নিম্নলিখিতগুলোর জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেটের পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্ম সম্পন্ন করার নির্দেশনাসমূহ:

- সরকারি সহায়তা
- সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি
- MEDICAID এবং সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি
- MEDICAID এবং সরকারি সহায়তা

যদি আপনি অন্ধ বা গুরুতরভাবে দৃষ্টি প্রতিবন্ধী হন এবং একটি আবেদনের/পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্ম বা এসব নির্দেশনা বিকল্প কোনো ফরম্যাটে প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনি আপনার সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের ("ডিস্ট্রিক্ট") কাছে সেগুলোর জন্য অনুরোধ করতে পারেন। নিম্নলিখিত বিকল্প বিন্যাসগুলি উপলব্ধ:

- বড় ছাপার অক্ষরে
- ডাটা ফরম্যাট (স্ক্রিন রিডারে অ্যাক্সেসযোগ্য ইলেক্ট্রনিক ফাইল)
- অডিও ফরম্যাট (নির্দেশাবলী বা আবেদন/পুনঃপ্রত্যয়নের প্রশ্নগুলির একটি অডিও ট্রান্সক্রিপশন)
- ব্রেইল, যদি আপনি নিশ্চিত করেন যে উপরোক্ত বিকল্প ফরম্যাটগুলোর কোনোটিই আপনার জন্য ফলপ্রসূ হবে না

এছাড়াও আবেদন/পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্ম এবং নির্দেশনাগুলো বড় হাতের অক্ষরে, ডাটা ফরম্যাট এবং অডিও ফরম্যাটে www.otda.ny.gov অথবা www.health.ny.gov ঠিকানা থেকে ডাউনলোড করা যাবে। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে আবেদন/পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্মগুলি কেবল তথ্যগত উদ্দেশ্যে অডিও ফরম্যাট এবং ব্রেইলে উপলব্ধ। পুনঃপ্রত্যয়ন করার জন্য, আপনাকে অবশ্যই লিখিত, বিকল্পহীন ফরম্যাটে একটি পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্ম জমা দিতে হবে।

যদি আপনার এমন কোনো অক্ষমতা থাকে যা আপনাকে এই পুনঃপ্রত্যয়ন সম্পূর্ণ করা থেকে এবং/অথবা সাক্ষাতকার প্রদানের জন্য অপেক্ষা করা থেকে বিরত রাখে, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার ডিস্ট্রিক্টকে অবহিত করুন। ডিস্ট্রিক্ট আপনার চাহিদা পূরণ করতে একটি যুক্তিসঙ্গত সুবিধা প্রদান করার জন্য যথাসাধ্য চেষ্টা করবে।

যদি আপনার অন্য কোনো সুযোগ-সুবিধা প্রয়োজন হয় অথবা এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্মটি সম্পন্ন করার ক্ষেত্রে সাহায্য প্রয়োজন হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার ডিস্ট্রিক্টে যোগাযোগ করুন। আমরা আপনাকে পেশাদার এবং সম্মানজনকভাবে সহায়তা ও সমর্থন করতে প্রতিশ্রুতিবদ্ধ।

পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্মটি সম্পূর্ণ করার জন্য পরামর্শ

পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্মে যেখানেই আপনি "সরকারি সহায়তা" (Public Assistance) বা "PA" দেখতে পাবেন, এটির অর্থ হলো "পারিবারিক সহায়তা" (Family Assistance) এবং/অথবা "নিরাপত্তা জাল সহায়তা" (Safety Net Assistance)। আমরা উভয় কর্মসূচিকে "সরকারি সহায়তা" বলে থাকি। PA এবং এই পুনঃপ্রত্যয়ন ব্যবহার করে আপনি অন্য যেসব কর্মসূচির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করতে পারবেন সেগুলো অভাবী লোকজনকে অস্থায়ী সাহায্য প্রদান করার জন্য তৈরি করা হয়েছে। নির্দিষ্ট কিছু কর্মসূচি আপনি কত দিন পর্যন্ত সাহায্য পেতে পারেন তা সীমিত করে দেয়, তাই আপনার জন্য যত তাড়াতাড়ি সম্ভব স্বনির্ভরতা অর্জন করা গুরুত্বপূর্ণ। ডিস্ট্রিক্ট আপনাকে স্বনির্ভরতা অর্জনে সাহায্য করার জন্য পাশে আছে। এটা করার জন্য, আমাদেরকে অবশ্যই আপনি কে এবং আপনার কী প্রয়োজন তা জানতে হবে। একারণেই আপনাকে অবশ্যই একটি পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্ম পূরণ করতে হবে।

পুনঃপ্রত্যয়ন প্রক্রিয়ার অংশ হিসেবে, ডিস্ট্রিক্ট আপনাকে আপনার নিজের সম্পর্কে এবং আপনি যেসব ব্যক্তির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন তাদের সম্পর্কে তথ্য প্রদান করতে বলবে এবং সেই তথ্য যাচাই করবে। এসব নির্দেশনার শেষে থাকা প্রয়োজনীয় কাগজপত্রের একটি তালিকা থেকে আপনার কোন ধরনের তথ্য প্রদান করার প্রয়োজন হতে পারে এবং কোন ধরনের ডকুমেন্ট এই তথ্য যাচাই করতে পারবে তা দেখা যাবে। উদাহরণস্বরূপ, আপনি কে তা প্রমাণ করার জন্য, আপনি ছবিযুক্ত পরিচয়পত্র, ড্রাইভিং লাইসেন্স, যুক্তরাষ্ট্রের পাসপোর্ট, ন্যাচারালাইজেশন সার্টিফিকেট, হাসপাতাল বা ডাক্তারের রেকর্ড, বা দত্তক নেওয়ার কাগজপত্র প্রদান করতে পারেন। সেইসাথে, পুনঃপ্রত্যয়ন প্রক্রিয়ার অংশ হিসেবে ডিস্ট্রিক্ট আপনার সাক্ষাতকার গ্রহণ করবে। যেখানে সম্ভব সেখানে ডিস্ট্রিক্ট একাধিক কর্মসূচির জন্য সম্মিলিতভাবে সাক্ষাতকার গ্রহণ করতে পারে।

আপনাকে সাহায্য করার জন্য এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্ম এবং এসব নির্দেশনায় নম্বর দেওয়া আছে। অনুগ্রহ করে পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্মটি পূরণ করার সময় নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মনে রাখবেন:

- **অনুগ্রহ করে বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।**
- **ধূসর অংশে লিখবেন না।**
- **আপনি যে ব্যক্তির(ব্যক্তিবর্গের) জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন তার জন্য প্রাসঙ্গিক প্রতিটি সেকশন পূরণ করতে ভুলবেন না।**
- **সবসময় আইনি নাম ব্যবহার করুন, যদি অন্য কোনো নির্দেশনা দেওয়া হয়।**
- **যদি আপনি কোনো ব্যক্তির প্রতিনিধি হিসেবে পুনঃপ্রত্যয়ন করেন, তাহলে অনুগ্রহ করে সেই ব্যক্তি সম্পর্কে তথ্য দিন, আপনার সম্পর্কে নয়। আপনি এবং আপনি যে ব্যক্তির প্রতিনিধিত্ব করছেন উভয়েই এই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের শেষ পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করেছেন তা নিশ্চিত করুন।**
- **এই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের কোনো অংশ কিভাবে সম্পন্ন করতে হবে সে ব্যাপারে আপনি অনিশ্চিত হলে, আপনার ডিস্ট্রিক্টের কাছে সাহায্য চান।**

LDSS-3174, "নির্দিষ্ট কিছু সুবিধা এবং পরিষেবার জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেটে পুনঃপ্রত্যয়ন"-এর পাশাপাশি নিম্নলিখিত তথ্যমূলক পুস্তিকার কপি আপনার কাছে রাখতে ভুলবেন না, যেগুলো ডিস্ট্রিক্টে অথবা www.otda.ny.gov ঠিকানায় পাওয়া যাবে:

- **LDSS-4148A: "বই 1: আপনার অধিকার এবং দায়িত্বসমূহ সম্পর্কে আপনার যা জানা উচিত"**
- **LDSS-4148B: "বই 2: সামাজিক পরিষেবা কর্মসূচিসমূহ সম্পর্কে আপনার যা জানা উচিত"**
- **বই 1, LDSS-4148A এবং বই 2, LDSS-4148B-এর সম্পূরক: "Medicaid কর্মসূচির গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তনসমূহ"**
- **LDSS-4148C: "বই 3: যদি আপনার কোনো জরুরি অবস্থা থাকে তাহলে আপনার যা জানা উচিত"**

পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের মলাট

যদি আপনি অন্ধ বা গুরুতরভাবে দৃষ্টি প্রতিবন্ধী হন, তাহলে আপনি যেসব কর্মসূচিতে পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন সেগুলো সম্পর্কে একটি বিকল্প ফরম্যাটে নোটিশ পাওয়া বেছে নিতে পারেন। বিকল্প ফরম্যাটগুলো বড় ছাপার অক্ষরে, ডাটা CD, অডিও CD, বা ব্রেইল হিসেবে পাওয়া যায়, যদি আপনি ঘোষণা করেন যে অন্যান্য বিকল্প ফরম্যাটের কোনোটিই আপনার জন্য ফলপ্রসূ হবে না।

যদি আপনি অন্ধ বা গুরুতরভাবে দৃষ্টি প্রতিবন্ধী হন, তাহলে আপনি কি কোনো বিকল্প ফরম্যাটে লিখিত নোটিশ পেতে চান? যদি আপনি অন্ধ বা গুরুতরভাবে দৃষ্টি প্রতিবন্ধী হন, তাহলে আপনি যেসব কর্মসূচিতে(কর্মসূচিগুলিতে) পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন সেগুলো সম্পর্কে একটি বিকল্প ফরম্যাটে নোটিশ পেতে চান কিনা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে আপনি কোন ধরনের ফরম্যাটে পেতে চান সেটিতে টিকচিহ্ন দিন: যদি আপনি অন্ধ বা গুরুতরভাবে দৃষ্টি প্রতিবন্ধী হন এবং আপনি যেসব কর্মসূচিতে(কর্মসূচিগুলিতে) পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন সেগুলো সম্পর্কে একটি বিকল্প ফরম্যাটে নোটিশ পেতে চান, তাহলে আপনি যে ধরনের ফরম্যাট পছন্দ করেন সেটিতে টিকচিহ্ন (✓) দিন: বড় ছাপার অক্ষরে, ডাটা CD, অডিও CD, বা ব্রেইল। যদি আপনি ঘোষণা করেন যে বিকল্প ফরম্যাটগুলোর কোনোটিই আপনার জন্য ব্রেইলের মতো ফলপ্রসূ হবে না, তাহলে বিকল্প ফরম্যাট হিসেবে ব্রেইল পাওয়া যাবে।

যদি আপনার অন্য কোনো সুযোগ-সুবিধা প্রয়োজন হয় অথবা এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্মটি সম্পন্ন করার ক্ষেত্রে সাহায্য প্রয়োজন হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার ডিস্ট্রিক্টে যোগাযোগ করুন।

পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের পৃষ্ঠা 1

সেকশন 1: আপনি অথবা পরিবারের কোনো সদস্য যেসব কর্মসূচিতে পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন সেগুলোর প্রত্যেকটিতে টিক চিহ্ন দিন

আপনি অথবা পরিবারের কোনো সদস্য যেসব কর্মসূচির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করতে চান সেগুলোর প্রতিটিতে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

Medicaid-এর মধ্যে Medicaid কর্মসূচি, প্রতিবন্ধী কর্মজীবী লোকজনের জন্য Medicaid বাই-ইন, এবং পরিবার পরিকল্পনা বেনিফিট (Family Planning Benefit) কর্মসূচি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। এই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের যেখানেই আপনি "MA" দেখতে পাবেন, এটির অর্থ হলো "Medicaid", যেটি আগে "মেডিকেল সহায়তা" (Medical Assistance) নামে পরিচিত ছিল। যদি আপনি একই সময়ে সরকারি সহায়তা (PA) অথবা সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) পুনঃপ্রত্যয়নের জন্য আবেদন করেন, তাহলেই কেবল আপনি এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্মটি ব্যবহার করে MA-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করতে পারবেন। যদি আপনি Medicaid এবং SNAP-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করতে চান, তাহলে "Medicaid (MA) এবং SNAP" বক্সে টিকচিহ্ন (✓) দিন। যদি আপনি Medicaid এবং PA-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করতে চান, তাহলে "Medicaid (MA) এবং PA" বক্সে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

যদি আপনি শুধু MA-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করতে চান, তাহলে আপনি আরো তথ্যের জন্য অথবা পুনঃপ্রত্যয়ন করতে অনলাইনে https://nystateofhealth.ny.gov/ ঠিকানায় যেতে পারেন এবং/অথবা 1-855-355-5777 নম্বরে ফোন করতে পারেন। আপনি শুধু MA-এর জন্য ব্যবহৃত কাগজের আবেদনপত্র, ফর্ম DOH-4220 ব্যবহার করতে পারেন, যেটি আপনার কর্মী আপনাকে প্রদান করতে পারেন, অথবা 1-800-541-2831 নম্বরে MA হেল্পলাইনে ফোন করতে পারেন। যদি আপনি শুধু মেডিকেয়ার সেভিংস প্রোগ্রামের (Medicare Savings Program, MSP) পুনঃপ্রত্যয়নের জন্য আবেদন করতে চান, তাহলে আপনাকে অবশ্যই ফর্ম DOH-4328 ব্যবহার করে আবেদন করতে হবে, যেটি আপনার কর্মী আপনাকে প্রদান করতে পারেন। যদি আপনার ব্যক্তিগত পরিচর্যা পরিষেবা পাওয়ার তাৎক্ষণিক প্রয়োজন থাকে, তাহলে আপনার DOH-4220 MA আবেদন ফরমটি ব্যবহার করে পৃথকভাবে MA-এর জন্য আবেদন করা উচিত।

সেকশন 2

আপনার মূল ভাষা কী? আপনি কোন ভাষা সবচেয়ে বেশি ব্যবহার করেন তা নির্দেশ করতে "ইংরেজি", "স্প্যানিশ", বা "অন্যান্য" ঘরে টিকচিহ্ন (✓) দিন। যদি আপনি "অন্যান্য" ঘরে টিকচিহ্ন (✓) দেন, তাহলে আপনার পছন্দের ভাষাটি বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।

আপনি কি বিজ্ঞপ্তি পেতে চান: আপনি যেসব কর্মসূচিতে পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন সেগুলো সম্পর্কে আপনি নোটিশ পাবেন। আপনি এসব নোটিশ যে ভাষায় পেতে চান তা নির্দেশ করতে "শুধু ইংরেজি" অথবা "ইংরেজি ও স্প্যানিশ" ঘরে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

সেকশন 3: প্রাপকের তথ্য

নাম: আপনার নামের প্রথমাংশ, মধ্যম নামের আদ্যক্ষর, নামের শেষাংশ স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

বৈবাহিক অবস্থা: আপনি বর্তমানে অবিবাহিত, বিবাহিত, বিধবা/বিপত্নীক, আইনিভাবে পৃথক বা ডিভোর্সী কিনা তা স্পষ্টাক্ষরে লিখুন। যদি আপনার কখনো বিয়ে হয়ে থাকে, তাহলে উপযুক্ত অবস্থাটি বড় হাতের অক্ষরে লিখুন, "অবিবাহিত" ("single") লিখবেন না।

ফোন নম্বর: আপনার ফোন নম্বর স্পষ্টাক্ষরে লিখুন, যদি থাকে।

মোবাইল নম্বর?: "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিয়ে এটি মোবাইল নম্বর কিনা তা নির্দেশ করুন।

বাড়ির ঠিকানা: সড়কের ঠিকানা: আপনি যেখানে বসবাস করেন সেখানের হাউস বা বিল্ডিং নম্বর, স্ট্রিট, এভিনিউ, রোড, ইত্যাদি স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর: প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, আপনার অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।
সিটি: আপনি যে সিটিতে বাস করেন সেটির নাম বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।
কাউন্টি: আপনি যে কাউন্টিতে বাস করেন সেটির নাম বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।
স্টেট: আপনি যে স্টেটে বাস করেন সেটির নাম বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।
জিপ কোড: আপনার ঠিকানার জিপ কোড স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

প্রযত্নের নাম: যদি অন্য কেউ আপনার জন্য আপনার চিঠি গ্রহণ করেন, তাহলে সেই ব্যক্তির নাম বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: যদি আপনি যেখানে বাস করছেন সেখানে ছাড়া অন্য কোনো স্থানে আপনার চিঠি পেয়ে থাকেন, তাহলে এই লোকেশনের সড়কের ঠিকানা (এবং প্রযোজ্য ক্ষেত্রে অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর) বা পোস্ট অফিস বক্স, সিটি, কাউন্টি, স্টেট এবং জিপ কোড স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

আপনার বর্তমান ঠিকানায় আপনি কত দিন ধরে বাস করছেন?: আপনার বর্তমান ঠিকানায় আপনি কত বছর এবং মাস ধরে বসবাস করছেন সেই সংখ্যা স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

এটি কি কোনো শেল্টার?: আপনি যে স্থানে বসবাস করছেন সেটি কি কোনো শেল্টার বা আশ্রয়কেন্দ্র কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করা যাবে এমন আরেকটি ফোন নম্বর: আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করা যাবে এমন আরেকটি ফোন নম্বর স্পষ্টাক্ষরে লিখুন, যদি থাকে।

ইমেইল ঠিকানা (ঐচ্ছিক): ইমেইলের মাধ্যমে আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করার জন্য ডিস্ট্রিক্টকে অনুমতি দিতে আপনার ইমেইল ঠিকানা স্পষ্টাক্ষরে লিখুন। **আবেদন করার জন্য ইমেইল ঠিকানা প্রদান করা আবশ্যক নয়।**

বর্তমান ঠিকানায় যাওয়ার দিকনির্দেশনা: আপনার বাড়ি কিভাবে খুঁজে নিতে হবে সে সম্পর্কিত দিকনির্দেশনা স্পষ্টাক্ষরে লিখুন। সাধারণভাবে পরিচিত বিখ্যাত স্থানগুলো ব্যবহার করুন।

আগের ঠিকানা: আপনার বর্তমান ঠিকানায় সরে আসার আগে আপনি যেখানে বসবাস করতেন সেই ঠিকানা স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

যদি আপনি বর্তমানে গৃহহীন হয়, তাহলে এখানে টিকচিহ্ন দিন: যদি আপনার বসবাস করা মতো কোনো স্থান না থাকে/কোনো ঠিকানা না থাকে, তাহলে এই ঘরে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

আবেদনকারীকে সহায়তাকারী সংস্থা/যোগাযোগের ব্যক্তি: যদি কেউ আপনাকে পুনঃপ্রত্যয়ন করার জন্য সাহায্য করে, তাহলে সেই ব্যক্তির নাম, তাদের সংস্থা, যদি থাকে, এবং সেই ব্যক্তির ফোন নম্বর স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

আপনার কি এই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের MEDICAID অংশ এবং কোনো MEDICAID কভারেজ পাওয়ার সম্ভাব্য বিষয়টি গোপন রাখা প্রয়োজন? আপনার পুনঃপ্রত্যয়ন এবং/অথবা যেকোনো Medicaid কভারেজ প্রাপ্তির ব্যাপারে যোগাযোগের কথা গোপন রাখার প্রয়োজন আছে কিনা তা এই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মে নির্দেশ করতে এবং/অথবা আপনার কর্মীকে বলার জন্য "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

আপনার আবেদন বা সর্বশেষ পুনঃপ্রত্যয়নের পর থেকে যে জিনিসগুলি পরিবর্তিত হয়েছে সেগুলি তালিকাবদ্ধ করুন: আপনার আবেদন বা সর্বশেষ পুনঃপ্রত্যয়নের পর থেকে কোনো বিষয়ে কোনো পরিবর্তন হয়ে থাকলে সেগুলি তালিকাবদ্ধ করুন, যেমন ঠিকানার পরিবর্তন, নতুন সন্তান, আয়ের পরিবর্তন, একটি চাকরি হারানো, ইত্যাদি।

সেকশন 4: যদি আপনি SNAP-এর জন্য পুনরায় আবেদন করেন

এই পুনঃপ্রত্যয়নের বিভাগ 4-এর বিবৃতিটি পড়ুন এবং যদি এটি আপনার জন্য অথবা আপনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন এমন কোনো ব্যক্তির জন্য প্রযোজ্য

হলে বিবৃতিটির নিচে স্বাক্ষর করুন এবং তারিখ দিন। যদি এই সেকশন সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে ডিস্ট্রিক্টের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

সেকশন 5: এগুলোর কোনোটি কি আপনার জন্য প্রযোজ্য?

আপনার জন্য অথবা আপনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন এমন কোনো ব্যক্তির জন্য প্রযোজ্য প্রতিটি পরিস্থিতিতে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের পৃষ্ঠা 2

সেকশন 6: পরিবারের তথ্য

নাম: আপনার সঙ্গে বসবাসকারী প্রত্যেকের নামের প্রথমাংশ, মধ্যম নামের আদ্যক্ষর, নামের শেষাংশ স্পষ্টাক্ষরে লিখুন, ***এমনকি যদি তারা পুনঃপ্রত্যয়ন নাও করেন।*** তালিকার প্রথমে আপনার নিজের নাম লিখুন।

এই ব্যক্তি যেটির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন: প্রত্যেক ব্যক্তি কোন ধরনের সহায়তার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন সেটিতে টিকচিহ্ন (✓) দিন: সরকারি সহায়তার জন্য PA, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির জন্য SNAP, Medicaid-এর জন্য MA।

জন্মতারিখ: ***পুনঃপ্রত্যয়নকারী*** প্রত্যেক ব্যক্তির জন্মতারিখ স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

লিঙ্গ ও লিঙ্গ পরিচয়: নিউ ইয়র্ক স্টেট লিঙ্গ, লিঙ্গ পরিচয়, বা অভিব্যক্তি নির্বিশেষে স্টেটের বেনিফিট এবং/অথবা পরিষেবাগুলো আপনার অ্যাক্সেস করার অধিকার নিশ্চিত করে। আপনাকে অবশ্যই আপনার লিঙ্গ এবং পরিবারের সকল সদস্যের লিঙ্গ পুরুষ, মহিলা, বা "X" হিসেবে রিপোর্ট করতে হবে। অনুগ্রহ করে পুরুষের জন্য "M", মহিলার জন্য "F", অথবা নন-বাইনারি বা অন্য পরিচয়ের জন্য "X" নির্দেশ করুন. আপনার অ্যাপ্লিকেশন প্রক্রিয়া করার জন্য আপনি যে লিঙ্গ প্রতিবেদন করেছেন তার প্রয়োজন। এটি আপনি যে সুবিধা কার্ড পেতে যাচ্ছেন সেখানে লেখা থাকবে না অথবা অন্য কোন সাধারণের জন্য উন্মুক্ত এমন কোনো নথিতে থাকবে না।

লিঙ্গ পরিচয় হল আপনি আপনাকে কীভাবে দেখেন এবং আপনি আপনাকে কী বলে ডাকেন। আপনার লিঙ্গ পরিচয় আপনার জন্মের সময় নির্ধারিত লিঙ্গ বা জেন্ডারের অনুরূপ বা ভিন্ন হতে পারে। এই আবেদনের জন্য লিঙ্গ পরিচয় প্রয়োজনীয় নয়। যদি আপনার লিঙ্গ পরিচয়, অথবা আপনার পরিবারের অন্য কোনো সদস্যের লিঙ্গ পরিচয় সেই ব্যক্তির জন্য আপনার রিপোর্টকৃত লিঙ্গের চেয়ে ভিন্ন হয় এবং আপনি সেই ব্যক্তির লিঙ্গ পরিচয় উল্লেখ করতে চান, তাহলে প্রদত্ত জায়গায় "পুরুষ", "মহিলা", "নন বাইনারি," "X," "ট্রান্সজেন্ডার," "অথবা "ভিন্ন পরিচয়" উল্লেখ করুন। যদি আপনি "ভিন্ন পরিচয়" লেখেন, তাহলে আপনি প্রদত্ত স্থানে সেই ব্যক্তির লিঙ্গ পরিচয় সম্পর্কে আরো বিস্তারিত তথ্য প্রদান করতে পারেন। এই তথ্য প্রদান স্বেচ্ছামূলক। এটি আবেদনকারী ব্যক্তির উপযুক্ততা অথবা প্রাপ্ত বেনিফিটের মাত্রাকে প্রভাবিত করবে না।

আপনার সাথে সম্পর্ক: প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য, আপনার সঙ্গে তার সম্পর্ক বড় হাতের অক্ষরে লিখুন (উদাহরণস্বরূপ: স্বামী বা স্ত্রী, পুত্র, ফস্টার চাইল্ড, বন্ধু, রুমমেট, বোর্ডার, ইত্যাদি)।

পরিবারের <u>পুনঃপ্রত্যয়নকারী</u> সদস্যদের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: পুনঃপ্রত্যয়নকারী প্রত্যেক ব্যক্তির সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর স্পষ্টাক্ষরে লিখুন ***যদি না সেই ব্যক্তি Medicaid-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী একজন গর্ভবতী মহিলা হন।***

সম্পন্ন করা সর্বোচ্চ স্কুল গ্রেড: ***পুনঃপ্রত্যয়নকারী*** প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য সম্পূর্ণ করা সর্বোচ্চ স্কুল গ্রেড (1 থেকে 12) লিখুন। যদি 12 বছরের বেশি হয়, তাহলে 13 লিখুন।

এই ব্যক্তি কি (অপ্রাপ্তবয়স্ক শিশু সহ) আপনার সঙ্গে খাবার কেনেন বা প্রস্তুত করেন? আপনার সঙ্গে বসবাস করছেন এমন প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য এই প্রশ্নের "হ্যাঁ" অথবা "না" উত্তরে টিকচিহ্ন (✓) দেওয়া গুরুত্বপূর্ণ, তারা পুনঃপ্রত্যয়ন করুক বা না করুক। কখনো কখনো, যেসব ব্যক্তি পৃথকভাবে খাবার কেনেন এবং প্রস্তুত করেন তারা বেশি SNAP বেনিফিট পেতে পারেন।

আপনি অথবা আপনার পরিবারের যেকোনো ব্যক্তি যেসব পারিবারিক নামে বা অন্য নামে পরিচিত সেগুলোর তালিকা দিন: এই সেকশনে তালিকাভুক্ত যেকোনো ব্যক্তির ব্যবহার করা যেকোনো পারিবারিক নাম, পূর্বের কোনো বিবাহের ফলে পাওয়া নাম, অথবা অন্য নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন। নামের প্রথমাংশ, মধ্যম নামের আদ্যক্ষর (M.I.), এবং নামের শেষাংশ অন্তর্ভুক্ত করুন।

সেকশন 7: পরিবারের সদস্যবৃন্দে পরিবর্তন

গত বছরে আপনার পরিবারে এলে বা পরিবার থেকে চলে গেলে এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করুন।

পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের পৃষ্ঠা 3

সেকশন 8: জাতি/জাতিগত উৎপত্তি

এই তথ্য প্রদান স্বেচ্ছামূলক। এটি আবেদনকারী ব্যক্তিদের যোগ্যতা বা প্রাপ্ত সুবিধাগুলির স্তরকে প্রভাবিত করবে না। এই তথ্যের জন্য অনুরোধ করার কারণ হলো বেনিফিটগুলো জাতি, বর্ণ, বা জাতীয় উৎস নির্বিশেষে বন্টন হওয়ার বিষয়টি নিশ্চিত করা। যদি আপনি এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করেন, তাহলে অনুগ্রহ করে পুনঃপ্রত্যয়নকারী প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য সেই ব্যক্তি হিস্প্যানিক এবং/অথবা ল্যাটিনো কিনা তা নির্দেশ করতে "H" কলামে "হ্যাঁ"-এর জন্য "Y" লিখুন। প্রত্যেক ব্যক্তির জাতিগত পটভূমি নির্দেশ করতে প্রযোজ্য জাতির কলামে "হ্যাঁ"-এর জন্য "Y" লিখুন:

- H = হিস্পানিক বা ল্যাটিনো
- I = আমেরিকার আদিবাসী বা আলাস্কার আদিবাসী
- A = এশীয়
- B = কৃষ্ণাঙ্গ বা আফ্রিকান আমেরিকান
- P = হাওয়াই-এর আদিবাসী অথবা প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপপুঞ্জের অধিবাসী
- W = শ্বেতাঙ্গ
- U = অজানা

এই তথ্য প্রদান স্বেচ্ছামূলক। এটি পুনঃপ্রত্যয়নকারী ব্যক্তির(ব্যক্তিদের) যোগ্যতা বা প্রাপ্ত সুবিধাগুলির স্তরকে প্রভাবিত করবে না। এই তথ্যের অনুরোধ করার কারণ হল জাতি, বর্ণ বা জাতীয় উৎস বিবেচনা না করেই প্রোগ্রামের সুবিধাগুলি বিতরণ করা হয়েছে তা নিশ্চিত করা।

পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের পৃষ্ঠা 4

সেকশন 9: নাগরিকত্ব/সন্তোষজনক অভিবাসনগত স্থিতি সম্পন্ন অ-নাগরিক

যদি আপনি অথবা আপনার পরিবারের কেউ সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেন, তাহলে আপনাকে অবশ্যই পরিবারের *সবার* তালিকা দিতে হবে, এমনকি যদি তারা SNAP-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন না করেন তবুও। এছাড়াও আপনাকে অবশ্যই সরকারি সহায়তার (PA) জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী যেকোনো শিশুর সঙ্গে বসবাসকারী যেকোনো ভাই-বোন এবং বাবা-মায়ের তালিকা প্রদান করতে হবে। পুনঃপ্রত্যয়নকারী একজন ব্যক্তির আপনি এই বিভাগটি সম্পূর্ণ না করলে, সেই ব্যক্তি সহায়তা নাও পেতে পারেন।

নাম: যেসব ব্যক্তি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন অথবা যাদের নাম অবশ্যই তালিকায় থাকতে হবে তাদের প্রত্যেকের নামের প্রথমাংশ, মধ্যম নামের আদ্যক্ষর (MI), নামের প্রথমাংশ স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য হয় "নাগরিক/ন্যাশনাল" অথবা "অ-নাগরিক"-এ টিকচিহ্ন দিন: প্রত্যেক ব্যক্তির নামের পাশে, সেই ব্যক্তি যুক্তরাষ্ট্রের একজন নাগরিক, আমেরিকার আদিবাসী, অথবা ন্যাশনাল তা নির্দেশ করতে "নাগরিক/ন্যাশনাল" ঘরে, অথবা সেই ব্যক্তি যুক্তরাষ্ট্রের একজন নাগরিক, আমেরিকার আদিবাসী, অথবা ন্যাশনাল ***নন*** তা নির্দেশ করতে "অ-নাগরিক" ঘরে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

USCIS নম্বর (এলিয়েন রেজিস্ট্রেশন নম্বর) অথবা নন-সিটিজেন নম্বর: প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, উক্ত ব্যক্তির মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিকত্ব ও অভিবাসন পরিষেবার (Citizenship and Immigration Services, USCIS) নম্বর অথবা নন-সিটিজেন নম্বর প্রদান করুন।

সেকশন 10: প্রত্যয়ন

এই বিভাগের নিচের দিকে থাকা বিবৃতিগুলো মনোযোগ দিয়ে পড়ুন, এরপর নিম্নলিখিত যেকোনো কর্মসূচির জন্য ***পুনঃপ্রত্যয়নকারী*** প্রত্যেক ব্যক্তির নাগরিকত্ব অথবা সন্তোষজনক অভিবাসনগত স্থিতি সম্পন্ন অ-নাগরিক হওয়ার বিষয়টি প্রত্যয়িত করে প্রত্যয়নের তারিখ সহ স্বাক্ষর করুন। যদি পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তি যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক, আমেরিকার আদিবাসী, বা ন্যাশনাল না হন, তাহলে সেই ব্যক্তি যেসব কর্মসূচির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন এবং তার সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা সম্পন্ন অ-নাগরিক স্থিতি রয়েছে সেগুলোতে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

- সরকারি সহায়তা (Public Assistance, PA);
- সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (SNAP); এবং/অথবা
- Medicaid (MA)।

"সন্তোষজনক অ-নাগরিক স্ট্যাটাস" ("Satisfactory non-citizen status")-এর অর্থ হলো এমন অ-নাগরিক স্ট্যাটাস যেটির কারণে উক্ত ব্যক্তি কোনো কর্মসূচি থেকে সুবিধা পাওয়ার অযোগ্য গণ্য হন <u>না</u>। অনুগ্রহ করে লক্ষ করুন যে বিভিন্ন কর্মসূচির জন্য বিভিন্ন অ-নাগরিক স্ট্যাটাসের

শর্ত রয়েছে। LDSS-4148B, "বই 2: সামাজিক পরিষেবা কর্মসূচিসমূহ সম্পর্কে আপনার যা জানা উচিত," এবং LDSS-4148B-এর জন্য ইনসার্ট, "সামাজিক পরিষেবা কর্মসূচিসমূহ সম্পর্কে আপনার যা জানা উচিত (LDSS-4148B.1),"-এ সন্তোষজনক অ-নাগরিক স্ট্যাটাস সম্পর্কে আরো তথ্য রয়েছে। এছাড়াও আপনি আরো তথ্যের জন্য আপনার ডিস্ট্রিক্টের সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারেন।

পরিবারের যেকোনো প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য অথবা অনুমোদিত প্রতিনিধি পরিবারের পুনঃপ্রত্যয়নকারী সব সদস্যের জন্য প্রত্যয়নে স্বাক্ষর করতে পারবেন। উদাহরণস্বরূপ, নাগরিকত্ব অথবা সন্তোষজনক অ-নাগরিক স্ট্যাটাস *বিহীন* একজন বাবা বা মা নাগরিকত্ব অথবা সন্তোষজনক অ-নাগরিক স্ট্যাটাস *রয়েছে* এমন সন্তানের জন্য সার্টিফিকেশনে স্বাক্ষর করতে পারবেন। যদি পুনঃপ্রত্যয়নকারী পরিবারের কোনো সদস্যের বয়স 18 বছরের কম হয় (অথবা 18 বছর বা তার চেয়ে বেশি বয়সী হন কিন্তু কোনো মেডিকেল অক্ষমতা বা প্রতিবন্ধীত্বের কারণে নিজের নাম স্বাক্ষর করতে না পারেন), তাহলে পরিবারের 18 বছর বা তার চেয়ে বেশি বয়সী কোনো সদস্যকে *অবশ্যই* সেই ব্যক্তির জন্য স্বাক্ষর করতে হবে।

পরিবারের অন্য কোনো সদস্যের জন্য স্বাক্ষর করার সময় আপনার নিজের নাম স্বাক্ষর করুন। উদাহরণস্বরূপ, ম্যারি ডো, শিশু জনি ডো-এর জন্য স্বাক্ষর করার সময়, "ম্যারি ডো" স্বাক্ষর করবেন।

একটি ঘরে টিকচিহ্ন দেওয়া এবং এই প্রত্যয়নে স্বাক্ষর করার অর্থ হলো, মিথ্যা সাক্ষ্য প্রদানের দণ্ডের বিষয়টি মেনে নিয়ে, আপনি প্রত্যয়ন করছেন যে, আপনি এবং/অথবা যেসব ব্যক্তির(ব্যক্তিবর্গের) জন্য আপনি স্বাক্ষর করছেন তিনি যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক, আমেরিকার আদিবাসী, ন্যাশনাল, অথবা সন্তোষজনক অভিবাসনগত স্থিতি সম্পন্ন অ-নাগরিক, যা আপনার/তাদের পুনঃপ্রত্যয়ন করা প্রতিটি কর্মসূচির জন্য প্রযোজ্য। যদি আপনি ঘরগুলোর কোনোটিতে টিকচিহ্ন না দেন অথবা পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো অ-নাগরিক ব্যক্তির জন্য যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিকত্ব ও অভিবাসন পরিষেবার (USCIS) নম্বর প্রদান না করেন, তাহলে সেই ব্যক্তি সহায়তা নাও পেতে পারেন।

আপনি অথবা যার জন্য আপনি স্বাক্ষর করছেন সেই ব্যক্তি যদি যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক, আমেরিকার আদিবাসী, বা ন্যাশনাল না হন, অথবা সন্তোষজন অভিবাসনগত অবস্থা সম্পন্ন অ-নাগরিক না হন, তাহলে আপনার এই সার্টিফিকেশনে স্বাক্ষর করা উচিত নয়। সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা নেই এমন অ-নাগরিকরা PA, SNAP বেনিফিট, বা Medicaid-এর জন্য যোগ্য হবেন না (কোনো জরুরি মেডিকেল অবস্থার জন্য Medicaid চিকিৎসা ব্যতীত)। এধরনের ব্যক্তি নির্দিষ্ট কিছু পরিষেবার (যেমন শিশু বা প্রাপ্তবয়স্ক প্রতিশেধক/সুরক্ষামূলক পরিষেবাসমূহ) জন্যেও অযোগ্য হতে পারেন।

আপনি আমাদেরকে যে তথ্য প্রদান করবেন সেটি USCIS-এর কাছে জমা দেওয়ার মাধ্যমে আমরা PA, SNAP বেনিফিট অথবা Medicaid এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করা পরিবারের যেকোনো বা সব সদস্যের অ-নাগরিকত্বের স্থিতি নিশ্চিত করতে পারি। USCIS-এর কাছ থেকে পাওয়া তথ্য আপনার পরিবারের যোগ্যতা এবং সুবিধার মাত্রাকে প্রভাবিত করতে পারে।

পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের পৃষ্ঠা 5

সেকশন 11: চাইল্ড সাপোর্ট এনফোর্সমেন্ট ইউনিটের কাছে রেফারাল সম্পর্কিত তথ্য

যদি আপনি শুধু Medicaid-এর জন্য আবেদন করেন এবং আপনি গর্ভবতী হন, গত60 দিনের মধ্যে সন্তান প্রসব করে থাকেন, অথবা শুধু 21 বছরের কম বয়সী সন্তানের জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেন তাহলে আপনাকে এই বিভাগটি পূরণ করতে হবে না।

1. আপনি, *আপনি নিজেসহ* 21 বছরের কম বয়সী, অবিবাহিত বাবা-মায়ের কাছে জন্ম নেওয়া, এবং/অথবা বাবা-মায়ের আইনি পরিচয় প্রতিষ্ঠিত হয়নি এমন কোনো ব্যক্তির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

2. আপনি, *আপনি নিজেসহ* 21 বছরের কম বয়সী এবং যার বাবা-মায়ের মধ্যে কমপক্ষে একজন বাড়ির বাইরে বসবাস করেন এমন কোনো ব্যক্তির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

যদি আপনি এই উভয় প্রশ্নের জন্য "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিয়ে থাকেন, তাহলে সরাসরি বিভাগ 12-তে চলে যান। আপনাকে বিভাগ 11-এর বাকি অংশ সম্পূর্ণ করতে হবে না। যদি আপনি প্রশ্নগুলোর একটি বা উভয়টির জন্য "হ্যাঁ"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিয়ে থাকেন, তাহলে আপনাকে অবশ্যই বিভাগ 11-এর বাকি অংশ সম্পূর্ণ করতে হবে।

3. আপনি 21 বছরের কম বয়সী কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

21 বছরের কম বয়সী ব্যক্তির নাম: যেসব ব্যক্তির জন্য আপনি প্রশ্ন 1, 2, এবং/অথবা 3-এর জন্য "হ্যাঁ" উত্তরে টিকচিহ্ন দিয়েছেন তাদের প্রত্যেকের নামের প্রথমাংশ, মধ্যাংশ, এবং শেষাংশ বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।

নন-কাস্টডিয়াল, দাবিকৃত, বা উদ্দিষ্ট বাবা বা মায়ের নাম ও ঠিকানা, জন্মতারিখ এবং সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: যদি জানা থাকে, তাহলে

যেসব ব্যক্তির জন্য আপনি প্রশ্ন 1, 2, এবং/অথবা 3-এর জন্য "হ্যাঁ" উত্তরে টিকচিহ্ন **(✓)** দিয়েছেন, তাদের প্রত্যেকের নন-কাস্টডিয়াল, দাবিকৃত, বা উদ্দিষ্ট বাবা বা মায়ের নামের প্রথমাংশ, মধ্যাংশ এবং শেষাংশ, ঠিকানা, জন্মতারিখ, এবং সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর স্পষ্টাক্ষরে লিখুন। "নন-কাস্টডিয়াল বাবা বা মা"-এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে জিনগত/জৈবিক বাবা বা মা, আইনি বাবা বা মা, সৎ বাবা বা মা, অথবা কোনো শিশুকে দত্তক গ্রহণকারী বাবা বা মা যেখানে এধরনের বাবা বা মা শিশুর পরিবারে অনুপস্থিত বলে জানা যায়। ফস্টার কেয়ারে থাকা কোনো শিশুর ক্ষেত্রে, নন-কাস্টডিয়াল বাবা বা মা অথবা "অনুপস্থিত বাবা মা"-এর মধ্যে আরো অন্তর্ভুক্ত রয়েছে জিনগত/জৈবিক বাবা মা, আইনি বাবা বা মা, সৎ বাবা মা, অথবা সেই শিশুকে দত্তক গ্রহণকারী বাবা মা যেখানে এধরনের বাবা বা মা শিশুটি ফস্টার কেয়ারে প্রবেশ করার সময় শিশুটির পরিবারে উপস্থিত ছিলেন। "কথিত বাবা-মা" হলেন একজন ব্যক্তি যিনি শিশুটির জিনগত/জৈবিক বাবা মা হতে পারেন, কিন্তু যাকে এখনও আইনসঙ্গত বাব-মা বলে ঘোষণা করা হয়নি। "উদ্দিষ্ট বাবা বা মা" হলেন সেই ব্যক্তি যিনি কোনো শিশুর জন্মের ক্ষেত্রে সহযোগী হওয়ার কারণে সেই শিশুর বাবা বা মা হিসেবে আইনিভাবে স্বীকৃতি লাভ করতে চান। উদ্দিষ্ট বাবা বা মা জন্মদানকারী বাবা বা মায়ের বৈবাহিক সঙ্গী হতে পারেন।

পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের পৃষ্ঠা 6

সেকশন 12: ট্যাক্স ফাইল করা/নির্ভরশীল অবস্থা

পরিবারে বসবাসকারী প্রত্যেক সদস্যের জন্য নিম্নলিখিত তথ্য বড় হাতের অক্ষরে লিখুন:

নামের প্রথমাংশ, মধ্যম নামের আদ্যক্ষর, নামের শেষাংশ: পরিবারে বসবাসকারী প্রত্যেক ব্যক্তির নামের প্রথমাংশ, মধ্যম নামের আদ্যক্ষর, নামের শেষাংশ বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।

ট্যাক্স স্ট্যাটাস: পরিবারে বসবাসকারী প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য যথাযথ ট্যাক্স স্ট্যাটাসে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

আপনার সঙ্গে বসবাস করেন না এবং আপনি বা আপনার পরিবারের অন্য কেউ দাবি করেছেন এমন কর নির্ভরশীল (ট্যাক্স ডিপেনডেন্ট) ব্যক্তিদের তালিকা দিন। যদি আপনি ট্যাক্স ফাইল না করে থাকেন, তাহলে আপনি এসব প্রশ্ন এড়িয়ে যেতে পারেন।

কর নির্ভরশীল (ট্যাক্স ডিপেনডেন্ট) ব্যক্তির নাম: আপনার সঙ্গে বসবাস করেন না, কিন্তু আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কর নির্ভরশীল (ট্যাক্স ডিপেনডেন্ট) হিসেবে দাবি করছেন এমন ব্যক্তির নামের প্রথমাংশ, মধ্যম নামের আদ্যক্ষর, এবং নামের শেষাংশ স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

ট্যাক্স ফাইলকারীর নাম: তালিকাভুক্ত প্রত্যেক কর নির্ভরশীল ব্যক্তির জন্য, পরিবারে বসবাসকারী যে ব্যক্তি কর নির্ভরশীল হওয়ার দাবি করেছেন তার নামের প্রথমাংশ, মধ্যম নামের আদ্যক্ষর, এবং নামের শেষাংশ বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।

সেকশন 13: অনুপস্থিত/মৃত স্বামী বা স্ত্রীর তথ্য

পুনঃপ্রত্যয়নকারী ব্যক্তির নাম: পুনঃপ্রত্যয়নকারী এমন যেকোনো ব্যক্তির নাম বড় হাতের অক্ষরে লিখুন যিনি বিবাহিত আছেন/ছিলেন, কিন্তু তার স্বামী বা স্ত্রী তার সঙ্গে বসবাস করেন না অথবা মৃত্যুবরণ করেছেন।

স্বামী বা স্ত্রীর নাম: পুনঃপ্রত্যয়নকারী বিবাহিত/সাবেক বিবাহিত ব্যক্তির স্বামী বা স্ত্রী, যিনি সেই ব্যক্তির সঙ্গে বসবাস করেন না অথবা মৃত্যুবরণ করেছেন, তার নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

স্বামী বা স্ত্রীর জন্মতারিখ এবং স্বামী বা স্ত্রীর মৃত্যুর তারিখ, প্রযোজ্য ক্ষেত্রে: পুনঃপ্রত্যয়নকারী বিবাহিত/সাবেক বিবাহিত ব্যক্তির স্বামী বা স্ত্রী, যিনি সেই ব্যক্তির সঙ্গে বসবাস করেন না অথবা মৃত্যুবরণ করেছেন, তার জন্মের এবং মৃত্যুর (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) মাস, দিন ও বছর স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

স্বামী/স্ত্রীর সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: পুনঃপ্রত্যয়নকারী বিবাহিত/সাবেক বিবাহিত ব্যক্তির স্বামী বা স্ত্রী, যিনি সেই ব্যক্তির সঙ্গে বসবাস করেন না অথবা মৃত্যুবরণ করেছেন, তার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

স্বামী বা স্ত্রীর ঠিকানা, প্রযোজ্য ক্ষেত্রে: পুনঃপ্রত্যয়নকারী বিবাহিত ব্যক্তির স্বামী বা স্ত্রী, যিনি সেই ব্যক্তির সঙ্গে বসবাস করেন না, তার সড়কের ঠিকানা, সিটি, কাউন্টি, স্টেট, ও জিপ কোড বড় হাতের অক্ষরে লিখুন। জানা না থাকলে, স্বামী বা স্ত্রীর সর্বশেষ জ্ঞাত ঠিকানা বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।

সেকশন 14: অনুপস্থিত সন্তানের তথ্য

পুনঃপ্রত্যয়নকারী ব্যক্তির নাম: পুনঃপ্রত্যয়নকারী এমন যেকোনো ব্যক্তির নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন যার 21 বছরের কম বয়সী সন্তান রয়েছে, যে সন্তান তার সঙ্গে বসবাস করছে না।

অনুপস্থিত সন্তানের নাম এবং জন্মতারিখ: পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তির সঙ্গে বসবাস করছে না এমন 21 বছরের কম বয়সী যেকোনো সন্তানের নাম এবং জন্মের মাস, দিন ও তারিখ স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

সন্তানের ঠিকানা: পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তির সঙ্গে বসবাস করছে না এমন 21 বছরের কম বয়সী সন্তানের বসবাসের স্থানের সড়কের ঠিকানা, সিটি, কাউন্টি, স্টেট ও জিপ কোড স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

বাবা-মায়ের আইনি পরিচয় প্রতিষ্ঠিত হয়েছে?: পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তির সঙ্গে বসবাস করছে না এমন 21 বছরের কম বয়সী সন্তানের জন্য বাবা-মায়ের আইনি পরিচয় প্রতিষ্ঠিত হয়েছে কিনা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন দিন (✓)।

আপনি কি চাইল্ড সাপোর্টের অর্থ পরিশোধ করেন?: পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তির সঙ্গে বসবাস করছে না এমন 21 বছরের কম বয়সী সন্তানের জন্য সেই ব্যক্তি চাইল্ড সাপোর্টের অর্থ পরিশোধ করছেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

সেকশন 15: কিশোর-কিশোরী বাবা বা মায়ের তথ্য

যদি আপনি সরকারি সহায়তার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেন তাহলেই শুধু এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করুন।

পরিবারে কি 18 বছরের কম বয়সী কোনো বাবা বা মা ("কিশোর-কিশোরী বাবা বা মা") রয়েছে?: পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তি 18 বছরের কম বয়সী বাবা বা মা কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

নাম: পুনঃপ্রত্যয়নকারী এমন যেকোনো ব্যক্তির নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন, যিনি 18 বছরের কম বয়সী বাবা বা মা।

কিশোর-কিশোরী বাবা বা মায়ের সন্তান কি পরিবারে বসবাস করে? পুনঃপ্রত্যয়নকারী 18 বছরের কম বয়সী কোনো ব্যক্তির সন্তান আপনার সঙ্গে বসবাস করছে কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

কিশোর-কিশোরী বাবা বা মায়ের সন্তানের নাম: পুনঃপ্রত্যয়নকারী 18 বছরের কম বয়সী কোনো ব্যক্তির সন্তানের নাম বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।

পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের পৃষ্ঠা 7 এবং 8

সেকশন 16: আয় সংক্রান্ত তথ্য

আপনি বা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি নিম্নোক্ত উৎস থেকে অর্থ পেয়ে থাকেন কিনা এবং তিনি কে তা নির্দেশ করুন: আপনি বা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি তালিকাভুক্ত কোনো ধরনের আয় থেকে অর্থ পেয়ে থাকেন কিনা তা নির্দেশ করতে 1 থেকে 27 নম্বর পর্যন্ত লাইনে "হ্যাঁ" বা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং প্রতিটি "হ্যাঁ" উত্তরের জন্য অর্থ গ্রহণকারী ব্যক্তির নাম বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।

পরিমাণ/মান এবং কত ঘন ঘন: প্রতিটি "হ্যাঁ" উত্তরের জন্য ডলারের ($) পরিমাণ বা মান এবং প্রত্যেক ব্যক্তি কত ঘন ঘন এধরনের আয় পেয়ে থাকেন তা স্পষ্টাক্ষরে লিখুন। উদাহরণস্বরূপ, যদি আপনি কর্মহীনতা সংক্রান্ত বিমা সুবিধা থেকে প্রতি সপ্তাহে 100 ডলার পান, তাহলে "$100 per week" (প্রতি সপ্তাহে 100 ডলার) অথবা "$100/wk" (100 ডলার/সপ্তাহ) লিখুন।

সম্পূরক নিরাপত্তা আয় (SSI) সুবিধা (স্টেট ও ফেডারেল মোট পরিমাণ): যদি আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি সম্পূরক নিরাপত্তা আয়ের (SSI) পাশাপাশি নিউ ইয়র্ক স্টেটের সম্পূরক কর্মসূচির (New York State Supplement Program, SSP) সুবিধা পেয়ে থাকেন, তাহলে এসব পরিমাণ একসঙ্গে যোগ করুন এবং 2 নম্বর লাইনে SSI সুবিধার জন্য পরিমাণ/মান এবং কত ঘন ঘন কলামে সেটি লিখুন। যদি আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি শুধু SSP সুবিধা পান, তাহলে 2 নম্বর লাইনে SSI সুবিধার জন্য পরিমাণ/মান এবং কত ঘন ঘন কলামে সেই পরিমাণটি লিখুন।

ফস্টার কেয়ার রক্ষণাবেক্ষণের পেমেন্ট (পেয়েছেন): যদি আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি ফস্টার কেয়ার রক্ষণাবেক্ষণের পেমেন্ট পেয়ে থাকেন, তাহলে 17 নম্বর লাইনে ফস্টার কেয়ার রক্ষণাবেক্ষণের পেমেন্টের জন্য পরিমাণ/মান এবং কত ঘন ঘন কলামে সেই পরিমাণটি লিখুন। যদি আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি ফস্টার কেয়ারে থাকা কোনো শিশুর জন্য ফস্টার কেয়ার রক্ষণাবেক্ষণের পেমেন্ট পেয়ে থাকেন এবং আপনি সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) সুবিধার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেন, তাহলে আপনার কাছে দুইটি বিকল্প রয়েছে: আপনি আপনার SNAP বেনিফিটের পরিবারের মধ্যে ফস্টার কেয়ারের সেই শিশুকে এবং ফস্টার কেয়ার রক্ষণাবেক্ষণের পেমেন্ট অন্তর্ভুক্ত করার সিদ্ধান্ত নিতে পারেন অথবা আপনি আপনার SNAP বেনিফিটের পরিবারের মধ্যে ফস্টার কেয়ারের সেই শিশুকে এবং ফস্টার কেয়ার রক্ষণাবেক্ষণের পেমেন্ট অন্তর্ভুক্ত ***না*** করার সিদ্ধান্ত নিতে পারেন। কোন পছন্দটি আপনাকে বেশি SNAP বেনিফিট প্রদান করবে তা আপনার ডিস্ট্রিক্টকে জিজ্ঞেস করুন।

চাইল্ড সাপোর্ট পেমেন্ট (পেয়েছেন): যদি আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি চাইল্ড সাপোর্ট পেমেন্ট পেয়ে থাকেন, তাহলে 18 নম্বর লাইনে "যার কাছ থেকে পান"-এর পরে যিনি চাইল্ড সাপোর্টের অর্থ পরিশোধ করেন সেই ব্যক্তির নাম বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।

অন্যান্য আয়: আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির পাওয়া অন্য কোনো অর্থের বিবরণ দিন, যার মধ্যে কে অর্থ পাচ্ছেন, কী পরিমাণ অর্থ পাচ্ছেন, এবং কত ঘন ঘন পাচ্ছেন তা অন্তর্ভুক্ত থাকবে।

কর্তন, কে, এবং পরিমাণ/মান এবং কত ঘন ঘন: যদি আপনি Medicaid-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেন, তাহলে আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি বর্তমান বছরের আয়কর রিটার্নে তালিকাভুক্ত ফেডারেল কর কর্তনের কোনোটি দাবি করবেন কিনা তা নির্দেশ করতে লাইন নম্বর 1 থেকে 15-এর জন্য "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন। প্রতিটি "হ্যাঁ" উত্তরের জন্য, যে ব্যক্তি কর্তন দাবি করবেন তার নাম, এবং আয়কর রিটার্নে যেসব ব্যয় দাবি করা হবে সেগুলোর পরিমাণ বা মান এবং কত ঘন ঘন তা স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

অন্যান্য সমন্বয়: আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি বর্তমান বছরের আয়কর রিটার্নে দাবি করবেন এমন অন্য যেকোনো ফেডারেল কর কর্তনের বিবরণ দিন, যার মধ্যে কে কর্তন দাবি করবেন, এবং আয়কর রিটার্নে যেসব ব্যয় দাবি করা হবে সেগুলোর পরিমাণ বা মান এবং কত ঘন ঘন তা অন্তর্ভুক্ত থাকবে।

সেকশন 17: সৎ বাবা বা মা/সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা সম্পন্ন অ-নাগরিক পৃষ্ঠপোষকের তথ্য

আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো শিশুর সৎ বাবা বা মায়ের কি কোনো সম্পদ রয়েছে অথবা তিনি কি কোনো ধরনের আয় পেয়ে থাকেন এবং কে? আপনি সহ, পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তির কোনো সৎ বাবা বা মা রয়েছে কিনা, যিনি আপনার সঙ্গে বসবাস করেন না এবং যার আর্থিক সম্পদ রয়েছে অথবা যিনি কোনো উৎস থেকে অর্থ পান, তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন। (যদি সৎ বাবা বা মা আপনার সঙ্গে বসবাস করেন, তাহলে সৎ বাবা বা মায়ের সম্পদ/আয় বিভাগ 16, আয় সংক্রান্ত তথ্য-তে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।) যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে সৎ বাবা বা মায়ের নাম বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।

আপনার পরিবারের কোনো ব্যক্তি কি সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা সম্পন্ন একজন অ-নাগরিক, যাকে যুক্তরাষ্ট্রে প্রবেশের জন্য পৃষ্ঠপোষকতা করা হয়েছে এবং কে?: আপনি অথবা আপনার পরিবারের কোনো ব্যক্তি সন্তোষজনক অভিবাসনগত স্থিতি সম্পন্ন একজন অ-নাগরিক কিনা, যাকে যুক্তরাষ্ট্রে প্রবেশের জন্য কোনো ব্যক্তি পৃষ্ঠপোষকতা করেছেন, তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন। যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে সন্তোষজনক অভিবাসনগত স্থিতি সম্পন্ন অ-নাগরিক ব্যক্তির নাম বড় স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

পৃষ্ঠপোষকের নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর: আপনি যদি উপরে "হ্যাঁ" তে টিকচিহ্ন দিয়ে থাকেন, তাহলে যে ব্যক্তি আপনাকে অথবা আপনার পরিবারের কোনো ব্যক্তিকে যুক্তরাষ্ট্রে প্রবেশের জন্য পৃষ্ঠপোষকতা করেছেন তার নাম, পৃষ্ঠপোষকের ঠিকানা এবং পৃষ্ঠপোষকের ফোন নম্বর স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের পৃষ্ঠা 9 এবং 10

সেকশন 18: কর্মসংস্থান সংক্রান্ত তথ্য

আপনার নিজের জন্য এবং আপনার সঙ্গে বসবাসকারী সবার জন্য এই সেকশনটি সম্পন্ন করুন। যদি আপনি কর্মসংস্থানে নিয়োজিত থাকেন, তারপরও আপনি সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন। এই সেকশনে "কাজ করার বয়স" বলতে 18 বছর বা তার চেয়ে বেশি বয়স, অথবা স্কুলে অধ্যয়নরত নয় এমন ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে 16 বছর বা তার চেয়ে বেশি বয়স বুঝানো হয়েছে।

আমি বর্তমানে: আপনি কাজ করছেন কিনা এবং কাজ করলে নিজের জন্য নাকি অন্য কোনো ব্যক্তির জন্য কাজ করছেন তা নির্দেশ করতে "কর্মসংস্থানে নিয়োজিত", "আত্ম-কর্মসংস্থানে নিয়োজিত", অথবা "বেকার"-এ টিকচিহ্ন (✓) দিন।

গ্রস আয়: প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, কর প্রদানের আগে সাপ্তাহিক, পাক্ষিক, বা মাসিক (বার্ষিক নয়) ভিত্তিতে আপনার প্রাপ্ত অর্থের পরিমাণ স্পষ্টাক্ষরে লিখুন। মজুরি, বেতন, ওভারটাইম পে, কমিশন, ও টিপস ইত্যাদি সবকিছু অন্তর্ভুক্ত করুন।

মাসিক কর্মঘণ্টা: প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, প্রতি মাসে আপনার কর্মঘণ্টার পরিমাণ স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

প্রাপ্ত অর্থ: প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, আপনি কত ঘন ঘন অর্থ পেয়ে থাকেন তা নির্দেশ করতে "সাপ্তাহিক", "পাক্ষিক", অথবা "মাসিক"-এ টিকচিহ্ন (✓) দিন।

সপ্তাহের যে দিনে অর্থ পান: প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, আপনি সপ্তাহের যে দিনে অর্থ পান তা স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

নিয়োগকর্তার নাম ও ঠিকানা এবং ফোন নম্বর: প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, আপনার নিয়োগকর্তার নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর বড় হাতের অক্ষরে লিখুন। যদি আপনি আত্ম-কর্মসংস্থানে নিয়োজিত থাকেন তাহলে "নিজ" ("self") লিখুন, এবং আপনার ব্যবসার ঠিকানা ও ফোন নম্বর লিখুন।

আপনার সঙ্গে বসবাসকারী অন্য কেউ কি বর্তমানে কর্মসংস্থানে বা আত্ম-কর্মসংস্থানে নিয়োজিত আছেন এবং কে?: যদি আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কর্মসংস্থানে নিয়োজিত থাকেন, তাহলে "কর্মসংস্থানে নিয়োজিত", অথবা "আত্ম-কর্মসংস্থানে নিয়োজিত"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন এবং তাদের নাম বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।

গ্রস আয়, মাসিক কর্মঘণ্টা, প্রাপ্ত অর্থ, সপ্তাহের যে দিনে অর্থ পান, নিয়োগকর্তার নাম ও ঠিকানা এবং ফোন নম্বর: উপরোক্ত নির্দেশনা অনুযায়ী আপনার সঙ্গে বসবাস করেন এবং কর্মসংস্থানে নিয়োজিত রয়েছেন এমন যেকোনো ব্যক্তির জন্য সম্পূর্ণ করুন।

আপনার নিয়োগকর্তার মাধ্যমে কি স্বাস্থ্য বিমা পাওয়া যায়?: যদি আপনি কর্মসংস্থানে নিয়োজিত হন, তাহলে আপনার নিয়োগকর্তার মাধ্যমে আপনি মেডিকেল কভারেজ পান কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি একজন নিয়োগকর্তার সঙ্গে স্বাস্থ্য বিমা রয়েছে এবং কার?: আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির একজন নিয়োগকর্তার সঙ্গে স্বাস্থ্য বিমা রয়েছে কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে তাদের নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

বিমা কোম্পানির নাম: প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, আপনার স্বাস্থ্য বিমা কোম্পানির নাম এবং/অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির স্বাস্থ্য বিমা কোম্পানির নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি কর্মসংস্থানের কারণে শিশু বা নির্ভরশীল ব্যক্তির সেবার খরচ রয়েছে? এবং তিনি কে?: আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কর্মসংস্থানের কারণে শিশু বা নির্ভরশীল ব্যক্তির সেবার খরচ (যেমন একজন বয়স্ক বাবা বা মায়ের জন্য) রয়েছে কিনা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন এবং যে ব্যক্তির এসব খরচ রয়েছে তার নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি কর্মসংস্থানের সাথে সম্পর্কিত অন্যান্য খরচ রয়েছে? এবং তিনি কে?: আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কর্মসংস্থানের সাথে সম্পর্কিত অন্যান্য খরচ (যেমন পরিবহন, ইউনিফর্ম) রয়েছে কিনা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন এবং যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে আপনার/তাদের নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

কর্মসংস্থানে নিয়োজিত না হলে, আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি শেষবার কবে চাকরি করেছিলেন?, কে, কখন, এবং কোথায়?: যদি আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কাজ করার বয়সী কোনো ব্যক্তি বেকার হয়ে থাকেন, তাহলে আপনার/তার নাম, আপনি/তিনি সর্বশেষ যে তারিখে কর্মসংস্থানে নিয়োজিত ছিলেন সেই তারিখ, এবং আপনি/তিনি সর্বশেষ কোথায় কর্মসংস্থানে নিয়োজিত ছিলেন তা বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।

আপনি (বা তিনি) কেন কাজ করা বন্ধ করে দিয়েছেন?: আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কাজ করার বয়সী কোনো ব্যক্তি বেকার থাকার কারণ(সমূহ) স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কি বেকারত্ব সংক্রান্ত সুবিধাসমূহ পাওয়ার জন্য আবেদন জমা দিয়েছিলেন?, কে, কখন, এবং জমা দেওয়া আবেদনের স্থিতি?: যদি আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কাজ করার বয়সী কোনো ব্যক্তি বেকার হন, তাহলে আপনি/তিনি বেকারত্ব সংক্রান্ত সুবিধাসমূহ পাওয়ার জন্য আবেদন জমা দিয়েছেন কিনা নিশ্চিত করতে "হ্যাঁ অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন। যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে আপনার/তার নাম, কখন আপনি/তিনি বেকারত্ব সংক্রান্ত সুবিধাসমূহ পাওয়ার জন্য আবেদন জমা দিয়েছেন, এবং জমা দেওয়া আবেদনের অবস্থা স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কি কোনো ধর্মঘটে অংশগ্রহণ করছেন? এবং কে?: আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি ধর্মঘট করছেন কিনা (অর্থাৎ নিয়োগকর্তার কোনো সিদ্ধান্ত বা রীতির বিরুদ্ধে প্রতিবাদ জানানোর জন্য কাজ করা বন্ধ করে দিয়েছেন) নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে আপনার/তার নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

ধর্মঘট কবে শুরু হয়েছে: যদি আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি ধর্মঘটে অংশ নিয়ে থাকেন, তাহলে আপনি/তিনি কত তারিখে ধর্মঘট শুরু করেছিলেন তা স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কি অভিবাসী বা মৌসুমী খামার কর্মী? এবং কে?: আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কাজের জন্য বিভিন্ন খামারে ভ্রমণ করেন কিনা অথবা শুধু ফসল ফলানোর মৌসুমে খামারে কাজ করেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে আপনার/তার নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তির কি এমন কোনো মেডিকেল অবস্থা রয়েছে যা কাজ করার সক্ষমতা অথবা কোন ধরনের কাজ সম্পন্ন করা যাবে তা সীমিত করে দেয় এবং কে?: আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কাজ করার বয়সী কোনো ব্যক্তির এমন কোনো অবস্থা রয়েছে কিনা যা আপনাকে/তাকে পূর্ণকালীন সময় কাজ করা অথবা নির্দিষ্ট কিছু ধরনের কাজ করা থেকে বিরত রাখে তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে আপনার/তার নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

সীমাবদ্ধতাগুলোর বিবরণ দিন: যদি আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কাজ করার বয়সী কোনো ব্যক্তির এমন কোনো অবস্থা থাকে যা আপনাকে/তাকে পূর্ণকালীন সময় কাজ করা অথবা নির্দিষ্ট কিছু ধরনের কাজ করা থেকে বিরত রাখে, তাহলে আপনার/তার সীমাবদ্ধতার উপায়গুলো ব্যাখ্যা করুন।

আপনি কি আজ কোনো চাকরি গ্রহণ করতে পারবেন? এবং যদি না হয়, তাহলে কেন?: যদি পাওয়া যায় তাহলে আপনি বর্তমানে কোনো চাকরি গ্রহণ করবেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং যদি "না" হয়, তাহলে কেন তা ব্যাখ্যা করুন।

আপনি কোন ধরনের কাজ করতে চান?: আপনি কোন ধরনের কাজ করা উপভোগ করবেন তা নির্দেশ করুন।

পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের পৃষ্ঠা 11

সেকশন 19: শিক্ষা/প্রশিক্ষণ

আপনি সর্বোচ্চ কোন পর্যায় পর্যন্ত লেখাপড়া সম্পন্ন করেছেন?: আপনি কোন পর্যন্ত শিক্ষা সম্পন্ন করেছেন তার সবচেয়ে ভালো বিবরণটিতে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

যদি তাই হয়, তাহলে সম্পন্ন করা শেষ গ্রেড কোনটি?: যদি আপনি হাই স্কুল শেষ না করে থাকেন, তাহলে আপনার সম্পন্ন করা শেষ গ্রেডের নাম বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।

পরিবারের অন্য কোনো ব্যক্তির কি কোনো হাই স্কুল ডিপ্লোমা, সাধারণ সমমান ডিপ্লোমা (GENERAL EQUIVALENCY DIPLOMA, GED), অথবা টেস্ট অ্যাসেসিং সেকেন্ডারি কমপ্লিশন (TEST ASSESSING SECONDARY COMPLETION, TASC™), অথবা উচ্চতর শিক্ষা রয়েছে, কার, অর্জিত ডিগ্রি এবং সম্পূর্ণ করার তারিখ?: আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কোনো হাই স্কুল ডিপ্লোমা, সাধারণ সমমান ডিপ্লোমা (GED), অথবা টেস্ট অ্যাসেসিং সেকেন্ডারি কমপ্লিশন (TASC™), অথবা উচ্চতর শিক্ষা অর্জন করেছেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন। যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে সেই ব্যক্তির নাম, অর্জিত ডিগ্রি, এবং এটি অর্জন করার তারিখ বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।

আপনার নিজের জন্য এবং আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি যিনি সহায়তার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন অথবা সহায়তা পাচ্ছেন, তার জন্য নিচের প্রশ্নগুলো পূরণ করুন।

কোনো প্রশিক্ষণ কর্মসূচিতে অংশ নিচ্ছেন বা গত 12 মাসের মধ্যে অংশগ্রহণ করেছেন, কে, কোথায়, কর্মসূচি, অংশ নেওয়ার তারিখ এবং সম্পন্ন করার তারিখ?: আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি যিনি সহায়তার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন অথবা সহায়তা পাচ্ছেন তিনি গত 12 মাসের মধ্যে কোনো কর্মসংস্থান সংক্রান্ত প্রশিক্ষণে অংশ নিয়েছেন কিনা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে সেই ব্যক্তির নাম, তিনি কোথায় প্রশিক্ষণ কর্মসূচিতে অংশ নিয়েছেন, কর্মসূচির নাম অথবা সেটি কোন ধরনের কর্মসূচি ছিল, এবং সেই ব্যক্তির উক্ত কর্মসূচিতে অংশগ্রহণ করার এবং সেটি সম্পন্ন করার তারিখ।

তিনি কি 16 বছর বা তার চেয়ে বেশি বয়সী এবং স্কুল বা কলেজে পড়াশোনা করছেন, কে এবং কোথায়?: আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি সহায়তার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন অথবা সহায়তা পাচ্ছেন তিনি *16 বছর বা তার চেয়ে বেশি বয়সী* কিনা এবং স্কুল বা কলেজে যাচ্ছেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে সেই ব্যক্তির নাম এবং তার স্কুল বা কলেজের নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

প্রশিক্ষণের জন্য একটি ভাতা পাচ্ছেন, কে এবং কত? আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন অথবা সহায়তা পাচ্ছেন, তিনি একটি প্রশিক্ষণ ভাতা পাচ্ছেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিকচিহ্ন (✓) দিন। যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে সেই ব্যক্তির(ব্যক্তিবর্গের) নাম এবং পরিমাণ স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

শিক্ষার জন্য কোনো অনুদান বা ঋণ পাচ্ছেন, কে এবং কত? আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন অথবা সহায়তা পাচ্ছেন, তিনি শিক্ষার জন্য কোনো অনুদান বা ঋণ পাচ্ছেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিকচিহ্ন (✓) দিন। যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে সেই ব্যক্তির(ব্যক্তিবর্গের) নাম এবং পরিমাণ স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

16 বছরের কম বয়সী এবং স্কুলে পড়ছেন, কে এবং স্কুল?: আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি সহায়তার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন অথবা সহায়তা পাচ্ছেন তিনি 16 বছরের কম বয়সী কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে এধরনের যেকোনো ব্যক্তির(ব্যক্তিবর্গের) নাম এবং তার স্কুলের(স্কুলগুলির) নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের পৃষ্ঠা 12

বিভাগ 20: সম্পদ সংক্রান্ত তথ্য

যদি আপনি শুধু সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির সুবিধাগুলোর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেন, তাহলে আপনার জীবন বিমা রয়েছে কিনা তা নির্দেশ করতে হবে না।

যদি আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন, তার জন্য নির্দেশ করুন: লাইন নম্বর 1 থেকে 23-এর জন্য, আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির, যিনি সহায়তার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন, তালিকাভুক্ত আর্থিক সম্পদগুলোর কোনোটি রয়েছে কিনা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

কে: প্রতিটি "হ্যাঁ" উত্তরের জন্য, যে ব্যক্তির সম্পদ রয়েছে তার নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে পরিমাণ/মান: প্রতিটি "হ্যাঁ" উত্তরের জন্য, উক্ত সম্পদের পরিমাণ বা মান ডলারে ($) উল্লেখ করুন। যেকোনো যৌথ হোল্ডিংস (দুই বা ততোধিক ব্যক্তির মালিকানাধীন সম্পদ, যেমন যৌথ ব্যাংক অ্যাকাউন্ট) তালিকায় অন্তর্ভুক্ত করতে ভুলবেন না। সরকারি সহায়তা বা Medicaid-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী যেকোনো ব্যক্তিকে অবশ্যই আইনিভাবে দায়িত্বশীল কোনো আত্মীয়ের সম্পদগুলো অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। এরা হলেন সেসব ব্যক্তি যারা আইন অনুযায়ী আপনাকে অথবা পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তিকে আর্থিক সহায়তা প্রদান করতে বাধ্য, যেমন একজন স্বামী বা স্ত্রী হিসেবে, অথবা যদি আপনি 21 বছরের কম বয়সী হন, আপনার অথবা পুনঃপ্রত্যয়নকারী যেকোনো ব্যক্তির সঙ্গে বসবাসকারী বাবা-মা বা সৎ বাবা-মা।

মোটরযানের অথবা অন্য যানবাহনের টাইটেল বা রেজিস্ট্রেশন আছে, বছর, মেক/মডেল, এবং অন্যান্য: যদি আপনার নাম অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তির নাম কোনো গাড়ি বা অন্য যানবাহনের টাইটেলে তালিকাভুক্ত থাকে, তাহলে 6 নম্বর লাইনে প্রতিটি যানবাহনের জন্য বছর, মেক, ও মডেল বড় হাতের অক্ষরে লিখুন। ক্যাম্পার, স্নোমোবাইল, এবং নৌকা, ইত্যাদি সম্পদ 6 নম্বর লাইনে "অন্যান্য"-এর পরে তালিকাভুক্ত করুন।

উপরে তালিকাভুক্ত সম্পদের বাইরে অন্যান্য সম্পদ রয়েছে: যদি আপনি কোনো এককালীন অর্থ পেয়ে থাকেন অথবা পাওয়ার আশা রাখেন তাহলে সে সম্পর্কে আপনার ডিস্ট্রিক্টকে অবিলম্বে অবহিত করা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। এককালীন অর্থ হলো একবার পাওয়া কোনো পেমেন্ট, যেমন বিমার সেটেলমেন্ট, উত্তরাধিকার, অথবা কোনো মামলা বা লটারি জেতার ফলে পাওয়া অর্থ। LDSS- 4148A, "Book 1 দেখুন: আপনার অধিকার এবং দায়িত্বসমূহ সম্পর্কে আপনার যা জানা উচিত" দেখুন।

কারোর আছে। অতীতে কখনো কোনো ট্রাস্ট তৈরি করেছিলেন অথবা গত 60 মাসের মধ্যে কোনো ট্রাস্টে কোনো সম্পদ স্থানান্তর করেছেন?: যদি আপনি অথবা আপনার স্বামী বা স্ত্রী আপনি যে মাসে নার্সিং ফ্যাসিলিটি পরিষেবা পেয়েছেন সেই মাসের প্রথম দিন থেকে 36 মাস আগের সময়ের মধ্যে (কোনো ট্রাস্টে স্থানান্তর করার ক্ষেত্রে 60 মাস) কোনো সম্পদ স্থানান্তর বা দান করে থাকেন এবং আপনি Medicaid-এর জন্য আবেদন জমা দিয়ে থাকেন, তাহলে আপনি Medicaid কর্মসূচির আওতায় নার্সিং ফ্যাসিলিটি পরিষেবা অথবা বাড়ি ও কমিউনিটি ভিত্তিক ছাড়কৃত পরিষেবা পাওয়ার যোগ্য নাও হতে পারেন।

যদি আপনি অথবা আবেদনকারী কোনো ব্যক্তি, অথবা আপনার অথবা আবেদনকারী কোনো ব্যক্তির স্বামী বা স্ত্রী (এমনকি যদি সেই স্বামী বা স্ত্রী আবেদন নাও করেন অথবা পরিবারে বসবাস নাও করেন) গত পাঁচ বছরের মধ্যে কোনো ট্রাস্ট তৈরি করে থাকেন অথবা কোনো ট্রাস্টে অর্থ রেখে থাকেন, তাহলে উক্ত ট্রাস্ট কবে তৈরি করা হয়েছিল অথবা কবে ট্রাস্টে অর্থ রাখা হয়েছিল তা 23 নম্বর লাইনে স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের পৃষ্ঠা 13 থেকে 15

সেকশন21: মেডিকেল তথ্য

আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন, তিনি কিনা তা নির্দেশ করুন, এবং যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কে?: উপরে তালিকাভুক্ত কোনো পরিস্থিতি আপনার জন্য অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন তার জন্য প্রযোজ্য হয় কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে প্রতিটি পরিস্থিতি যার জন্য প্রযোজ্য তার নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন। আপনার অথবা পুনঃপ্রত্যয়নকারী যেকোনো ব্যক্তির যেসব স্বাস্থ্য এবং হাসপাতাল/দুর্ঘটনা সংক্রান্ত বিমা রয়েছে তার সবগুলোর তালিকা প্রদান করতে ভুলবেন না।

এই পুনঃপ্রত্যয়নের আগের 3 মাসের মধ্যে পরিশোধিত বা অপরিশোধিত মেডিকেল বিল রয়েছে: আপনি যে মাসে সাহায্যের জন্য আবেদন করেছেন তার তিন মাস আগে পর্যন্ত সময়কালে আপনাকে যে সেবা প্রদান করা হয়েছে সেটির মেডিকেল বিলের জন্য Medicaid অর্থ পরিশোধ করতে সক্ষম হতে পারে। যদি আপনি ইতোমধ্যে বিলের অর্থ পরিশোধ করে থাকেন, তাহলে যদি আমরা নির্ণয় করতে পারি যে সেই সময়ে আপনি Medicaid-এর জন্য যোগ্য হতেন, তাহলে আমরা বিলের জন্য আপনাকে অর্থ পরিশোধ করতে সক্ষম হতে পারি। যদি ডাক্তার বা অন্য সেবা প্রদানকারী Medicaid গ্রহণ না করেন, তবুও আমরা আপনাকে অর্থ প্রদান করতে সক্ষম হতে পারি, কিন্তু আমরা আপনাকে শুধু Medicaid যে পরিমাণ অর্থ পরিশোধ করতো সেই পরিমাণ অর্থ প্রদান করতে পারবো এবং যদি বিলটি Medicaid কভার করতো এমন পরিষেবার জন্য হয়ে থাকে তাহলেই কেবল অর্থ প্রদান করতে পারবো।

গর্ভবতী হন: যদি আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন, তিনি গর্ভবতী হন, তাহলে 14 নম্বর লাইনে প্রসবের সম্ভাব্য তারিখ এবং প্রত্যাশিত সন্তানের সংখ্যা স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

হেলথ প্ল্যান নির্বাচন: Medicaid-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী যেকোনো ব্যক্তির জন্য এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করুন। Medicaid-এ তালিকাভুক্ত বেশিরভাগ ব্যক্তির জন্য কোনো ম্যানেজড কেয়ার হেলথ প্ল্যানে যোগদান করা বাধ্যতামূলক, যদি না তারা অব্যাহতিপ্রাপ্ত কোনো শ্রেণির অন্তর্ভুক্ত হন। একটি হেলথ প্ল্যান বেছে নিতে এই সেকশনটি ব্যবহার করুন। কোন হেলথ প্ল্যানগুলো পাওয়া যাবে সে ব্যাপারে আপনার জানা না থাকলে, আপনার কর্মীকে জিজ্ঞেস করুন অথবা 1-800-505-5678 নম্বরে ম্যানেজড কেয়ার Medicaid চয়েস হেল্পলাইনে ফোন করুন।

আপনি যে প্ল্যানে তালিকাভুক্ত হচ্ছেন সেটির নাম: Medicaid-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী যেকোনো ব্যক্তি যে হেলথ প্ল্যানে(প্ল্যানগুলিতে) তালিকাভুক্ত হতে চান সেটির নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন। আপনার জন্য কোন হেলথ প্ল্যানগুলো লভ্য রয়েছে তা আপনার জানা না থাকলে ডিস্ট্রিক্টকে জিজ্ঞেস করুন।

নামের শেষাংশ এবং নামের প্রথমাংশ: Medicaid-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী প্রত্যেক ব্যক্তির নামের শেষাংশ এবং নামের প্রথমাংশ স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

জন্মতারিখ: Medicaid-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী প্রত্যেক ব্যক্তির জন্মতারিখের দুই ডিজিটের মাস, দুই ডিজিটের দিন, এবং দুই ডিজিটের বছর স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

লিঙ্গ: Medicaid-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী প্রত্যেক ব্যক্তির লিঙ্গ নির্দেশ করতে পুরুষের জন্য "M", মহিলার জন্য "F", অথবা নন-বাইনারি বা অন্য পরিচয়ের জন্য "X" স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

ID# (যদি আপনার Medicaid কার্ড থাকে তাহলে সেটি থেকে): Medicaid-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করার সময়, Medicaid কার্ডের শনাক্তকরণ নম্বরটি এখানে স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

সোশ্যাল সিকিউরিটি #: Medicaid-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী প্রত্যেক ব্যক্তির সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

প্রাইমারি কেয়ার প্রোভাইডার (PCP) অথবা স্বাস্থ্য কেন্দ্র (বর্তমান সেবা প্রদানকারী হলে এই ঘরে টিকচিহ্ন দিন): Medicaid-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তি যে প্রাইমারি কেয়ার প্রোভাইডার (অর্থাৎ জেনারেল প্র্যাক্টিশনার বা পারিবারিক ডাক্তার) অথবা স্বাস্থ্য কেন্দ্র ব্যবহার করতে চান তার নাম বড় হাতের অক্ষরে লিখুন। যদি এটি সেই ব্যক্তি ইতোমধ্যে ব্যবহার করছেন এমন সেবা প্রদানকারী বা স্বাস্থ্য কেন্দ্র হয়, তাহলে এই ঘরে টিকচিহ্ন (✓) দিন। আপনাকে অবশ্যই মেডিকেল সেবা গ্রহণ করার আগে নিশ্চিত করতে হবে যে উক্ত সেবা প্রদানকারী বা স্বাস্থ্য কেন্দ্র Medicaid গ্রহণ করে।

OB/GYN-এর নাম এবং ID # (বর্তমান সেবা প্রদানকারী হলে এই ঘরে টিকচিহ্ন দিন): যদি Medicaid-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তির অবস্টেট্রিশিয়ান/গাইনোকোলজিস্ট (OB/GYN) সেবা ও পরিষেবাসমূহ প্রয়োজন হয়, তাহলে আবেদনকারী যে OB/GYN-কে ব্যবহার করতে চান তার নাম বড় হাতের অক্ষরে লিখুন। যদি আবেদনকারী ইতোমধ্যে এই OB/GYN-কে ব্যবহার করে থাকেন, তাহলে এই ঘরে টিকচিহ্ন

(✓) দিন। আপনাকে অবশ্যই মেডিকেল সেবা গ্রহণ করার আগে নিশ্চিত করতে হবে যে উক্ত সেবা প্রদানকারী বা স্বাস্থ্য কেন্দ্র Medicaid গ্রহণ করে।

আপনাকে অবশ্যই মেডিকেল সেবা গ্রহণ করার ***আগে***নিশ্চিত করতে হবে যে আপনি যে ডাক্তার বা মেডিকেল সেবা প্রদানকারীকে দেখাচ্ছেন তিনি Medicaid গ্রহণ করেন।

সেকশন22: শেল্টার

আপনার বাড়ির মালিকের নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর কী?: যদি আপনার বাড়ির মালিক থাকে, তাহলে আপনার বাড়ির মালিকের নাম, ঠিকানা, এবং ফোন নম্বর স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি ভাড়া, মর্টগেজ অথবা আশ্রয় সংক্রান্ত অন্যান্য খরচ রয়েছে?: আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি ভাড়া, মর্টগেজ, অথবা আশ্রয় (যেমন রুম ও বোর্ড) সংক্রান্ত অন্যান্য খরচ পরিশোধ করেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে প্রতি মাসে আপনি/তিনি যে অর্থ পরিশোধ করেন তার পরিমাণ স্পষ্টাক্ষরে লিখুন। যদি আপনার কোনো মর্টগেজ পেমেন্ট থাকে, যার মধ্যে সম্পত্তির কর এবং বাড়ির মালিকের বিমার (আগুন সংক্রান্ত বিমা) পরিমাণ অন্তর্ভুক্ত করুন।

আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি আপনার ভাড়া অথবা আশ্রয় সংক্রান্ত অন্যান্য খরচ থেকে ভিন্ন কোনো হিটিং বিল রয়েছে?: আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি আপনার ভাড়া, মর্টগেজ, বা অন্যান্য আশ্রয় সংক্রান্ত খরচের বাইরে পৃথকভাবে হিটিংয়ের জন্য অর্থ পরিশোধ করেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে প্রতি মাসে আপনি/তিনি যে অর্থ পরিশোধ করেন তার পরিমাণ স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি আপনার ভাড়া অথবা আশ্রয় সংক্রান্ত অন্যান্য খরচ থেকে ভিন্ন নিম্নলিখিত খরচগুলো রয়েছে?: আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি আপনার ভাড়া, মর্টগেজ, বা আশ্রয় সংক্রান্ত অন্যান্য খরচের বাইরে পৃথকভাবে তালিকাভুক্ত খরচগুলোর কোনোটির জন্য অর্থ পরিশোধ করেন কিনা তা নির্দেশ করতে 1 নম্বর থেকে 8 নম্বর লাইনে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে প্রতি মাসে আপনি/তিনি যে অর্থ পরিশোধ করেন তার পরিমাণ স্পষ্টাক্ষরে লিখুন। 9 নম্বর থেকে 11 নম্বর লাইনের প্রশ্নগুলোর জন্য, আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তি এসব পরিবেশে বসবাস করেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

সেকশন23: অন্যান্য খরচ

আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন, তিনি কিনা তা নির্দেশ করুন, এবং যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে পরিমাণ?: আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন, তিনি 1 নম্বর থেকে 5 নম্বর লাইনে তালিকাভুক্ত পেমেন্টগুলোর কোনোটি প্রদান করেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন। তালিকাভুক্ত নয় এমন যেকোনো তথ্য 6 নম্বর লাইনে উল্লেখ করুন। প্রতিটি "হ্যাঁ" উত্তরের জন্য, পেমেন্ট বা খরচের পরিমাণ এবং কত ঘন ঘন সেটি পরিশোধ করা হয় তা স্পষ্টাক্ষরে লিখুন (যেমন প্রতি সপ্তাহে 100 ডলার অথবা 100 ডলার/সপ্তাহ)।

আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির, যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন, কি 21 বছরের কম বয়সী কোনো সন্তানের জন্য কমপক্ষে চার মাসের সহায়তা বকেয়া রয়েছে: আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির, যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন, চার মাসের বা তার বেশি সময়ের জন্য চাইল্ড সাপোর্ট বকেয়া রয়েছে কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের পৃষ্ঠা 16

বিভাগ24: অন্যান্য তথ্য

আপনি কি কোনো হোম ডেলিভারি বা কমিউনাল ডাইনিং সার্ভিস থেকে খাবার ক্রয় করেন অথবা ক্রয় করার পরিকল্পনা করছেন?: আপনি অথবা পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তি কোনো হোম ডেলিভারি (যেমন মিলস অন হুইলস) বা কমিউনাল ডাইনিং সার্ভিস (যেমন আপনি যে ভবনে বাস করেন সেখানকার ক্যাফেটেরিয়া) থেকে বর্তমানে খাবার ক্রয় করেন অথবা ক্রয় করার পরিকল্পনা করছেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

আপনি কি বাড়িতে খাবার রান্না করতে বা প্রস্তুত করতে পারেন?: আপনার বাড়িতে আপনার রান্না করার মতো জায়গা আছে কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

10 থেকে 12 নম্বর লাইনের প্রশ্নগুলোর জন্য, "যুক্তরাষ্ট্রের সামরিক বাহিনী" অর্থ হলো:

- যুক্তরাষ্ট্রের সেনাবাহিনী
- যুক্তরাষ্ট্রের নৌবাহিনী
- যুক্তরাষ্ট্রের কোস্ট গার্ড
- যুক্তরাষ্ট্রের মেরিন কর্পস
- যুক্তরাষ্ট্রের বিমান বাহিনী
- দ্বিতীয় বিশ্বযুদ্ধের সময়ে যুক্তরাষ্ট্রের মার্চেন্ট মেরিন

আপনি বা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি কখনো যুক্তরাষ্ট্রের সামরিক বাহিনীতে কর্মরত ছিলেন এবং কে?: আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি উপরোক্ত তালিকায় থাকা সামরিক বাহিনীর কোনো শাখায় ছিলেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে, তাদের নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

আপনার স্বামী বা স্ত্রী কি কখনো যুক্তরাষ্ট্রের সামরিক বাহিনীতে কর্মরত ছিলেন? আপনার স্বামী বা স্ত্রী কখনো উপরোক্ত তালিকায় থাকা সামরিক বাহিনীর কোনো শাখায় ছিলেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি যুক্তরাষ্ট্রের সামরিক বাহিনীতে কর্মরত রয়েছেন অথবা ছিলেন এমন কোনো ব্যক্তির উপর নির্ভরশীল এবং কে?: আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি উপরোক্ত তালিকায় থাকা সামরিক বাহিনীর কোনো শাখায় কর্মরত আছেন বা ছিলেন এমন কোনো ব্যক্তির উপর আর্থিকভাবে নির্ভরশীল কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে নির্ভরশীল ব্যক্তির নাম বড় হাতের অক্ষরে লিখুন।

যদি আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন, তা নির্দেশ করুন এবং কে: পরবর্তী নয়টি প্রশ্নে বর্ণিত পরিস্থিতি আপনার জন্য অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির জন্য প্রযোজ্য কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" অথবা "না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন, এবং যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে যে ব্যক্তির জন্য এই পরিস্থিতি প্রযোজ্য তার নাম বড় হাতের অক্ষরে লিখুন। যদি আপনি এসব প্রশ্ন বুঝতে না পারেন তাহলে আপনার ডিস্ট্রিক্টকে ব্যাখ্যা করতে বলুন। অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করুন যে নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন অনুযায়ী প্রকৃত তথ্য গোপন করা অথবা না বলার মাধ্যমে সরকারি সহায়তা, Medicaid, SNAP বেনিফিট, চাইল্ড কেয়ার সহায়তা, বা পরিষেবাসমূহ গ্রহণ করার দায়ে দোষী সাব্যস্ত হওয়া ব্যক্তির জন্য অর্থদণ্ড বা কারাদণ্ড প্রদানের বিধান রয়েছে।

সম্পত্তি স্থানান্তরের অবস্থা: আপনি অথবা পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তি সরকারি সহায়তা বা SNAP বেনিফিট পাওয়ার জন্য কোনো সম্পত্তি বিক্রি, স্থানান্তর, বা দান করেছেন কিনা তা নির্দেশ করতে "আমি করেছি" ঘরে অথবা "আমি করিনি" ঘরে টিকচিহ্ন (✓) দিন। অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করুন যে নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন অনুযায়ী প্রকৃত তথ্য গোপন করা অথবা না বলার মাধ্যমে সরকারি সহায়তা, Medicaid, SNAP বেনিফিট, চাইল্ড কেয়ার সহায়তা, বা পরিষেবাসমূহ গ্রহণ করার দায়ে দোষী সাব্যস্ত হওয়া ব্যক্তির জন্য অর্থদণ্ড বা কারাদণ্ড প্রদানের বিধান রয়েছে।

পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের পৃষ্ঠা 17 থেকে 23

বিজ্ঞপ্তি অ্যাসাইনমেন্ট অনুমোদন এবং সম্মতি

এই সেকশনের <u>সব</u> তথ্য মনোযোগ দিয়ে পড়ুন অথবা কাউকে পড়ে শুনাতে বলুন। এই সেকশনে সহায়তা প্রাপ্তির সাথে সম্পর্কিত আপনার অধিকার ও দায়িত্বসমূহের পাশাপাশি এই সেকশনের আওতাধীন দায়িত্বসমূহ পালন না করার ফলে আপনি যেসব দণ্ডের সম্মুখীন হতে পারেন (যেমন জরিমানা এবং/অথবা কারাদণ্ড) সেগুলো সম্পর্কে গুরুত্বপূর্ণ তথ্য রয়েছে। একটি পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মে স্বাক্ষর করা এবং সেটি জমা দেওয়ার মাধ্যমে আপনি নির্দেশ করছেন যে আপনি এই বিভাগের বিবৃতিগুলো বুঝতে পেরেছেন এবং সেগুলোর সঙ্গে সম্মত হয়েছেন।

সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির অনুমোদিত প্রতিনিধি: যদি আপনি চান যে কেউ আপনার জন্য সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) সুবিধা পাওয়ার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করুক এবং/অথবা আপনি চান যে আপনার সঙ্গে বসবাস করেন না এমন কোনো ব্যক্তি আপনার জন্য SNAP বেনিফিট গ্রহণ করুক এবং/অথবা আপনার জন্য খাবার ক্রয় করতে সেগুলো ব্যবহার করুক, তাহলে এই ঘরে সেই ব্যক্তির নাম, ঠিকানা, এবং ফোন নম্বর লিখুন। এই ব্যক্তি হলেন আপনার "অনুমোদিত প্রতিনিধি"। অনুমোদিত প্রতিনিধিকে অবশ্যই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের শেষে স্বাক্ষর বিভাগে তারিখ সহ স্বাক্ষর করতে হবে। যদি আপনার পরিবার কোনো প্রতিষ্ঠানে বসবাস না করে, তাহলে আপনার পরিবারের একজন দায়িত্বশীল প্রাপ্তবয়স্ক সদস্যকেও অবশ্যই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মে তারিখ সহ স্বাক্ষর করতে হবে, যদি না আপনার পরিবার এটি করার জন্য অনুমোদিত প্রতিনিধিকে লিখিতভাবে নিযুক্ত করে থাকে।

মেডিকেল তথ্য প্রকাশ: আইন অনুযায়ী অনুমোদিত ক্ষেত্রে, যদি আপনি আপনার এবং/অথবা আবেদনকারী পরিবারের সদস্য সম্পর্কে এই মেডিকেল তথ্য প্রকাশ করার ব্যাপারে সম্মত না হন, তাহলে "HIV/AIDS-এর তথ্য প্রকাশ করবেন না", "মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করবেন না", এবং/অথবা "মাদক ও অ্যালকোহল সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করবেন না"-তে টিকচিহ্ন (✓) দিন।

স্বাক্ষরের অংশ: এই সেকশন মনোযোগ দিয়ে পড়ুন অথবা কাউকে পড়ে শোনাতে বলুন। নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন অনুযায়ী প্রকৃত তথ্য গোপন করা অথবা না বলার মাধ্যমে সরকারি সহায়তা, Medicaid, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির সুবিধা, চাইল্ড কেয়ার সহায়তা, বা পরিষেবাসমূহ গ্রহণ করার দায়ে দোষী সাব্যস্ত হওয়া ব্যক্তির জন্য অর্থদণ্ড বা কারাদণ্ড প্রদানের বিধান রয়েছে। **একটি পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মে স্বাক্ষর করা এবং সেটি জমা দেওয়ার মাধ্যমে আপনি নির্দেশ করছেন যে আপনি এই বিভাগের বিবৃতিগুলো বুঝতে পেরেছেন এবং সেগুলোর সঙ্গে সম্মত হয়েছেন এবং এই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মে আপনি যেসব তথ্য প্রদান করেছেন অথবা ভবিষ্যতে ডিস্ট্রিক্টকে প্রদান করবেন সেগুলো আপনার জানামতে সম্পূর্ণ এবং সঠিক।**

আবেদনকারীর স্বাক্ষর এবং স্বাক্ষরের তারিখ: আপনার নাম স্বাক্ষর করুন এবং আপনার পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মে করার তারিখটি স্পষ্টাক্ষরে লিখুন, যদি না আপনি এই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মে সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) অনুমোদিত প্রতিনিধি নিযুক্ত করে থাকেন এবং আপনি একটি প্রতিষ্ঠানে বসবাস করেন, যেক্ষেত্রে অনুমোদিত প্রতিনিধি পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মে স্বাক্ষর করতে এবং তারিখ লিখতে পারবেন। যদি আপনি কোনো প্রতিষ্ঠানে বসবাস না করেন, তাহলে আপনি এবং অনুমোদিত প্রতিনিধি উভয়কে অবশ্যই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মে তারিখ সহ স্বাক্ষর করতে হবে, যদি না আপনি ইতোপূর্বে SNAP-এর অনুমোদিত প্রতিনিধিকে এটা করার জন্য লিখিতভাবে নিযুক্ত করে থাকেন। যদি আপনি অন্য কারো জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্ম জমা দিয়ে থাকেন, তাহলে ***আপনার*** নাম স্বাক্ষর করুন, যে ব্যক্তির জন্য আপনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন তার নাম নয়, এবং আপনার স্বাক্ষর করার তারিখটি স্পষ্টাক্ষরে লিখুন।

স্বামী বা স্ত্রী অথবা সুরক্ষা প্রতিনিধির স্বাক্ষর এবং স্বাক্ষরের তারিখ: যদি আপনি বিবাহিত হন এবং সরকারি সহায়তা বা Medicaid এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেন, তাহলে আপনার স্বামী বা স্ত্রীকে অবশ্যই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মে তারিখ সহ স্বাক্ষর করতে হবে। যদি আপনি বিবাহিত হন এবং শুধু সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির সুবিধার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেন, তাহলে স্বামী-স্ত্রীর মধ্যে একজনকে অবশ্যই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মে তারিখ সহ স্বাক্ষর করতে হবে। যদি আপনার একজন সুরক্ষা প্রতিনিধি থাকে, তাহলে সেই ব্যক্তিকে অবশ্যই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মে তারিখ সহ স্বাক্ষর করতে হবে।

অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর এবং স্বাক্ষরের তারিখ: যদি আপনি পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মে SNAP-এর অনুমোদিত একজন প্রতিনিধি নিযুক্ত করে থাকেন, তাহলে সেই ব্যক্তিকে অবশ্যই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মে তারিখ সহ স্বাক্ষর করতে হবে।

এটির জন্য আমি আমার কেস বন্ধ করার অনুরোধ করছি: যদি আপনি পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্ম জমা দিতে চান, তাহলে এই ঘরগুলোর কোনোটিতে টিকচিহ্ন দিবেন না, অথবা এই বিভাগে স্বাক্ষর করবেন না অথবা তারিখ লিখবেন না। যদি আপনি এক বা একাধিক কর্মসূচির জন্য ***আপনার কেসটি বন্ধ*** করতে চান তাহলেই কেবল এই বিভাগটি চিহ্নিত করুন। আপনার কেসটি বন্ধ করার অনুরোধ করতে, সেই কর্মসূচির পাশে থাকা ঘরে টিকচিহ্ন (✓) দিন এবং নির্দেশিত স্থানে স্বাক্ষর করুন এবং তারিখ লিখুন। অনুগ্রহ করে অনুরোধটির জন্য একটি কারণ প্রদান করুন

ভোটার নিবন্ধন ফরম: এই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের শেষ দুই পৃষ্ঠা হলো একটি ভোটার নিবন্ধন ফর্ম। ভোট দেওয়ার জন্য নিবন্ধন করতে ফরমটি ব্যবহার করা অথবা নিবন্ধন করতে অস্বীকৃতি জানানো এসব বেনিফিটের জন্য আপনার পুনঃপ্রত্যয়ন, অথবা আপনার পাওয়ার সম্ভাবনা রয়েছে এমন সহায়তার পরিমাণকে প্রভাবিত করবে না। যদি আপনি ভোটার নিবন্ধন ফরম পূরণ করার ক্ষেত্রে সাহায্য পেতে চান, তাহলে আপনার ডিস্ট্রিক্টকে **বলুন।**

তথ্যমূলক উদ্দেশ্যে

যেসব ডকুমেন্ট প্রয়োজন

উপযুক্ততার কারণসমূহ এবং আবশ্যক কাগজপত্রের নিম্নলিখিত তালিকা এককভাবে শুধু তথ্য সংক্রান্ত উদ্দেশ্যের জন্য। আপনার ডিস্ট্রিক্ট আপনাকে অবহিত করবে যে উপযুক্ততার কোন কারণগুলো আপনাকে প্রমাণ করতে হবে। আপনাকে উপযুক্ততার অন্যান্য কারণ প্রমাণ করতে বলা হতে পারে যেগুলো নিচের তালিকায় নেই। আপনি এসব উপযুক্ততার শর্ত প্রমাণ করতে নিচে তালিকাভুক্ত নয় এমন কাগজপত্র প্রদান করতে সক্ষম হতে পারেন। যদি আবশ্যক কাগজপত্র সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার ডিস্ট্রিক্টের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

উপযুক্ততার কারণ	**এই কারণটি প্রমাণ করা জন্য, প্রদান করুন:** ✓ ♦ **নিম্নলিখিত একটি** **অথবা**	✓ ♦ **নিম্নলিখিত দুইটি** (যদি আপনি **শুধু** SNAP বেনিফিট বা Medicaid-এর জন্য আবেদন করেন, তাহলে আপনাকে টিকচিহ্ন দেওয়া প্রতিটি উপযুক্ততার কারণের জন্য **শুধু** একটি ফরম নিয়ে আসতে হবে।)
☐ **পরিচয়** আপনি কে তা আপনাকে অবশ্যই প্রমাণ করতে হবে:	ফটো আইডি ড্রাইভার্স লাইসেন্স যুক্তরাষ্ট্রের পাসপোর্ট ন্যাচারালাইজেশনের সার্টিফিকেট হাসপাতাল/ডাক্তারের রেকর্ড দত্তকের কাগজপত্র	আরেকজন ব্যক্তির কাছ থেকে বিবৃতি বৈধ সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর বার্থ/ব্যাপ্টিজমাল সার্টিফিকেট
☐ **বৈবাহিক স্থিতি** আপনি বিবাহিত, ডিভোর্সী, পৃথক, বা বিপত্নীক হলে আপনাকে অবশ্যই সেটি প্রমাণ করতে হবে।	ম্যারেজ/ডেথ সার্টিফিকেট বিচ্ছেদের চুক্তি ডিভোর্স ডিক্রি সোশ্যাল সিকিউরিটি রেকর্ড VA রেকর্ড	যাজকের বিবৃতি সেন্সাস রিপোর্ট সংবাদপত্রের নোটিশ আরেকজন ব্যক্তির কাছ থেকে বিবৃতি
☐ **বাসস্থান** আপনি কোথায় বাস করেন তা আপনাকে অবশ্যই প্রমাণ করতে হবে।	বাড়ির মালিকের বিবৃতি লিজ অথবা সাম্প্রতিক ভাড়ার রিসিট মর্টগেজ সংক্রান্ত রেকর্ড	আরেকজন ব্যক্তির কাছ থেকে বিবৃতি চিঠি পাঠানোর বর্তমান ঠিকানা স্কুলের রেকর্ড
☐ **পরিবারের গঠন/আকার** আপনি কার সঙ্গে বসবাস করছেন তা আপনাকে অবশ্যই প্রমাণ করতে হবে।	অনাত্মীয় বাড়ির মালিকের কাছ থেকে বিবৃতি স্কুলের রেকর্ড	অন্য ব্যক্তিদের কাছ থেকে বিবৃতি
☐ **বয়স** প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, সহায়তার জন্য আবেদনকারী প্রত্যেক ব্যক্তির বয়স আপনাকে অবশ্যই প্রমাণ করতে হবে।	জন্মসনদ ব্যাপ্টিজমাল সার্টিফিকেট হাসপাতালের রেকর্ড দত্তক নেবার রেকর্ড ন্যাচারালাইজেশনের সার্টিফিকেট ড্রাইভার্স লাইসেন্স	বীমা পলিসি সেন্সাস রিপোর্ট স্কুলের রেকর্ড আরেকজন ব্যক্তির কাছ থেকে বিবৃতি চিকিৎসকের বিবৃতি SSA-এর থেকে অফিসিয়াল পত্রালাপ
☐ **অনুপস্থিত বাবা-মা** যদি আপনার বাড়ির কোনো শিশুর বাবা বা মা আপনার সঙ্গে বসবাস না করেন, তাহলে আপনাকে অবশ্যই এটি প্রমাণ করতে হবে।	ডেথ সার্টিফিকেট সারভাইভর্স বেনিফিট হাসপাতালের রেকর্ড VA অথবা সামরিক বাহিনীর রেকর্ড ডিভোর্সের কাগজ পুনরায় বিয়ে করার প্রমাণ	সংবাদপত্রের নোটিশ বিমা কোম্পানির রেকর্ড প্রাতিষ্ঠানিক রেকর্ড সংস্থার কেস রেকর্ড এবং দাফনের পেমেন্ট সংক্রান্ত ফাইল আরেকজন ব্যক্তির কাছ থেকে বিবৃতি
☐ **অনুপস্থিত বাবা বা মায়ের তথ্য** আপনাকে অবশ্যই আপনার কাছে থাকা সব তথ্য প্রদান করতে হবে: নাম, ঠিকানা, সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর, জন্মতারিখ, কর্মসংস্থান	পে স্টাব ট্যাক্স রিটার্ণ সোশ্যাল সিকিউরিটি বা VA রেকর্ড আর্থিক সিদ্ধান্ত সংক্রান্ত চিঠি ID কার্ড (স্বাস্থ্য বিমা) ড্রাইভিং লাইসেন্স বা নিবন্ধন	

উপযুক্ততার কারণ	**এই কারণটি প্রমাণ করতে, নিচের কোনো একটি প্রদান করুন:**
☐ **সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর** (সরকারি সহায়তা, SNAP বেনিফিট এবং **শুধু** Medicaid-এর জন্য, আপনাকে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (SSN)-এর প্রমাণ প্রদান করতে হবে **না** , যদি না আপনার প্রদান করা SSN SSA-এর রেকর্ডের সঙ্গে না মিলে অথবা সংস্থাটি যাচাই করতে না পারে।)	সামাজিক নিরাপত্তার কার্ড SSA-এর থেকে অফিসিয়াল পত্রালাপ শুধু জরুরি চিকিৎসার জন্য Medicaid সহায়তা পেতে চান এমন অ-নাগরিকদের জন্য অথবা শুধু Medicaid-এর জন্য আবেদনকারী গর্ভবতীদের জন্য সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর আবশ্যক নয়।
☐ **নাগরিকত্ব অথবা বর্তমান** অ-নাগরিক **স্থিতি -** যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিকরা সরকারি সহায়তা, SNAP এবং Medicaid পাওয়ার যোগ্য। অ-নাগরিকদেরকে অবশ্যই সরকারি সহায়তা, SNAP এবং Medicaid পাওয়ার যোগ্য হওয়ার জন্য সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থাসম্পন্ন হতে হবে। চাইল্ড হেলথ প্লাস B (Child Health Plus B)-এর জন্য আবেদনকারী গর্ভবতী মহিলা বা অভিবাসী শিশুদের জন্য উপযুক্ততার কারণ হিসেবে অভিবাসনগত স্থিতি বিবেচনা করা হবে না। কাগজপত্রবিহীন অভিবাসী এবং অস্থায়ী অ-অভিবাসী ব্যক্তিরা শুধু জরুরি কোনো মেডিকেল অবস্থার চিকিৎসার জন্য যোগ্য বিবেচিত হবেন।	জন্মসনদ ব্যাপ্টিজমাল সার্টিফিকেট হাসপাতালের রেকর্ড যুক্তরাষ্ট্রের পাসপোর্ট সামরিক সেবার রেকর্ড ন্যাচারালাইজেশন সার্টিফিকেট USCIS-এর কাগজপত্র 1/1/72 তারিখের আগে থেকে অব্যাহতভাবে যুক্তরাষ্ট্রে বসবাস করার প্রমাণ।
☐ **উপার্জিত আয়** নিয়োগকর্তার কাছ থেকে ☐ স্ব-নিযুক্তি থেকে ☐ ভাড়া বা রুম/বোর্ড থেকে আয়	সাম্প্রতিক মজুরির স্টাব পে এনভেলাপ লেটারহেডে, প্রতি ঘণ্টার পেমেন্টের হার; প্রতি সপ্তাহের কর্মঘণ্টা; প্রথম পেমেন্টের তারিখ, যদি নতুন হয় এবং নিয়োগকর্তার ফোন নম্বর নিয়োগকর্তার সঙ্গে যোগাযোগের নম্বর ব্যবসার রেকর্ড ট্যাক্স রেকর্ড আত্ম-কর্মসংস্থানের আয় ও ব্যয় সম্পর্কিত রেকর্ড এবং সংশ্লিষ্ট উপকরণ বর্তমান আয়কর রিটার্ন সাম্প্রতিক অবদান চেক করা রুমার, বোর্ডার, ভাড়াটের বিবৃতি ইনকাম ট্যাক্সের রেকর্ড
☐ **অনুপার্জিত আয়** চাইল্ড সাপোর্ট ☐ বেকারত্ব বিমার সুবিধাসমূহ (UIB) ☐ সোশ্যাল সিকিউরিটি বেনিফিট (SSI সহ) ☐ ভেটেরান্স বেনিফিট	পারিবারিক আদালতের কাছ থেকে বিবৃতি সহায়তার জন্য অর্থ পরিশোধ করা ব্যক্তির কাছ থেকে বিবৃতি চেক স্টাব সাম্প্রতিক অ্যাওয়ার্ডের সার্টিফিকেট সাম্প্রতিক বেনেফিট চেক করা NYS-এর শ্রম বিভাগের সঙ্গে আনুষ্ঠানিক যোগাযোগ সাম্প্রতিক অ্যাওয়ার্ডের সার্টিফিকেট সাম্প্রতিক বেনেফিট চেক করা SSA-এর কাছ থেকে আনুষ্ঠানিক যোগাযোগ বর্তমান অ্যাওয়ার্ড সার্টিফিকেট সাম্প্রতিক বেনেফিট চেক করা VA-এর থেকে অফিসিয়াল পত্রালাপ

উপযুক্ততার কারণ	এই কারণটি প্রমাণ করতে, নিচের কোনো একটি প্রদান করুন:
☐ **অনুপার্জিত আয় (চলছে)**	অ্যাওয়ার্ড লেটার চেক স্টাব
☐ কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ	স্কুলের কাছ থেকে বিবৃতি ব্যাংকের কাছ থেকে পুরস্কার পত্রের বিবৃতি
☐ শিক্ষা অনুদান ও ঋণ	ব্যাঙ্ক অথবা ক্রেডিট ইউনিয়নের বিবৃতি ব্রোকার/ এজেন্টের বিবৃতি
☐ সুদ/লভ্যাংশ/রয়্যালটি	সাম্প্রতিক অ্যাওয়ার্ড লেটার সাম্প্রতিক বেনেফিট চেক করা আয়ের সোর্স থেকে অফিসিয়াল পত্রালাপ
☐ বেসরকারি পেনশন/বার্ষিক ভাতা	
☐ অন্যান্য	
☐ **সংস্থানসমূহ**	পরিবারের কাছ থেকে বিবৃতি নার্সিং হোমের কাছ থেকে বিবৃতি
☐ ব্যাংক অ্যাকাউন্ট: চেকিং, সেভিংস, রিটায়ারমেন্ট (IRA ও Keogh)	ব্যাঙ্কের সাম্প্রতিক রেকর্ড সাম্প্রতিক ক্রেডিট ইউনিয়নের রেকর্ড
☐ স্টক, বন্ড, সার্টিফিকেট	স্টক সার্টিফিকেট বন্ড আর্থিক প্রতিষ্ঠানের বিবৃতি
☐ জীবন বীমা	বীমা পলিসি বীমা কোম্পানির থেকে স্টেটমেন্ট
☐ দাফনের ট্রাস্ট বা তহবিল, দাফনের স্থান বা শেষকৃত্য সংক্রান্ত চুক্তি	ব্যাঙ্কের রেকর্ড কবর দেবার চুক্তি কবর দেবার প্লটের দলিল ফিউনারেল ডিরেক্টরের বিবৃতি
☐ আয়কর রিফান্ড অথবা উপার্জিত আয়ের কর ক্রেডিট (EITC)	ট্যাক্স রিফান্ড ট্যাক্স অফিসের বিবৃতি
☐ বাসস্থান ছাড়া অন্য রিয়েল এস্টেট	দলিল রিয়েল এস্টেট ব্রোকারের বিবৃতি ব্রোকার কর্তৃক বর্তমান মানের মূল্যনির্ধারণ/অনুমান
☐ মোটরগাড়ি	নিবন্ধন (পুরোনো মডেল) মালিকানার টাইটেল ডিলার কর্তৃক বর্তমান মানের মূল্যনির্ধারণ আর্থিক ডাটা
☐ এককালীন পেমেন্ট	পেমেন্টের উৎসের কাছ থেকে বিবৃতি

উপযুক্ততার কারণ	এই কারণটি প্রমাণ করতে, নিচের কোনো একটি প্রদান করুন:
☐ অন্যান্য ______	
☐ **আশ্রয় সংক্রান্ত খরচ** আপনি যেখানে বসবাস করছেন সেখানে বসবাস করার খরচ আপনাকে অবশ্যই প্রমাণ করতে হবে (আপনাকে আশ্রয় সংক্রান্ত খরচের **প্রতিটি** আইটেমের জন্য পৃথক কাগজপত্র প্রদান করতে হতে পারে)। Medicaid-এর জন্য **আশ্রয় সংক্রান্ত খরচের কাগজপত্র আবশ্যক নয়।**	বর্তমান ভাড়ার রসিদ বর্তমান লিজ মর্টগেজ বুক/রেকর্ড প্রপার্টি এবং স্কুলের ট্যাক্স রেকর্ড বাড়ির মালিকের বিবৃতি পয়ঃনিষ্কাশন এবং পানির বিল বাড়ির মালিকের বিমার রেকর্ড জ্বালানি সংক্রান্ত বিল নন-হিটিং ইউটিলিটি সংক্রান্ত বিল টেলিফোনের বিল
☐ **মেডিকেল বিল**	মেডিকেল বিলের কপি (পরিশোধিত এবং অপরিশোধিত)
☐ **স্বাস্থ্য বিমা** যদি আপনার অথবা আবেদনকারী কোনো ব্যক্তির স্বাস্থ্য বিমার কভারেজ থাকে (এমনকি অন্য কেউ পরিশোধ করলেও), আপনাকে অবশ্যই এটি প্রমাণ করতে হবে।	বীমা পলিসি বীমা কার্ড কভারেজ প্রদানকারীর বিবৃতি **মেডিকেয়ার** কার্ড
☐ **প্রতিবন্ধী/অক্ষম/গর্ভবতী** যদি আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি অসুস্থ বা গর্ভবতী হন, তাহলে আপনাকে অবশ্যই প্রমাণ দেখাতে হবে।	গর্ভধারণ নিশ্চিত করা এবং সন্তান প্রসবের প্রত্যাশিত তারিখ উল্লেখ সহ মেডিকেল পেশাজীবীদের কাছ থেকে বিবৃতি চিকিৎসা সংক্রান্ত পেশাদারের থেকে বিবৃতি SSA-এর প্রমান অথবা অক্ষমতা অথবা দৃষ্টিহীনতার জন্য SSI-এর বেনেফিট
☐ **পরিশোধ না করা বিল** ভাড়া, ইউটিলিটি	বকেয়া অর্থের পরিমাণ, পরিষেবার সময়কাল ও সেবা প্রদানকারীর উল্লেখ সহ প্রতিটি বিলের কপি
☐ **রেফারাল** মাদক/অ্যালকোহলের চিকিৎসা কর্মসূচি ☐ কর্মসংস্থান পরিষেবা	চিকিৎসা প্রদানকারীর কাছ থেকে বিবৃতি কর্মসংস্থান পরিষেবার কাছ থেকে বিবৃতি
☐ **অন্যান্য ব্যয়/নির্ভরশীল ব্যক্তির সেবার খরচ** যদি আপনি আদালতের আদেশক্রমে সহায়তা, চাইল্ড কেয়ার, বার বার নেওয়া ঋণ, অথবা বাড়িতে হেলথ এইড বা অ্যাটেনডেন্টের সেবার জন্য **অর্থ পরিশোধ করেন**, তাহলে আপনাকে অবশ্যই প্রমাণ দেখাতে হবে।	কোর্ট অর্ডার ডে কেয়ার সেন্টার অথবা অন্যান্য চাইল্ড কেয়ার প্রদানকারীর বিবৃতি সহায়তাকারী অথবা পরিচারকের বিবৃতি বাতিল হওয়া চেক অথবা রিসিট
☐ **স্কুলে উপস্থিতি** কে স্কুলে আছে তা আপনাকে অবশ্যই প্রমাণ করতে হবে	স্কুলের রেকর্ড (বর্তমান রিপোর্ট কার্ড) স্কুল/ অথবা উচ্চ শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের কাছ থেকে বিবৃতি
☐ **অন্যান্য:**	