میں آپ رہتے ہیں) سروس سے کھانے خریدتے ہیں یا خریدنے کا منصوبہ رکھتے ہیں۔

کیا آپ گھر پر کھانے پکانے یا تیار کرنے کے قابل ہیں؟: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آپ کے گھر میں کوئی ایسی جگہ موجود ہیں جہاں آپ کھانا پکا سکتے ہیں۔

سطریں 10 تا 12 میں درج سوالوں کے مقاصد کے لیے، "امریکی فوج" سے مراد ذیل ہے:

- امریکی آرمی
- امریکی نیوی
- امریکی کوسٹ گارڈ
- امرکی مرین کورپس
- امریکی ایئر فورس
- دوسری عالمی جنگ کے دوران امریکی مرچینٹ مرین

کیا آپ یا آپ کے گھرانے کا کوئی بھی شخص امریکی فوج میں رہا ہے؟ اور کون: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی اور شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے کبھی فوج کے کسی مذکورہ بالا شعبوں میں رہے ہیں، اور اگر "ہاں" تو ان کا نام تحریر کریں۔

کیا آپ کا شریک حیات کبھی امریکی فوج میں رہا ہے؟ یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ کا شریک حیات کبھی فوج کے کسی مذکورہ بالا شعبہ میں رہا ہے۔

کیا آپ کے گھرانے میں کوئی شخص کسی ایسے شخص پر منحصر ہے جو امریکی فوج میں ہے یا تھا؟ اور کون: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے مالی طور پر کسی ایسے شخص پر منحصر ہے جو مذکورہ بالا فوج کے کسی شعبہ سے منسلک ہے یا کبھی رہا ہے، اور اگر "ہاں" تو منحصر شخص کا نام تحریر کریں۔

کیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے فی الحال معاونت یا خدمات موصول کرتا ہے؟؛ اگر ہاں تو، کون؛ اور معاونت کی نوعیت: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے فی الحال عوامی معاونت، Medicaid، تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP؛ سابقاً "فوڈ اسٹامپ") کے بینیفٹس، چائلڈ کیئر معاونت، یا خدمات موصول کرتے ہیں۔ اگر "ہاں" تو اس شخص کا نام اور موصولہ معاونت کی نوعیت تحریر کریں۔

کیا آپ نے یا کسی اور نے جو آپ کے ساتھ رہتا ہے ماضی میں معاونت یا خدمات موصول کی ہیں؟؛ اگر ہاں تو، کون؛ اور معاونت کی نوعیت: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ نے یا کسی اور نے جو آپ کے ساتھ رہتا ہے ماضی میں عوامی معاونت، SNAP ،Medicaid بینیفٹس، چائلڈ کیئر معاونت یا خدمات موصول کی ہیں۔ اگر "ہاں" تو اس شخص کا نام اور موصولہ معاونت کی نوعیت تحریر کریں۔

دیگر معلومات (جاری): یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا اگلے نو سوالوں میں بیان کردہ حالتوں کا اطلاق آپ پر یا کسی اور شخص پر جو آپ کے ساتھ رہتا ہے ہوتا ہے، اور اگر "ہاں" تو اس شخص کا نام تحریر کریں جس پر اس حالت کا اطلاق ہوتا ہے۔ اگر آپ ان سوالات کو نہیں سمجھتے تو اپنے ڈسٹرکٹ سے وضاحت طلب کریں۔ براہ کرم نوٹ کر لیں کہ نیو یارک ریاست کے قانون میں ایسے شخص کے لیے تاوان یا جیل یا دونوں کا التزام ہے جسے حقائق کو چھپانے یا حقیقت نہ بتانے کی وجہ سے عوامی معاونت، Medicaid، SNAP بینیفٹس، چائلڈ کیئر معاونت یا خدمات حاصل کرنے کا مجرم پایا گیا ہو۔

پراپرٹی ٹرانسفر کی حالت: یہ ظاہر کرنے کے لیے "میں نے کیا" باکس یا "میں نے نہیں کیا" باکس کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ نے یا درخواست دینے والے کسی اور شخص نے عوامی معاونت یا SNAP بینیفٹس موصول کرنے کی غرض سے کوئی پراپرٹی فروخت، ٹرانسفر یا عطیہ کیا ہے۔ براہ کرم نوٹ کر لیں کہ نیو یارک ریاست کے قانون میں ایسے شخص کے لیے تاوان یا جیل یا دونوں کا التزام ہے جسے حقائق کو چھپانے یا حقیقت نہ بتانے کی وجہ سے عوامی معاونت، SNAP ،Medicaid بینیفٹس، چائلڈ کیئر معاونت یا خدمات حاصل کرنے کا مجرم پایا گیا ہو۔

درخواست کے صفحات 18 تا 24

اطلاعات، تفویضات، اجازتیں اور رضامندیاں

اس سیکشن میں دی گئی *تمام* معلومات کو دھیان سے پڑھیں یا کسی سے انہیں پڑھنے کو کہیں۔ اس سیکشن میں معاونت وصول کرنے سے متعلق آپ کے حقوق اور ذمہ داریوں، نیز ان جرمانوں کی معلومات ہیں جو آپ پر لگائے جا سکتے ہیں (مثال کے طور پر کوئی تاوان اور / یا جیل) اگر آپ اس سیکشن کے تحت اپنی ذمہ داریاں پوری نہیں کرتے ہیں۔ کسی درخواست پر دستخط کرنے کے بعد اسے جمع کر کے آپ اس بات کا اظہار کرتے ہیں کہ آپ اس سیکشن میں درج معلومات کو سمجھتے ہیں اور ان سے اتفاق رکھتے ہیں۔

تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام کا مجاز نمائندہ: اگر آپ چاہتے ہیں کہ کوئی شخص آپ کے لیے تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے فوائد کی درخواست دے اور / یا آپ چاہتے ہیں کہ کوئی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے وہ آپ کے لیے SNAP کے فوائد حاصل کرے اور / یا انہیں آپ کے لیے غذائیں خریدنے میں استعمال کرے تو باکس میں اس شخص کا نام، پتہ اور فون نمبر تحریر کریں۔ یہ شخص آپ کا "مجاز نمائندہ" ہے۔ مجاز نمائندے کو لازمی طور پر اس درخواست کے اخیر میں دستخط کے صفحہ پر دستخط کرکے تاریخ ڈالنی چاہیے۔ اگر آپ کا گھرانہ کسی ادارے میں رہائش پذیر نہیں ہے تو آپ کے گھرانے کے ایک ذمہ دار بالغ فرد کو بھی درخواست پر دستخط کر کے تاریخ ڈالنی چاہیے، سوائے اس کے کہ آپ کے گھرانہ نے اس کے بر خلاف مجاز نمائندہ کو یہ کام کرنے کے لیے تحریری طور پر نامزد کیا ہو۔

طبی معلومات کا اجراء: "HIV/AIDS کی معلومات ظاہر نہ کریں"، "ذہنی صحت کی معلومات ظاہر نہ کریں" اور / یا "منشیات اور الکحل کی معلومات ظاہر نہ کریں" کو (✓) نشان زد کریں اگر آپ اپنے بارے میں اور یا درخواست دینے والے فیملی ممبران کے بارے میں یہ طبی معلومات ظاہر کیے جانے سے اتفاق نہ کرتے ہوں جیسا کہ قانون کی رو سے اجازت ہے۔

دستخط کا سیکشن: اس سیکشن کو دھیان سے پڑھیں یا کسی اور شخص سے کہیں کہ وہ انہیں آپ کے لیے پڑھ دیں۔ نیو یارک ریاست کے قانون میں ایسے شخص کے لیے تاوان یا جیل یا دونوں کا التزام ہے جسے حقائق کو چھپانے یا حقیقت نہ بتانے کی وجہ سے عوامی معاونت، Medicaid، تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام کے فوائد، چائلڈ کیئر معاونت یا خدمات حاصل کرنے کا مجرم پایا گیا ہو۔ **درخواست پر دستخط کر کے اور جمع کروا کر، آپ اس بات کی نشاندہی کرتے ہیں کہ آپ اس سیکشن میں درج بیانات کو سمجھتے ہیں اور ان سے متفق ہیں، اور یہ کہ وہ تمام معلومات جو آپ نے اس درخواست میں فراہم کی ہیں یا آئندہ ضلع کو فراہم کریں گے وہ آپ کی بہترین معلومات کے مطابق مکمل اور درست ہیں۔**

دستخط دہندہ کے دستخط **اور** ***دستخط کرنے کی تاریخ:*** اپنے نام کے دستخط کریں اور جس دن آپ نے درخواست پر دستخط کیے ہیں وہ تاریخ ڈال دیں سوائے اس کے کہ آپ نے تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے کسی مجاز نمائندہ کو درخواست پر نامزد کر دیا ہو اور آپ کسی انسٹی ٹیوشن میں رہتے ہوں، تو اس صورت میں مجاز نمائندہ درخواست پر دستخط کرکے تاریخ ڈال سکتا ہے۔ اگر آپ کسی انسٹی ٹیوشن میں نہیں رہتے ہیں تو آپ اور مجاز نمائندہ دونوں کو لازماً درخواست پر دستخط کر کے تاریخ ڈالنا چاہیے سوائے اس کے کہ آپ نے پہلے ہی SNAP کے مجاز نمائندہ کو اس کام کے لیے تحریری طور پر نامزد کر دیا ہو۔ اگر آپ نے کسی اور کے لیے درخواست پُر کی ہے تو *اپنے نام* کے دستخط کریں، نہ کہ اس شخص کے نام کے جس کے لیے آپ نے درخواست دی ہے اور دستخط کرنے کی تاریخ پرنٹ کریں۔

شریک حیات یا محافظ نمائندہ کے دستخط اور دستخط کرنے کی تاریخ: اگر آپ شادی شدہ ہیں اور عوامی معاونت، Medicaid، چائلڈ کیئر معاونت، یا خدمات کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو آپ کے شریک حیات کے لیے درخواست پر دستخط کر کے تاریخ ڈالنا ضروری ہے۔ اگر آپ شادی شدہ ہیں اور صرف تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام کے فوائد کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو شریک حیات میں سے صرف ایک کو درخواست پر دستخط کرکے تاریخ ڈالنا چاہیے۔ اگر آپ کا کوئی محافظ نمائندہ ہے تو اس کے لیے درخواست پر دستخط کر کے تاریخ ڈالنا ضروری ہے۔

مجاز نمائندہ کے دستخط: اگر آپ نے درخواست پر SNAP کا کوئی مجاز نمائندہ نامزد کیا ہے تو اس شخص کے لیے درخواست پر دستخط کر کے تاریخ ڈالنا ضروری ہے۔

میں اس کے لیے اپنی درخواست واپس لینے کی رضامندی دیتا/دیتی ہوں: کسی باکسوں کو نشان زد نہ کریں، نہ ہی اس سیکشن پر دستخط یا تاریخ ثبت کریں، اگر آپ کوئی درخواست جمع کرانا چاہتے ہیں۔ اس سیکشن کو صرف اسی صورت میں نشان زد کریں اگر آپ ایک یا ایک سے زیادہ پروگرامز کے لیے اپنی درخواست *واپس لینا* چاہتے ہیں۔ کسی پروگرام کے لیے اپنی درخواست واپس لینے کے لیے، اس پروگرام کے سامنے والے باکس کو (✓) نشان زد کریں اور جہاں بتایا گیا ہے وہاں پر دستخط کر کے تاریخ ڈال دیں۔ آپ کی درخواست صرف انہی پروگراموں کے لیے واپس لی جائے گی جنہیں آپ نے نشان زد کیا ہے۔

ووٹر رجسٹریشن فارم: اس درخواست کے آخری دو صفحات ایک ووٹر رجسٹریشن فارم ہے۔ رجسٹر کرنے کے لیے اس فارم کا استعمال کرنا یا ووٹ کے لیے رجسٹر کرنے سے انکار کرنا بینیفٹس اور / یا خدمات کے لیے آپ کی درخواست کے بارے میں لیے گئے فیصلہ، یا معاونت کی اس رقم کو متاثر نہیں کرے گا جو آپ وصول کر سکتے ہیں۔ اگر آپ ووٹر رجسٹریشن فارم بھرنے میں مدد چاہتے ہیں تو اپنے ضلع سے دریافت کریں۔

معلوماتی مقاصد کے لیے

دستاویزات کی تقاضے

اہلیت کے عناصر اور دستاویزات کی شرائط کی ذیل کی یہ فہرست کلی طور پر معلوماتی مقاصد کے لیے ہے۔ آپ کا ضلع آپ کو مطلع کرے گا کہ آپ کو اہلیت کے کون سے عناصر ثابت کرنے کی ضرورت ہوگی۔ آپ سے اہلیت کے دیگر عناصر کو ثابت کرنے کا تقاضا کیا جا سکتا ہے جو کہ ذیل کی فہرست میں ذکر نہیں ہے۔ آپ اہلیت کی ان شرائط کو ثابت کرنے کے لیے وہ دستاویزات فراہم کرنے کے قابل ہو سکتے ہیں جو کہ ذیل کی فہرست میں مذکور نہیں ہیں۔ اگر دستاویزات کی تقاضوں کے بارے میں آپ کے پاس کوئی سوالات ہیں تو براہ کرم اپنے ضلع سے رابطہ کریں۔

اہلیت کا عنصر	**اس عنصر کو ثابت کرنے کے لیے، یہ فراہم کریں:** ✓ 🡻 **مندرجہ ذیل میں سے *ایک*** ***یا***	✓ 🡻 **درج ذیل میں سے دو** (اگر آپ **صرف** SNAP بینیفٹس یا Medicaid کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو آپ کو ہر ایک نشان زد اہلیت کے عنصر کے لیے **صرف** ایک فارم لانے کی ضرورت ہے۔)
☐ **شناخت** آپ کو ثابت کرنا ہو گا کہ آپ کون ہیں۔	فوٹو والی .I.D ڈرائیونگ لائسنس امریکی پاسپورٹ نیچرلائزیشن سرٹیفکیٹ ہسپتال/ڈاکٹر کے ریکارڈز گود لینے کی دستاویز	دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ تصدیق شدہ سوشل سیکورٹی نمبر ولادت /بپتسمہ کا سرٹیفکیٹ
☐ **ازدواجی اسٹیٹس** آپ کو ثابت کرنا ہوگا کہ آیا آپ شادی شدہ، طلاق یافتہ، علیحدہ یا بیوہ/رنڈوا ہیں۔	شادی/ڈیتھ سرٹیفیکیٹ علیحدگی کا معاہدہ طلاق کا حکم نامہ سوشل سیکیورٹی ریکارڈز VA ریکارڈز	پادری کا اسٹیٹمنٹ مردم شماری کے ریکارڈز اخبار کا نوٹس دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ
☐ **رہائش** آپ کو ثبوت فراہم کرنا ہو گا کہ آپ کہاں رہتے ہیں۔	مالک مکان کا اسٹیٹمنٹ حالیہ کرائے یا لیز کی رسید مارگیج ریکارڈز	دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ حالیہ ڈاک اسکول ریکارڈز
☐ **گھریلو ساخت/سائز** آپ کو ثابت کرنا ہوگا کہ آپ کے ساتھ کون رہتا ہے۔	غیر رشتے دار مالک مکان کا اسٹیٹمنٹ اسکول ریکارڈز	دیگر افراد کے اسٹیٹمنٹس
☐ **عمر** آپ کو اسسٹنس کے لیے درخواست دینے والے ہر فرد کی عمر ثابت کرنی چاہیے، جہاں ضرورت ہو۔	برتھ سرٹیفکیٹ بیپٹیسمل سرٹیفکیٹ اسپتال کے ریکارڈز گود لینے کے ریکارڈز نیچرلائزیشن سرٹیفکیٹ ڈرائیونگ لائسنس	انشورنس پالیسی مردم شماری کے ریکارڈز اسکول ریکارڈز دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ فزیشن کا بیان SSA سے سرکاری خط و کتابت
☐ **غیر حاضر والد/والدہ** اگر آپ کے گھر میں کسی بچے کے والدین آپ کے ساتھ نہیں رہ رہے ہیں تو آپ کو یہ ثابت کرنا ہوگا۔	ڈیتھ سرٹیفکیٹ لواحقین کے فوائد اسپتال کے ریکارڈز VA یا ملٹری ریکارڈ طلاق کے کاغذات دوبارہ شادی کا ثبوت	اخبار کا نوٹس انشورنس کمپنی کے ریکارڈز ادارے کے ریکارڈز ایجنسی کیس ریکارڈ اور تدفین کی ادائیگی کی فائلیں دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ
☐ **غیر حاضر والد/والدہ کی معلومات** آپ کو اپنے پاس موجود کوئی بھی معلومات فراہم کرنا ہوں گی: نام، پتہ، سوشل سیکیورٹی نمبر، تاریخ پیدائش، ملازمت	تنخواہ کے اسٹبز ٹیکس ریٹرنز سوشل سیکیورٹی یا VA ریکارڈز مانیٹری ڈٹرمینیشن (مالیاتی تعین کے) لیٹرز ID کارڈز (ہیلتھ انشورنس) ڈرائیونگ لائسنس یا رجسٹریشن	

اہلیت کا عنصر	**اس عنصر کو ثابت کرنے کے لیے، درج ذیل میں سے ایک فراہم کریں:**
سوشل سیکیورٹی نمبر (عوامی معاونت، SNAP فوائد اور Medicaid کے لیے۔ **فقط**، آپ کو اپنے سوشل سیکورٹی نمبر (SSN) کا ثبوت فراہم کرنے کی ضرورت **نہیں** ہے سوائے اس کے کہ آپ جو SSN فراہم کریں وہ SSA کے ریکارڈز کے مطابق نہ ہو یا ایجنسی کے ذریعہ اس کی تصدیق نہ ہو سکے)۔	سوشل سیکیورٹی کارڈ SSA سے سرکاری خط و کتابت ایسے غیر شہری جو صرف ہنگامی علاج کے لیے Medicaid کے خواہاں ہیں یا ایسی حاملہ خواتین جو صرف Medicaid کے لیے درخواست دہندگان ہیں کے لیے کسی سوشل سیکورٹی نمبر کی ضرورت نہیں ہے۔
شہریت یا موجودہ غیر ملکی شہری کی **حیثیت** – امریکی شہری عوامی معاونت، SNAP اور Medicaid کے لیے اہل ہیں۔ عوامی معاونت، SNAP اور Medicaid کا اہل ہونے کی خاطر غیر ملکی شہریوں کے لیے اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت والا ہونا لازمی ہے۔ امیگریشن کا اسٹیٹس حاملہ خواتین یا Child Health Plus B کے لیے درخواست دینے والے تارکین وطن بچوں کے لیے اہلیت کا عنصر نہیں ہے۔ غیر دستاویزی تارکین وطن اور عارضی غیر تارکین وطن صرف ہنگامی طبی حالت کے علاج کے لیے اہل ہیں۔	برتھ سرٹیفکیٹ بیپٹیسمل سرٹیفکیٹ اسپتال کے ریکارڈز امریکی پاسپورٹ ملٹری سروس ریکارڈز نیچرلائزیشن سرٹیفکیٹ USCIS دستاویزات 72/1/1 کے پہلے سے مسلسل امریکی رہائش کا ثبوت
☐ **کمائی ہوئی آمدنی** آجر سے ☐ ذاتی روزگار سے ☐ کرایہ یا کمرے/بورڈ کی آمدنی	حالیہ اجرت کے اسٹبز تنخواہ کے لفافے لیٹر ہیڈ پر، فی گھنٹہ اجرت کی شرح؛ فی ہفتہ کام کیے گئے گھنٹے؛ پہلی اجرت کی تاریخ، اگر نئے ہیں اور آجر کا فون نمبر، آجر سے رابطہ کاروباری ریکارڈز ٹیکس ریکارڈز ذاتی کاروبار کی آمدنی اور اخراجات سے متعلق ریکارڈز اور متعلقہ مواد حالیہ انکم ٹیکس ریٹرن حالیہ کنٹری بیوشن چیک رومر، بورڈر، کرایہ دار کا اسٹیٹمنٹ انکم ٹیکس کے ریکارڈز
☐ **آمدنی جو کمائی نہیں گئی** چائلڈ سپورٹ ☐ بے روزگاری بیمہ کے فوائد (UIB) ☐ سوشل سیکورٹی کے فوائد (بشمول SSI) ☐ سابق فوجیوں کے فوائد	فیملی کورٹ کا اسٹیٹمنٹ سپورٹ کی ادائیگی کرنے والے شخص کا اسٹیٹمنٹ چیک اسٹبز حالیہ ایورڈ سرٹیفیکیٹ حالیہ بینیفٹ چیک NYS محکمہ لیبر کے ساتھ سرکاری خط و کتابت موجودہ ایوارڈ سرٹیفیکیٹ موجودہ فائدے کا چیک SSA سے رسمی خط وکتابت حالیہ ایوارڈ سرٹیفیکیٹ حالیہ بینیفٹ چیک VA سے سرکاری خط و کتابت

اہلیت کا عنصر	اس عنصر کو ثابت کرنے کے لیے، درج ذیل میں سے ایک فراہم کریں:
آمدنی جو کمائی نہیں گئی (جاری)	
☐ ملازمین کا معاوضہ	ایورڈ لیٹر چیک اسٹب
☐ تعلیمی عطیات اور قرضے	اسکول کا اسٹیٹمنٹ بینک اسٹیٹمنٹ ایورڈ لیٹر
☐ سود/ڈیویڈنڈز/رائلٹیز	بینک یا کریڈٹ یونین کا اسٹیٹمنٹ بروکر/ایجنٹ کا اسٹیٹمنٹ
☐ پرائیویٹ پنشن/انیوئٹی	حالیہ ایورڈ لیٹر حالیہ بینیفٹ چیک ذرائع آمدن سے سرکاری خط و کتابت
☐ دیگر	
☐ **وسائل**	گھرانے کا اسٹیٹمنٹ نرسنگ ہوم کا اسٹیٹمنٹ
☐ بینک اکاؤنٹس: چیکنگ، بچتیں، رٹائرمنٹ (IRA اور کیوگ)	حالیہ بینک ریکارڈز حالیہ کریڈٹ یونین ریکارڈز
☐ اسٹاکس، بانڈز، سرٹیفکیٹس	اسٹاک سرٹیفکیٹ بانڈز مالی ادارے کا اسٹیٹمنٹ
☐ لائف انشورنس	انشورنس پالیسی انشورنس کمپنی کا اسٹیٹمنٹ
☐ برئیل ٹرسٹ یا فنڈ برئیل پلاٹ یا فینورل ایگریمنٹ	بینک ریکارڈز تدفین کا معاہدہ برئیل پلاٹ ڈیڈ فینورل ڈائریکٹر کا اسٹیٹمنٹ
☐ انکم ٹیکس ریفنڈ یا ارنڈ انکم ٹیکس کریڈٹ (earned income tax credit, EITC)	ٹیکس ری فنڈ ٹیکس آفس کا اسٹیٹمنٹ
☐ رہائش کے علاوہ غیر منقولہ جائیداد	ڈیڈ رئیل اسٹیٹ بروکر کا بیان بروکر کی جانب سے موجودہ قدر کا اندازہ/تخمینہ
☐ موٹر وہیکل	رجسٹریشن (پرانے ماڈلز) ملکیت کا ٹائٹل ڈیلر کی جانب سے موجودہ قدر کا اندازہ فنانسنگ ڈیٹا
☐ یک مشت ادائیگی	ادائیگی کے ذریعے کا اسٹیٹمنٹ

اہلیت کا عنصر	اس عنصر کو ثابت کرنے کے لیے، درج ذیل میں سے ایک فراہم کریں:
☐ دیگر ____________	
☐ **پناہ گاہ کے اخراجات** آپ کو یہ ثابت کرنا ہو گا کہ آپ جہاں رہتے ہیں وہاں رہنے کے لیے آپ کا کتنا خرچ ہوتا ہے (آپ کو شلٹر کے اخراجات کے **ہر** آئٹم کے لیے علیحدہ دستاویزات فراہم کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔) **Medicaid کے لیے شیلٹر کے اخراجات کی کاغذی ثبوت کی ضرورت نہیں ہے۔**	حالیہ کرائے کی رسید حالیہ لیز مارگیج بک/ریکارڈز پراپرٹی اور اسکول ٹیکس ریکارڈز مالک مکان کا اسٹیٹمنٹ نکاسی اور پانی کے بل گھر کے مالک کے انشورنس ریکارڈ ایندھن کے بلز غیر حرارتی یوٹیلیٹیز کے بل ٹیلیفون بلز
☐ **میڈیکل کے بلز**	میڈیکل بلز کی کاپیاں (ادا شدہ اور غیر ادا شدہ)
☐ **صحت کا بیمہ** اگر آپ یا کسی درخواست دہندہ کے پاس ہیلتھ انشورنس کوریج ہے (چاہے کسی اور کی جانب سے ادائیگی کی جاتی ہو) تو آپ کو یہ ثابت کرنا ہو گا۔	انشورنس پالیسی انشورنس کارڈ کوریج فراہم کنندہ کا اسٹیٹمنٹ **Medicare** کارڈ
☐ **معذور/نااہل/حاملہ** اگر آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی بیمار یا حاملہ ہے تو آپ کو ثبوت فراہم کرنا ہو گا۔	طبی پیشہ ور کا اسٹیٹمنٹ جس میں حمل اور متوقع تاریخ پیدائش کی تصدیق کی گئی ہو میڈیکل پروفیشنل کا اسٹیٹمنٹ معذوری یا نابینا پن کے لیے SSA یا SSI فوائد کا ثبوت
☐ **غیر ادا شدہ بلز** کرایہ، یوٹیلیٹی	ہر بل کی کاپی جس میں واجب الادا رقم، خدمات کی مدت اور فراہم کنندہ درج ہوں
☐ **ریفرل** ڈرگ/ الکحل ٹریٹمنٹ پروگرام ☐ ایمپلائمنٹ سروس	علاج فراہم کنندہ کا اسٹیٹمنٹ ایمپلائمنٹ سروس کا اسٹیٹمنٹ
☐ **دیگر اخراجات/ ڈیپنڈنٹ کی نگہداشت کی لاگت** آپ کو ثابت کرنا ہوگا کہ آیا آپ **عدالتی** حکم کے تحت سپورٹ، بچہ کی نگہداشت، مکرر قرضوں، یا گھر پر صحت معاون یا خدمت گار کی خدمات کے لیے ادائیگی کرتے ہیں۔	کورٹ آرڈر ڈے کیئر سنٹر یا بچوں کی نگہداشت کے دیگر فراہم کنندہ کا اسٹیٹمنٹ معاون یا خدمتگار کے منسوخ شدہ چیکس یا رسیدوں کی اسٹیٹمنٹ
☐ **اسکول میں حاضری** آپ کو ثابت کرنا ہو گا کہ اسکول میں کون ہے	اسکول ریکارڈز (موجودہ رپورٹ کارڈ) اسکول/یا اعلیٰ تعلیمی ادارے کا اسٹیٹمنٹ
☐ **دیگر:**	