এই আবেদনের ধূসর অংশে লিখবেন না

LDSS-2921 Statewide BE (Rev. 07/23)

CENTER/ OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	SNAP SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR

CASE NAME	EFFECTIVE DATE	DISPOSITION	SERVICES TRANSACTION TYPE
		☐ DENIAL ☐☐☐ REASON CODE ☐ WITHDRAWAL	☐ NEW OPENING 02 ☐ REOPEN 10 ☐ RECERTIFICATION 06

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM ______ 0F ______	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION x ______	DATE

DATE RECEIVED BY AGENCY	EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: ______

PA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		SNAP AUTHORIZATION PERIOD		SERVICES AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

নির্দিষ্ট কিছু বেনিফিট এবং পরিষেবার জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেটে আবেদন

যদি আপনি অন্ধ বা গুরুতরভাবে দৃষ্টি প্রতিবন্ধী হন এবং এই আবেদনপত্রটি বিকল্প ফরম্যাটে প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনি আপনার সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের কাছে অনুরোধ জানাতে পারেন। লভ্য ফরম্যাটগুলোর ধরন সম্পর্কে আরো তথ্য এবং কিভাবে আপনি একটি বিকল্প ফরম্যাটে আবেদনের জন্য অনুরোধ করতে পারেন সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য, এই আবেদনের নির্দেশনা পুস্তক (PUB-1301 Statewide) দেখুন, যা www.otda.ny.gov ঠিকানায় অথবা https://www.health.ny.gov/ ঠিকানায় পাওয়া যাবে।

যদি আপনি অন্ধ বা গুরুতরভাবে দৃষ্টি প্রতিবন্ধী হন, তাহলে আপনি কি কোনো বিকল্প ফরম্যাটে লিখিত নোটিশ পেতে চান? ☐ হ্যাঁ ☐ না

হ্যাঁ হলে, আপনি যে ধরনের ফরম্যাটে পেতে চান সেটিতে টিকচিহ্ন দিন:

☐ বড় ছাপার অক্ষরে ☐ ডাটা CD
☐ অডিও CD ☐ ব্রেইল, যদি আপনি ঘোষণা করেন যে বিকল্প ফরম্যাটগুলোর কোনোটিই আপনার জন্য সমানভাবে ফলপ্রসূ হবে না

যদি আপনার অন্য কোনো সুযোগ-সুবিধা প্রয়োজন হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

আমরা একটি পেশাদার এবং সম্মানজনক উপায়ে আপনাকে সাহায্য ও সহায়তা প্রদান করার জন্য দৃঢ় প্রতিজ্ঞ। এই আবেদনপত্রে 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। **অনুগ্রহ করে এই আবেদনটি সম্পন্ন করার সময় নির্দেশনা পুস্তক (PUB-1301 Statewide) এবং "আপনার যা জানা উচিত" বই 1, 2, ও 3 (LDSS-4148A, LDSS-4148B, এবং LDSS-4148C) দেখুন, এবং কোনো প্রশ্ন থাকলে আপনার সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।**

এই আবেদনপত্রে যেখানেই আপনি "MA" দেখতে পাবেন, এটির অর্থ হলো "Medicaid (Medicaid)"। যদি আপনি একই সময়ে সরকারি সহায়তা অথবা সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (Supplemental Nutrition Assistance Program) জন্য আবেদন করেন, তাহলেই কেবল আপনি এই আবেদনপত্র ব্যবহার করে MA-এর জন্য আবেদন করতে পারবেন। যদি আপনি শুধু MA-এর জন্য আবেদন করতে চান, তাহলে আপনি আরো তথ্যের জন্য অথবা আবেদন করতে অনলাইনে https://nystateofhealth.ny.gov/ ঠিকানায় যেতে পারেন এবং/অথবা 1-855-355-5777 নম্বরে ফোন করতে পারেন, অথবা আপনি শুধু MA-এর জন্য ব্যবহৃত কাগজের আবেদনপত্র – ফরম 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) জন্য আবেদন করতে চান, তাহলে আপনাকে অবশ্যই ফরম DOH-4328 ব্যবহার করে আবেদন করতে হবে, যেটি আপনার কর্মী আপনাকে প্রদান করতে পারেন। যদি আপনার ব্যক্তিগত পরিচর্যা পরিষেবা পাওয়ার তাৎক্ষণিক প্রয়োজন থাকে, তাহলে DOH- 4220 MA আবেদন ফরমটি ব্যবহার করে আপনার পৃথকভাবে MA-এর জন্য আবেদন করা উচিত।

সেকশন 1
আপনি অথবা পরিবারের কোনো সদস্য যেসব কর্মসূচির জন্য আবেদন করছেন সেগুলোর *প্রত্যেকটি* চেক করে দেখুন

☐ সরকারি সহায়তা (PA) ☐ PA-এর পরিবর্তে চাইল্ড কেয়ার ☐ সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (SNAP) ☐ Medicaid (MA) এবং SNAP
☐ Medicaid (MA) ও PA ☐ পরিষেবাসমূহ (S), যার মধ্যে রয়েছে ফস্টার কেয়ার (Foster Care, FC) ☐ চাইল্ড কেয়ার সহায়তা (Child Care Assistance, CC)
☐ শুধু জরুরি সহায়তা (Emergency Assistance Only, EMRG)

সেকশন 2

আপনার মূল ভাষা কী? ☐ ইংরেজি ☐ স্প্যানিশ ☐ অন্যান্য (সুনির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন) ________

আপনি কি বিজ্ঞপ্তি পেতে চান: ☐ শুধু ইংরেজি ভাষায় ☐ ইংরেজি ও স্প্যানিশ ভাষায়

সেকশন 3 আবেদনকারীর তথ্য **অনুগ্রহ করে বড় হাতের অক্ষরে লিখুন**

নামের প্রথমাংশ	মধ্যম নামের আদ্যক্ষর	নামের শেষাংশ	বৈবাহিক অবস্থা	ফোন নম্বর ( ) এরিয়া কোড	মোবাইল নম্বর? ☐ হ্যাঁ ☐ না

সড়কের ঠিকানা	অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর	সিটি	কাউন্টি	স্টেট	জিপ কোড

প্রযত্নে নাম (যদি আপনি অন্য কোনো ব্যক্তির প্রযত্নে আপনার চিঠি পেয়ে থাকেন তাহলে পূরণ করুন)

ডাক যোগাযোগের ঠিকানা (যদি উপরের ঠিকানার চেয়ে ভিন্ন হয়)	অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর	সিটি	কাউন্টি	স্টেট	জিপ কোড

আপনার বর্তমান ঠিকানায় আপনি কতদিন ধরে বাস করছেন?	বছর	মাস	এটি কি কোনো শেল্টার? ☐ হ্যাঁ ☐ না	আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করা যাবে এমন আরেকটি ফোন নম্বর	ফোন নম্বর ( ) এরিয়া কোড	ইমেইল ঠিকানা (ঐচ্ছিক)

বর্তমান ঠিকানায় যাওয়ার দিকনির্দেশনা

আগের ঠিকানা	অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর	সিটি	কাউন্টি	স্টেট	জিপ কোড

যদি আপনি বর্তমানে গৃহহীন হন, তাহলে এখানে টিকচিহ্ন দিন ☐

আবেদনকারীকে সহায়তাকারী সংস্থা/যোগাযোগের ব্যক্তি	ফোন নম্বর ( ) এরিয়া কোড

আপনার কি এই আবেদনপত্রের Medicaid অংশ এবং কোনো মেডিকেইল কভারেজ পাওয়ার সম্ভাব্য বিষয়টি গোপন রাখা প্রয়োজন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

সেকশন 5
এগুলোর কোনোটি কি আপনার জন্য প্রযোজ্য?

- ☐ গর্ভবতী 1
- ☐ ঘরোয়া সহিংসতার ভুক্তভোগী 2
- ☐ বাবা-মায়ের পরিচয় প্রতিষ্ঠা করা প্রয়োজন 3
- ☐ চাইল্ড সাপোর্ট প্রয়োজন 4
- ☐ মাদক/অ্যালকোহলের সমস্যা 5
- ☐ জ্বালানি বা ইউটিলিটি বন্ধ হয়ে গেছে 6
- ☐ থাকার কোনো জায়গা নেই/গৃহহীন 7
- ☐ আগুন বা অন্য দুর্যোগ 8
- ☐ কোনো আয় নেই 9
- ☐ গুরুতর মেডিকেল সমস্যা 10
- ☐ বাড়ি থেকে উচ্ছেদ হওয়া মুলতবি রয়েছে 11
- ☐ কোনো খাবার নেই 12
- ☐ ফস্টার কেয়ার প্রয়োজন 13
- ☐ চাইল্ড কেয়ার প্রয়োজন 14
- ☐ ইংরেজি ভাষা নিয়ে সমস্যা 15
- ☐ যুক্তিসঙ্গত সুযোগ-সুবিধা 16
- ☐ অন্যান্য ____________________ 17

সেকশন 4 – যদি আপনি SNAP-এর জন্য আবেদন করেন: আপনি যেদিন এটি পাবেন সেদিন একটি আবেদনপত্র জমা দিতে পারেন। একটি SNAP আবেদন জমা দেওয়ার জন্য, আপনাকে অবশ্যই কমপক্ষে আপনার নাম, ঠিকানা (যদি থাকে) এবং নিচে স্বাক্ষর দিতে হবে। আপনাকে অবশ্যই আবেদন প্রক্রিয়া সম্পন্ন করতে হবে, যার মধ্যে আবেদনপত্রের শেষ পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করা এবং সাক্ষাতকার প্রদান করা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। যোগ্য হলে আপনি যে তারিখে আবেদন জমা দিয়েছিলেন সেই তারিখে SNAP বেনিফিট পাবেন। আপনার SNAP বেনিফিটের আবেদনপত্র জমা দেওয়ার (নথিভুক্ত করার) তারিখ থেকে 30 দিনের মধ্যে আপনার আবেদন অনুমোদিত অথবা বাতিল হওয়ার বিষয়টি আপনাকে অবশ্যই জানাতে হবে। যদি আপনার পরিবারের আয় বা তরল সম্পদের পরিমাণ অতি সামান্য হয় অথবা কোনো আয় বা তরল সম্পদ না থাকে, অথবা যদি আপনার ভাড়া এবং ইউটিলিটির খরচ আপনার আয় ও তরল সম্পদের চেয়ে বেশি হয়, তাহলে আপনি আপনার আবেদনপত্র জমা দেওয়ার পাঁচ কর্মদিবসের মধ্যে SNAP বেনিফিট পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন। যদি আপনি কোনো প্রতিষ্ঠানে বসবাসকারী হন এবং প্রতিষ্ঠান ছেড়ে চলে যাওয়ার আগে সম্পূরক নিরাপত্তা আয় (Supplemental Security Income, SSI) এবং SNAP বেনিফিট উভয়টির জন্য আবেদন করেন, তাহলে আবেদনপত্র জমা দেওয়ার তারিখ হবে আপনি প্রতিষ্ঠান ছেড়ে চলে যাওয়ার তারিখ।

SNAP-এর জন্য আবেদনকারীর/প্রতিনিধির স্বাক্ষর	স্বাক্ষর করার তারিখ
x	

এই আবেদনের ধূসর অংশে লিখবেন না

সেকশন 6 – পরিবারের তথ্য – আপনার সঙ্গে *বসবাসকারী* প্রত্যেকের তালিকা দিন, এমনকি তারা আপনার সঙ্গে আবেদন না করলেও। প্রথম লাইনে আপনার নাম লিখুন।

RI	LN	নামের প্রথমাংশ, মধ্যম নামের আদ্যক্ষর, নামের শেষাংশ	এই ব্যক্তি যেটির জন্য আবেদন করছেন:							জন্মতারিখ: (mm/dd/yyyy)	লিঙ্গ: (M/F/X)	লিঙ্গ পরিচয় (ঐচ্ছিক): (পুরুষ, মহিলা, নন-বাইনারি, X, ট্রান্সজেন্ডার, ভিন্ন পরিচয় [অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন])	আপনার সাথে সম্পর্ক:	আবেদনকারী পরিবারের সদস্যদের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (*নির্দেশন পুস্তক PUB-1301 Statewide, দেখুন অথবা আপনার সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের সঙ্গে কথা বলুন*)	সম্পন্ন করা সর্বোচ্চ স্কুল গ্রেড	এই ব্যক্তি কি (অপ্রাপ্তবয়স্ক শিশু সহ) আপনার সঙ্গে খাবার কেনেন বা প্রস্তুত করেন?	
			PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMRG							হ্যাঁ	না
	01												নিজে				
	02																
	03																
	04																
	05																
	06																
	07																
	08																

আপনি অথবা আপনার পরিবারের যেকোনো ব্যক্তি বিয়ের আগে যে নামে বা অন্য কোনো নামে পরিচিত ছিলেন সেগুলোর তালিকা দিন

লাইন নম্বর	ONC	নামের প্রথমাংশ	মধ্যম নামের আদ্যক্ষর	নামের শেষাংশ
|				
|				

IS ANYONE SANCTIONED?	☐ YES ☐ NO	IF YES, WHO	REASON	END DATE

NON-APPLICANT INFORMATION

LN	FIRST NAME	LAST NAME	LEGALLY RESPONSIBLE		FOR WHOM?	CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME	CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD
			YES	NO			

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION

LN	NON-CITIZEN STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED	
		YES	NO	MONTH	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		05	
02		06	
03		07	
04		08	

CONSIDER

✓ RCA/RMA REFERRAL

সেকশন 7 – জাতি/জাতিস্বত্বা – এই তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছামূলক। এটি আবেদনকারী ব্যক্তিদের উপযুক্ততা অথবা প্রাপ্ত বেনিফিটের মাত্রাকে প্রভাবিত করবে না। এই তথ্যের অনুরোধ করার কারণ হলো জাতি, বর্ণ বা জাতীয় উৎস নির্বিশেষে কর্মসূচির বেনিফিটগুলো বিতরণ করার বিষয়টি নিশ্চিত করা।

- **H** হিস্পানিক বা ল্যাটিনো
- **I** আমেরিকার আদিবাসী বা আলাস্কার আদিবাসী
- **A** এশীয়
- **B** কৃষ্ণাঙ্গ বা আফ্রিকান আমেরিকান
- **P** হাওয়াইয়ের আদিবাসী বা প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপপুঞ্জের অধিবাসী
- **W** শ্বেতাঙ্গ
- **U** অজ্ঞাত (**শুধু MA)**

↓ সেকশন 6-এর প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য, হিস্পানিক বা ল্যাটিনো হলে অনুগ্রহ করে Y (YES) লিখুন।

সেকশন 6-এর প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য, অনুগ্রহ করে জাতির জন্য প্রযোজ্য ক্ষেত্রে Y (YES) লিখুন। আপনি একটির বেশি জাতি বেছে নিতে পারেন।

LN	H	I	A	B	P	W	U	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
									ENTER APPROPRIATE CODES								
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	

ANTICIPATED FUTURE ACTION			CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS
LINE NO.	CODE	DATE		

SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE			
SFUI	CODE	SFUI	CODE
SFUI	CODE	SFUI	CODE

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Legal	
	Services	
	SSA	
	NYSoH	
	Chronic Care/SSI-Related	
	MA-Only	
	Medicare Savings Program	

CONSIDER

- ✓ Relationship
- ✓ Filing Unit
- ✓ Legally Responsible Relative
- ✓ Single Economic Unit
- ✓ SNAP Household Composition
- ✓ SNAP Aged/Disabled Individual
- ✓ Photo ID
- ✓ AFIS (PA Only)
- ✓ CBIC/PIN
- ✓ RFI/OCA
- ✓ Health Insurance

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Photo ID	
	Birth Verification	
	Marriage License	
	Social Security Card	
	Code 9 Resolution	
	Immigration Status	
	Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)	

সম্পন্ন করার আগে অনুগ্রহ করে এই সম্পূর্ণ পৃষ্ঠাটি ভালোভাবে পড়ুন। যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে নির্দেশনা পুস্তক (PUB-1301 Statewide) দেখুন অথবা আপনার সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের সঙ্গে কথা বলুন।

সেকশন 8 – নাগরিকত্ব/সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থাসম্পন্ন অ-নাগরিক

যারা আবেদন করছেন অথবা যাদের জন্য আবেদন করা আবশ্যক তাদের সবার তালিকা দিন।

আপনাকে সেকশন 8 ও 9 পূরণ করতে হবে যদি আপনি:

- **শুধু** চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য আবেদন করেন, কিন্তু শুধু যেসব শিশু চাইল্ড কেয়ার সহায়তা লাভ করবে তাদের তথ্য আপনাকে পূরণ করতে হবে।
- **শুধু** ফস্টার কেয়ারের জন্য আবেদন করেন, কিন্তু শুধু যেসব শিশু ফস্টার কেয়ার লাভ করবে তাদের তথ্য আপনাকে পূরণ করতে হবে।
- নির্দিষ্ট কিছু পরিস্থিতিতে অন্যান্য পরিষেবার জন্য আবেদন করেন।

সেকশন 9 – সার্টিফিকেশন

কিছু সামাজিক পরিষেবা কর্মসূচির ক্ষেত্রে আপনার জন্য প্রত্যয়ন করা আবশ্যক হবে যে আপনি যুক্তরাষ্ট্রের একজন নাগরিক, আমেরিকার আদিবাসী অথবা যুক্তরাষ্ট্রের ন্যাশনাল, অথবা সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা রয়েছে এমন একজন অ-নাগরিক। অন্যান্য কর্মসূচির জন্য এটি আবশ্যক নয়।

যদি আপনি যুক্তরাষ্ট্রের একজন নাগরিক, আমেরিকার আদিবাসী অথবা যুক্তরাষ্ট্রের ন্যাশনাল, অথবা সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা রয়েছে এমন একজন অ-নাগরিক হন, **এবং** আপনি নিম্নলিখিতটির জন্য আবেদন করেন, তাহলেই কেবল আপনাকে বাধ্যতামূলকভাবে নিচের সার্টিফিকেশনে স্বাক্ষর করতে হবে:

- সরকারি সহায়তা, অথবা
- সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (SNAP), অথবা
- Medicaid, বা
- চাইল্ড কেয়ার সহায়তা (**শুধু** শিশুদের জন্য সার্টিফিকেশন প্রয়োজন), অথবা
- ফস্টার কেয়ার (**শুধু** শিশুদের জন্য সার্টিফিকেশন প্রয়োজন), অথবা
- নির্দিষ্ট কিছু পরিস্থিতির আওতাধীন অন্যান্য পরিষেবা;
- জরুরি পেমেন্ট সহায়তা

পরিবারের একজন প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য অথবা অনুমোদিত প্রতিনিধি পরিবারের সব সদস্যের জন্য স্বাক্ষর করতে পারবেন। উদাহরণ: সন্তোষজনক অ-নাগরিক স্ট্যাটাস নেই এমন বাবা-মা তাদের সন্তোষজনক অ-নাগরিক স্ট্যাটাস রয়েছে এমন সন্তানের জন্য স্বাক্ষর করতে পারবেন।

	NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	
		Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)		

SNAP-এর কোনো আবেদনে অবশ্যই SNAP পরিবারে বসবাসকারী সব ব্যক্তির তালিকা থাকতে হবে। PA-এর কোনো আবেদনে অবশ্যই আপনি যেসব শিশুদের জন্য আবেদন করছেন তাদের সবার, তাদের ভাই-বোনদের, এবং সেসব শিশুর বাবা-মায়েদের মধ্যে যারা একসঙ্গে বসবাস করছেন তাদের সবার তালিকা থাকতে হবে। তালিকাভুক্ত কোনো ব্যক্তি যুক্তরাষ্ট্রের একজন নাগরিক, যুক্তরাষ্ট্রের ন্যাশনাল অথবা সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা রয়েছে এমন একজন অ-নাগরিক কিনা সে বিষয়টি যদি আপনি টিকচিহ্ন দিয়ে চিহ্নিত না করেন, অথবা যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিকত্ব ও অভিবাসন পরিষেবা (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) নম্বর (এলিয়েন রেজিস্ট্রেশন নম্বর) অথবা একটি নন-সিটিজেন নম্বর (প্রযোজ্য হলে) প্রদান না করেন, তাহলে সেই ব্যক্তিকে সহায়তা প্রদান করা হবে না এবং পরিবারের বাকি সদস্যরা কম সুবিধা পাবেন। যদি আপনি একজন আমেরিকার একজন আদিবাসী হন, তাহলে নাগরিক/জাতীয়তায় টিকচিহ্ন দিন।

প্রত্যেক *আবেদনকারীর* জন্য নিচের ঘরটিতে স্বাক্ষর দিন* এবং তারিখ লিখুন।

সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা রয়েছে এমন কোনো অ-নাগরিক আবেদন করলে, সেক্ষেত্রে আবেদনকারী অ-নাগরিকের যেসব কর্মসূচির জন্য সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা রয়েছে সেগুলোর প্রতিটিতে টিকচিহ্ন দিন। (নির্দেশনা পুস্তক, PUB-1301 Statewide দেখুন।)

LN	নামের প্রথমাংশ	মধ্যম নামের আদ্যক্ষর	নামের শেষাংশ	প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য হয় "নাগরিক / জাতীয়তা" অথবা "অ-নাগরিক" এ টিকচিহ্ন দিন।		USCIS নম্বর (এলিয়েন রেজিস্ট্রেশন নম্বর) অথবা নন-সিটিজেন নম্বর (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)	সার্টিফিকেশন	তারিখ:	PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMRG
01				☐ নাগরিক/ ন্যাশনাল	☐ অ-নাগরিক	A	নাম স্বাক্ষর করুন X								
02				☐ নাগরিক/ ন্যাশনাল	☐ অ-নাগরিক	A	নাম স্বাক্ষর করুন X								
03				☐ নাগরিক/ ন্যাশনাল	☐ অ-নাগরিক	A	নাম স্বাক্ষর করুন X								
04				☐ নাগরিক/ ন্যাশনাল	☐ অ-নাগরিক	A	নাম স্বাক্ষর করুন X								
05				☐ নাগরিক/ ন্যাশনাল	☐ অ-নাগরিক	A	নাম স্বাক্ষর করুন X								
06				☐ নাগরিক/ ন্যাশনাল	☐ অ-নাগরিক	A	নাম স্বাক্ষর করুন X								
07				☐ নাগরিক/ ন্যাশনাল	☐ অ-নাগরিক	A	নাম স্বাক্ষর করুন X								
08				☐ নাগরিক/ ন্যাশনাল	☐ অ-নাগরিক	A	নাম স্বাক্ষর করুন X								

উপরোক্ত একটি ঘরে টিকচিহ্ন দেওয়া *এবং* সেকশন 9-এ সার্টিফিকেশনে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি মিথ্যা সাক্ষ্য প্রদানের দণ্ডের বিষয়টি মেনে নিয়ে এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে, আমি এবং/অথবা আমি যেসব ব্যক্তির জন্য স্বাক্ষর করছি তারা, যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক, আমেরিকার আদিবাসী অথবা যুক্তরাষ্ট্রের ন্যাশনাল, অথবা সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা সম্পন্ন অ-নাগরিক।

আমি বুঝতে পেরেছি যে এই সার্টিফিকেশনে স্বাক্ষর করার ফলে আমার পরিবারের আবেদনকারী সদস্যদের তথ্য প্রযোজ্য ক্ষেত্রে অ-নাগরিক স্ট্যাটাস যাচাইয়ের জন্য যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিকত্ব ও অভিবাসন পরিষেবার কাছে জমা দেওয়া হতে পারে।

উপরোক্ত তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশ করার বিষয়টি নাগরিকত্বের অবস্থা যাচাইকরণ এবং সরকারি সহায়তা, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা, Medicaid, চাইল্ড কেয়ার সহায়তা, ফস্টার কেয়ার ও পরিষেবাসমূহ, ইত্যাদি কর্মসূচির প্রবিধানসমূহ পরিচালনা বা প্রয়োগ করার সঙ্গে সরাসরি সংযুক্ত ব্যক্তি ও সংস্থাগুলোর মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে।

***সার্টিফিকেশনে স্বাক্ষর করতে চান কিন্তু লিখতে পারেন না এমন ব্যক্তি একজন সাক্ষীর সামনে দাগটির উপর একটি "X" অঙ্কন করতে পারেন। সাক্ষীকে অবশ্যই নিচে স্বাক্ষর করতে হবে।**

আমি দাগগুলোর মধ্যে চিহ্ন অঙ্কন করার বিষয়টি প্রত্যক্ষ করেছি: _____,_____,_____,_____,_____,_____ **সাক্ষীর স্বাক্ষর:** ______________________________ **স্বাক্ষরের তারিখ:** ________________

সেকশন 10 – চাইল্ড সাপোর্ট এনফোর্সমেন্ট ইউনিটের কাছে রেফারাল সম্পর্কিত তথ্য

যদি আপনি শুধু চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য আবেদন করেন, তাহলে আপনাকে চাইল্ড সাপোর্ট চাইতে হবে না এবং এই সেকশনটি পূরণ করতে হবে না। যদি আপনি সরকারি সহায়তা অথবা সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির পাশাপাশি Medicaid-এর জন্য আবেদন করেন, তাহলে আপনাকে হয়তো আপনার নিজের জন্য এবং আপনার আবেদনকারী শিশুদের জন্য মেডিকেল সাপোর্ট পাওয়ার জন্য আমাদেরকে সাহায্য করতে হবে। আপনার এই সেকশনটি পূরণ করার প্রয়োজন আছে কিনা তা নির্ণয় করতে নিম্নলিখিত প্রশ্নগুলোর উত্তর দিন। উপযুক্ত ক্ষেত্রে আপনার নিজেকে অন্তর্ভুক্ত করুন:

1. আপনি কি 21 বছরের কম বয়সী কোনো ব্যক্তির জন্য আবেদন করছেন যিনি অবিবাহিত বাবা-মায়ের কাছে জন্মগ্রহণ করেছেন এবং/অথবা যার বাবা-মায়ের আইনি পরিচয় প্রতিষ্ঠিত হয়নি? ☐ হ্যাঁ ☐ না
2. আপনি কি 21 বছরের কম বয়সী কোনো ব্যক্তির জন্য আবেদন করছেন যার বাবা বা মা অনুপস্থিত রয়েছে (নন-কাস্টডিয়াল প্যারেন্ট)? ☐ হ্যাঁ ☐ না

যদি আপনি এই উভয় প্রশ্নের "না" উত্তর দেন, তাহলে আপনাকে এই সেকশনটি পূরণ করতে হবে না। সেকশন 11-তে চলে যান।

যদি আপনি যেকোনো একটি বা উভয় প্রশ্নের "হ্যাঁ" উত্তর দেন, তাহলে আপনাকে অবশ্যই এই সেকশনটি পূরণ করতে হবে। আপনি 21 বছরের কম বয়সী যেসব ব্যক্তির জন্য আবেদন করছেন তাদের সবার নাম এবং সেসব ব্যক্তির নন-কাস্টডিয়াল, দাবিকৃত, বা উদ্দিষ্ট বাবা বা মা সম্পর্কে আপনার কাছে থাকা যেকোনো তথ্য প্রদান করুন।

3. আপনার বয়স কি 21 বছরের কম? ☐ হ্যাঁ ☐ না

যদি আপনি এই প্রশ্নের "হ্যাঁ" উত্তর দেন, তাহলে আপনার নন-কাস্টডিয়াল, দাবিকৃত, বা উদ্দিষ্ট বাবা বা মা সম্পর্কে নিম্নলিখিত তথ্য প্রদান করুন:

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgment of Parentage or Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity/Parentage	
	Birth Certificate	
NEEDED	**REFERRALS**	**COMPLETED**
	CTHP	
	CAP	
	Referral for Child Support Services (LDSS-5145)	
	Parentage/Paternity	

CONSIDER

- ✓ Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ SSI/SSA

21 বছরের কম বয়সী ব্যক্তির নাম	নন-কাস্টডিয়াল, দাবিকৃত, বা উদ্দিষ্ট বাবা বা মায়ের নাম এবং ঠিকানা	নন-কাস্টডিয়াল, দাবিকৃত, বা উদ্দিষ্ট বাবা বা মায়ের জন্মতারিখ			নন-কাস্টডিয়াল, দাবিকৃত, বা উদ্দিষ্ট বাবা বা মায়ের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর
		মাস	দিন	বছর	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

সেকশন 11 – ট্যাক্স ফাইলিং/নির্ভরশীল অবস্থা – অনুগ্রহ করে পরিবারে বসবাসকারী প্রত্যেক ব্যক্তির ট্যাক্স স্ট্যাটাস নির্বাচন করুন।

			ট্যাক্স স্ট্যাটাস						
নামের প্রথমাংশ	মধ্যম নামের আদ্যক্ষর	নামের শেষাংশ	অবিবাহিত	বিবাহিত যৌথভাবে ফাইল করছেন	বিবাহিত এককভাবে ফাইল করছেন	পরিবারের প্রধান (যোগ্য ব্যক্তি সহ)	নির্ভরশীল শিশু সহ যোগ্য বিধবা বা বিপত্নীক	নির্ভরশীল এবং ট্যাক্স ফাইল করবেন	ট্যাক্স ফাইল করবেন না

পরিবারে বসবাস করছেন না এমন কর নির্ভরশীল (ট্যাক্স ডিপেনডেন্ট) ব্যক্তি। 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 করেন, তাহলে আপনি এই প্রশ্ন এড়িয়ে যেতে পারেন।

কর নির্ভরশীল ব্যক্তির নাম			ট্যাক্স ফাইলকারীর নাম		
নামের প্রথমাংশ	মধ্যম নামের আদ্যক্ষর	নামের শেষাংশ	নামের প্রথমাংশ	মধ্যম নামের আদ্যক্ষর	নামের শেষাংশ

সেকশন 12 – অনুপস্থিত/মৃত স্বামী বা স্ত্রীর তথ্য – যদি আবেদনকারী কোনো ব্যক্তির স্বামী বা স্ত্রী অন্য কোথাও বসবাস করেন অথবা মারা গিয়ে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচে তা উল্লেখ করুন।

আবেদনকারী ব্যক্তির নাম	স্বামী বা স্ত্রীর নাম	স্বামী বা স্ত্রীর জন্মতারিখ	স্বামী বা স্ত্রীর মৃত্যুর তারিখ, প্রযোজ্য ক্ষেত্রে	স্বামী/স্ত্রীর সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর

স্বামী বা স্ত্রীর ঠিকানা, প্রযোজ্য ক্ষেত্রে	সিটি	কাউন্টি	স্টেট	জিপ কোড

সেকশন 13 – অনুপস্থিত সন্তানের তথ্য – যদি আবেদনকারী কোনো ব্যক্তির 21 বছরের কম বয়সী কোনো সন্তান অন্য কোথাও বসবাস করে, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচে তা উল্লেখ করুন।

আবেদনকারী ব্যক্তির নাম	অনুপস্থিত সন্তানের নাম	জন্মতারিখ	সন্তানের ঠিকানা (সড়ক, সিটি, কাউন্টি, স্টেট, এবং জিপ কোড)	বাবা-মায়ের আইনি পরিচয় প্রতিষ্ঠিত হয়েছে?		আপনি কি চাইল্ড সাপোর্টের অর্থ পরিশোধ করেন?	
				হ্যাঁ	না	হ্যাঁ	না

সেকশন 14 – কিশোর-কিশোরী বাবা বা মায়ের তথ্য

পরিবারে কি 18 বছরের কম বয়সী কোনো বাবা বা মা ("কিশোর-কিশোরী বাবা বা মা") রয়েছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

নাম ____________________

কিশোর-কিশোরী বাবা বা মায়ের সন্তান কি এই পরিবারে বসবাস করে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কিশোর-কিশোরী বাবা বা মায়ের সন্তানের নাম ____________________

কিশোর অভিভাবক

LN NO. __________ বৈবাহিক অবস্থা __________

হাই স্কুল ডিপ্লোমা/হাই স্কুলের সমমান? __________

LN NO. __________ বৈবাহিক অবস্থা __________

হাই স্কুল ডিপ্লোমা/হাই স্কুলের সমমান?__________

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. __________

LN NO. __________

এই আবেদনের ধূসর অংশে লিখবেন না

সেকশন 15 – আয় সংক্রান্ত তথ্য:

আপনি বা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি নিচের কোনো উৎস থেকে অর্থ পেয়ে থাকেন কিনা তা উল্লেখ করুন:		হ্যাঁ	না	কে	পরিমাণ/মান এবং কত ঘন ঘন	কে	পরিমাণ/মান এবং কত ঘন ঘন	CD
বেকারত্ব বিমার বেনিফিট	1							49
সম্পূরক নিরাপত্তা আয় (SSI) সুবিধা (স্টেট ও ফেডারেল মোট পরিমাণ)	2							45
সোশ্যাল সিকিউরিটি প্রতিবন্ধীত্ব (Social Security Disability, SSD) সুবিধা	3							42
সোশ্যাল সিকিউরিটি ডিপেন্ডেন্ট বেনিফিট (Social Security Dependent Benefits)	4							
সোশ্যাল সিকিউরিটি সারভাইভর্স বেনিফিট (Social Security Survivor's Benefits)	5							43
সোশ্যাল সিকিউরিটি রিটায়ারমেন্ট বেনিফিট (Social Security Retirement Benefits)	6							44
রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বেনিফিট (Railroad Retirement Benefits)	7							38
রিটায়ারমেন্ট বেনিফিট (Retirement Benefits) (পেনশন)	8							39
স্টক, বন্ড, সঞ্চয়, ইত্যাদির লভ্যাংশ/সুদ	9							03
ওয়ার্কার্স কমপেনসেশন	10							59
NYS প্রতিবন্ধী বেনিফিট	11							33
ভেটেরানদের পেনশন/সুবিধা/সহায়তা এবং অ্যাটেনডেন্স	12							55
সরকারি সহায়তা অনুদান	13							37
GI নির্ভরশীলদের জন্য বরাদ্দ	14							10
শিক্ষার জন্য অনুদান বা ঋণ	15							
অবদান/উপহার (পেয়েছেন)	16							
ফস্টার কেয়ার রক্ষণাবেক্ষণের পেমেন্ট (পেয়েছেন)	17							
চাইল্ড সাপোর্ট পেমেন্ট (পেয়েছেন) যার কাছ থেকে পেয়েছেন:______________________________	18							06
স্বামী বা স্ত্রীর কাছ থেকে সহায়তা (পেয়েছেন)	19							02
বেসরকারি প্রতিবন্ধী বিমা – স্বাস্থ্য/দুর্ঘটনা বিমা পলিসির আয়	20							
নো-ফল্ট বিমার বেনিফিট	21							50
ইউনিয়নের বেনিফিট (যার মধ্যে ধর্মঘট সংক্রান্ত বেনিফিট অন্তর্ভুক্ত রয়েছে)	22							
শিক্ষার জন্য ছাড়া অন্য উদ্দেশ্যে ঋণ (পেয়েছেন)	23							
কোনো ট্রাস্ট থেকে পাওয়া আয় (আপনি বর্তমানে পাওয়ার অধিকার রাখেন, অথবা অতীতে পাওয়ার অধিকারী ছিলেন এমন আয়, যা বণ্টন করা হয়নি, সেগুলো সহ)	24							
প্রশিক্ষণের জন্য বরাদ্দ/বৃত্তি	25							31
ভাড়া থেকে আয় (পেয়েছেন)	26							14
বোর্ডার/লজারদের আয় (পেয়েছেন)	27							
অন্যান্য আয় (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন)								

INCOME

LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD

CONSIDER

- ✓ Child Support Disregard/Pass-Through
  - ☐ Explained ☐ Budgeted
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ Disability Review
- ✓ Reception and Placement Grant (SNAP Only)
- ✓ Refugee Matching Grant

যদি আপনি Medicaid-এর জন্য আবেদন করেন, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচের সেকশনটি পূরণ করুন: **কর্তন:** নির্দিষ্ট ধরনের Medicaid বাজেটিং আবেদনকারী/গ্রহীতাদেরকে তাদের ফেডারেল করের উপর গ্রহণ করা কর্তনের মাধ্যমে তাদের হিসাবযোগ্য আয় কমিয়ে আনার সুযোগ দেয়। এগুলো হলো সুনির্দিষ্ট কিছু ব্যয় যা অভ্যন্তরীণ রাজস্ব পরিষেবা (Internal Revenue Service, IRS) লোকজনকে তাদের করযোগ্য আয় কমানোর জন্য কর্তন করার অনুমতি দেয়। যদি আপনি চলতি বছরের ট্যাক্স রিটার্নে কর্তনগুলো দাবি করার পরিকল্পনা করে থাকেন তাহলেই কেবল সেগুলো এখানে রেকর্ড করুন।		হ্যাঁ	না	কে	পরিমাণ/মান এবং কত ঘন ঘন	কে	পরিমাণ/মান এবং কত ঘন ঘন
শিক্ষকের খরচ	1						
ব্যক্তিগত রিটায়ারমেন্ট অ্যাকাউন্টে (Individual Retirement Account, IRA) কর্তন	2						
শিক্ষার্থী ঋণের সুদ কর্তন	3						
টিউশন ও ফিসমূহ	4						
নির্দিষ্ট কিছু ব্যবসায়িক খরচ (রিজার্ভিস্ট, আর্টিস্ট, ফি-ভিত্তিক সরকারি কর্মকর্তা)	5						
স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সঞ্চয় অ্যাকাউন্টে কর্তন	6						
চাকরি-সংশ্লিষ্ট যাতায়াতের খরচ	7						
আত্ম-কর্মসংস্থান (S/E) করের ডিডাক্টিবল অংশ	8						
S/E, সরল ও কোয়ালিফাইড প্ল্যানসমূহ	9						
S/E স্বাস্থ্য বিমা কর্তন	10						
নির্ধারিত সময়ের আগে সঞ্চয় উত্তোলনের ফলে অর্থদণ্ড	11						
খোরপোশ পরিশোধ	12						
দেশীয় উৎপাদন ক্রিয়াকলাপের জন্য কর্তন	13						
36 নম্বর লাইনে যোগ করা বাড়তি সমন্বয় (শুধু IRS ফরম 1040)	14						
আর্চার MSA কর্তন	15						
অন্যান্য সমন্বয় (অনুগ্রহ করে সুনির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন)							

সেকশন 16 – সৎ বাবা বা মা/সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা সম্পন্ন অ-নাগরিক পৃষ্ঠপোষকের তথ্য

নিচের তালিকায় থাকা সব প্রশ্নের উত্তর দিন।

	হ্যাঁ	না	কে?
আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো শিশুর সৎ বাবা বা মায়ের কি কোনো সম্পদ রয়েছে অথবা তিনি কি কোনো ধরনের আয় পেয়ে থাকেন?			
আপনার পরিবারের কোনো ব্যক্তি কি সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা সম্পন্ন একজন অ-নাগরিক, যাকে যুক্তরাষ্ট্রে প্রবেশের জন্য পৃষ্ঠপোষকতা করা হয়েছে?			

পৃষ্ঠপোষকের নাম: ____________________ ফোন নম্বর: ____________________

ঠিকানা: ____________________

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

সেকশন 17 – কর্মসংস্থান সংক্রান্ত তথ্য

আমি বর্তমানে: ☐ কর্মরত ☐ আত্মকর্মী ☐ বেকার

গ্রস আয় $ ______________ মাসিক কর্মঘণ্টা ______________

(মজুরি, বেতন, ওভারটাইম পে, কমিশন, ও টিপস ইত্যাদি অন্তর্ভুক্ত করুন)

প্রাপ্ত অর্থ: ☐ সাপ্তাহিক ☐ পাক্ষিক ☐ মাসিক সপ্তাহের যে দিনে পেমেন্ট পান: ______________________

নিয়োগকর্তার নাম ও ঠিকানা: 1

____________________________________ ফোন নম্বর ______________

____

আপনার সঙ্গে বসবাসকারী অন্য কেউ কি বর্তমানে: ☐ কর্মরত ☐ আত্মকর্মী

কে: ______________________________________

গ্রস আয় $ ______________ মাসিক কর্মঘণ্টা ______________

প্রাপ্ত অর্থ: ☐ সাপ্তাহিক ☐ পাক্ষিক ☐ মাসিক সপ্তাহের যে দিনে পেমেন্ট পান: ______________________ 2

নিয়োগকর্তার নাম ও ঠিকানা:

____________________________________ ফোন নম্বর ______________

____

আপনার নিয়োগকর্তার মাধ্যমে কি স্বাস্থ্য বিমা পাওয়া যায়? ☐ হ্যাঁ ☐ না

আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি নিয়োগকর্তার দেওয়া স্বাস্থ্য বিমা রয়েছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে: ______________________________________ 3

বিমা কোম্পানির নাম: ____

আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি কর্মসংস্থানের কারণে শিশু বা নির্ভরশীল ব্যক্তির সেবার খরচ আছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে: ______________________________________ 4

আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি কর্মসংস্থানের সাথে সম্পর্কিত অন্যান্য খরচ রয়েছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে: ______________________________________ 5

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Workers' Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	
	Refugee Cash Assistance	

CONSIDER

- ✓ Limited English Proficiency
- ✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
- ✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
- ✓ Net Loss of Cash Income
- ✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
- ✓ Employment Sanctions
- ✓ Temporary Employment
- ✓ Disability Review
- ✓ Individual Development Account (IDA)
- ✓ Voluntary Quit

কর্মরত না থাকলে, আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি শেষবার কবে চাকরি করেছিলেন?

কে: ______________________ কবে: ______________________

কোথায়: ______________________ 6

আপনি (বা তারা) কেন চাকরি করা বন্ধ করে দিয়েছিলেন? ______________________

আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কি বেকারত্বের কারণে বেনিফিট পাওয়ার জন্য আবেদন জমা দিয়েছিলেন?
☐ হ্যাঁ ☐ না

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কে? ______________________ কবে?: ______________________

জমা দেওয়া আবেদনের অবস্থা: ☐ অনুমোদিত হয়েছে ☐ প্রত্যাখ্যাত হয়েছে ☐ মুলতবি রয়েছে

আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কি কোনো ধর্মঘটে অংশগ্রহণ করছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে: ______________________ 7

ধর্মঘট কবে শুরু হয়েছে: ______________________

আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কি অভিবাসী বা মৌসুমি খামার কর্মী? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে: ______________________ 8

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? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে: ______________________

সীমাবদ্ধতাগুলোর বিবরণ দিন: ______________________

____

9

আপনি কি আজ কোনো চাকরি গ্রহণ করতে পারবেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না 10

যদি না হয়, তাহলে কেন? ______________________

আপনি কোন ধরনের কাজ করতে চান? ______________________

______________________ 11

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES				
Who Pays	Amount	Name	Age	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

সেকশন 18 – শিক্ষা/প্রশিক্ষণ

আপনি সর্বোচ্চ কোন পর্যায় পর্যন্ত লেখাপড়া সম্পন্ন করেছেন?

__ হাই স্কুল ডিপ্লোমার চেয়ে কম

যদি তাই হয়, তাহলে সম্পন্ন করা শেষ গ্রেড কোনটি? ______

__ একটি স্বতন্ত্র শিক্ষা পরিকল্পনা (Individualized Education Plan, IEP) সম্পন্ন করেছেন

__ হাই স্কুল ডিপ্লোমা অথবা সাধারণ সমমান ডিপ্লোমা (GED) অথবা টেস্ট অ্যাসেসিং সেকেন্ডারি কমপ্লিশন (Test Assessing Secondary Completion, TASC™) 1

__ অ্যাসোসিয়েট ডিগ্রি (2-বছরের কলেজ ডিগ্রি)

__ ব্যাচেলর ডিগ্রি (4-বছরে কলেজ ডিগ্রি) বা উচ্চতর ডিগ্রি

পরিবারের অন্য কোনো ব্যক্তির কি কোনো হাই স্কুল ডিপ্লোমা, সাধারণ সমমান ডিপ্লোমা (GED), অথবা টেস্ট অ্যাসেসিং সেকেন্ডারি কমপ্লিশন (TASC™), অথবা উচ্চতর শিক্ষা রয়েছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কার: _______________

অর্জিত ডিগ্রি: _________________ 2

সম্পন্ন করার তারিখ: _________________

নির্দেশ করুন যে আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি সহায়তার জন্য আবেদন করেছেন অথবা সহায়তা পাচ্ছেন, কি:

কোনো প্রশিক্ষণ কর্মসূচিতে অংশ নিচ্ছেন বা নিয়েছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে ____

কোথায় ____ 3

প্রোগ্রাম ____

উপস্থিতির তারিখ ______________________________

সম্পন্ন করার তারিখ ______________________________

16 বছর বা তার চেয়ে বেশি বয়সী এবং স্কুলে বা কলেজে পড়াশোনা করছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে ____ 4

কোথায় ____

16 বছরে কম বয়সী এবং স্কুলে পড়ছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে ______________________ কে ______________________

স্কুল ______________________ স্কুল ______________________ 5

কে ______________________ কে ______________________

স্কুল ______________________ স্কুল ______________________

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

CONSIDER	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	☐	☐
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	☐	☐
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	☐	☐
Is anyone in training?	☐	☐
Are any other supportive services appropriate?	☐	☐
Are there any training related expenses?	☐	☐

সেকশন 19 – রিসোর্স সংক্রান্ত তথ্য

নির্দেশ করুন যে আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি আবেদন করেছেন, তার কি:		হ্যাঁ	না	কে	পরিমাণ/মান	কে	পরিমাণ/মান
নগদ অর্থ রয়েছে	1						
একটি চেকিং অ্যাকাউন্ট আছে	2						
একটি সেভিংস অ্যাকাউন্ট বা ডিপোজিট সার্টিফিকেট আছে	3						
একটি ক্রেডিট ইউনিয়ন অ্যাকাউন্ট আছে	4						
জীবন বিমা আছে	5						
কোনো মোটরযানের অথবা অন্য যানবাহনের টাইটেল বা রেজিস্ট্রেশন আছে: বছর ________ মেক/মডেল ____________________________ বছর ________ মেক/মডেল ____________________________ অন্যান্য ____	6						
স্টক, বন্ড, সার্টিফিকেট বা মিউচুয়াল ফান্ড আছে	7						
সেভিংস বন্ড আছে	8						
IRA, Keogh, 401(k) অথবা বিলম্বিত ক্ষতিপূরণ অ্যাকাউন্ট রয়েছে	9						
অপ্রত্যাহারযোগ্য দাফনের ট্রাস্ট রয়েছে	10						
একটি দাফনের ফান্ড রয়েছে	11						
একটি দাফনের স্থান রয়েছে	12						
নিজের বাড়ি আছে	13						
রিয়েল-এস্টেট রয়েছে, যার মধ্যে আয় উৎপন্ন করা এবং আয় উৎপন্ন না করা সম্পত্তি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে	14						
আয়কর রিফান্ড পাওয়ার যোগ্য	15						
একটি অ্যানুইটি আছে	16						
কোনো ট্রাস্টের সুবিধাভোগী	17						
কোনো ট্রাস্ট ফান্ড, মামলার সেটেলমেন্ট, উত্তরাধিকার সূত্রে পাওয়া সম্পত্তি অথবা অন্যান্য উৎস থেকে আসা আয় পাওয়ার আশা রয়েছে	18						
একটি "ইন ট্রাস্ট" অ্যাকাউন্ট রয়েছে	19						
একটি সেফ ডিপোজিট বক্স রয়েছে	20						
উপরে তালিকাভুক্ত সম্পদের বাইরে অন্যান্য সম্পদ রয়েছে	21						
গত 36 মাসের মধ্যে কোনো ব্যক্তি (আপনার স্বামী বা স্ত্রী সহ, এমনকি আবেদন না করলেও অথবা আপনার সঙ্গে বসবাস না করলেও) কি কোনো নগদ অর্থ দান করেছেন, অথবা কোনো রিয়েল এস্টেট, আয় বা ব্যক্তিগত সম্পত্তি বিক্রি/হস্তান্তর করেছেন?	22						
কোনো ব্যক্তি (আপনার স্বামী বা স্ত্রী সহ, এমনকি আবেদন না করলেও অথবা আপনার সঙ্গে বসবাস না করলেও) কি অতীতে কোনো ট্রাস্ট তৈরি করেছেন অথবা গত 60 মাসের মধ্যে কোনো ট্রাস্টের কাছে কোনো সম্পদ হস্তান্তর করেছেন? যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কবে? ____________________________	23						

VEHICLE INFORMATION

YR.	MAKE	MODEL	OWNER'S NAME	AMOUNT OWED	NADA VALUE	EXEMPT YES*	EXEMPT NO	LIEN HOLDER	ACCOUNT NO.
				$	$				
				$	$				

*IF EXEMPT, WHY?

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration (Older Models)	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

CONSIDER

- ✓ Children's Resources
- ✓ Lump Sum
- ✓ Boats, Campers, Snowmobiles
- ✓ Individual Development Account (IDA)
- ✓ Exempt Vehicles

সেকশন 20 – মেডিকেল তথ্য

নির্দেশ করুন যে আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি আবেদন করেছেন, তার কি:		হ্যাঁ	না	যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কে
কোনো চিকিৎসার বিল অথবা চিকিৎসার সাথে সম্পর্কিত খরচ রয়েছে	1			
স্পেন্ড-ডাউন সহ Medicaid-এ রয়েছেন	2			
স্বাস্থ্য বিমা অথবা হাসপাতাল/দুর্ঘটনা সংক্রান্ত বিমা রয়েছে (নিয়োগকর্তার তরফ থেকে পাওয়া বিমা সহ)	3			
একজন নিয়োগকর্তার মাধ্যমে স্বাস্থ্য বিমা পাচ্ছেন	4			
মেডিকেয়ার রয়েছে (লাল, সাদা, ও নীল কার্ড)	5			
একজন হেলথ অ্যাটেনডেন্ট/বাড়িতে হেলথ এইড রয়েছে	6			
অন্ধ, অসুস্থ বা প্রতিবন্ধী	7			
বিকাশ সংক্রান্ত অক্ষমতায় আক্রান্ত একটি শিশু	8			
হাসপাতালে, নার্সিং হোমে অথবা অন্য মেডিকেল প্রতিষ্ঠানে রয়েছেন	9			
এই আবেদন করার পূর্বের 3 মাসের মধ্যে পরিশোধিত বা অপরিশোধিত মেডিকেল বিল রয়েছে	10			
মাদক বা অ্যালকোহলের উপর নির্ভরশীল আছেন অথবা নির্ভরশীল ছিলেন	11			
হোম কেয়ার/ব্যক্তিগত সেবা প্রয়োজন	12			
SSI পাচ্ছেন অথবা SSI পাওয়ার জন্য আবেদন করেছেন	13			
গর্ভবতী যদি গর্ভবতী হন, তাহলে প্রসবের সম্ভাব্য তারিখ: ____________________ প্রত্যাশিত সন্তানের সংখ্যা: ________________________	14			
মাদকের অপব্যবহার অথবা অ্যালকোহল আসক্তির চিকিৎসা সংক্রান্ত কর্মসূচি থেকে চিকিৎসা গ্রহণ করছেন	15			
কোনো অক্ষমতা বা অসুস্থতার কারণে কমপক্ষে 12 মাস কাজ করতে সক্ষম হননি	16			
কমপক্ষে 12 মাস স্থায়ী হয়েছে অথবা স্থায়ী হবে এমন কোনো অক্ষমতা বা অসুস্থতার কারণে দৈনন্দিন ক্রিয়াকলাপ সীমিত হয়ে পড়েছে	17			
গত দুই বছরের মধ্যে কোনো গাড়ি দুর্ঘটনা অথবা কাজের সাথে সম্পর্কিত দুর্ঘটনার সম্মুখীন হয়েছেন	18			
Medicaid বা মেডিকেয়ার ছাড়া অন্য কোনো সরকারি সংস্থা (সরকারি কর্মসূচি) আপনার কোনো মেডিকেল বিল পরিশোধ করেছে যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কোন সংস্থা ____________________	19			
অন্য কোনো স্বাস্থ্য বিমার কাছে বিল করার ফলে কি আপনার শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তার ক্ষতি হবে, এবং/অথবা এটি কি আপনার Medicaid-এর জন্য আবেদনের বা Medicaid প্রাপ্তির একান্ততা ও গোপনীয়তা বিঘ্নিত করবে?	20			

পলিসি নম্বর:

পরিমাণ:

কত ঘন ঘন পেমেন্ট পান:

বিমা কোম্পানির নাম:

কাদেরকে কভার করা হয়:

কার্যকর হওয়ার তারিখ:

Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 17 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification (**PA ONLY**)	

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ SNAP Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	ACCES-VR	
	CTHP	
	Family Planning	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	
	NYSoH	
	MA-Only (DOH-4220)	
	SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)	
	LDSS-4526 or local equivalent	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT $	

MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO

TPHI: ☐ YES ☐ NO

হেলথ প্ল্যান নির্বাচন

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 ফোন করুন।

আপনি যে পরিকল্পনায় তালিকাভুক্ত হচ্ছেন সেটির নাম	নামের শেষাংশ	নামের প্রথমাংশ	জন্মতারিখ mm/dd/yy	লিঙ্গ M/F/X	ID# (যদি আপনার Medicaid কার্ড থাকে তাহলে সেটি থেকে)	সোশ্যাল সিকিউরিটি #	প্রাইমারি কেয়ার প্রোভাইডার (PCP) অথবা স্বাস্থ্য কেন্দ্র (বর্তমান সেবা প্রদানকারী হলে বক্সে টিকচিহ্ন দিন)	OB/GYN-এর নাম এবং ID# (বর্তমান সেবা প্রদানকারী হলে বক্সে টিকচিহ্ন দিন)
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐

সেকশন 21 – শেল্টার

আপনার বাড়ির মালিকের নাম কী?

____

আপনার বাড়ির মালিকের ঠিকানা কী?

____

____

____

আপনার বাড়ির মালিকের ফোন নম্বর কী?

( ) ______________________________

	হ্যাঁ	না	যদি হ্যাঁ হয়, পরিমাণ
আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি ভাড়া, মর্টগেজ অথবা আশ্রয় সংক্রান্ত অন্যান্য খরচ রয়েছে?			মার্কিন ডলার
আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি আপনার ভাড়া অথবা আশ্রয় সংক্রান্ত অন্যান্য খরচ থেকে ভিন্ন কোনো হিটিং বিল রয়েছে?			মার্কিন ডলার

SHELTER COSTS	MONTHLY ACTUAL COST
A. Room and Board	
B. Rent	
C. Trailer Lot Rent	
D. Mortgage Payment	
1. Principal	
2. Interest	
3. Property Tax (including School Tax)	
4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)	
5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6. Assessments (Sewer, etc.)	
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)	
TOTAL (Lines A - E)	

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	

CONSIDER

- ✓ Utility and/or Fuel Restrict
- ✓ Utility Guarantee
- ✓ HEAP
- ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount
- ✓ Foster Care-Related Additional Allowances
- ✓ SNAP Household Composition Rules
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ Real Property Tax Credit
- ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance
- ✓ Property Lien
- ✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household

সেকশন 21 – শেল্টার (চলমান)

আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি আপনার ভাড়া অথবা আশ্রয় সংক্রান্ত অন্যান্য খরচ থেকে ভিন্ন নিম্নলিখিত খরচগুলো রয়েছে?	হ্যাঁ	না	যদি হ্যাঁ হয়, পরিমাণ
বিদ্যুৎ (তাপ ছাড়া অন্য কোনো প্রয়োজনের জন্য; উদাহরণ: বাতি, রান্না, গরম পানি, ইত্যাদি) 1			মার্কিন ডলার
প্রাকৃতিক গ্যাস (তাপ ছাড়া অন্য কোনো প্রয়োজনের জন্য; উদাহরণ: রান্না করা, গরম পানি, ইত্যাদি) 2			মার্কিন ডলার
পানি 3			মার্কিন ডলার
এয়ার কন্ডিশনার 4			মার্কিন ডলার
প্রোপেন (তাপ ছাড়া অন্য প্রয়োজনের জন্য) 5			মার্কিন ডলার
পয়ঃনিষ্কাশন 6			মার্কিন ডলার
আবর্জনা 7			মার্কিন ডলার
অন্যান্য ইউটিলিটি এবং ব্যয় 8 সুনির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন ________________			মার্কিন ডলার
আপনি কি পাবলিক হাউজিংয়ে বাস করেন? 9			
আপনি কি সেকশন 8, HUD, অথবা অন্য ভর্তুকিপ্রাপ্ত আবাসনে বাস করেন? 10			
আপনি কি কোনো মাদক/অ্যালকোহল চিকিৎসা কেন্দ্রে বাস করেন? 11			

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	ACCOUNT NUMBER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Heat*					
B. Electricity (for cooking, lights, hot water)					
C. Gas (for cooking, hot water)					
D. Liquid Propane Gas					
E. Other Utilities or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

***Check Primary Heat Type:**
☐ Natural Gas ☐ Oil ☐ PSC Electric ☐ Coal ☐ Other ______________________
☐ Kerosene ☐ Propane ☐ Municipal Electric ☐ Wood

বাড়তি তথ্য

সেকশন 22: অন্যান্য খরচ

নির্দেশ করুন যে আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি আবেদন করেছেন, তার কি:	হ্যাঁ	না	যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে পরিমাণ	HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED YES	LEGALLY OBLIGATED NO	CHILD IN SNAP HH YES	CHILD IN SNAP HH NO
চাইল্ড সাপোর্টের অর্থ প্রদান করেন 1			মার্কিন ডলার					
স্বামী বা স্ত্রীকে সহায়তার জন্য অর্থ প্রদান করেন 2			মার্কিন ডলার					
চাইল্ড কেয়ারের জন্য অর্থ প্রদান করেন 3			মার্কিন ডলার					
নির্ভরশীল ব্যক্তির সেবার জন্য অর্থ প্রদান করেন 4			মার্কিন ডলার					
টিউশন, ফি, অথবা অন্যান্য শিক্ষা সংক্রান্ত খরচের অর্থ প্রদান করেন 5			মার্কিন ডলার					
বাড়তি খরচ রয়েছে (উদাহরণ: গাড়ির পেমেন্ট, গাড়ির বিমার পেমেন্ট, ক্রেডিট কার্ডের পেমেন্ট, অন্যান্য ঋণের পেমেন্ট, ইত্যাদি) উল্লেখ করুন: ____________________________ 6			মার্কিন ডলার					

আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির, যিনি আবেদন করছেন, কি 21 বছরের কম বয়সী কোনো সন্তানের জন্য কমপক্ষে চার মাসের সহায়তা বকেয়া রয়েছে? 7	☐ হ্যাঁ	☐ না

সেকশন 23: অন্যান্য তথ্য

			VETERAN STATUS	VETERAN CODE
আপনি কি কোনো হোম ডেলিভারি বা কমিউনাল ডাইনিং সার্ভিস থেকে খাবার ক্রয় করেন অথবা ক্রয় করার পরিকল্পনা করছেন? 8	☐ হ্যাঁ	☐ না		
আপনি কি বাড়িতে খাবার রান্না করতে বা প্রস্তুত করতে পারেন? 9	☐ হ্যাঁ	☐ না		
আপনি বা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি কখনো যুক্তরাষ্ট্রের সামরিক বাহিনীতে ছিলেন? কে? ______ 10	☐ হ্যাঁ	☐ না		
আপনার স্বামী বা স্ত্রী কি কখনো যুক্তরাষ্ট্রের সামরিক বাহিনীতে ছিলেন? 11	☐ হ্যাঁ	☐ না		
আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি যুক্তরাষ্ট্রের সামরিক বাহিনীতে রয়েছেন অথবা ছিলেন এমন কোনো ব্যক্তির উপর নির্ভরশীল? কে? ______ 12	☐ হ্যাঁ	☐ না		

আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কি *এখন* সহায়তা বা পরিষেবা পান? ☐ হ্যাঁ ☐ না 13

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কে	সহায়তার ধরনসমূহ	প্রাপ্তির লোকেশন	প্রাপ্তির তারিখ

আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কি *অতীতে* সহায়তা বা পরিষেবা পেয়েছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না 14

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কে (অনুগ্রহ করে পূর্বের সব নামের তালিকা দিন)	সহায়তার ধরনসমূহ	প্রাপ্তির লোকেশন	প্রাপ্তির তারিখ

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ SNAP Dependent Care Deductions
	UIB		

অন্যান্য তথ্য (চলমান)	হ্যাঁ	না	কে
আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি আবেদন করছেন, তিনি কি গত দুই মাসের মধ্যে নিউ ইয়র্ক স্টেটের অন্য কোনো কাউন্টি থেকে এই কাউন্টিতে স্থানান্তর হয়ে এসেছেন?			
আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কি কখনো জালিয়াতির কারণে/ইচ্ছাকৃতভাবে কর্মসূচি লঙ্ঘনের কারণে দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন এবং/অথবা সরকারি সহায়তা এবং/অথবা সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) জন্য অযোগ্য বিবেচিত হয়েছেন?			
আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কি পাওয়ার অধিকার ছিল না এমন কোনো সুবিধা পেয়েছেন, যেটি এই সংস্থা বা অন্য সংস্থাকে পুরোপুরি পরিশোধ করা হয়নি?			
আপনি অথবা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি দুইটি বা তার বেশি স্টেটে সরকারি সহায়তা পাওয়ার জন্য জাল বিবৃতি প্রদান করা অথবা আবাসনের প্রতিনিধিত্ব করার অপরাধে দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন?			
আপনি অথবা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি 22 সেপ্টেম্বর, 1996 তারিখের পর কোনো স্টেটে জালিয়াতির মাধ্যমে ডুপ্লিকেট SNAP বেনিফিট গ্রহণের অপরাধে দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন?			
আপনি অথবা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি 22 সেপ্টেম্বর, 1996 তারিখের পর সম্মিলিতভাবে 500 ডলার বা তার চেয়ে বেশি মূল্যমানের SNAP বেনিফিট ক্রয় বা বিক্রয় করার অপরাধে দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন?			
আপনি অথবা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি আগ্নেয়াস্ত্র, গোলাবারুদ বা বিস্ফোরক, অথবা মাদকের জন্য SNAP বেনিফিট বিনিময় করার অপরাধে দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন?			
আপনি অথবা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি কোনো অপরাধ বা অপরাধের চেষ্টার দায়ে দোষী সাব্যস্ত হওয়ার পর বিচারের সম্মুখীন হওয়া, কাস্টডি বা কারারুদ্ধ হওয়া এড়াতে পলাতক রয়েছেন এবং আইন প্রয়োগকারী সংস্থা সক্রিয়ভাবে তাড়া করছে?			
আপনি অথবা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি প্রোবেশন বা প্যারোলের ব্যাপারে আদালতের আদেশ লঙ্ঘন করছেন?			

সম্পত্তি স্থানান্তরের অবস্থা

সরকারি সহায়তা বা SNAP বেনিফিট পাওয়ার জন্য আমি অন্য কাউকে আমার কোনো সম্পত্তি বিক্রি, স্থানান্তর বা দান **করেছি** ☐ **করিনি** ☐

অনুরোধ জানানো হয়েছে	কাগজপত্র	ফাইলে রয়েছে
	শিক্ষা সংক্রান্ত অনুদানের ওয়ার্কশিট	
	শিশু/নির্ভরশীল ব্যক্তির সেবা সংক্রান্ত বিবৃতি	
	ক্ষতিপূরণ	
	বকেয়া ওভারপেমেন্ট	
	মুলতবি থাকা অযোগ্যতা	

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.

Actual Expenses $

− Actual Income $

= Difference $

Does Client Receive Contribution Towards Difference YES ☐ NO ☐

If Yes, From Whom? ____________________

CONSIDER

- ✓ Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.
- ✓ Actual Shelter
- ✓ Actual Fuel/Utility Costs
- ✓ Telephone Expenses
- ✓ Car Expenses
- ✓ Furniture/Appliance Rental
- ✓ Cable TV
- ✓ Tuition
- ✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need? If not, why not?

____

____

____

NOTES/COMMENTS

বিজ্ঞপ্তি, অ্যাসাইনমেন্ট, অনুমোদন, এবং সম্মতি

সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর সংগ্রহ ও ব্যবহার – 2008 সালের খাদ্য ও পুষ্টি আইন (সংশোধিত) অনুযায়ী সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) ক্ষেত্রে পরিবারের প্রত্যেক সদস্যের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (SSN) সংগ্রহ করার অনুমোদন রয়েছে। SNAP-এর জন্য যারা আবেদন করবেন তাদের প্রত্যেককে বেনিফিট পাওয়ার জন্য অবশ্যই SSN দিতে হবে। যদি আপনার অথবা আবেদনকারী কোনো ব্যক্তির SSN না থাকে, তাহলে সেই ব্যক্তিকে অবশ্যই সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশনের (Social Security Administration) কাছে একটি SSN-এর জন্য আবেদন করতে হবে (www.SSA.gov ঠিকানায় ভিজিট করুন অথবা 1-800-772-1213 নম্বরে ফোন করুন)।

এই আবেদন ফরমে SSN প্রয়োজন হয় এমন অন্য সব কর্মসূচির ক্ষেত্রে, SSN সংগ্রহ করা বাধ্যতামূলক এবং আইনের নিম্নলিখিত এক বা একাধিক ধারা অনুযায়ী অনুমোদিত: সোশ্যাল সিকিউরিটি আইনের সেকশন 205(c)(42 U.S. কোড 405), সোশ্যাল সিকিউরিটি আইনের সেকশন 1137(42 U.S. কোড 1320b-7) এবং 1974 সালের গোপনীয়তা আইনের সেকশন 7(a)(2)। যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে নির্দেশনা পুস্তক (PUB-1301 Statewide) দেখুন অথবা আপনার সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের সঙ্গে কথা বলুন।

আমাদের সংগ্রহ করা তথ্য আপনার পরিবার সহায়তা বা সুবিধা পাওয়ার জন্য যোগ্য কিনা অথবা সেই যোগ্যতা অব্যাহত রয়েছে কিনা তা নির্ণয়ের জন্য ব্যবহার করা হবে। পরিচয় চেক করতে, উপার্জিত এবং অনুপার্জিত আয় যাচাই করতে, অনুপস্থিত অভিভাবকরা আবেদনকারী বা প্রাপকের জন্য স্বাস্থ্য বিমার কভারেজ পেতে পারেন কিনা তা নির্ধারণ করতে, আবেদনকারী বা প্রাপক শিশু বা স্বামী-স্ত্রীর জন্য সহায়তা পেতে পারেন কিনা তা নির্ধারণ করতে, এবং আবেদনকারী বা প্রাপক টাকা বা অন্যান্য সহায়তা পেতে পারেন কিনা তা নির্ধারণ করতে এই তথ্য ব্যবহার করা হবে। আমরা কম্পিউটারে ম্যাচিং প্রোগ্রামের মাধ্যমে এই তথ্য যাচাই করবো। কর্মসূচির নিয়ম-কানুন মেনে চলা হচ্ছে কিনা তা পর্যবেক্ষণ করতে এবং কর্মসূচির ব্যবস্থাপনার জন্যেও এসব তথ্য ব্যবহার করা হবে। আপনি আমাদের যে তথ্য প্রদান করেন তা এই উপায়ে ব্যবহার করা ছাড়াও, গৃহ জ্বালানি সহায়তা কর্মসূচি (Home Energy Assistance Program, HEAP) থেকে সুবিধা গ্রহণকারী সব ব্যক্তি সম্পর্কে পরিসংখ্যান প্রস্তুত করার জন্য স্টেট এই তথ্য ব্যবহার করবে।

আনুষ্ঠানিক পরীক্ষার জন্য এই তথ্য অন্যান্য স্টেট ও ফেডারেল সংস্থার কাছে এবং আইনের হাত থেকে পলাতক ব্যক্তিদের আটক করার উদ্দেশ্যে আইন প্রয়োগকারী সংস্থার কর্মকর্তাদের কাছে প্রকাশ করা হতে পারে। ফ্যামিলি অ্যাসিস্টেন্স (Family Assistance, FA) ও সেফটি নেট অ্যাসিস্টেন্স (Safety Net Assistance, SNA) এর আবেদনকারী ও প্রাপকের প্রদত্ত তথ্য, SSN সহ, জুরি পুল তৈরিতে সাহায্য করার জন্য ব্যবহার করা হতে পারে। যদি আপনার পরিবারের বিরুদ্ধে SNAP সংক্রান্ত কোনো দাবি ওঠে, তাহলে দাবি সংক্রান্ত অর্থ সংগ্রহের পদক্ষেপ নেওয়ার জন্য এই আবেদনপত্রে দেওয়া তথ্য, সব SSN সহ, ফেডারেল ও স্টেটের এজেন্সিগুলোর পাশাপাশি দাবি সংক্রান্ত অর্থ সংগ্রহকারী বেসরকারি এজেন্সিগুলোর কাছেও পাঠানো হতে পারে।

পরিবারের অযোগ্য সদস্যদের SSN-গুলোও উপরোক্ত উপায়ে ব্যবহার ও প্রকাশ করা হবে।

আপনি আমাদের যে তথ্য প্রদান করেন তা এই উপায়ে ব্যবহার করা ছাড়াও, HEAP থেকে সুবিধা গ্রহণকারী সব ব্যক্তি সম্পর্কে পরিসংখ্যান প্রস্তুত করার জন্যেও স্টেট এই তথ্য ব্যবহার করবে। এই তথ্য স্টেট কর্তৃক গুণমান নিয়ন্ত্রণের জন্য ব্যবহার করা হয় যাতে সোশ্যাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিক্টগুলির পক্ষে সেরা কাজ করার বিষয়টি নিশ্চিত করা যায়। এটি আপনার বিদ্যুৎ সরবরাহকারী যাচাই করতে এবং এই ধরনের বিক্রেতার কাছে নির্দিষ্ট কিছু পেমেন্ট করতে ব্যবহার করা হয়।

বৈষম্য না করা সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তি – ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন এবং যুক্তরাষ্ট্রের কৃষি বিভাগ (U.S. Department of Agriculture, USDA)-এর নাগরিক অধিকার সংক্রান্ত বিধিমালা ও নীতিমালা অনুযায়ী, এই প্রতিষ্ঠানের জন্য জাতি, বর্ণ, জাতিগত উৎস, লিঙ্গ (লৈঙ্গিক পরিচয় এবং যৌন অভিমুখীতা সহ), ধর্মীয় বিশ্বাস, অক্ষমতা, বয়স, রাজনৈতিক বিশ্বাস বা পূর্বের কোনো নাগরিক অধিকার সংক্রান্ত ক্রিয়াকলাপের জন্য শাস্তি প্রদান বা প্রতিশোধ গ্রহণ, ইত্যাদির ভিত্তিতে বৈষম্যমূলক আচরণ করা নিষিদ্ধ।

সেইসাথে নিউ ইয়র্ক স্টেট ট্রান্সজেন্ডার অবস্থা, জেন্ডার ডিসফোরিয়া, বৈবাহিক অবস্থা, সামরিক অবস্থা, ঘরোয়া সহিংসতার ভুক্তভোগীর অবস্থা, গর্ভাধারণের সাথে সম্পর্কিত অবস্থা, পূর্বে প্রকাশিত জিনগত বৈশিষ্ট্য, পূর্বে গ্রেফতার হওয়া অথবা দোষী সাব্যস্ত হওয়ার রেকর্ড, পারিবারিক অবস্থা, ইত্যাদির ভিত্তিতে, এবং বেআইনি বৈষম্যমূলক রীতির বিরুদ্ধাচরণ করার কারণে প্রতিশোধ গ্রহণের জন্য বৈষম্যমূলক আচরণ নিষিদ্ধ করেছে।

কর্মসূচি সংক্রান্ত তথ্যসমূহ ইংরেজি ছাড়া অন্যান্য ভাষায় প্রদান করা হতে পারে। যেসব প্রতিবন্ধী ব্যক্তির কর্মসূচি সংক্রান্ত তথ্য সংগ্রহের জন্য বিকল্প যোগাযোগের উপায় প্রয়োজন (যেমন, ব্রেইল, বড় ছাপার অক্ষর, অডিওটেপ, আমেরিকান সাইন ল্যাঙ্গুয়েজ) তারা যে এজেন্সির (স্টেটের বা লোকাল) কাছে বেনেফিটের জন্য আবেদন করেছেন সেখানে যোগাযোগ করা উচিত। বধির, কানে শুনতে সমস্যা হয় বা বাক-প্রতিবন্ধী ব্যক্তিরা ফেডারেল রিলে সার্ভিসের জন্য (800) 877-8339 নম্বরে USDA-এর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।

কর্মসূচিতে বৈষম্যমূলক আচরণ সম্পর্কে অভিযোগ দায়ের করতে, একজন অভিযোগকারীকে ফরম AD-3027, USDA কর্মসূচিতে বৈষম্যমূলক আচরণ সম্পর্কে অভিযোগ জানানোর ফরম পূরণ করতে হবে, যেটি অনলাইনে https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, ঠিকানায়, যেকোনো USDA অফিসে (833) 620-1071 নম্বরে ফোন করে, অথবা USDA-কে উদ্দেশ্য করে একটি চিঠি পাঠানোর মাধ্যমে পাওয়া যাবে। এই চিঠিতে কথিত নাগরিক অধিকার লঙ্ঘনের প্রকৃতি ও তারিখ সম্পর্কে অ্যাসিস্ট্যান্ট সেক্রেটারি ফর সিভিল রাইটস (ASCR)-কে অবহিত করার জন্য অবশ্যই অভিযোগকারীর নাম, ঠিকানা, টেলিফোন নম্বর, এবং কথিত বৈষম্যমূলক আচরণের পর্যাপ্ত বিবরণ লিখিতভাবে প্রদান করতে হবে। পূরণ করা AD-3027 ফরম অথবা চিঠি অবশ্যই নিম্নলিখিতভাবে জমা দিতে হবে: 1) ডাকযোগে: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; 2): ফ্যাক্স (833) 256-1665 অথবা (202) 690-7442; বা 3) ইমেইল: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (SNAP) সংক্রান্ত সমস্যা মোকাবেলার ক্ষেত্রে অন্য যেকোনো তথ্যের জন্য, (800) 221-5689 নম্বরে USDA SNAP হটলাইনে যোগাযোগ করা উচিত, যেটি স্প্যানিশ ভাষাতেও লভ্য রয়েছে, অথবা এই ঠিকানায় থাকা স্টেটের তথ্য/হটলাইন নম্বরগুলোতে ফোন করা উচিত: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

এই প্রতিষ্ঠান সমান সুযোগ প্রদানকারী একটি প্রোভাইডার।

তদন্তের জন্য সম্মতি – আমি সরকারি সহায়তা (PA), Medicaid, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) সুবিধাসমূহ, গৃহ জ্বালানি সহায়তা কর্মসূচির (HEAP) সুবিধাসমূহ, পরিষেবাসমূহ অথবা চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য আমার আবেদনের ক্ষেত্রে আমার প্রদান করা তথ্য যাচাই বা নিশ্চিত করার জন্য যেকোন তদন্ত পরিচালনার ব্যাপারে সম্মত রয়েছি। যদি আরো তথ্য চাওয়া হয়, আমি তা প্রদান করবো। এছাড়াও আমি PA এবং/অথবা SNAP-এর যেকোনো মান নিয়ন্ত্রণ পর্যালোচনায় স্টেট ও ফেডারেল কর্মীদের সঙ্গে পুরোপুরি সহযোগিতা করবো।

যদি আমি SNAP-এর জন্য আবেদন করি, তাহলে আমি বুঝতে পেরেছি যে সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্ট আমার আবেদনের ব্যাপারে তদন্ত করার জন্য আয় ও উপযুক্ততা যাচাইকরণ সিস্টেমের মাধ্যমে তথ্যের জন্য অনুরোধ করবে এবং সেই তথ্য ব্যবহার করবে, এবং তথ্যের মধ্যে অমিল দেখা গেলে কোলাটেরাল যোগাযোগের ব্যক্তিদের মাধ্যমে এই তথ্য যাচাই করতে পারে। আমি আরো বুঝতে পেরেছি যে এধরনের তথ্য আমার SNAP-এর জন্য উপযুক্ততা এবং/অথবা আমার পাওয়া SNAP বেনিফিটের মাত্রাকে প্রভাবিত করতে পারে।

বেকারত্ব বিমা সংক্রান্ত গোপনীয় তথ্য প্রকাশের জন্য সম্মতি – আমি নিউ ইয়র্ক স্টেটের শ্রম বিভাগকে (Department of Labor, DOL) বেকারত্ব বিমার (UI) সাথে সম্পর্কিত উদ্দেশ্যের জন্য DOL-এর রক্ষণাবেক্ষণাধীন যেকোনো গোপনীয় তথ্য নিউ ইয়র্ক স্টেটের অস্থায়ী ও অক্ষমতা সংক্রান্ত সহায়তা বিষয়ক দপ্তরের (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) কাছে প্রকাশ করার অনুমোদন দিচ্ছি। এই তথ্যের মধ্যে রয়েছে UI বেনিফিটের দাবি এবং মজুরির রেকর্ড। আমি বুঝতে পেরেছি যে সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের অফিসগুলোতে কর্মরত স্টেট ও স্থানীয় সংস্থার কর্মচারীদের পাশাপাশি OTDA এই আবেদনপত্রে আবেদন করা সরকারি সহায়তা, Medicaid, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির সুবিধাসমূহ, গৃহ জ্বালানি সহায়তা কর্মসূচির সুবিধাসমূহ অথবা চাইল্ড কেয়ার সহায়তা, ইত্যাদির জন্য উপযুক্ততা এবং সহায়তার পরিমাণ প্রতিষ্ঠা ও যাচাই করার জন্য এবং পাওয়ার অধিকার রাখি না এমন সুবিধাসমূহ আমি পেয়েছি কিনা তা নির্ণয় করতে তদন্ত পরিচালনার জন্য এই UI তথ্য ব্যবহার করবে। OTDA এই তথ্য নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অফ চিলড্রেন অ্যান্ড ফ্যামিলি সার্ভিসেস (New York State Office of Children and Family Services, OCFS) এবং নিউ ইয়র্ক স্বাস্থ্য বিভাগের (New York State Department of Health, DOH) সাথেও শেয়ার করতে পারে। চাইল্ড কেয়ার সহায়তা কর্মসূচি তদারক করার জন্য OCFS এই তথ্য ব্যবহার করবে।

পরিষেবা প্রদানকারীদের কাছে তথ্য প্রকাশ করা – আমি সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্ট এবং নিউ ইয়র্ক স্টেটকে আমার অথবা আমার পরিবারের কোনো সদস্যের, যার ব্যাপারে আমি আইনিভাবে অনুমোদন প্রদান করতে পারি, গ্রহণ করা সরকারি সহায়তা অথবা সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির সুবিধাসমূহের ব্যাপারে তথ্য শেয়ার করার অনুমতি দিচ্ছি, যাতে কোনো স্টেট বা স্থানীয় কন্ট্রাক্টর কর্তৃক কর্মসূচি পরিচালনার সাথে সম্পর্কিত পরিষেবা ও পেমেন্টের জন্য আমার উপযুক্ততা যাচাইয়ের উদ্দেশ্যে এই তথ্য ব্যবহার করা যায়। এধরনের পরিষেবার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, আমাকে বা আমার বাড়ির সদস্যদেরকে চাকরি পাওয়া বা চাকরি ধরে রাখতে সাহায্য করার জন্য প্রদত্ত চাকরির প্লেসমেন্ট বা প্রশিক্ষণ পরিষেবা, কিন্তু এগুলোর মধ্যেই সীমাবদ্ধ নয়।

শিক্ষার রেকর্ড প্রকাশ করা – আমি নিউ ইয়র্ক স্টেটের স্বাস্থ্য বিভাগ (Department of Health) এবং সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টকে নিম্নলিখিত উদ্দেশ্যে আমার এবং/অথবা আমার অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানের শিক্ষার রেকর্ড সম্পর্কিত যেকোনো তথ্য সংগ্রহ করার অনুমতি দিচ্ছি। 1) সরকারি সহায়তা, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি, এবং/অথবা Medicaid-এর জন্য আমার উপযুক্ততা যাচাই করা; 2) উপযুক্ততা প্রক্রিয়ার অংশ হিসেবে প্রদান করা সাংঘর্ষিক তথ্যের ফলস্বরূপ পর্যালোচনা বা তদন্ত পরিচালনার জন্য; 3) স্বাস্থ্য সম্পর্কিত শিক্ষা পরিষেবার জন্য Medicaid-এর ব্যয় পরিশোধের অর্থ ফেরত পাওয়ার দাবি করা; এবং 4) শুধুমাত্র অডিট পরিচালনা করার উদ্দেশ্যে যথোপযুক্ত ফেডারেল সরকারি সংস্থাকে এই তথ্যের অ্যাক্সেস প্রদান করা।

নিউ ইয়র্ক সিটি আবাসন কর্তৃপক্ষের (NEW YORK CITY HOUSING AUTHORITY) অধিবাসীদের তথ্য শেয়ার করার জন্য সম্মতি – যদি আপনি নিউ ইয়র্ক সিটিতে সহায়তার জন্য আবেদন করেন, তাহলে এই সম্মতি আপনাকে এবং আপনার পরিবারকে সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) আওতাধীন সহায়তা এবং/অথবা HRA নগদ অর্থ সহায়তা, যার মধ্যে বকেয়া ভাড়ার অর্থ পরিশোধ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, ইত্যাদির জন্য আবেদন করতে সাহায্য করার উদ্দেশ্যে, নিউ ইয়র্ক সিটি আবাসন কর্তৃপক্ষকে (NYCHA) নিউ ইয়র্ক সিটির মানব সম্পদ প্রশাসন (Human Resources Administration, HRA)/ডিপার্টমেন্ট অব সোশ্যাল সার্ভিসের (Department of Social Services) সঙ্গে আপনার সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করার অনুমতি দিবে।

যদি আপনি নিচে এই আবেদনপত্রে স্বাক্ষর করেন, তাহলে NYCHA আপনার SNAP এবং/অথবা নগদ অর্থ সহায়তা পাওয়ার উপযুক্ততা, অথবা সহায়তার মাত্রা সম্পর্কিত তথ্য HRA-এর সঙ্গে শেয়ার করতে পারে, যার মধ্যে আপনার নাম, ঠিকানা, জন্মতারিখ, এবং ভাড়া ও ইউটিলিটির পেমেন্ট সংক্রান্ত তথ্য (যেমন মাসিক ভাড়ার পেমেন্ট, ভাড়ার পেমেন্টের ইতিহাস, ভাড়ার ব্যালেন্স, এবং অ্যাপ্লায়েন্স ফি) অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। সেইসাথে, নিচে এই আবেদনপত্রে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আপনি স্বীকৃতি দিচ্ছেন যে এই আবেদনে তালিকাভুক্ত অপ্রাপ্তবয়স্ক শিশুদের পক্ষ থেকে আপনার সম্মতি প্রদানের কর্তৃত্ব রয়েছে এবং আপনি NYCHA-কে সেই শিশুর নাম, ঠিকানা, এবং জন্মতারিখ HRA-এর সঙ্গে শেয়ার জন্য অনুমোদন দিচ্ছেন।

NYCHA কর্তৃক শেয়ারকৃত যেকোনো তথ্যের ব্যাপারে HRA গোপনীয়তা রক্ষা করবে এবং HRA-এর SNAP এবং নগদ অর্থ সহায়তা বেনিফিটের কর্মসূচিগুলো তত্ত্বাবধানকারী স্থানীয়, স্টেট, ও ফেডারেল সংস্থাগুলোর সঙ্গেই শুধু এই তথ্য শেয়ার করতে পারবে।

পরিবর্তন সম্পর্কে জানানো – আমি আমার জ্ঞান বা বিশ্বাস অনুযায়ী, আমার ঠিকানা, চাহিদা, আয়, ও সম্পত্তি, নির্ভরশীল ব্যতীত সক্ষম দেহের অধিকারী প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তির (ABAWD) অবস্থা, গর্ভধারণের অবস্থা অথবা বসবাসের ব্যবস্থা, ইত্যাদির যেকোনো পরিবর্তন সম্পর্কে সংস্থাটিকে **অবিলম্বে** অবহিত করতে সম্মত আছি।

যদি আমি চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য আবেদন করি, তাহলে আমি সংস্থাটিকে পারিবারিক আয়, আমার বাড়িতে কারা বসবাস করছেন, কর্মসংস্থান, চাইল্ড কেয়ারের ব্যবস্থা, ইত্যাদির পরিবর্তন অথবা আমার উপযুক্ততা অব্যাহত থাকা অথবা আমার সুবিধার পরিমাণকে প্রভাবিত করতে পারে এমন অন্যান্য পরিবর্তন সম্পর্কে সংস্থাটিকে **অবিলম্বে** অবহিত করতে সম্মত আছি।

দণ্ডসমূহ – যদি আপনি সরকারি সহায়তা, Medicaid, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি, পরিষেবাসমূহ অথবা চাইল্ড কেয়ার সহায়তার ("সহায়তা, সুবিধা বা পরিষেবাসমূহ") জন্য আবেদন করার সময় অথবা যেকোনো সময় আপনার উপযুক্ততা সম্পর্কে প্রশ্ন করা হলে সত্য কথা না বলেন, অথবা আপনার আবেদন অথবা আপনার উপযুক্ততা অব্যাহত থাকা সম্পর্কে সত্য কথা বলা থেকে অন্য কাউকে বিরত রাখেন, তাহলে ফেডারেল ও স্টেট আইনে দণ্ডের বিধান রয়েছে। আপনি যদি সহায়তা, বেনিফিট বা পরিষেবার জন্য আপনার প্রারম্ভিক এবং চলমান যোগ্যতার ব্যাপারে তথ্য লুকান বা প্রকাশ করতে ব্যর্থ হন, অথবা যদি আপনি এমন কোনো তথ্য লুকান বা প্রকাশ করতে ব্যর্থ হন যেটি আপনি যার হয়ে সহায়তা, বেনিফিট বা পরিষেবা পাওয়ার জন্য বা পাওয়া অব্যাহত রাখার জন্য আবেদন করেছেন তার অধিকারকে ক্ষুণ্ন করে। আপনি যদি অনুমোদিত প্রতিনিধি হন, তাহলে সেই সহায়তা, বেনিফিট বা পরিষেবা অবশ্যই সেই অপর ব্যক্তির জন্য ব্যবহার করতে হবে, আপনার নিজের জন্য নয়। ফেডারেল ও স্টেটের আইনে বলা হয়েছে যে, নার্সিং সুবিধা পরিষেবা পাওয়া এবং Medicaid-এর জন্য আবেদন জমা দেওয়া, এই উভয়টি প্রথমবার যে মাসে করা হয়েছে তার আগের 60 মাসের মধ্যে যদি কোনো ব্যক্তি বা ব্যক্তির স্বামী-স্ত্রী কর্তৃক বাজারের ন্যায্য মূল্যের তুলনায় কম দামে সম্পত্তির হাতবদল করা হয়, তাহলে সেই ব্যক্তি একটি নির্দিষ্ট সময়ের জন্য নার্সিং সুবিধা পরিষেবা বা হোম ও কমিউনিটি-ভিত্তিক পরিষেবা ছাড়কৃত মূল্যে পাওয়ার জন্য অযোগ্য হতে পারেন। তথ্য লুকিয়ে বা ভুল তথ্য দিয়ে সহায়তা, বেনিফিট বা পরিষেবা গ্রহণ করা বেআইনি।

সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির জন্য অযোগ্যতার দণ্ডসমূহ – সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) জন্য আবেদনের ক্ষেত্রে আপনার প্রদান করা যেকোনো তথ্য ফেডারেল, স্টেট ও স্থানীয় কর্মকর্তারা যাচাই করবেন। যদি কোনো তথ্য ভুল হয়, তাহলে আপনাকে SNAP বেনিফিট প্রদান করতে অস্বীকৃতি জানানো হতে পারে। যদি আপনি জেনেশুনে ভুল তথ্য প্রদান করেন, যা বেনিফিটের যোগ্যতা বা পরিমাণকে প্রভাবিত করে, তাহলে ফৌজদারি আইনের অধীনে আপনার বিচার করা হতে পারে। SNAP অনুমোদন কার্ড বা অ্যাক্সেস ডিভাইস জ্ঞাতসারে ব্যবহার, স্থানান্তর, সংগ্রহ, পরিবর্তন বা সংগ্রহে রাখার অপরাধের জন্য দোষী সাব্যস্ত হওয়া কোনো ব্যক্তির 250,000 ডলার পর্যন্ত জরিমানা, 20 বছর পর্যন্ত কারাদণ্ড বা উভয় দণ্ড হতে পারে। এছাড়াও সেই ব্যক্তি প্রযোজ্য ফেডারেল ও স্টেট আইনের অধীনে বিচারের সম্মুখীন হতে পারেন। প্রোবেশন বা প্যারোলের কোনো শর্ত ভঙ্গ করছেন এমন ব্যক্তি, অথবা কোনো অপরাধের জন্য বিচারের সম্মুখীন হওয়া, কাস্টডি বা কারারুদ্ধ হওয়া এড়াতে পলাতক রয়েছেন এবং আইন প্রয়োগকারী সংস্থা সক্রিয়ভাবে তাড়া করছে এমন কোনো ব্যক্তি SNAP বেনিফিট পাওয়ার যোগ্য হবেন না।

যদি আপনি সুবিধা পাওয়ার যোগ্যতা অর্জন করতে অথবা আরো বেশি সুবিধা পেতে মিথ্যা বা বিভ্রান্তিকর বিবৃতি প্রদান করেন, বাস্তব সত্যকে ভুলভাবে উপস্থাপন করেন, গোপন করেন অথবা প্রকাশ না করেন; ইচ্ছাকৃতভাবে কোনো পণ্য ফেলে দিয়ে এবং ডিপোজিটের অর্থের জন্য কন্টেইনার ফেরত দিয়ে নগদ অর্থ পাওয়ার উদ্দেশ্য নিয়ে SNAP বেনিফিট ব্যবহার করে কোনো পণ্য ক্রয় করেন; অথবা SNAP বেনিফিট, ইলেক্ট্রনিক বেনিফিট ট্রান্সফার (EBT) সিস্টেমের অংশ হিসেবে ব্যবহৃত অনুমোদনের কার্ড বা পুনর্ব্যবহারযোগ্য ডকুমেন্ট ব্যবহার করা, উপস্থাপন করা, স্থানান্তর করা, সংগ্রহ করা, গ্রহণ করা, নিজের কাছে রাখা অথবা পাচার করার উদ্দেশ্যে, ফেডারেল বা স্টেট আইনের লঙ্ঘন হিসেবে বিবেচিত হয় এমন কোনো কাজ করেন অথবা করার চেষ্টা করেন, তাহলে আপনি SNAP-এর জন্য অযোগ্য বিবেচিত হতে পারেন অথবা ইচ্ছাকৃতভাবে কর্মসূচি লঙ্ঘন করেছেন (Intentional Program Violation, IPV) বলে বিবেচিত হতে পারেন। সেইসাথে, নিম্নলিখিত কাজগুলোর অনুমতি নেই এবং নিম্নলিখিত কাজগুলোর জন্য আপনি SNAP বেনিফিট পাওয়ার জন্য অযোগ্য বিবেচিত হতে পারেন এবং/অথবা দণ্ডের সম্মুখীন হতে পারেন:

- খাবার নয় এমন জিনিস, যেমন অ্যালকোহল বা সিগারেট ক্রয় করার জন্য SNAP বেনিফিট ব্যবহার করা;
- পূর্বে ক্রেডিটে ক্রয় করা খাবারের মূল্য পরিশোধ করার জন্য SNAP বেনিফিট ব্যবহার করা;
- নগদ অর্থ, আগ্নেয়াস্ত্র, গোলাবারুদ বা বিস্ফোরক, বা মাদকের বিনিময়ে, অথবা আপনার SNAP পরিবারের সদস্য নয় এমন ব্যক্তির জন্য খাবার ক্রয় করার জন্য অন্য কোনো ব্যক্তিকে আপনার EBT কার্ড ব্যবহার করতে দেওয়া; অথবা
- কার্ডের মালিকের সম্মতি ছাড়া আপনার নিজের নয় এমন কোনো EBT কার্ড ব্যবহার করা অথবা আপনার কাছে রাখা।

প্রশাসনিক সিদ্ধান্তের মাধ্যমে যোগ্যতা বাতিলকরণের শুনানি অথবা কোনো ফেডারেল, স্টেট বা স্থানীয় আদালতের মাধ্যমে কোনো IPV-এর কাজ করেছেন এমন ব্যক্তি, অথবা প্রশাসনিক সিদ্ধান্তের মাধ্যমে যোগ্যতা বাতিলকরণের শুনানির অধিকার ত্যাগ করার জন্য স্বাক্ষর করেছেন অথবা প্রসিকিউশনের জন্য রেফার করা হয়েছে এমন মামলায় যোগ্যতা বাতিলকরণের সম্মতিতে স্বাক্ষর করেছেন এমন ব্যক্তি নিম্নোক্ত সময়কালের জন্য SNAP-এ অংশগ্রহণ করার অযোগ্য হবেন:

- *প্রথম*SNAP IPV-এর জন্য 12 মাস;
- *দ্বিতীয়*SNAP IPV-এর জন্য 24 মাস;
- *প্রথম*SNAP IPV-এর জন্য 24 মাস, যেটি আদালতের এই বিষয়টি জানতে পারার ভিত্তিতে যে উক্ত ব্যক্তি নিয়ন্ত্রিত বস্তু (বেআইনি ওষুধ অথবা ডাক্তারের প্রেসক্রিপশন থাকা বাধ্যতামূলক এমন নির্দিষ্ট কিছু ওষুধ) বিক্রির সাথে সম্পৃক্ত লেনদেনে SNAP বেনিফিট ব্যবহার করেছেন বা গ্রহণ করেছেন; অথবা
- যদি উক্ত ব্যক্তি একই সময়ে একাধিক SNAP বেনিফিট পাওয়ার জন্য নিজের পরিচয় অথবা তিনি কোথায় বসবাস করেন সে ব্যাপারে জাল বিবৃতি দিয়েছেন বলে জানা যায়, তাহলে 120 মাস, যদি না তৃতীয় একটি SNAP IPV-এর কারণে স্থায়ীভাবে যোগ্যতা বাতিল করা হয়।
  পাশাপাশি, একটি কোর্ট যেকোনো ব্যক্তিতে আরো 18 মাসের জন্য SNAP-এ অংশগ্রহণ করা থেকে নিষিদ্ধ করতে পারে।

নিম্নলিখিত ক্ষেত্রে কোনো ব্যক্তির SNAP বেনিফিট পাওয়ার যোগ্যতা স্থায়ীভাবে বাতিল করা হতে পারে:

- *প্রথম*SNAP IPV-এর জন্য, যেটি আদালতের এই বিষয়টি জানতে পারার ভিত্তিতে যে উক্ত ব্যক্তি আগ্নেয়াস্ত্র, গোলাবারুদ বা বিস্ফোরক বিক্রির সাথে সম্পৃক্ত লেনদেনে SNAP বেনিফিট ব্যবহার করেছেন বা গ্রহণ করেছেন;
- *প্রথম*SNAP IPV-এর জন্য, যেটি সর্বমোট 500 ডলার বা তার চেয়ে বেশি মূল্যমানের SNAP বেনিফিট পাচার করার অপরাধে আদালতের প্রদত্ত দণ্ডের ভিত্তিতে (পাচারের মধ্যে SNAP অনুমোদনের কার্ড বা অ্যাক্সেস ডিভাইসগুলোর বেআইনি ব্যবহার, স্থানান্তর, অধিগ্রহণ, পরিবর্তন বা অধিকারী হওয়া অন্তর্ভুক্ত রয়েছে);
- *দ্বিতীয়*SNAP IPV-এর জন্য, যেটি আদালতের এই বিষয়টি জানতে পারার ভিত্তিতে যে উক্ত ব্যক্তি নিয়ন্ত্রিত বস্তু (বেআইনি ওষুধ অথবা ডাক্তারের প্রেসক্রিপশন থাকা বাধ্যতামূলক এমন নির্দিষ্ট কিছু ওষুধ) বিক্রির সাথে সম্পৃক্ত লেনদেনে SNAP বেনিফিট ব্যবহার করেছেন বা গ্রহণ করেছেন; অথবা
- একটি *তৃতীয়*SNAP IPV।

পরিবারের ব্যয় সম্পর্কে রিপোর্ট করা/যাচাই করার আবশ্যিকতা – আপনার পরিবারকে অবশ্যই চাইল্ড কেয়ার এবং ইউটিলিটি সংক্রান্ত ব্যয়ের জন্য সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) কর্তন পাওয়ার জন্য এসব ব্যয় সম্পর্কে রিপোর্ট করতে হবে। ভাড়া/মর্টগেজের পেমেন্ট, সম্পত্তির ট্যাক্স, বিমা, মেডিকেল খরচ এবং পরিবারের বাইরের কোনো সদস্যকে প্রদত্ত চাইল্ড সাপোর্টের ক্ষেত্রে এইসকল ব্যয়ের SNAP কর্তন পাওয়ার জন্য আপনার পরিবারকে অবশ্যই এগুলোর ব্যাপারে রিপোর্ট ও যাচাই করতে হবে। উল্লিখিত খরচ রিপোর্ট/যাচাই করতে ব্যর্থ হলে তা আপনার পরিবারের তরফ থেকে একটি বিবৃতি হিসেবে ধরা হবে যে আপনি রিপোর্ট না করা/যাচাই না করা এসব খরচের জন্য কোনো কর্তন পেতে চান না। এসব ব্যয়ের জন্য কর্তন আপনাকে SNAP-এর

জন্য যোগ্য করে তুলতে পারে অথবা আপনার SNAP বেনিফিট বাড়াতে পারে। আপনি ভবিষ্যতে যেকোনো সময় এসব ব্যয় রিপোর্ট/যাচাই করতে পারবেন। এরপর এই কর্তন পরিবর্তন সম্পর্কে জানানোর নিয়ম অনুযায়ী (উপরে পরিবর্তন সম্পর্কে জানানো অংশে দেখুন) ভবিষ্যত মাসগুলোর SNAP বেনিফিট হিসাব করার ক্ষেত্রে প্রয়োগ করা হবে।

সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির অনুমোদিত প্রতিনিধি – আপনার পরিবারের পরিস্থিতি সম্পর্কে জানেন এমন কোনো ব্যক্তিকে আপনি আপনার জন্য সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) বেনিফিটের জন্য আবেদন করার জন্য অনুমোদন দিতে পারেন। এছাড়াও আপনি আপনার পরিবারের বাইরের কোনো ব্যক্তিকে আপনার জন্য SNAP গ্রহণ করা অথবা আপনার জন্য খাবার ক্রয় করতে সেগুলো ব্যবহার করার জন্য অনুমোদন দিতে পারেন। আপনি যদি কাউকে অনুমোদন করতে চান, তাহলে আপনাকে অবশ্যই লিখিতভাবে তা করতে হবে। আপনি এর ঠিক নিচে কোনো ব্যক্তির নাম, ঠিকানা, এবং ফোন নম্বর লিখে, এবং তাকে দিয়ে এই আবেদনপত্রের শেষে স্বাক্ষর বিভাগে স্বাক্ষর করিয়ে তাকে অনুমোদন দিতে পারেন। কোনো অনুমোদিত প্রতিনিধি যখন এমন SNAP পরিবারের পক্ষে আবেদন করবেন যারা কোনো প্রতিষ্ঠানে থাকেন না, তখন অনুমোদিত প্রতিনিধি এবং পরিবারটির কোনো দায়িত্বশীল প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য অবশ্যই এই আবেদনপত্রের শেষে স্বাক্ষর বিভাগে স্বাক্ষর করে তারিখ দেবেন, যদি না SNAP পরিবারটি অন্যথায় অনুমোদিত প্রতিনিধিকে লিখিতভাবে তা করার জন্য মনোনীত করে থাকে।

অনুমোদিত প্রতিনিধির নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর (অনুগ্রহ করে স্পষ্টাক্ষরে লিখুন):

স্ট্যান্ডার্ড ইউটিলিটি ভাতা – আমি বুঝতে পেরেছি যে সরকারি সহায়তা এবং সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) গ্রহীতারা শ্রেণিগতভাবে আয় বিবেচনায় গৃহ জ্বালানি সহায়তা কর্মসূচির (HEAP) জন্য যোগ্য। আমি এও বুঝেছি যে, আমি এই মাসে বা আগের 12 মাসে 20 ডলারের বেশি HEAP বেনিফিট বা অনুরূপ কোনো এনার্জি অ্যাসিস্ট্যান্স বেনিফিট পাইনি, SNAP-এর জন্য হিটিং/কুলিংয়ের স্ট্যান্ডার্ড ইউটিলিটি ভাতা (অর্থাৎ, একটি কর্তন) পেতে আমাকে অবশ্যই আমার ভাড়া থেকে আলাদা করে হিটিং অথবা এয়ার কন্ডিশনিংয়ের জন্য টাকা দিতে হবে। আমি বুঝতে পারছি যে স্টেট আমার সোশাল সিকিউরিটি নম্বর ব্যবহার করে আমার বাড়িতে বিদ্যুৎ সরবরাহকারীর সাথে আমার HEAP প্রাপ্তির বিষয়টি যাচাই করবে। এই অনুমোদনের মধ্যে আমার বাড়িতে বিদ্যুৎ (আমার ইউটিলিটি সহ) সরবরাহকারী যেকোনো ভেণ্ডরের জন্য নির্দিষ্ট কিছু পরিসংখ্যানগত তথ্য প্রকাশ করার অনুমতিও অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, যার মধ্যে রয়েছে লো ইনকাম হোম এনার্জি অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রামের পারফর্ম্যান্স মূল্যায়নের জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অফ টেম্পোরারি অ্যান্ড ডিসেবিলিটি অ্যাসিস্ট্যান্স, স্থানীয় সোশ্যাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিক্ট ও ইউনাইটেড স্টেটস ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেস-এর কাছে আমার বার্ষিক বিদ্যুৎ ব্যবহার, বিদ্যুতের খরচ, জ্বালানি খরচ, জ্বালানির ধরন, জ্বালানির বার্ষিক খরচ এবং পেমেন্টের ইতিহাস প্রকাশ করা, কিন্তু এগুলোর মধ্যেই সীমিত নয়।

মেডিকেল তথ্য প্রকাশ – আমি আমার প্রাথমিক সেবা প্রদানকারী, অন্য কোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী অথবা নিউ ইয়র্ক স্টেটের স্বাস্থ্য বিভাগ (DOH) কর্তৃক আমার হেলথ প্ল্যান এবং আমার ও আমার পরিবারের জন্য সেবা প্রদান করার কাজে সম্পৃক্ত যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে, আমার হেলথ প্ল্যান অথবা আমার সেবা প্রদানকারীদের চিকিৎসা, পেমেন্ট, বা স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রম পরিচালনা করার জন্য যুক্তিসঙ্গত প্রয়োজন সাপেক্ষে; আমার হেলথ প্ল্যান এবং যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী কর্তৃক DOH এবং অন্যান্য অনুমোদিত ফেডারেল, স্টেট, ও স্থানীয় সংস্থাগুলোর কাছে Medicaid পরিচালনার উদ্দেশ্যে; এবং হেলথ প্ল্যান কর্তৃক অন্যান্য ব্যক্তি বা সংস্থার কাছে, আমার হেলথ প্ল্যান কর্তৃক চিকিৎসা, পেমেন্ট, বা স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রম পরিচালনা করার জন্য যুক্তিসঙ্গত প্রয়োজন সাপেক্ষে, আমার সম্পর্কে এবং আমার পরিবারের যেসব সদস্যের জন্য আমি সম্মতি প্রদান করতে পারি তাদের সম্পর্কে যেকোনো মেডিকেল তথ্য প্রকাশ করার ব্যাপারে সম্মতি দিচ্ছি। আমি আমার সম্পর্কে এবং আমার পরিবারের যেসব সদস্যের জন্য আমি আইনিভাবে সহায়তা ও পরিষেবাসমূহ প্রদান করার সাথে সম্পর্কিত অনুমোদন প্রদান করতে পারি তাদের সম্পর্কে যেকোনো স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য এবং কাজ করার ক্ষেত্রে, যেমন কর্মসংস্থানের জন্য, আমার অংশগ্রহণের সক্ষমতার কথা, নিউ ইয়র্ক স্টেটের অস্থায়ী ও অক্ষমতা সংক্রান্ত সহায়তা বিষয়ক দপ্তরের (OTDA) কাছে, নিউ ইয়র্ক স্টেটের শিশু ও পারিবারিক পরিষেবা অফিস (Office of Children and Family Services)-এর কাছে অথবা স্থানীয় সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের কাছে, সরকারি সহায়তার বেনিফিটসমূহ প্রদান করার জন্য; পরিষেবাসমূহের জন্য, যেমন চাইল্ড ওয়েলফেয়ার সার্ভিস; যথোপযুক্ত কার্যক্রম নিযুক্ত করার বিষয়টি নির্ণয়ের জন্য; সম্পূরক নিরাপত্তা আয় সুবিধার জন্য আবেদন করার প্রয়োজন নির্ণয় করা এবং এটির জন্য আবেদন করার জন্য; চাকরিতে নিয়োগযোগ্যতা পুনরুদ্ধারের জন্য যথাযথ চিকিৎসা পরিকল্পনা প্রতিষ্ঠা করার জন্য; এবং নগদ অর্থ সহায়তা প্রাপ্তির জন্য স্টেটের ষাট মাসের সময় সীমা থেকে অব্যাহতির যোগ্যতা নির্ণয়ের জন্য, যুক্তিসঙ্গত প্রয়োজন সাপেক্ষে, প্রকাশ করার অনুমোদন প্রদান করছি। সামাজিক সুরক্ষা প্রশাসন (Social Security Administration) দ্বারা পরিচালিত বেনিফিটের জন্য আমার আবেদন করা আবশ্যক হলে, উপরোক্ত তথ্য সামাজিক সুরক্ষা প্রশাসনের সাথে শেয়ার করা হতে পারে। আমি আরো সম্মতি দিচ্ছি যে, প্রকাশিত তথ্যের মধ্যে, আইন দ্বারা অনুমোদিত সীমার মধ্যে, আমার এবং আমার পরিবারের সদস্যদের HIV, মানসিক স্বাস্থ্য বা অ্যালকোহল ও মাদকদ্রব্যের অপব্যবহারের তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, যদি না নিচের একটি বক্সে টিকচিহ্ন দেওয়া থাকে। পরিবারের একজনের বেশি প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য একটি Medicaid স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় যোগ দিলে, তথ্য প্রকাশে সম্মতি দেওয়ার জন্য আবেদনকারী প্রত্যেক প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তির স্বাক্ষর দেওয়া আবশ্যক। আমি বুঝেছি যে, কোনো অপ্রাপ্তবয়স্ক শিশু যার হয়ে আমি সম্মতি দেওয়ার অধিকারী তার সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশের ক্ষেত্রে আমার সক্ষমতা তার চিকিৎসা, রোগ নির্ণয় এবং প্রক্রিয়াসমূহ সম্পর্কে তার পক্ষ থেকে আমি যতটা তথ্য সংগ্রহ করতে পারি তার মধ্যেই সীমিত থাকবে।

________ HIV/AIDS-এর তথ্য প্রকাশ করবেন না _______ মাদক ও অ্যালকোহল সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করবেন না

________ মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করবেন না

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের কাছে তথ্য প্রকাশ – আমার স্বাস্থ্যসেবার মান এবং সার্বিক সুস্থতা উন্নত করার উদ্দেশ্যে, এবং আমি অথবা আমার পরিবারের সদস্যরা পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন এমন বাড়তি বেনিফিটসমূহ প্রাপ্তি সহজ করার উদ্দেশ্যে, আমি সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্ট এবং নিউ ইয়র্ক স্টেটকে, সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্ট বা নিউ ইয়র্ক স্টেট কর্তৃক মনোনীত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের সঙ্গে, আমার অথবা আমার পরিবারের যেসব সদস্যের জন্য আমি আইনিভাবে অনুমোদন প্রদান করতে পারি তাদের পাওয়া অথবা পাওয়ার যোগ্যতা রাখা সরকারি সহায়তার সুবিধাসমূহের ব্যাপারে তথ্য শেয়ার করার অনুমতি দিচ্ছি।

আর্লি ইন্টারভেনশন কর্মসূচির (EARLY INTERVENTION PROGRAM) জন্য তথ্য প্রকাশ – যদি আমার সন্তানকে নিউ ইয়র্ক স্টেট আর্লি ইন্টারভেনশন কর্মসূচির জন্য মূল্যায়ন করা হয় অথবা সে এই কর্মসূচিতে অংশগ্রহণ করে, তাহলে আমি সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্ট এবং নিউ ইয়র্ক স্টেটকে আমার সন্তানের Medicaid সংক্রান্ত যোগ্যতার তথ্য Medicaid-এর বিলিং-এর উদ্দেশ্যে আমার কাউন্টি বা মিউনিসিপ্যালিটির আর্লি ইন্টারভেনশন কর্মসূচির সঙ্গে শেয়ার করার অনুমতি দিচ্ছি।

শিশুদের/কিশোর-কিশোরীদের স্বাস্থ্য কর্মসূচি (CHILD/TEEN HEALTH PROGRAM) – আমি বুঝতে পেরেছি যে, যদি আমার সন্তান Medicaid-এ থাকে, তাহলে সে শিশুদের/কিশোর-কিশোরীদের স্বাস্থ্য কর্মসূচির মাধ্যমে অপরিহার্য সব চিকিৎসা সহ সমন্বিত প্রাথমিক ও প্রতিরোধমূলক সেবা পাবে। আমি সোশ্যাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিক্টের কাছ থেকে এই কর্মসূচি সম্পর্কে আরো তথ্য পেতে পারি।

মেডিকেয়ার – আমার Medicaid-এর জন্য যোগ্য থাকাকালীন সময়ে আমাকে প্রদান করা চিকিৎসা এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য ভবিষ্যতের পরিশোধ না করা যেকোনো বিলের জন্য আমি "মেডিকেয়ার" (শিরোনাম XVIII-এর অংশ B, সম্পূরক মেডিকেল বিমা কর্মসূচি (Supplementary Medical Insurance Program))-এর অধীনে সরাসরি চিকিৎসক ও মেডিকেল সাপ্লায়ারদেরকে অর্থ প্রদান করার অনুমোদন দিচ্ছি।

Medicaid-এর আওতায় মেডিকেল খরচের ব্যয় পরিশোধের অর্থ ফেরত পাওয়া – আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার Medicaid আবেদনের অংশ হিসেবে, অথবা আমার আবেদনের তারিখের দুই বছরের মধ্যে, আমি যে মাসে আবেদন করেছি তার আগের তিন মাস সময়ের মধ্যে প্রাপ্ত কভারকৃত মেডিকেল সেবা, পরিষেবাসমূহ ও সাপ্লাইয়ের জন্য আমার পরিশোধ করা অর্থ ফেরত পাওয়ার জন্য অনুরোধ করার অধিকার আমার রয়েছে। আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার আবেদনের তারিখের পরে, কভার করা মেডিকেল সেবা, পরিষেবাসমূহ ও সাপ্লাইয়ের জন্য আমার পরিশোধ করা অর্থ কেবল তখনই ফেরত পাওয়া যাবে যদি সেগুলো Medicaid-এর তালিকাভুক্ত সেবা প্রদানকারীদের কাছ থেকে গ্রহণ করা হয়ে থাকে।

বিমা/অন্যান্য সুবিধা নিযুক্তকরণ এবং সরাসরি পেমেন্ট – সরকারি সহায়তা এবং Medicaid-এর জন্য, আমি স্বাস্থ্য বা দুর্ঘটনা সংক্রান্ত বিমা সুবিধার যেকোনো দাবি জমা দিতে সম্মত আছি, এবং আমার পাওয়ার অধিকার থাকতে পারে এমন ব্যক্তিগত আঘাতপ্রাপ্তি সংক্রান্ত যেকোনো দাবি বা অন্য কোনো সংস্থানের দাবি জমা দিতে সম্মত আছি, এবং এই আবেদনটি যে সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের কাছে করা হয়েছে সেটিকে আমি এই মর্মে এধরনের যেকোনো সংস্থান নিযুক্ত করছি। সেইসাথে, আমি যে সোশ্যাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিক্টের কাছে এই আবেদন করছি তাদের কাছে অন্য কোনো বরাদ্দকৃত বেনিফিট লভ্য করে তোলার ক্ষেত্রে আমি সহায়তা করবো।

আমি স্বাস্থ্য বা দুর্ঘটনা সংক্রান্ত বিমা সুবিধার জন্য আমার বা আমার পরিবারের সদস্যদের প্রাপ্য অর্থ আমাদের Medicaid-এর জন্য যোগ্য থাকাকালীন সময়ে প্রদত্ত মেডিকেল এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য সরাসরি যথাযথ সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টকে প্রদান করতে অনুমোদন দিচ্ছি।

Medicaid পুনরুদ্ধার – Medicaid প্রাপ্তির পর, একটি লিয়েন জমা দেওয়া যেতে পারে এবং নির্দিষ্ট কিছু পরিস্থিতিতে আপনার স্থাবর সম্পত্তির বিপরীতে পুনরুদ্ধার করা যেতে পারে, যদি আপনি কোনো মেডিকেল প্রতিষ্ঠানে থাকেন এবং বাড়ি ফিরে আসার প্রত্যাশা না থাকে। আপনার পক্ষে প্রদান করা MA এমন কোনো ব্যক্তির কাছ থেকে পুনরুদ্ধার করা যেতে পারে যার আইনি দায়িত্ব ছিল মেডিকেল পরিষেবা গ্রহণ করার সময়ে আপনাকে সহায়তা করা। এছাড়াও পরিষেবার খরচ এবং ভুলভাবে পরিশোধ করা প্রিমিয়াম MA পুনরুদ্ধার করতে পারে।

আমি বুঝতে পেরেছি যে 1 এপ্রিল, 2014 তারিখ থেকে কার্যকর হওয়া নিয়ম অনুযায়ী, যদি আমি নিউ ইয়র্ক স্টেটের স্বাস্থ্য বিভাগের মাধ্যমে Medicaid পাই, তাহলে:

- আমার মৃত্যুর আগে আমার স্থাবর সম্পত্তির উপর কোনো লিয়েন স্থাপন করা হবে না।
- আমার মৃত্যুর পর আমার সম্পত্তি থেকে পুনরুদ্ধারের পরিমাণ আমার 55তম জন্মদিনে বা তার পরে গৃহীত নার্সিং হোমের সেবা, বাড়িতে এবং কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবাসমূহ, এবং সংশ্লিষ্ট হাসপাতাল ও প্রেসক্রিপশনের ওষুধের পরিষেবার খরচের জন্য Medicaid-এর প্রদান করা অর্থের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে।

সরকারি সহায়তা পুনরুদ্ধার – আপনার নিজের জন্য এবং আপনি আইনিভাবে যেসব ব্যক্তির জন্য দায়িত্বশীল তাদের জন্য আপনার গ্রহণ করা সরকারি সহায়তা (PA) আপনার কাছে রয়েছে অথবা আপনার কাছে আসতে পারে এমন অর্থ থেকে পুনরুদ্ধারযোগ্য। আপনার ট্যাক্স রিফান্ড এবং লটারিতে জেতা অর্থের অংশ আপনার PA-এর ঋণ পরিশোধ করার জন্য গ্রহণ করা হতে পারে।

ভূতাপেক্ষ সম্পূরক নিরাপত্তা আয় থেকে সরকারি সহায়তা সুবিধা পরিশোধ করার অনুমোদন – আমি SSI-এর জন্য যোগ্য কিনা SSA কর্তৃক সে সিদ্ধান্ত গ্রহণ করাকালীন সময়ে স্টেট বা স্থানীয় তহবিল থেকে SSD (Social Services District) কর্তৃক আমাকে প্রদান করা সরকারি সহায়তার (PA) অর্থ পরিশোধের জন্য, আমি সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশনের (SSA) কমিশনারকে আমার সম্পূরক নিরাপত্তা আয়ের (SSI) প্রথম পেমেন্ট; অর্থাৎ আমার ভূতাপেক্ষ SSI পেমেন্ট স্থানীয় সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টকে (SSD) প্রদান করার অনুমোদন দিচ্ছি। SSA PA-এর জন্য SSD-কে ব্যয়পরিশোধ করবে না, যা যেকোনো ফেডারেল তহবিল ব্যবহার করে প্রদান করা হয়েছে।

যদি স্টেট SSA-কে নোটিশ দেয় যে <u>আমি এবং</u> SSD-এর একজন প্রতিনিধি এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করেছি তাহলেই কেবল এটির বাধ্যবাধকতা আমার উপর বর্তাবে। আমার স্টেটের রেকর্ডের সঙ্গে আমার SSI এর রেকর্ড ম্যাচ করার 30 পঞ্জিকা দিবসের মধ্যে স্টেটকে অবশ্যই বিজ্ঞপ্তি পাঠাতে হবে। 30 পঞ্জিকা দিবস পরে SSA এটি গ্রহণ করবে না। বরং, SSA আমাকে SSA-এর নিয়ম অনুসারে আমার ভূতাপেক্ষ SSI পেমেন্ট পাঠাবে।

শুধু আমার প্রথম SSI পেমেন্ট ব্যবহার করা যাবে। যদি আমার প্রথম পেমেন্ট SSD-তে বাকি থাকা পরিমাণের থেকে বেশি হয়, তাহলে SSA তাদের আইনের অধীনে অবশিষ্ট অর্থ আমাকে পাঠাবে।

SSA দু'টি ক্ষেত্রে SSD-কে ব্যয়পরিশোধ করতে পারে :

(1) যদি আমি SSI-এর জন্য আবেদন করি এবং SSA আমাকে যোগ্য বলে বিবেচনা করে, তাহলে এটি SSD-কে ব্যয়কৃত অর্থ পরিশোধ করবে।
(2) যদি আমার SSI সুবিধা সমাপ্ত হওয়া বা স্থগিত হয়ে যাওয়ার পরে পুনরায় বহাল হয়, তাহলে এটি SSD-কে ব্যয়কৃত অর্থ পরিশোধ করবে।

SSA PA-এর জন্য তখনই SSD-কে ব্যয়পরিশোধ করবে যদি SSA-এর যোগ্যতা নির্ণয়ের জন্য আমার অপেক্ষার সময় পেমেন্ট করা হয়ে থাকে। এটাকে বলা হয় "অন্তর্বর্তীকালীন সহায়তা।" এই সময়কাল শুরু হয়: 1) আমি SSI সুবিধার পেমেন্ট পাওয়ার জন্য যোগ্য হওয়ার প্রথম মাস থেকে; অথবা 2) আমার SSI স্থগিত হয়ে যাওয়া বা সমাপ্ত হয়ে যাওয়ার পরে পুনরায় বহাল হওয়ার পরে প্রথম দিন থেকে। এই সময়ের মধ্যে যে মাসে SSI পেমেন্ট প্রকৃতপক্ষে শুরু হয়েছে সেটিও অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। যদি SSD আমার শেষ PA পেমেন্ট থামাতে না পারে, তাহলে পরের মাসে সময়সীমা শেষ হবে।

SSA SSD-কে ব্যয়পরিশোধের পরে সর্বোচ্চ 10 দিনের মধ্যে, SSD অবশ্যই আমাকে একটা বিজ্ঞপ্তি পাঠাবে যেখানে প্রদত্ত অন্তর্বর্তীকালীন সহায়তা পেমেন্টের পরিমাণ সম্পর্কে আমাকে জানানো হবে। এই বিজ্ঞপ্তি আমাকে আরো জানাবে যে, SSI-এর জন্য আমার পাওনা যেকোনো অবশিষ্ট টাকা SSA আমাকে কিভাবে পাঠাবে তা জানিয়ে SSA কিভাবে আমাকে একটি চিঠি পাঠাবে এবং, যদি আমি স্টেটের কোনো সিদ্ধান্তের সাথে সহমত না হই, তাহলে আমি কিভাবে স্টেটের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে পারি।

SSA-এর আইনের অধীনে, আমি যে তারিখে এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করেছি সেই তারিখকে আমি প্রথম SSI-এর জন্য যোগ্য হয়েছি বলে SSA ব্যবহার করতে পারে। আমি পরবর্তী 60 দিনের মধ্যে SSI-এর জন্য আবেদন করলেই কেবল তারা এটি করবে।

এই অনুমোদন SSA-এর কাছে এখন আমার অমীমাংসিত যেকোনো SSI আবেদন বা আপিলের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে। যদি আমার SSI কেসের সিদ্ধান্ত সম্পূর্ণভাবে নেওয়া হয়ে থাকে তাহলে এই অনুমোদন সমাপ্ত হবে। SSA আমাকে প্রথমবার পেমেন্ট করলে এটি সমাপ্ত হবে। এছাড়াও স্টেট এবং আমি এই অনুমোদন সমাপ্ত করতে সম্মত হতে পারি। এই অনুমোদন সমাপ্ত হওয়ার পরে আমি আবার SSI-এর জন্য আবেদন করলে, অথবা আমার অমীমাংসিত SSI আবেদন বা আপিল থাকার সময় SSI-এর জন্য নতুন দাবি নথিভুক্ত করলে আমাকে নিউ ইয়র্ক স্টেটের নিয়ম-কানুনের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ নতুন একটি অনুমোদনে স্বাক্ষর করতে হবে।

যদি ব্যয়ের অর্থ পরিশোধের ব্যাপারে SSD কর্তৃক গৃহীত সিদ্ধান্তের সঙ্গে আমি ভিন্নমত পোষণ করি, তাহলে আমাকে একটি ন্যায্য শুনানির সুযোগ দেওয়া হবে।

আমি "সামাজিক পরিষেবা কর্মসূচিগুলো সম্পর্কে আপনার যা জানা উচিত" শীর্ষক একটি পুস্তিকার কপি পেয়েছি। অন্তর্বর্তীকালীন সহায়তা সম্পর্কে এতে কী বলা হয়েছে তা আমি বুঝেছি।

সমর্থন – পারিবারিক সহায়তা (FA), নিরাপত্তা জাল সহায়তা (SNA) বা শিরোনাম IV-E ফস্টার কেয়ার, অন্য কোনো ব্যক্তির কাছ থেকে সমর্থন পাওয়ার অধিকারসমূহ, যা আবেদনকারী বা গ্রহীতা তার নিজ অধিকারবলে অথবা আবেদনকারী বা গ্রহীতা যে পরিবারের সদস্যের জন্য সহায়তার পাওয়ার আবেদন করছেন অথবা সহায়তা গ্রহণ করছেন সেই ব্যক্তির পক্ষ থেকে পেয়ে থাকতে পারেন, স্টেট এবং সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টকে নিযুক্তকরণ হিসেবে কার্যপরিচালনা করে (সামাজিক পরিষেবা আইন, ধারা 158 ও 348)। এই বরাদ্দ নির্দিষ্ট পরিস্থিতির ক্ষেত্রে সীমিত। এই আবেদনের অন্যান্য সেকশনে অতিরিক্ত বরাদ্দ আছে।

সমর্থনের অধিকার নিযুক্তকরণ – আমি বুঝতে পেরেছি যে আমাকে LDSS-5145 ফরম, "চাইল্ড সাপোর্ট পরিষেবার জন্য রেফারাল" প্রদান করা হবে, যেটি পূরণ করে চাইল্ড সাপোর্ট এনফোর্সমেন্ট ইউনিটের কাছে ফেরত দিতে হবে। সহায়তা পাওয়ার জন্য ঘরোয়া সহিংসতা বা অন্য ভালো কারণ ব্যতীত, আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার জন্য যেকোনো নন-কাস্টডিয়াল, দাবিকৃত, বা উদ্দিষ্ট বাবা বা মায়ের অবস্থান খুঁজে বের করার জন্য; অবিবাহিত বাবা বা মায়েদের প্রত্যেক 21 বছরের কম বয়সী সন্তানের জন্য বাবা বা মায়ের আইনি পরিচয় প্রতিষ্ঠা করার জন্য; এবং সমর্থনের আদেশ প্রতিষ্ঠা করা, পরিবর্তন করা, এবং/অথবা প্রয়োগ করার জন্য, চাইল্ড সাপোর্ট এনফোর্সমেন্ট ইউনিটের সঙ্গে সহযোগিতা করা আবশ্যক। আমি আরো বুঝতে পেরেছি যে আমাকে LDSS-4279 ফরম, "সমর্থনের জন্য দায়িত্বশীলতা ও অধিকারসমূহের নোটিশ" প্রদান করা হবে, যেখানে আমি চাইল্ড সাপোর্ট এনফোর্সমেন্ট ইউনিটের সঙ্গে সহযোগিতা না করলে আমার দায়িত্ব ও অধিকারসমূহ ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

আমি আমার সমর্থনের জন্য আইনি দায়িত্ব থাকা ব্যক্তিদের সহায়তার জন্য এবং আমার পরিবারের যেকোনো সদস্যের পক্ষ থেকে, যার জন্য আমি আবেদন করছি বা যার জন্য সহায়তা পাচ্ছি, তাদের যে কোনো অধিকার স্টেট ও সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টকে অর্পণ করছি। পারিবারিক সহায়তা বা সেফটি নেট অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আবেদন করা বা সহায়তা পাওয়ার সময়, আমার সহায়তার অধিকার অর্পণ করা এমন সহায়তাগুলির মধ্যেই সীমিত থাকবে যেগুলি আমি এবং/অথবা পরিবারের অন্য কোনো সদস্য সহায়তা পাওয়াকালীন সময়ে ঘটে থাকে। তবে, আমার বা পরিবারের অন্য কোনো সদস্যের হয়ে আমি 1 অক্টোবর, 2009-এর আগে স্টেটকে যে সহায়তার অধিকার অর্পণ করেছি তা স্টেটকে অর্পণ করা হয়েছে হিসেবে অব্যাহত থাকবে।

গৃহ জ্বালানি সহায়তা কর্মসূচি – আমি বুঝতে পেরেছি যে এই আবেদন/সার্টিফিকেশনে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি গৃহ জ্বালানি সহায়তা কর্মসূচির (HEAP) সুবিধাসমূহের ক্ষেত্রে যেকোনো অনুমোদিত সরকারি সংস্থা কর্তৃক আমার প্রদান করা তথ্য যাচাই বা নিশ্চিত করার জন্য যেকোনো তদন্ত এবং অন্যান্য তদন্ত পরিচালনা করার ব্যাপারে সম্মতি দিচ্ছি। আমি এই আবেদনে প্রদত্ত তথ্যগুলি লভ্য আবহাওয়া সহায়তা কর্মসূচি এবং আমার ইউটিলিটি কোম্পানির স্বল্প আয়ের কর্মসূচিগুলির রেফারেলগুলিতে ব্যবহার করার অনুমতি দিতে সম্মতি জানাচ্ছি।

আমি বুঝতে পারছি যে স্টেট আমার সোশাল সিকিউরিটি নম্বর ব্যবহার করে আমার বাড়িতে বিদ্যুৎ সরবরাহকারীর সাথে আমার HEAP প্রাপ্তির বিষয়টি যাচাই করবে। এই অনুমোদনের মধ্যে আমার বাড়িতে বিদ্যুৎ (আমার ইউটিলিটি সহ) সরবরাহকারী যেকোনো ভেণ্ডরের জন্য নির্দিষ্ট কিছু পরিসংখ্যানগত তথ্য প্রকাশ করার অনুমতিও অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, যার মধ্যে রয়েছে লো ইনকাম হোম এনার্জি অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রামের পারফর্ম্যান্স মূল্যায়নের জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অফ টেম্পোরারি অ্যান্ড ডিসেবিলিটি অ্যাসিস্ট্যান্স, স্থানীয় সোশ্যাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিক্ট ও ইউনাইটেড স্টেটস ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেস-এর কাছে আমার বার্ষিক বিদ্যুৎ ব্যবহার, বিদ্যুতের খরচ, জ্বালানি খরচ, জ্বালানির ধরন, জ্বালানির বার্ষিক খরচ এবং পেমেন্টের ইতিহাস প্রকাশ করা, কিন্তু এগুলোর মধ্যেই সীমিত নয়।

যৌন নিপীড়ন সংক্রান্ত তথ্য – যদি আপনি যৌন নিপীড়নের ভুক্তভোগী হন, তাহলে আপনার সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের কাছ থেকে রেফারালের তথ্য চেয়ে অনুরোধ করার অধিকার রয়েছে। আপনি যদি রেফারালের তথ্যের জন্য অনুরোধ করেন, তাহলে সোশ্যাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিক্ট অবশ্যই আপনাকে নিম্নলিখিত যেকোনো ঠিকানা ও ফোন নম্বর প্রদান করবে: 1) স্থানীয় যেসব হাসপাতাল নিউ ইয়র্ক স্টেটের হেলথ ডিপার্টমেন্ট দ্বারা প্রত্যায়িত যৌন নির্যাতনের ফরেনসিক পরীক্ষক সেবা প্রদান করে; 2) স্থানীয় ধর্ষণ সংকট কেন্দ্র; এবং 3) যৌন আক্রমণের শিকার হওয়া ব্যক্তিদের জন্য উপযুক্ত স্থানীয় অ্যাডভোকেসি, কাউন্সেলিং, ও হটলাইন সেবা। সেইসাথে, সোশ্যাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিক্ট অবশ্যই আপনাকে যৌন আক্রমণ ও পারিবারিক সহিংসতার জন্য NYS-এর হটলাইন নম্বর প্রদান করবে: (800) 942-6906 ও (800) 818-0656 (TTY)।

চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য সার্টিফিকেশন – যদি আমি চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য আবেদন করি, তাহলে আমি প্রত্যয়ন করছি যে আমার পারিবারিক সম্পদের পরিমাণ 1,000,000 ডলার অতিক্রম করবে **না**।

আমি উপরোক্ত নোটিশগুলো পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি। আমি উপরোক্ত নিযুক্তকরণ, অনুমোদন এবং সম্মতিগুলো বুঝতে পেরেছি এবং সেগুলোর ব্যাপারে সম্মত রয়েছি। আমি মিথ্যা সাক্ষ্য প্রদানের দণ্ডের বিষয়টি মেনে নিয়ে শপথ করছি এবং/অথবা নিশ্চিত করছি যে আমি সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টকে যে তথ্য প্রদান করেছি বা করবো তা সম্পূর্ণ ও সঠিক।			
আবেদনকারীর স্বাক্ষর **x**	স্বাক্ষর করার তারিখ	স্বামী বা স্ত্রী অথবা সুরক্ষা প্রতিনিধির স্বাক্ষর **x**	স্বাক্ষর করার তারিখ
অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর **x**	স্বাক্ষর করার তারিখ		

যদি আপনি এক বা একাধিক কর্মসূচির জন্য আপনার আবেদন প্রত্যাহার করতে চান তাহলেই কেবল নিম্নলিখিতটি পূরণ করুন।

আমি নিম্নলিখিতটির জন্য আমার আবেদন *প্রত্যাহার করতে*সম্মতি দিচ্ছি:

☐ সরকারি সহায়তা (PA) ☐ PA-এর পরিবর্তে চাইল্ড কেয়ার ☐ সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (SNAP) ☐ **Medicaid ও SNAP**

☐ **Medicaid ও PA** ☐ পরিষেবাসমূহ, যার মধ্যে রয়েছে ফস্টার কেয়ার ☐ চাইল্ড কেয়ার সহায়তা ☐ শুধু জরুরি সহায়তা

আমি বুঝছে পারছি যে আমি যেকোনো সময় পুনরায় আবেদন করতে পারবো।

আবেদনকারী/অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর স্বাক্ষরের তারিখ

x

NYS সংস্থা ভিত্তিক ভোটার নিবন্ধন ফর্ম

"আপনি বর্তমানে যেখানে বসবাস করেন সেখানে ভোটদানের জন্য আপনি নাম নথিভুক্ত করে না থাকলে, আপনি কি আজ এখানে নাম নথিভুক্ত করানোর জন্য আবেদন করতে চান?"

☐ **হ্যাঁ** আপনি **হ্যাঁ** বললে, অনুগ্রহ করে নীচের **ভোটার নিবন্ধন আবেদন** সম্পূর্ণ করুন

☐ **না** কারণ আমি নিবন্ধন না করা বেছে নিয়েছি ***অথবা***

☐ আমি আমার বর্তমান ঠিকানা ইতিমধ্যেই নিবন্ধন করিয়েছি ***অথবা***

☐ আমি একটি মেল নিবন্ধন পত্র চেয়েছিলাম এবং তা পেয়েছি

আপনি কোনো বক্সে টিক চিহ্ন না দিয়ে থাকলে, ধরে নেওয়া হবে যে আপনি এই বারে ভোটদানের জন্য নাম নিবন্ধন করবেন না বলে স্থির করেছেন।

স্বাক্ষর ______________________ তারিখ ___ / ___ / ___

অনুগ্রহ করে নাম প্রিন্ট করুন ______________________

গুরুত্বপূর্ণ!

ভোটদানের জন্য নিবন্ধনে আবেদন করা বা নিবন্ধন করতে না চাওয়া এই এজেন্সি কর্তৃক আপনাকে দেওয়া সহায়তার পরিমাণের উপর কোনো প্রভাব ফেলবে না।

ভোটার নিবন্ধনের আবেদনপত্র পূরণ করতে আপনার কোনো সহায়তার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে সাহায্য করব। সহায়তা আপনি চাইবেন কিনা বা নেবেন কিনা তা আপনার নিজস্ব ব্যাপার। আপনি ব্যক্তিগতভাবেও পত্রটি পূরণ করতে পারেন।

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料：若您有興趣索取中文資料表格，請電： 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি বাংলা ভাষায় চান, তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

সংশোধিত 05/04/2021

ভোটার নিবন্ধন আবেদন (পিছনের দিকে নির্দেশাবলী দেওয়া আছে)

☐ হ্যাঁ, আমার অনুপস্থিতি ব্যালটের জন্য আবেদন প্রয়োজন

অনুগ্রহ করে নীল অথবা কালো কালিতে লিখুন অথবা টাইপ করুন

☐ হ্যাঁ, আমি নির্বাচন দিনের কর্মী হতে ইচ্ছুক

1 **আপনি কি একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক?** ☐ হ্যাঁ ☐ না
আপনার উত্তর **না** হলে, এই ফর্মটি পূরণ করবেন না

2 **A) নির্বাচনের দিনের মধ্যে বা তার আগে আপনি কি 18 বছর পূর্ণ করবেন?** ☐ হ্যাঁ ☐ না
B) আপনি কি অন্তত 16 বছর বয়সী এবং বোঝেন যে ভোট দেওয়ার জন্য নির্বাচনের দিনে বা তার আগে আপনাকে অবশ্যই 18 বছর বয়সী হতে হবে এবং এরকম নির্বাচনের সময় আপনার বয়স আঠারো না হওয়া পর্যন্ত আপনার রেজিস্ট্রেশন "অমীমাংসিত" থাকবে এবং আপনি কোনও নির্বাচনে ভোট দিতে পারবেন না? ☐ হ্যাঁ ☐ না
যদি আগের দুটি প্রশ্নের আপনার উত্তর **না** হয়, আপনি ভোট দেওয়ার জন্য নিবন্ধন করতে পারবেন না।

For Board Use Only

3 পদবি | নাম | মাঝের মাঝের নাম | আদ্যক্ষর

4 আপনার বসবাসের ঠিকানা (পোস্ট বক্স নম্বর দেবেন না) | অ্যাপার্টমেন্ট নং | নগর/শহর/গ্রাম | জিপ কোড | দেশ

5 আপনার মেল পাওয়ার ঠিকানা (উপরের ঠিকানার থেকে আলাদা হলে) | পোস্ট বক্স, স্টার রুট, ইত্যাদি | পোস্ট অফিস | জিপ কোড

6 জন্ম তারিখ | **7** লিঙ্গ (ঐচ্ছিক) | **8** টেলিফোন (ঐচ্ছিক) | ইমেল (ঐচ্ছিক)

10 আপনার ভোট দেওয়া শেষ বছর | আপনার ঠিকানা ছিল (হাউস নম্বর, স্ট্রীট এবং শহর উল্লেখ করুন)
কাউন্টি/রাজ্য | নামের নীচে (আপনার এখনকার নামের থেকে আলাদা হলে)

9 **আইডি নম্বর** (প্রযোজ্য বক্সে টিক দিন এবং আপনার নম্বর প্রদান করুন)
☐ নিউ ইয়র্ক স্টেট DMV নম্বর _ _ _ _ _ _ _ _ _
☐ আপনার সামাজিক নিরাপত্তা নম্বরের শেষ চারটি সংখ্যা _ _ _ _
☐ আমার কোনো নিউ ইয়র্ক স্টেট DMV বা সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর নেই

11 **রাজনৈতিক দল**

আমি একটি রাজনৈতিক দলে নাম লেখাতে চাই

☐ ডেমোক্র্যাটিক পার্টি
☐ রিপাবলিকান পার্টি
☐ কনজারভেটিভ পার্টি
☐ ওয়ার্কিং ফ্যামিলি পার্টি
☐ অন্যান্য ______________

আমি কোনও রাজনৈতিক পার্টির সঙ্গে নিবন্ধিত হতে চাই না এবং একজন স্বাধীন ভোটার হতে ইচ্ছুক

☐ কোনো পার্টি নয়

12 **হলফনামা: আমি শপথ করছি বা দৃঢ়ভাবে বলছি**

- আমি একজন মার্কিন নাগরিক।
- আমি নির্বাচনের পূর্বে কমপক্ষে 30 দিন কাউন্টি, শহর বা গ্রামে বসবাস করব।
  নিউ ইয়র্ক স্টেটে ভোটদানে নিবন্ধীকৃত হতে আমি সকল প্রয়োজনীয়তা পূরণ করব।
- এই লাইনের নীচে এটি আমার স্বাক্ষর অথবা চিহ্ন।
- উপরের তথ্যগুলি সত্য, আমি অবগত আছি এই যে এটি যদি সত্য না হয়, আমি দোষী সাব্যস্ত হতে পারি এবং আমার $5,000 পর্যন্ত জরিমানা এবং/অথবা চার বছর পর্যন্ত জেল হতে পারে।

স্বাক্ষর বা কালি দিয়ে চিহ্ন ______________________ তারিখ ___ / ___ / ___

(ঐচ্ছিক) আপনার অঙ্গ এবং কোষ দান করতে নিবন্ধন করুন

পদবি		
নাম	মাঝের আদ্যক্ষর	সম্বোধন
ঠিকানা		
অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর	নগর/শহর/গ্রাম	জিপ কোড
জন্ম তারিখ	লিঙ্গ ☐ মা ☐ না	
চোখের রঙ	উচ্চতা ফুট ইঞ্চি	
ইমেল	DMV বা আইডি NYC নম্বর	

নিচে স্বাক্ষর করে, আপনি প্রত্যায়িত করছেন যে আপনি:

- আপনার বয়স 16 বছর বা তার বেশি
- আপনার সকল অঙ্গ এবং কোষ প্রতিস্থাপন, গবেষণা অথবা উভয়ের জন্য দান করায় আপনি সম্মত আছেন;
- NYS ডোনেট লাইফ রেজিস্ট্রি (Donate Life Registry) তে নথিভুক্তকরণের জন্য নির্বাচন বোর্ডকে আপনার নাম ও শনাক্তকরণ তথ্য প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছেন;
- এবং আপনার মৃত্যুর পর রেজিস্ট্রিকে যুক্তরাষ্ট্রের নিয়ন্ত্রিত অঙ্গ প্রতিস্থাপনকারী সংস্থা এবং NYS এর লাইসেন্স প্রাপ্ত টিস্যু এবং আই ব্যাঙ্ক এবং NYS কমিশনার অফ হেলথ (NYS Commissioner of Health) দ্বারা অনুমোদিত অন্যান্যদের এই তথ্য অ্যাক্সেস করার অনুমতি দিচ্ছেন।

স্বাক্ষর ______________________ তারিখ ___ / ___ / ___

নিবন্ধীকরণের জন্য যোগ্যতা

এই পত্রটি আপনি ব্যবহার করতে পারেন:

- নিউ ইয়র্ক স্টেটে ভোটদানে নিবন্ধীকৃত করণে;
- আপনার নাম এবং/বা ঠিকানা পরিবর্তনে, আপনার শেষ ভোটের পরে যদি কোনো পরিবর্তন হয়ে থাকে;
- রাজনৈতিক দলের সদস্য হওয়া অথবা তালিকাভুক্তকরণে পরিবর্তন;
- আপনি 16 বা 17 বছর বয়সী হন তাহলে আপনি প্রি-রেজিস্টার করতে পারেন।

নিবন্ধীকৃত হতে আপনাকে অবশ্যই হতে হবে:

- নমা কি ন যুতিনরা নরেধর একনজ ননা গরিক;
- 18 বছর বয়সী (আপনি 16 এবং 17 বছর বয়সে পূব নিবন্দধে করতে নপা নের নপা নের কিন্দ ু 18 বছর হওনয়া র আগে ভেনা ট দিতে নপা রনেব ননা);
- একটি নিব াচেনরে অন্দ ত 30 নিদ আগে নকা উন্টি অথনবা নিউ ইয়ক সিটির নবা সিন্দনা হতে হবে;
- কোনো গুরুতর অপরাধের জন্য কারাগারে যাতে না থাকেন;
- নঅ্য নেকা নথা য় ভেনা টনদা নরে অিম্বকা র নদা বী কনরা চলবে ননা ;
- নেকা ননো আনদা লত দ্ধ না নরা অনেযা গযধ বিবেচিত ননা হলে।

গুরুত্বপূর্ণ!

যদি আপনি বিশ্বাস করেন কেউ আপনার ভোটে নিবন্ধন করার বা নিবন্ধন অস্বীকার করার অধিকারে, আপনার ভোটের জন্য রেজিস্টার বা রেজিস্টারের আবেদন করার সিদ্ধান্তে আপনার গোপনীয়তার অধিকার বা আপনার নিজস্ব রাজনৈতিক দল বা অন্য রাজনৈতিক দল পছন্দ করার অধিকারে হস্তক্ষেপ করছে তাহলে আপনি নির্বাচন বোর্ডে অভিযোগ জানাতে পারেন:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729
টেলিফোন: 1-800-469-6872;
TDD/TTY ব্যবহারকারীরা নিউ ইয়র্ক স্টেট রিলে 711 তে যোগাযোগ করুন;
অথবা আমাদের ওয়েবসাইট - www.elections.ny.gov দেখুন

আপনার নিবন্ধীকরণের সিদ্ধান্তের গোপনীয়তা বজায় থাকবে এবং শুধুমাত্র ভোটদাতার নিবন্ধীকরণের জন্যই ব্যবহার করা হবে। কেউ ভোট দেওয়ার জন্য নিবন্ধন না করা বেছে নিলে এবং/বা যে অফিসে আবেদন জমা করা হয়েছে সেই অফিস সম্পর্কিত তথ্য গোপন রাখা হবে, শুধুমাত্র ভোটদাতার নিবন্ধীকরণের উদ্দেশ্যে ব্যবহার হবে।

আপনার পরিচয় যাচাই

নির্বাচনের দিনের আগে DMV নম্বর (ড্রাইভারস লাইসেন্স নম্বর অথবা নন-ড্রাইভারস আইডি নম্বর), অথবা সামাজিক নিরাপত্তা নম্বরের শেষ চারটি সংখ্যা, যা আপনি বক্স 9 এ পূরণ করবেন, সেটির মাধ্যমে আপনার পরিচয় যাচাই করার চেষ্টা করব।

আপনার যদি DMV অথবা সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর না থাকে, তাহলে আপনি একটি বৈধ ফটো আইডি, একটি সাম্প্রতিক ইউটিলিটি বিল, ব্যাঙ্ক স্টেটমেন্ট, পেচেক, সরকারী চেক বা আপনার নাম ঠিকানা প্রদর্শনকারী অন্য কোনো সরকারি নথি ব্যবহার করতে পারেন। আপনি এই ফর্মটির সঙ্গে এই প্রকার আইডি-র একটি প্রতিলিপি যুক্ত করতে পারেন।

নির্বাচনের দিনের আগে আমরা যদি আপনার পরিচয় যাচাই করতে অসমর্থ হই তবে যখন আপনি প্রথমবার ভোটদান করবেন তখন আপনাকে আইডি বিষয়ে জিজ্ঞাসা করা হবে।

এই ফর্মটি পূরণ করতে:

মিথ্যা নিবন্ধীকরণ সংগ্রহ করা অথবা নির্বাচনের বোর্ডে ভুল তথ্য দেওয়া একটি অপরাধ।

বক্স 9: আপনাকে অবশ্যই একটি বেছে নিতে হবে। কোনো প্রশ্ন থাকলে, উপরে উল্লিখিত আপনার পরিচয় যাচাই করা অংশ দেখুন।

বক্স 10: আপনি যদি এর আগে ভোট না দিয়ে থাকেন তাহলে "কোনটিই নয়" লিখুন। আপনার যদি মনে না থাকে শেষবার কখন আপনি ভোটদান করেছেন তাহলে একটি প্রশ্ন চিহ্ন (?) দিন। যদি আপনি এর আগে অন্য নামে ভোট দিয়ে থাকেন তবে সেই নামটি লিখুন। যদি তা না হয়, তবে "একই" লিখুন।

বক্স 11: শুধুমাত্র একটি বক্সে টিক চিহ্ন দিন। রাজনৈতিক দলে নাম লেখানো ঐচ্ছিক, তবে কোনো রাজনৈতিক দলের প্রাথমিক নির্বাচনে ভোটদান করতে, ভোটদাতাকে অবশ্যই সেই রাজনৈতিক দলে নাম লেখাতে হবে, তবে রাজ্য দলের নিয়মে অন্য কিছু থাকলে অন্য কথা।