LDSS-3174 Statewide-UR (Rev. 07/23)

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR

CASE NAME	EFFECTIVE DATE	DISPOSITION ☐ RECERTIFICATION	☐ CLOSE	REASON CODE ☐☐☐

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	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

ریاست نیو یارک کا ری سرٹیفیکیشن فارم برائے مخصوص مراعات اور خدمات

اگر آپ نا بینا ہیں یا شدید طور پر بصارتی نقص کے شکار ہیں اور آپ کو یہ ری سرٹفیکیشن فارم کسی متبادل شکل میں چاہیے تو آپ اپنی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے اس کے لیے درخواست کر سکتے ہیں۔ دستیاب فارمیٹس کی اقسام کے بارے میں مزید معلومات کے لیے اور یہ جاننے کے لیے کہ آپ کسی متبادل فارمیٹ میں فارم حاصل کرنے کے لیے کس طرح درخواست دے سکتے ہیں، اس درخواست کی ہدایات کی کتاب (PUB-1313 Statewide) دیکھیں، جو https://www.health.ny.gov/ یا www.otda.ny.gov پر دستیاب ہے۔

اگر آپ نا بینا ہیں یا شدید طور پر بصارتی معذوری کے شکار ہیں، کیا آپ تحریری اطلاعات کسی متبادل شکل میں موصول کرنا چاہتے ہیں؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

اگر ہاں تو اس شکل کی قسم پر نشان لگائیں، جسے آپ پسند کریں گے: ☐ بڑے حروف ☐ ڈیٹا CD ☐ آڈیو CD ☐ بریل اگر آپ کا کہنا ہے کہ دیگر متبادل فارمیٹس میں سے کوئی بھی آپ کے لیے یکساں طور پر مؤثر نہیں ہوگا

اگر آپ کو کوئی دیگر سہولت درکار ہو تو براہ مہربانی اپنے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے رابطہ کریں.

ہم ایک پیشہ ورانہ اور محترم انداز میں آپ کی اعانت اور مدد کے لیے پابند عہد ہیں۔ جب کبھی آپ دوبارہ تصدیق کا فارم پر "عوامی معاونت" یا "PA" دیکھیں تو اس کا مطلب ہے "خاندانی معاونت" اور / یا "سیفٹی نیٹ معاونت"۔ ہم دونوں پروگراموں کو "عوامی معاونت" کہتے ہیں۔ **براہ مہربانی اس ری سرٹیفیکیشن فارم کو پُر کرتے وقت ہدایات کی کتاب (PUB-1313 Statewide) اور "آپ کے جاننے کی اہم باتیں" والی کتابیں 1، 2 اور 3 (LDSS-4148A، LDSS-4148B اور LDSS-4148C) ملاحظہ کریں اور کوئی سوالات ہوں تو اپنے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے رابطہ کریں۔**

جب آپ ری سرٹیفیکیشن فارم پر "MA" دیکھیں تو اس سے "Medicaid" مراد ہوگا۔ آپ اس ری سرٹیفیکیشن فارم کو استعمال کر کے MA کے لیے صرف اسی صورت میں درخواست دے سکتے ہیں، جب آپ بیک وقت عوامی معاونت یا تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام کے لیے بھی درخواست کر رہے ہوں۔ اگر آپ صرف MA کے لیے دوبارہ تصدیق کرنا چاہتے ہیں تو، آپ مزید معلومات یا دوبارہ تصدیق کے لیے /https://nystateofhealth.ny.gov پر جاسکتے ہیں اور/ یا 1-855-355-5777 پر کال کرسکتے ہیں، یا آپ صرف-MA والی کاغذی درخواست والا - فارم DOH-4220 استعمال کرسکتے ہیں، جو آپ اپنے کارکن سے لے سکتے ہیں، یا MA کی ہیلپ لائن کو 1-800-541-2831 پر کال کرسکتے ہیں۔ اگر آپ صرف Medicaid سیونگس پروگرام (Medicare Savings Program, MSP) کے لیے دوبارہ تصدیق کروانا چاہتے ہیں تو آپ کو DOH-4328 فارم کے ذریعے درخواست دینی ہوگی، جو آپ کا کارکن آپ کو فراہم کر سکتا ہے۔ اگر آپ کو ذاتی نگہداشت کی خدمات کے لیے ہنگامی ضرورت ہے تو آپ کو DOH-4220 MA فارم علیحدہ طور پر استعمال کر کے MA کے لیے درخواست دینی ہوگی۔

سیکشن 1 ہر اس پروگرام پر نشان لگائیں، جس کے لیے آپ یا گھرانے کے کوئی رکن ری سرٹیفائی کروا رہے ہیں

☐ عوامی معاونت (PA) ☐ تکملائی غذائی اعانت کا پروگرام (SNAP) ☐ Medicaid (MA) اور SNAP ☐ Medicaid (MA) اور PA

سیکشن 2

آپ کی اصل زبان کیا ہے؟	☐ انگریزی ☐ ہسپانوی ☐ دیگر (وضاحت کریں) __________	**کیا آپ اس زبان میں اطلاعات موصول کرنا چاہتے ہیں:**	☐ صرف انگریزی ☐ انگریزی اور ہسپانوی

سیکشن 3 | **وصول کنندہ کی معلومات** | **براہ مہربانی واضح طور پر پرنٹ کریں**

پہلا نام	مختصر درمیانی نام	آخری نام	ازدواجی حیثیت	فون نمبر ( ) علاقائی کوڈ	موبائل نمبر؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

گلی کا پتہ	اپارٹمنٹ نمبر	شہر	کاؤنٹی	ریاست	زپ کوڈ

معرفت سے (مکمل نام اگر آپ اپنا خط کسی دوسرے شخص کی معرفت سے موصول کرتے ہیں)

میلنگ پتہ اگر اوپر دیے گئے پتے سے الگ ہو تو	اپارٹمنٹ نمبر	شہر	کاؤنٹی	ریاست	زپ کوڈ

آپ اپنے موجودہ پتے پر کب سے رہائش پذیر ہیں؟	سال	مہینے	کیا یہ پناہ گاہ ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں	کوئی دوسرا فون جس کے ذریعہ آپ تک رسائی حاصل کی جا سکتی ہے	فون نمبر ( ) علاقائی کوڈ	ای میل پتہ (اختیاری)

موجودہ پتے کی طرف سمتیں

سابقہ پتہ	اپارٹمنٹ نمبر	شہر	کاؤنٹی	ریاست	زپ کوڈ

اگر آپ فی الحال کسی گھر کے بغیر ہیں تو یہاں نشان لگائیں ☐

درخواست گزار کی مدد کرنے والی ایجنسی/رابطہ کا شخص	فون نمبر ( ) علاقائی کوڈ

کیا آپ کو اس ری سرٹیفیکیشن فارم کا MEDICAID حصہ اور MEDICAID کی کسی امکانی کفالت موصولہ کو رازداری میں رکھنے کی ضرورت ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

ان چیزوں کی فہرست بنائیں جو آپ کی درخواست یا آخری سرٹیفیکیشن کے بعد سے تبدیل ہوئی ہیں (جیسے منتقلی، بچے کی پیدائش، آمدنی وغیرہ) ______________________________

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

1 ☐ حمل سے
2 ☐ گھریلو تشدد کا شکار
3 ☐ والدین کا تعین کرنا درکار ہے
4 ☐ اعانت اطفال درکار ہے
5 ☐ منشیات/شراب کا مسئلہ
6 ☐ ایندھن یا یوٹیلیٹی منقطع کر دی گئی ہے
7 ☐ رہنے کے لیے کوئی جگہ نہیں/بے گھر
8 ☐ آگ یا دیگر آفت
9 ☐ کوئی آمدنی نہیں ہے
10 ☐ سنگین طبی مسئلہ
11 ☐ زیر التوا بے دخلی
12 ☐ خوراک دستیاب نہیں ہے
13 ☐ فوسٹر نگہداشتدرکار ہے
14 ☐ نگہداشتِ اطفال درکار ہے
15 ☐ انگریزی کے حوالے سے مشکلات
16 ☐ معقول سہولیات
17 ☐ دیگر ______________________

سیکشن 4 – اگر آپ SNAP کے لیے دوبارہ درخواست دے رہے ہیں تو: آپ اس کے موصول ہونے کے دن ہی ری سرٹیفیکیشن فارم جمع کر سکتے ہیں۔ SNAP ری سرٹیفیکیشن دائر کرنے کے لیے، اس میں کم از کم آپ کا نام ، پتہ (موجود ہونے کی صورت میں) اور نیچے آپ کی دستخط ہونی چاہیے۔ آپ کو ری سرٹیفیکیشن کا عمل، بشمول ری سرٹیفیکیشن کے آخری صفحے پر دستخط کرنا اور اپنا انٹرویو دینا، مکمل کرنا ہوگا۔ اہل ہونے کی صورت میں، آپ کو ری سرٹیفیکیشن دائر کرنے کی تاریخ سے SNAP فوائد موصول ہوں گے۔ آپ کو بتایا جائے گا کہ آپ کے ذریعےSNAP فوائد کے لیے اپنی ری سرٹیفیکیشن جمع کیے جانے کی تاریخ کے بعد سے 30 دنوں کے اندر آپ کو بتایا جائے گا کہ آیا آپ کی ری سرٹیفیکیشن منظور ہو گئی ہے یا اسے مسترد کردیا گیا ہے۔ اگر آپ کے گھرانے کی آمدنی کم ہے یا بالکل ہی کوئی آمدنی نہیں ہے یا لیکویڈ وسائل نہیں ہیں یا اگر آپ کا کرایہ اور یوٹیلیٹی بل وغیرہ آپ کی آمدنی اور لیکویڈ وسائل سے زیادہ ہیں تو آپ اپنی درخواست فائل کرنے کے پانچ کیلنڈر کے دنوں کے اندر SNAP فوائد حاصل کرنے کے اہل ہو سکتے ہیں۔ اگر آپ کسی ادارے کے رہائشی ہیں اور آپ ادارے کو چھوڑنے سے پہلے ضمنی سیکیورٹی آمدنی (Supplemental Security Income, SSI) اور SNAP فوائد دونوں فوائد کے لیے درخواست دیتے ہیں تو ری سرٹیفیکیشن کو فائل کرنے کی تاریخ آپ کے ادارے کو چھوڑنے کی تاریخ ہوگی۔

SNAP وصول کنندہ/نمائندے کا دستخط X	دستخط کرنے کی تاریخ

سیکشن 6 – گھرانے کی معلومات – اپنے ساتھ رہنے *والے* ہر فرد کا نام درج کریں چاہے وہ آپ کے ساتھ ری سرٹیفائی نہ بھی کر رہے ہوں۔ اپنے آپ کو پہلی سطر پر درج کریں۔

RI	LN	پہلا نام، درمیانی نام، آخری نام	یہ شخص درج ذیل کے لیے دوبارہ تصدیق کروا رہا ہے: PA	SNAP	MA	تاریخ پیدائش: (سال/دن/ماہ)	جنس: (مرد/عورت/X)	جنسی شناخت (اختیاری): (مرد، عورت،غیر ثنائی، X، مخنث، مختلف شناخت [براہ کرم بیان کریں])	آپ سے رشتہ:	سوشل سیکیورٹی نمبر گھرانے کے ان ارکان کا جو ری سرٹیفائی کر رہے ہیں *(ہدایت کی کتاب، PUB-1313 Statewide ملاحظہ کریں یا اپنے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے بات کریں)*	مکمل کردہ اعلی ترین اسکول کا گریڈ:	کیا یہ شخص (بشمول نا بالغ بچے) آپ کے ساتھکھنے کی اشیا خریدتا ہے یا کھانا تیار کرتا ہے؟ ہاں	نہیں
	01								**خود**				
	02												
	03												
	04												
	05												
	06												
	07												
	08												

براہ کرم پہلا یا دیگر نام درج کریں، جس کے ذریعہ آپ کے گھرانے کا کوئی شخص معروف ہے

لائن نمبر	ONC	پہلا نام	مختصر درمیانی نام	آخری نام

حصہ 7

*کیا پچھلے سال میں کوئی گھر **میں منتقل** ہوا ہے؟* ☐ ہاں ☐ نہیں اگر ہاں، تو نیچے بتائیں۔	کیا وہ اب سے پہلے کبھی نیو یارک سٹیٹ میں رہے؟	کیا پچھلے سال کوئی گھر سے **باہر** چلا گیا ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ہاں کی صورت میں نیچے نشاندہی کریں۔	
نام	☐ ہاں ☐ نہیں	نام	کب؟
نام	☐ ہاں ☐ نہیں	نام	کب؟

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

NON-APPLICANT INFORMATION

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

CONSIDER
✓ RCA/RMA REFERRAL

INDIVIDUAL EDUCATION

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

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION

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

سیکشن 8 – نسل/نسلی اصلیت – اس معلوماتکی فراہمی رضاکارانہ ہے۔ اس سے دوبارہ تصدیق کروانے والے اشخاص کی اہلیت یا موصولہ فوائد کی سطح متاثر نہیں ہوگی۔ ان معلومات کی درخواست کرنے کی وجہ اس بات کو یقینی بنانا ہے کہ پروگرام کے بینیفٹس نسل، رنگ،یا قومی بنیاد سے صرف نظر کر کے تقسیم کیے جائیں۔

H ہسپانوی یا لاطینی
I امریکی مقامی یا آلاسکان کا مقامی
A ایشیائی
B سیاہ فام یا افریقی امریکی
P مقامی ہوائی یا بحرالکاہلی جزائر کا باشندہ
W سفید فام
U نامعلوم **(صرف MA)**

↴ سیکشن 6 میں دیے گئے ہر فرد کے متعلق، اگر وہ ہسپانوی یا لاطینی ہیں تو براہ مہربانی Y (ہاں) درج کریں۔

سیکشن 6 میں ہر فرد کے لیے، براہ کرم جہاں نسل کے لیے قابل اطلاق ہو Y (YES) درج کریں۔ آپ ایک سے زیادہ نسل کا انتخاب کر سکتے ہیں۔

U	W	P	B	A	I	H	LN
							01
							02
							03
							04
							05
							06
							07
							08

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

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
- ✓ Child Support Pass-Through

RELATED CASE NUMBERS	CASE TYPE

ANTICIPATED FUTURE ACTION		
DATE	CODE	LINE NO.

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

براہ کرم اس صفحے کو مکمل کرنے سے پہلے دھیان سے پڑھیں۔ اگر آپ کے ذہن میں کوئی سوالات ہوں تو ہدایتی کتاب (PUB-1313 ریاست بھر میں) ملاحظہ کریں، یا اپنے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے بات کریں۔

سیکشن 9 – شہریت یافتہ/امیگریشن کی اطمینان بخش حیثیت والے غیر شہریت یافتہ

دوبارہ تصدیق کروانے والے ہر ایک شخص/ جس کے لیے دوبارہ تصدیق کروانا ضروری ہے درج کریں۔

سیکشن 10 – سرٹیفیکیشن

بعض سوشل سروسز پروگرام اس بات کا تقاضہ کرتے ہیں کہ آپ اس بات کی تصدیق کریں کہ آپ امریکی شہری، مقامی امریکی یا امریکہ کی قومیت رکھنے والے یا اطان بخش امیگریشن حیثیت والے غیر شہری ہیں۔ دیگر پروگرامز نہیں کرتے۔

آپ کو صرف اسی صورت میں درج ذیل سرٹیفیکیشن پر دستخط کرنا ہوگا اگر آپ امریکی شہری، مقامی امریکی یا آبائی امریکی شہری یا امیگریشن کی اطمینان بخش حیثیت والے غیر شہری ہیں، **اور** آپ درج ذیل کے لیے درخواست دے رہے ہیں:

- عوامی معاونت، یا
- تکملائی غذائی اعانت کا پروگرام، یا
- Medicaid

گھرانے کا کوئی بالغ فرد یا مجاز نمائندہ گھرانے کے تمام افراد کی طرف سے دستخط کر سکتا ہے۔ مثال؛ اطمینان بخش امیگریشن حیثیت نہ رکھنے والے/والی والد/والدہ اپنے اطمینان بخش امیگریشن حیثیت رکھنے والے بچے/بچی کے لیے دستخط کر سکتے/سکتی ہے۔

Completed	Referrals	Needed
	Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)	

SNAP کے لیے ری سرٹیفیکیشن میں، SNAP گھرانے میں رہائش پذیر تمام اشخاص کی فہرست ہونی چاہیے۔ PA کے لیے ری سرٹیفیکیشن میں ان تمام بچوں، ان کے بھائی بہنوں اور ان بچوں کے تمام والدین کو درج کروانا ہوگا، جن کے لیے آپ مجموعی طور پر دوبارہ تصدیق کروا رہے ہیں۔ اگر آپ اس بات کی جانچ نہ کریں کہ آیا درج شخص امریکی شہری، مقامی امریکی یا امریکہ کی قومیت رکھنے والا یا اطمینان بخش امیگریشن حیثیت رکھنے والا غیر شہری ہے یا یو ایس سیٹیزنشپ اینڈ امیگریشن خدمات (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) نمبر (ایلین رجسٹریشن نمبر) یا غیر شہری نمبر (قابل اطلاق ہونے کی صورت میں)، فراہم نہ کریں تو اس شخص کو معاونت نہیں دی جائے گی، اور دیگر گھرانے کے دیگر افراد کو کم کردہ فوائد موصول ہوں گے۔ اگر آپ مقامی امریکی ہیں تو شہری/قومی کی جانچ کریں۔

ہر ایک درخواست گزار کے لیے درج ذیل باکس پر دستخط کریں* اور تاریخ درج کریں۔

اطمینان بخش غیر شہری والی حیثیت رکھنے دوہ تصدیق کروانے والے غیر شہری کی صورت میں ان پروگرام (پروگرامز) پر نشان لگائیں، جس کے لیے دوبارہ تصدیق کروانے والے غیر شہری اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت کا حامل ہے۔ (ہدایتی کتاب Pub-1313 ریاست بھر میں ملاحظہ کریں۔)

LN	پہلا نام	مختصر درمیانی نام	آخری نام	نشان لگائیں کہ آیا "شہری/قومیت کا حامل" یا "غیر شہری" ہر ایک شخص کے لیے۔		USCIS *نمبر (ایلین رجسٹرشن نمبر) یا غیر شہری نمبر* (اگر قابل اطلاق ہو تو)	*سرٹیفیکیشن*	*تاریخ*	PA	SNAP	MA
01				☐ *شہریت یافتہ/ آبائی شہری*	☐ غیر شہری	A	دستخط نام X				
02				☐ *شہریت یافتہ/ آبائی شہری*	☐ غیر شہری	A	دستخط نام X				
03				☐ *شہریت یافتہ/ آبائی شہری*	☐ غیر شہری	A	دستخط نام X				
04				☐ *شہریت یافتہ/ آبائی شہری*	☐ غیر شہری	A	دستخط نام X				
05				☐ *شہریت یافتہ/ آبائی شہری*	☐ غیر شہری	A	دستخط نام X				
06				☐ *شہریت یافتہ/ آبائی شہری*	☐ غیر شہری	A	دستخط نام X				
07				☐ *شہریت یافتہ/ آبائی شہری*	☐ غیر شہری	A	دستخط نام X				
08				☐ *شہریت یافتہ/ آبائی شہری*	☐ غیر شہری	A	دستخط نام X				

اوپر دیے گئے خانے پر نشان لگا کر *اور* سرٹیفیکیشن فارم کے سیکشن 10 پر دستخط کر کے میں، غلط بیانی کی سزا کو مدنظر رکھتے ہوئے، اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں اور/یا وہ فرد(افراد) جن کی نمائندگی میں میں دستخط کر رہا/رہی ہوں امریکی شہریت یافتہ، مقامی امریکی یا امریکہ کے آبائی شہری ہیں یا امیگریشن کی اطمینان بخش حیثیت کے/کی حامل غیر شہری ہیں۔
میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مذکورہ بالا سرٹیفیکیشن پر دستخط کرنے کے نتیجے میں، میرے گھرانےکے دوبارہ تصدیق کروانے والے افراد سے متعلق معلومات یونائیٹڈ اسٹیٹس سیٹیزن شِپ اینڈ امیگریشن سروسز کو غیر شہری حیثیت کی تصدیق کے لیےجمع کی جائے گی، قابل اطلاق ہونے کی صورت میں۔
مذکورہ بالا معلومات کا استعمال اور انکشاف شہریت کی حیثیت کی توثیق کرنے کے ساتھ راست طور پر مربوط اشخاص اور تنظیموں اور عوامی معاونت، تکملائی غذائی اعانت اور Medicaid کے پروگرامز کو لاگو کرنے والی انتظامیہ کے ساتھ محدود ہے۔

***وہ شخص جو ری سرٹیفیکیشن فارم پر دستخط کرنا چاہتا ہے، لیکن لکھ نہیں سکتا وہ گواہ کے سامنے والی سطر پر "X" نشان بنا سکتا ہے۔ گواہ کو نیچے دستخط کرنی ہوگی۔**

میں سطور میں کی گئی نشاندہیوں کا/کی گواہ ہوں: ______,______,______,______,______,______,______ گواہ کے دستخط: ________________________ دستخط کی تاریخ: ____________

سیکشن 11 – چائلڈ سپورٹ اینفورسمنٹ یونٹ کے پاس بھیجے گئے ریفرال سے متعلق معلومات

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
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ SSI/SSA

اگر آپ عوامی معاونت یا تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام کے ساتھ ساتھ Medicaid کے لیے بھی دوبارہ تصدیق کروا رہے ہیں تو آپ کو خود اپنے لیے اور اپنے ان بچوں کے لیے جن کے لیے آپ دوبارہ تصدیق کروا رہے ہیں، طبی سپورٹ حاصل کرنے کے لیے ہمیں مدد کرنے کی ضرورت ہوگی۔ اس بات کا تعین کرنے کے لیے کہ آیا آپ کو یہ حصّہ مکمل کرنے کی ضرورت ہے، ان سوالات ک جواب دیں۔ حسب مناسبت اپنے آپ کو شامل کریں:

1. کیا آپ 21 سال سے کم عمر کے ایک ایسے فرد کے لیے ری سرٹیفائی کر رہے ہیں جو کہ غیر شادی شدہ والدین کے یہاں پیدا ہوئے اور جن کی قانونی ولدیت کا تعین نہیں ہوا ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں
2. کیا آپ 21 سال سے کم عمر کے کسی ایسے فرد کے لیے ری سرٹیفائی کر رہے ہیں، جن کے/کی والد/والدہ (غیر تحویلی والد/والدہ) غیر موجود ہیں؟
☐ ہاں ☐ نہیں

اگر ان دونوں سوالوں کے لیے آپ کا جواب "نہیں" ہے تو آپ کو یہ سیکشن مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ اگلے حصے پر جائیں۔

اگر ان دونوں سوالوں کے لیے آپ کا جواب "نہیں" ہے تو آپ کو یہ سیکشن مکمل کرنا ضروری ہے۔ 21 سال سے کم عمر کے ان تمام افراد کے نام درج کریں جن کے لیے آپ ری سرٹیفائی کر رہے ہیں اور ان افراد کے غیر تحویلی، مبینہ یا مقصود والد/والدہ (والدین) سے متعلق اس وقت آپ کے پاس جو معلومات ہیں درج کریں۔

3. کیا آپ کی عمر 21 سال سے کم ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

اگر آپ نے اس سوال کا جواب "ہاں" میں دیا ہے تو اپنے غیر تحویلی، مبینہ یا مقصود والد/ والدہ (والدین) کے متعلق درج ذیل معلومات فراہم کریں:

21 سال سے کم عمر والے فرد کا نام	غیر تحویلی، مبینہ یا مقصود والد/والدہ کا نام اور پتہ	غیر تحویلی، مبینہ یا مقصود والد/والدہ کی تاریخ پیدائش			غیر تحویلی، مبینہ یا مقصود والد/والدہ کا سوشل سیکیورٹی نمبر
		مہینہ	مرتبہ	سال	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

سیکشن 12 – ٹیکس فائلنگ/ زیر کفالت کی حیثیت – براہ مہربانے گھرانے میں رہنے والے ہر فرد کی ٹیکس حیثیت منتخب کریں۔

			ٹیکس کی حیثیت						
پہلا نام	مختصر درمیانی نام	آخری نام	واحد	شادی شدہ مشترکہ طور پر فائلنگ کرتے ہیں	شادی شدہ تنہا فائلنگ کرتا ہے	گھرانے کا سربراہ (اہل فرد کے ساتھ)	منحصر بچے والا/والی اہل رنڈوا/اہل بیوہ	منحصر اورٹیکس فائل کرےگا/گی	ٹیکس فائل نہیں کرے گا/گی

گھرانے میں نہ رہنے والے ٹیکس پر منحصر لوگ. براہ کرم ایسے ٹیکس پر منحصر اشخاص کی فہرست بنائیں جو آپ کے ساتھ رہائش پذیر نہیں ہیں اور آپ کے گھرانے میں آپ کے یا کسی دوسرے شخص کے ذریعے دعویٰ کیے جاتے ہیں اگر آپ ٹیکس فائل نہیں کرتے ہیں تو آپ اس اسوال کو چھوڑ سکتے ہیں۔

ٹیکس پر منحصر شخص کا نام			ٹیکس فائل کرنے والے کا نام		
پہلا نام	مختصر درمیانی نام	آخری نام	پہلا نام	مختصر درمیانی نام	آخری نام

سیکشن 13 – غائب/متوفی شریکِ حیات کی معلومات – اگر دوبارہ تصدیق کروانے والا کوئی شخص کسی دوسری جگہ پر رہائش پذیر ہے یا اس کا انتقال ہو گیا ہے تو براہ کرم نیچے اشارہ دیں۔

دوبارہ تصدیق کروانے والے شخص کا نام	شریک حیات کا نام	شریک حیات کی تاریخ پیدائش	شریک حیات کی تاریخ موت، اگر قابل اطلاق ہو تو	شریک حیات کا سوشل سیکیورٹی نمبر

شریک حیات کا پتہ، اگر قابل اطلاق ہو	*شہر*	*کاؤنٹی*	*ریاست*	زپ کوڈ

سیکشن 14 – غیر حاضر بچے کی معلومات – اگر دوبارہ تصدیق کروانے والے کسی شخص کو کسی دوسری جگہ پر رہنے والا 21 سال سے کم عمر والا کوئی بچہ ہے تو نیچے اشارہ دیں۔

دوبارہ تصدیق کروانے والے شخص کا نام	غیر حاضر بچے/بچی کا نام	تاریخ پیدائش	بچے کا پتہ (گلی، شہر، ملک، ریاست، اور زپ کوڈ)	ثابت شدہ قانونی ولدیت؟		کیا آپ چائلڈ سپورٹ کو ادائیگی کرتے ہیں؟	
				ہاں	نہیں	ہاں	نہیں

سیکشن 15 – سال سے کم عمر والا والد/والدہ کی معلومات

کیا گھرانے میں 18 سال سے کم عمر والا والد/والدہ ("نو عمر والد/والدہ") موجود ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

نام ____________________

کیا نو عمر والد/والدہ کا بچہ گھرانے میں رہائش پذیر ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

نو عمر والد/والدہ کے بچے کا نام ____________________

TEEN PARENT

LN NO. ________________ Marital Status ____________________

High School Diploma/High School Equivalent?__________________

LN NO. ________________ Marital Status ____________________

High School Diploma/High School Equivalent?__________________

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. ____________________

LN NO. ____________________

سیکشن 16 – آمدنی کی معلومات:

	نشاندہی کریں کہ آیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص درج ذیل سے رقم وصول کرتا ہے:	ہاں	نہیں	کون	رقم/قیمت اور تعدد	کون	رقم/قیمت اور تعدد	INCOME: LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
1	بے روزگاری بیمہ فوائد										
2	ضمنی سیکیورٹی آمدنی (SSI) فوائد (ریاستی اور وفاقی جملہ)										
3	سوشل سیکیورٹی معذوری (Social Security Disability, SSD) فوائد										
4	سوشل سیکیورٹی منحصر شخص کے فوائد										
5	سوشل سیکیورٹی سروائیور کے فوائڈ										
6	سوشل سیکیورٹی ریٹائرمنٹ فوائد										
7	ریل روڈ ریٹائرمنٹ فوائد										
8	ریٹائرمنٹ فوائد (پینشن)										
9	منافع/اسٹاک، بانڈز، یا بچت وغیرہ سے سود										
10	کارکن کا معاوضہ										
11	NYS معذوری کے فوائد										
12	سابق فوجیوں کی پنشن/فوائد/امداد اور حاضری										
13	عوامی معاونت کی گرانٹ										
14	GI انحصاریت کے آلاٹمنٹس										
15	تعلیمی گرانٹس یا قرضہ										
16	عطیات/تحائف (موصولہ)										
17	فوسٹر کیئر کی ادائیگیاں (موصول کردہ)										
18	چائلڈ سپورٹ کی ادائیگیاں (موصولہ) موصول شدہ از: ______________________										
19	شریک حیات کی معاونت (موصولہ)										
20	نجی معذوری کا بیمہ – صحت/حادثہ بیمہ پالیسی آمدنی										
21	نو فالٹ بیمہ کے فوائد										
22	یونین فوائد (بشمول ہڑتال کے فوائد)										
23	قرضہ جات، تعلیم کے علاوہ (موصول شدہ)										
24	ٹرسٹ سے ہونے والی آمدنی (بشمول وہ آمدنی جس کو موصول کرنے کے آپ فی الحال حقدار ہیں، یا آپ ماضی میں حق دار تھے، جسے تقسیم نہیں کیا گیا ہے)										
25	تربیتی الاٹمنٹس/وظیفہ										
26	کرایے کی آمدنی (موصولہ)										
27	بورڈر/لاجر آمدنی (موصولہ)										
دیگر آمدنی (براہ کرم صراحت کریں)											

CONSIDER

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

اگر آپ Medicaid کے لیے ری سرٹیفائی کر رہے ہیں تو براہ مہربانی درج ذیل سیکشن کو مکمل کریں: **کٹوتیاں:** مخصوص قسم والی Medicaid بجٹ سازی درخواست گزار/وصول کنندگان کو اپنی قابل شمار آمدنی کو ان کے ذریعے اپنے وفاقی ٹیکسوں پر لی جانے والی کٹوتیوں کے ذریعے کم کرنے کی سہولت دیتی ہے۔ یہ مخصوص اخراجات ہوتے ہیں، جسے داخلی ریوینیو سروس (Internal Revenue Service, IRS) لوگوں کو اپنی قبل ٹیکس آمدنی کو کم کرنے کی سہولت دیتی ہے۔ یہاں پر صرف کٹوتیاں ریکارڈ کریں، اگر آپ جاری سال کے ٹیکس ریٹرن میں انہیں کلیم کرنے والے ہیں۔	ہاں	نہیں	کون	رقم/قیمت اور تعدد	کون	رقم/قیمت اور تعدد	
معلّم کے اخراجات 1							
انفراد ریٹائرمنٹ اکاؤنٹ (Individual Retirement Account, IRA) کٹوتی 2							
طالب علم کے قرضے کی کٹوتی 3							
ٹیوشن اور فیس 4							
مخصوص کاروباری اخراجات (ریزروسٹ، فنکار، فیس وصول کرنے والے سرکاری اہلکار) 5							
صحت کے بچت اکاؤنٹ کی کٹوتی 6							
ملازمت سے متعلق منتقلی کے اخراجات 7							
کٹوتی کے قابل خود روز گار (self-employment, S/E) ٹیکس 8							
S/E آسان اور با صلاحیت منصوبے 9							
S/E صحت کے بیمہ کی کٹوتی 10							
بچت کو قبل از وقت نکالنے پر جرمانہ 11							
ادا کردہ نان و نفقہ 12							
گھریلو پیداواری سرگرمیوں کی کٹوتی 13							
سطر 36 میں شامل کردہ اضافی مطابقتیں (صرف IRS فارم 1040) 14							
آرچر MSA کٹوتی 15							
دیگر مطابق (براہ کرم صراحت کریں)							

سیکشن 17 – سوتیلے والد/والدہ /اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت والے غیر شہری کے کفیل کی معلومات

درج ذیل کے تمام سوالات درج کریں۔

	ہاں	نہیں	کون؟
کیا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی بچے کے سوتیلے والد/والدہ کے پاس کوئی وسائل ہیں یا وہ کسی قسم کی آمدنی حاصل کرتے ہیں؟			
کیا آپ کے گھرانے میں اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت والا کوئی شخص موجود ہے، جس کی امریکہ میں داخلے کے لیے کفالت کی گئی تھی؟			

کفیل کا نام: ____________________ فون نمبر: ____________________

پتہ: ____

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

سیکشن 18 – ملازمت کی معلومات

1
میری فی الحال صورتحال یہ ہے: ☐ زیر ملازمت ☐ خود روز گار ☐ بے روز گار

مجموعی آمدنی ________________ $ ماہانہ کام کے گئے گھنٹے ________________

(بشمول مزدوری، تنخواہ، اوور ٹائم معاوضہ، کمیشن اور ٹِپس)

ادا کردہ: ☐ ہفتہ وار ☐ ہفتے میں دو بار ☐ ماہانہ ہفتے کا ادائیگی والا دن: ________________

آجر کا نام اور پتہ: ________________________________

________________________________ فون نمبر ________________

2
کیا فی الحال کوئی دوسرا شخص آپ کے ساتھ رہائش پذیر ہے: ☐ زیر ملازمت ☐ خود روز گار

کون: ________________________________

مجموعی آمدنی ________________ $ ماہانہ کام کے گئے گھنٹے ________________

ادا کردہ: ☐ ہفتہ وار ☐ ہفتے میں دو بار ☐ ماہانہ ہفتے کا ادائیگی والا دن: ________________

آجر کا نام اور پتہ: ________________________________

________________________________ فون نمبر ________________

3
کیا صحت کا بیمہ آپ کے آجر کے ذریعے دستیاب ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

کیا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی شخص کا آجر کے ذریعے صحت کا بیمہ ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

کون: ________________________________

بیمہ کمپنی کا نام: ________________________________

4
کیا آپ کو یا کسی بھی ایسے شخص کو جو آپ کے ساتھ رہتا ہے ملازمت کی وجہ سے بچے یا منحصر شخص کی دیکھ بھال کے اخراجات درپیش ہیں؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

کون: ________________________________

5
کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی شخص کو ملازمت سے متعلق دیگر اخراجات لاحق ہیں؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

کون: ________________________________

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

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

6

اگر ملازمت پر نہیں ہے تو آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص آخری بار کب کام کیا تھا؟

کون: ____________ کب: ____________

کہاں: ____________

آپ نے (یا نہوں نے) کام کرنا کیوں روک دیا تھا؟ ____________

کیا آپ نے یا آپ کے ساتھ کام کرنے والے کسی شخص نے بے روزگاری کے لیے فائل کی تھا؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

اگر ہاں تو، کون؟ ____________ کب؟: ____________

فائلنگ کی حیثیت: ☐ منظور شدہ ☐ مسترد شدہ ☐ زیر التوا

7

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص ہڑتال میں شرکت کر رہا ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

کون: ____________

ہڑتال کب شروع ہوئی: ____________

8

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص مہاجر ہے یا موسمی فارم مزدور ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

کون: ____________

9

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی بالغ شخص کو کوئی ایسی طبی کیفیت لاحق ہے جو کام کی صلاحیت یا انجام دئے جانے والے کام کی قسم کو محدود کرتی ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

کون: ____________

حدود بیان کریں: ____________

____

10

کیا آپ آج کوئی کام قبول کر سکتے ہیں؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

اگر نہیں تو، کیوں؟ ____________

11

آپ کس قسم کا کام کرنا چاہتے ہیں؟ ____________

____

سیکشن 19 – تعلیم/تربیت

1
آپ کی تکمیل شدہ تعلیم کی اعلی ترین سطح کیا ہے؟
__ ہائی اسکول ڈپلوما سے کم
اگر ایسا ہے تو تکمیل شدہ آخری گریڈ؟ ________
__ کسی انفرادی تعلیمی منصوبے (Individualized Education Plan, IEP) کی تکمیل
__ ہائی اسکول ڈپلومہ یا جنرل ایکوئیلنسی ڈپلومہ (General Equivalency Diploma, GED) یا ٹیسٹ اسیسنگ سیکنڈری کمپلیشن (Test Assessing Secondary Completion, TASC™)
__ اسوسی ایٹس ڈگری (2 سالہ کالج ڈگری)
__ بیچلرز ڈگری (4 سالہ کالج ڈگری) یا اس سے اوپر

2
کیا گھرانے میں کوئی اور ہائی اسکول ڈپلومہ، جنرل ایکوئیلنسی ڈپلومہ (GED) یا ٹیسٹ اسیسنگ سیکنڈری کمپلیشن (TASC™)، یا اس سے اعلیٰ سطح کی تعلیم کے حامل ہیں؟ ☐ ہاں ☐ نہیں
اگر ہاں تو، کون: ________________
حاصل کردہ ڈگری: ________________
تکمیل کی تاریخ: ________________

اس بات کا اشارہ دیں کہ آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص معاونت جو دوبارہ تصدیق کے لیے درخواست دے رہا ہے؟

3
اس وقت کسی تربیتی پروگرام میں ہیں یا **پچھلے 12 مہینوں میں** رہے ہیں؟ ☐ ہاں ☐ نہیں
کون ________________
کہاں ________________
پروگرام ________________
شرکت کی تاریخیں ________________
تکمیل کی تاریخیں ________________

4
عمر 16 سال یا اس سے زیادہ ہے اور اسکول یا کالج میں پڑھتا/پڑھتی ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں
کون ________________
کہاں ________________

5
کیا تربیتی بھتّہ حاصل کر رہے ہیں؟ ☐ ہاں ☐ نہیں
کون ________________ رقم $________________

6
تعلیمی گرانٹس یا قرضہ حاصل کر رہے ہیں؟ ؟ ☐ ہاں ☐ نہیں
کون ________________ رقم $________________

7
کیا 16 سال یا اس سے کم عمر کے ہیں اور اسکول جا رہے ہیں؟ ☐ ہاں ☐ نہیں
کون ________________
اسکول ________________
کون ________________
اسکول ________________
کون ________________
اسکول ________________
کون ________________
اسکول ________________

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED
	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?	☐	☐

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
- ✓ EIC
- ✓ Change in Resources from Last Budget

سیکشن 20 – وسائل کی معلومات

اگر ہاں تو رقم/مالیت	کون	اگر ہاں تو رقم/مالیت	کون	نہیں	ہاں		اس بات کا اشارہ دیں کہ آیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص درج ذیل کی درخواست دے رہا ہے:
$		$				1	کیا نقد رقم دستیاب ہے
						2	چیکنگ اکاؤنٹ ہے
						3	سیونگ اکاؤنٹ (اکاؤنٹس) یا سرٹیفیکیٹ (سرٹیکفیکیٹس) آف ڈیپازٹ ہیں
						4	کریڈٹ یونین اکاؤنٹ ہے
						5	کیا زندگی کا بیمہ ہے
						6	ان کے نام موٹر گاڑی(گاڑیوں) یا دیگر گاڑی(گاڑیوں) کا حق ملکیت یا رجسٹریشن ہے: سال ________ برانڈ/ماڈل ______________________________ سال ________ برانڈ/ماڈل ______________________________ دیگر ____
						7	اسٹاکس، بانڈز، سرٹفیکیٹس یا میوچل فنڈز
						8	سیونگ بانڈز ہیں
						9	ایک IRA, Keogh, 401(k) یا موخر معاوضہ اکاؤنٹ (اکاؤنٹس) کے حامل ہیں
						10	ارریووکیبل بریئل ٹرسٹ ہے
						11	جنازے کا فنڈ ہے
						12	جنازے کا اسپیس ہے
						13	اپنا ذاتی گھر ہے
						14	زمینی جائیداد ہے، بشمول آمدنی پیدوا کرنے والی اور آمدنی پیدا نہ کرنے والی جائیداد
						15	اِنکم ٹیکس ریفنڈ کے لیے اہل ہیں
						16	سالانہ بھتہ ہے
						17	کسی ٹرسٹ کے مستفید ہیں
						18	کوئی ٹرسٹ فنڈ، مقدمے کا تصفیہ، وراثت یا کسی دیگر ذرائع سے آمدنی موصول ہونے کی توقع ہے
						19	کوئی "اِن ٹرسٹ" اکاؤنٹ (اکاؤنٹس) ہے
						20	محفوظ ڈپازٹ باکس (باکسز) ہیں
						21	مذکورہ بالا وسائل کے علاوہ دیگر کوئی وسائل ہیں
						22	کیس کسی شخص نے (بشمول آپ کے/کی شریک حیات کے، چاہے دوبارہ تصدیق نہیں کروا ہرا/رہی ہو یا آپ کے ساتھ نہیں رہا/ رہی ہو) پچھلے 36 مہینوں میں کوئی نقد رقم دی ہے، یا کوئی زمینی جائیداد فروخت کی ہے/منتقل کی ہے؟
						23	کیا کسی شخص نے (بشمول آپ کے/کی شریک حیات کے، چاہے دوبارہ تصدیق کروا رہی ہو یا آپ کے ساتھ نہیں رہا/ رہی ہو) ماضی میں کبھی ٹرسٹ بنایا ہے یا پچھلے 60 مہینوں میں ٹرسٹ کے نام کوئی اثاثہ کیا ہے؟ اگر ہاں تو کب؟ ______________________________

VEHICLE INFORMATION

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

*IF EXEMPT, WHY?

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
- ✓ Change in Resources

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	

پالیسی نمبر:

رقم :

ادائیگی کا تعدد:

انشورنس کمپنی کا قانونی نام:

اس کے تحت کون کون آتا ہے:

مؤثر تاریخ:

Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 18 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?

سیکشن 21 – طبی معلومات

اس بات کا اشارہ دیں کہ آیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص درج ذیل کی درخواست دے رہا ہے:	ہاں	نہیں	اگر ہاں، کون
1 آپ کے کوئی طبی بِل یا طبی طور پر متعلقہ اخراجات ہیں			
2 اسپینڈ ڈاؤن کے ساتھ Medicaid پر ہیں			
3 صحت یاہسپتال/حادثہ کا انشورنس (بشمول آضر کی طرف سے انشورنس ہے)			
4 کیا کسی آجر کی طرف سے صحت کا بیمہ دستیاب ہے			
5 Medicare (سرخ، سفید، اور نیلا کارڈ)			
6 صحت کا تیماردار/گھر کا صحت کا معاون			
7 نابینا، بیمار یا معذور ہے			
8 نشوونمائی معذوری والا بچہ ہے			
9 اکسی ہسپتال، نرسنگ ہوم یا دیگر			
10 اس ری سرٹیفیکیشن سے پہلے 3 ماہ کے اندر کوئی بل ادا کیا ہے غیر ادا شدہ بل ہے			
11 شراب یا منشیات پر منحصر ہے			
12 گھر پر نگہداشت/ذاتی نگہداشت کی ضرورت ہے			
13 SSI پر ہے یا کبھی SSI کے لیے درخواست دی ہے			
14 کیا حاملہ ہے آیا حاملہ ہیں، آخری تاریخ: ____________________ پیدائش کی متوقع تعداد: ____________________			
15 منشیات/ شراب کے بیجا استعمال سے متعلق معالجہ موصول کرتے ہیں			
16 معذوری یا بیماری کی وجہ سے پچھلے 12 ماہ سے کام کرنے کے قابل نہیں ہیں			
17 کسی ایسی معذوری یا بیماری کے سبب ان کی روزمرہ سرگرمی محدود ہے جو 12 ماہ تک جاری رہ چکی یا اتنے عرصے تک جاری رہے گی			
18 پچھلے دو سالوں کے دوران کسی کار حادثے یا کام سے متعلق حادثے کے شکار رہے ہیں			
19 Medicaid یا Medicare کے علاوہ کسی حکومتی ایجنسی (حکومتی پروگرام) نے آپ کا طبی بل اداکیا تھا اگر ہاں تو کس ایجنسی نے ____________________			
20 کوئی دوسرا صحت کا بیمہ آپ کی جسمانی یا جذباتی صحت یا سلامتی کو نقصان پہنچائے گا، اور/یا اس سے آپ کی Medicaid کی درخواست یا موصولی کی خلوت اور رازداری میں مداخلت ہوگی؟			

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT $	

MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO TPHI: ☐ YES ☐ NO

صحت کے منصوبے کا انتخاب

Medicaid میں اندراج یافتہ بیشتر لوگوں سے ایک زیر انتظام نگہداشت کے صحت بیمہ میں شامل ہونے کا تقاضا کیا جاتا ہے سوائے اس کے کہ وہ لوگ کسی مستثنی زمرے میں آتے ہوں۔ کسی صحت کے منصوبے کو منتخب کرنے کے لیے اسے استعمال کریں۔ اگر آپ کو اس بات کا علم نہ ہو کہ کونسے صحت کے منصوبے دستیاب ہیں، اپنے کارکن سے دریافت کریں یا کال کریں 1-800-505-5678۔

اس منصوبے کا نام جس میں آپ اندراج کروا رہے ہیں	آخری نام	پہلا نام	تاریخ پیدائش (ماہ/دن/سال)	جنس مرد/ عورت/X	ID نمبر (Medicaid کارڈ سے، اگر آپ کے پاس ہوتو)	سوشل سیکیورٹی نمبر	ابتدائی نگہداشت فراہم کنندہ (Primary Care Provider, PCP) یا مرکز صحت (موجودہ فراہم کنندہ ہونے کی صورت میں باکس پر نشان لگائیں)	ماہر امراض نسواں کا نام اور ID نمبر (موجودہ فراہم کنندہ ہونے کی صورت میں باکس پر نشان لگائیں)
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐

سیکشن 22 – پناہ گاہ

آپ کے زمیندار کا پہلا نام کیا ہے؟

____

آپ کے زمیندار کا پتہ کیا ہے؟

____

____

____

آپ کے زمیندار کا فون نمبر کیا ہے؟

(   )______________________________

	ہاں	نہیں	اگر ہاں تو، رقم
کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی شخص کو کرایہ، رہن یا پناہ گاہ کا کوئی اور خرچہ لاحق ہے؟			$
کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی شخص کو ان کے کرایہ، یا پناہ گاہ کے خرچ کے علاوہ کوئی علیحدہ ہیٹنگ (حرارت) کا خرچہ لاحق ہے؟			$

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)		

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED
	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	✓

سیکشن 22 – پناہ گاہ (جاری)

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی شخص کے درج ذیل اخراجات آپ کے کرایہ، یا پناہ گاہ کے خرچ کے علاوہ ہیں؟	ہاں	نہیں	اگر ہاں تو، رقم
1 بجلی (حرارت کے علاوہ کسی دوسری ضروریات کے لیے؛ مثال کے طور پر روشنیاں، پکانے، گرم پانی وغیرہ)			$
2 قدرتی گیس (حرارت کے علاوہ کسی دوسری ضروریات کے لیے؛ مثال کے طور پر: پکانے، گرم پانی وغیرہ)			$
3 پانی			$
4 ایئر کنڈیشنگ			$
5 پروپین (حرارت کے علاوہ دیگر ضروریات کے لیے)			$
6 گٹر			$
7 کوڑا کرکٹ			$
8 دیگریوٹیلیٹیز اور اخراجات صراحت کریں ____________________			$
9 کیا آپ عوامی رہائش گاہ میں رہتے ہیں؟			
10 کیا آپ سیکشن 8، HUD یا دیگر سبسیڈی والے مکان میں رہتے ہیں؟			
11 کیا آپ کسی منشات/شراب کے نشے کے معالجے سے متعلق عمارت میں رہتے ہیں؟			

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

اضافی معلومات

سیکشن 23 – دیگر اخراجات

اس بات کا اشارہ دیں کہ آیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص درج ذیل کی درخواست دے رہا ہے:	ہاں	نہیں	اگر ہاں، تو رقم	HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED YES	LEGALLY OBLIGATED NO	CHILD IN SNAP HH YES	CHILD IN SNAP HH NO
1 ادائیگیاں اور چائلڈ سپورٹ			$					
2 شریک حیات سے متعلق سپورٹ کی ادائیگی کرتے ہیں			$					
3 نگہداشتِ اطفال کے لیے ادائیگی			$					
4 منحصر شخص کی نگہداشت کے لیے ادائیگی			$					
5 ٹیوشن، فیس، یا دیگر تعلیمی اخراجات کے لیے ادائیگی			$					
6 اضافی اخراجات لاحق ہیں (مثلاً کار کے لیے ادائیگی، کار بیمہ کی ادائیگی، کریڈٹ کارڈ کی ادائیگیاں، دیگر قرضہ جات کی ادائیگیاں وغیرہ) صراحت کریں: ____________________			$					
7 کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہائش پذیر کوئی شخص 21 سال سے چھوٹی عمر کے بچے کے لیے سپورٹ کے لیے کم از کم چار ماہ کے بقایہ جات کے لیے دوبارہ تصدیق کروا رہے/ رہا ہے؟	☐ ہاں	☐ نہیں						

سیکشن 24 – دیگر معلومات

سوال	#	ہاں	نہیں	VETERAN STATUS	VETERAN CODE
کیا آپ کسی ہوم ڈیلیوری یا تجارتی ڈائننگ سروس سے کھانا خریدتے ہیں یا خریدنے کا منصوبہ رکھتے ہیں؟	8	☐ ہاں	☐ نہیں		
کیا آپ گھر پر کھانا تیار کر سکتے ہیں پکا سکتے ہیں؟	9	☐ ہاں	☐ نہیں		
کیا آپ یا آپ کے گھرانے کا کوئی فرد کبھی یو ایس فوج میں رہ چکا ہے؟ کون؟ ____________	10	☐ ہاں	☐ نہیں		
کیا آپ کا/کی شریک حیات یو ایس فوج میں رہ چکا/چکی ہے؟	11	☐ ہاں	☐ نہیں		
کیا آپ کے گھرانے میں کوئی فرد کسی ایسے شخص پر منحصر ہے جو امریکی فوج میں ہے یا تھا؟ کون؟ ____________	12	☐ ہاں	☐ نہیں		

اس بات کا اشارہ دیں کہ آیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص درج ذیل کی درخواست دے رہا ہے:	ہاں	نہیں	کون
کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کوئی فرد جو ری سرٹیفائی کر رہے ہیں گزشتہ دو ماہ کے دوران ریاست نیو یارک کی کسی دوسری کاؤنٹی سے اس کاؤنٹی میں منتقل ہوئے ہیں؟			
کیا آپ یا آپکے ساتھ رہنے والا کوئی شخص کو کبھی عوامی معاونت اور/یا تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) سے متعلق مجرم پایا گیا ہے اور/ یا اسے اس کے لیے ن اہل بنایا گیا ہے، دھوکہ/ کسی ارادی طو رپر پروگرام کی خلاوفورزی کی وجہ سے؟			
کیا آپ نے یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی نے ایسے فوائد حاصل کیے ہیں جن کے وہ حقدار نہیں تھے، جو اس یا کسی اور ایجنسی کو پوری طرح ادا نہیں کیے گئے ہیں؟			
کیا آپ کو یا آپ کے گھر کے کسی فرد کو دو یا دو سے زیادہ ریاستوں میں عوامی معاونت حاصل کرنے کے لیے دھوکہ دہی یا رہائش سے متعلق غلط بیانی کرنے کا مجرم قرار دیا گیا ہے؟			
کیا آپ یا آپ کے گھرانے کے کسی فرد کو 22 ستمبر، 1996 کے بعد کسی بھی ریاست میں دھوکہ دہی سے ڈپلیکیٹ SNAP فوائد حاصل کرنے کا مجرم قرار دیا گیا ہے؟			
کیا آپ یا آپ کے گھر کے کسی فرد کو 22 ستمبر، 1996 کے بعد $500 یا اس سے زیادہ کی یکجا رقم میں SNAP فوائد خریدنے یا بیچنے کا مجرم قرار دیا گیا ہے؟			
کیا آپ یا آپ کے گھر کے کسی فرد کو آتشیں اسلحے، گولہ بارود یا دھماکہ خیز مواد، یا منشیات کے لیے SNAP فوائد کی تجارت کرنے کا مجرم قرار دیا گیا ہے؟			
کیا آپ یا آپ کے گھر کا کوئی فرد کسی جرم یا جرم کی کوشش کے بعد قانونی کارروائی، حراست یا قید سے بچنے کے لیے فرار ہو رہے ہیں اور قانون نافذ کرنے والے اداروں کی طرف سے سرگرمی سے تعاقب کیا جا رہا ہے؟			
کیا آپ یا آپ کے گھر کا کوئی فرد عدالتی حکم کے مطابق پروبیشن یا پیرول کی خلاف ورزی کر رہے ہیں؟			

جائیداد کی منتقلی کی حیثیت

میں نے عوامی معاونت یا SNAP کی مراعات حاصل کرنے کے لیے اپنی کسی جائیداد کی فروخت یا اس سے دستبرداری کا عمل ☐ **انجام دیا ہے** ☐ **انجام نہیں دیا**

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ SNAP Dependent Care Deductions
	UIB		✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

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

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

Does Client Receive Contribution Towards Difference ☐ Yes ☐ No

If Yes, From Whom? ____________________

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- Family Assistance Extensions

Category is ________________________________

Documented by ________________________________

NOTES/COMMENTS

<u>اطلاعات، تفویضات، اجازتیں اور رضامندیاں</u>

سوشل سیکیورٹی نمبرز کو حاصل کرنا اور ان کا استعمال کرنا **–** 2008 کے فوڈ اینڈ نیوٹریشن ایکٹ (ترمیم کے مطابق) کی رو سے تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے ضمن میں گھرانے کے ہر ایک فرد کو سوشل سیکیورٹی نمبرز (SSNs) حاصل کرنے کی اجازت دی گئی ہے۔ SNAP کے لیے درخواست دینے والے ہر شخص کو فوائد حاصل کرنے کے لیے SSN فراہم کرنا لازمی ہے۔ اگر آپ یا درخواست دینے والے کسی شخص کے پاس SSN نہیں ہے تو اس شخص کو سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن کے پاس SSN کے لیے درخواست دینی ہوگی (ملاحظہ کریں www.SSA.gov یا 1213-772-800-1 پر کال کریں)۔

ان تمام پروگراموں کے تعلق سے جس کے لیے یہ ری سرٹیفیکشن فارم SSN کا تقاضہ کرتا ہے، SSN کی جمع کاری بھی لازمی ہے اور اس کی درج ذیل قانون کی ایک یا زائد سیکشنز کی رو سے اجازت دی گئی ہے: سوشل سیکیورٹی ایکٹ (42 یو ایس ضابطہ 405) کے سیکشن 205(c)، سوشل سیکیورٹی ایکٹ (42 یو ایس ضابطہ 1320b-7) کے سیکشن 1137، پرائیویسی ایکٹ 1974 کے سیکشن 7(a)(2) کے تحت۔ ہدایتی کتاب (PUB-1313 ریاست بھر میں) ملاحظہ کریں، یا اگر آپ کے ذہن میں کوئی سوالات ہوں تو اپنے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے بات کریں۔

ہماری جمع کردہ معلومات کا استعمال اس بات کا تعین کرنے کے لیے کیا جائے گا کہ آیا آپ کا گھرانہ امداد یا مراعات کے لیے اہل ہے یا اس کی اہلیت برقرار رہے گی یا نہیں۔ یہ معلومات شناخت کی جانچ کرنے، کمائی ہوئی اور غیر حاصل شدہ آمدنی کی توثیق کرنے، اس بات کا تعین کرنے کے لیے کہ آیا غیر حاضر والد/والدہ درخواست کنندہ/ وصول کنندہ کے لیے صحت کے بیمہ کی کفالت موصول کرسکتا/سکتی ہے، اس بات کے تعین کے لیے کہ آیا درخواست کنندہ/ وصول کنندہ بچے یا شریک حیات کے سپورٹ کو حاصل کرسکتا/سکتی ہے اور اس بات کے تعین کے لیے کہ آیا درخواست گزار یا وصول کنندہ رقم اور دیگر مدد موصول کر سکتا/سکتی ہے۔ ہم کمپیوٹر کے میچنگ پروگرامز کے ذریعے اس معلومات کی توثیق کریں گے۔ ان معلومات کو پروگرام کے ضوابط کے ساتھ تعمیل کرنے کی نگرانی کے لیے اور پروگرام کے نظم کے لیے بھی استعمال کیا جائے گا۔ جو معلومات آپ ہمیں دیتے ہیں اسے اس طریقے سے استعمال کرنے کے علاوہ، ریاست اس معلومات کو ہوم اینرجی اسسٹینس پروگرام (Home Energy Assistance Program, HEAP) سے فوائد حاصل کرنے والے تمام لوگوں سے متعلق شماریات کی تیاری کے لیے استعمال کرے گی (ذیل میں دیکھیں)۔

یہ معلومات دیگر سرکاری جانچ کے لیے ریاستی اور وفاقی ایجنسیوں کے سامنے اور قانون سے بچ کر فرار ہونے والے اشخاص کو گرفتار کرنے کے لیے قانون کے نفاذ کے اہلکاران کے سامنے ظاہر کیا جا سکتا ہے۔ فیملی اسسٹینس اینڈ سیفٹی نیٹ معاونت کے درخواست کنندگان اور وصول کنندگان سے متعلق جمع کردہ معلومات بشمول SSN کو جیوری پولز کی تشکیل میں مدد کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے۔ اگر اس درخواست پر آپ کے گھرانے کے خلاف SNAP کلیم سامنے آئے تو اس ری سرٹیفیکیشن میں شامل معلومات بشمول تمام SSN کو وفاقی اور ریاستی ایجنسیوں، اس کے ساتھ ساتھ، دعوے جمع کرنے کے مقصد سے نجی دعوے جمع کرنے والی ایجنسیوں کے پاس بھیجا جا سکتا ہے۔

گھرانے کے نا اہل افراد کے SSN کا بھی مذکورہ بالا طریقے پر استتعمال اور انکشاف کیا جا سکتا ہے۔

آپ کے ذریعے ہمیں اس طریقے پر دئے جانے والی معلومات کو استعمال کرنے کے علاوہ، ریاست ہوم اینرجی اسسٹینس پروگرام HEAP سے فوائد حاصل کرنے والے تمام لوگوں سے متعلق معلومات کو شماریات کی تیاری کے لیے استعمال کرتا ہے۔ یہ معلومات ریاست کی طرف سے کوالٹی کنٹرول کے لیے استعمال کی جاتی ہے تاکہ یہ یقینی بنایا جا سکے کہ سوشل سروسز ڈسٹرکٹ اپنی ذمہ داری ممکنہ حد تک بہترین طریقے پر انجام دے رہی ہے۔ اس کا استعمال آپ کے توانائی فراہم کنندہ کی توثیق کرنے اور ایسے وینڈرز کو کچھ ادائیگی کرنے کے لیے کیا جاتا ہے۔

عدم امتیاز کا نوٹس – وفاقی شہری حقوق کے قانون اور امریکی محکمہ زراعت (USDA) کے شہری حقوق کے قواعد و ضوابط اور پالیسیوں کے مطابق اس ادارے کے نسل، رنگ، قومیت، جنس (بشمول جنسی شناخت اور جنسی رجحان)، مذہبی عقیدہ، معذوری، عمر، سیاسی عقائد، یا شہری حقوق کی سابق سرگرمی کے لیے انتقامی کارروائی کی بنیاد پر امتیازی سلوک کرنے پر پابندی ہے۔

نیو یارک ریاست اضافی طور پر ٹرانسجینڈر اسٹیٹس، جنسی ڈسفوریا، ازدواجی اسٹیٹس، فوجی اسٹیٹس، گھریلو تشدد کے شکار کا اسٹیٹس، حمل سے متعلق کیفیات، پیشنگوئی کرنے والی جینیاتی خصوصیات، گرفتاری یا سزایابی کا گزشتہ ریکارڈ، خاندانی اسٹیٹس اور غیر قانونی امتیازی طریقوں کی مخالفت کرنے پر انتقامی کارروائیوں کی بنیاد پر امتیازی سلوک کرنے پر پابندی عائد کرتی ہے۔

پروگرام کی معلومات انگریزی کے علاوہ دیگر زبانوں میں بھی دستیاب کروائی جا سکتی ہیں۔ معذور افراد جنہیں پروگرام کی معلومات حاصل کرنے کے لیے مواصلات کے متبادل ذرائع کی ضرورت پڑتی ہے (مثلاً بریل، بڑا پرنٹ، آڈیو ٹیپ، امریکی اشاروں کی زبان) انہیں چاہیے کہ وہ اس ایجنسی (ریاست یا مقامی) سے رابطہ کریں جہاں انہوں نے فوائد کے لیے درخواست دی ہے۔ وہ افراد جو بہرے ہیں، کم سنتے ہیں یا بولنے سے معذور ہیں وہ USDA سے فیڈرل ریلے سروس (Federal Relay Service) کے ذریعے 877-8339 (800) پر رابطہ کر سکتے ہیں۔

پروگرام میں امتیازی سلوک ہونے کی شکایت درج کرانے کے لیے، شکایت کنندہ فارم AD-3027، USDA پروگرام میں امتیازی شکایت کا فارم پُر کریں جو https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf پر آن لائن، USDA کے کسی بھی دفتر سے 620-1071 (833) پر کال کر کے یا USDA کے نام خط لکھ کر حاصل کیا جا سکتا ہے۔ اس خط میں شکایت کنندہ کا نام، پتہ، ٹیلی فون نمبر اور مبینہ امتیازی کارروائی کی تحریری تفصیل اتنی وضاحت سے درج ہونی چاہیے کہ وہ شہری حقوق کے اسسٹنٹ سکریٹری (ASCR) کو شہری حقوق کی مبینہ خلاف ورزی کی نوعیت اور تاریخ کے بارے میں مطلع کر سکے۔ مکمل شدہ AD-3027 فارم یا خط اس کے ذریعے جمع کروایا جانا چاہیے: 1) ڈاک: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314؛ 2) ان نمبروں پر فیکس کریں 256-1665 (833) یا 690-7442 (202)؛ یا 3) اس پتے پر ای میل کریں: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP)؛ کے مسائل سے متعلق کسی بھی دوسری معلومات کے لیے افراد کو یا تو USDA SNAP ہاٹ لائن نمبر 221-5689 (800) پر رابطہ کرنا چاہیے جو کہ ہسپانوی میں بھی دستیاب ہے یا اس پر آن لائن موجود ریاستی معلومات/ہاٹ لائن نمبرز پر کال کرنی چاہیے: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm۔

یہ یکساں موقع فراہم کرنے والا ادارہ ہے۔

تفتیش کے لیے رضامندی – میں عوامی معاونت (PA)، Medicaid، تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے فوائد، ہوم انرجی اسسٹنس پروگرام کے فوائد، خدمات یا چائلڈ کیئر کی معاونت کے طور پر اپنی درخواست کے سلسے میں دی گئی معلومات کی توثیق یا تصدیق کے لیے کسی بھی تحقیقات سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں۔ اضافی معلومات طلب کیے جانے پر میں اسے فراہم کروں گا/گی۔ میں PA اور/یا SNAP کے کوالٹی کنٹرول ریویو میں بھی ریاستی اور وفاقی عملے کے ساتھ مکمل تعاون کروں گا/گی۔

اگر میں SNAP کے لیے دوبارہ تصدیق کروا رہا/رہی ہوں، تو میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ سوشل سروسز ڈسٹرکٹ میری ری سرٹیفیکیشن کی چھان بین کے لیے اِنکم اینڈ ایلیجیبلیٹی ویریفیکیشن ٹیسٹ کے ذریعے دستیاب معلومات کی درخواست کرے گا اور انہیں استعمال کرے گا، اور تضاد پائے جانے کی صورت میں کولیٹرل رابطوں کے ذریعے اس معلومات کی تصدیق کر سکتا ہے۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس طرح کی معلومات SNAP کے لیے میری اہلیت اور/یا مجھے موصول ہونے والے SNAP فوائد کی سطح کو متاثر کر سکتی ہیں۔

بے روزگاری کے بیمہ کی خفیہ معلومات کے اجراء کے لیے رضامندی – میں نیو یارک اسٹیٹ ڈپارٹمنٹ آف لیبر (Department of Labor, DOL) کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ DOL کے ذریعے بے روزگاری کی انشورنس (Unemployment Insurance, UI) کے مقاصد کے لیے رکھی گئی کوئی بھی خفیہ معلومات نیویارک اسٹیٹ دفتر برائے عارضی اور معذوری کی امداد (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) کو جاری کرے۔ اس معلومات میں UI فوائد کے دعوے اور اجرت کے ریکارڈ شامل ہیں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ OTDA، سوشل سروسز کے ضلعی دفاتر میں کام کرنے والے ریاستی اور مقامی ایجنسی کے ملازمین کے ساتھ مل کر، UI کی معلومات کا استعمال؛ عوامی معاونت، Medicaid، تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام کی مراعات، ہوم انرجی اسسٹنس پروگرام کی مراعات یا نگہداشت اطفال کی معاونت جن کی اس درخواست/ری سرٹیفیکیشن میں درخواست کی گئی ہے، کے لیے اہلیت کا تعین یا تصدیق کرنے کے لیے اور ان کی رقم کا تعین کرنے کے لیے اور اس بات کے تعین کے لیے تحقیقات کرنے کے لیے کہ آیا مجھے وہی مراعات وصول ہوئی ہیں جو میرا حق تھیں، کر سکتا ہے۔ OTDA نیویارک اسٹیٹ آفس آف چلڈرن اینڈ فیملی سروسز (New York State Office of Children and Family Services, OCFS) اور نیویارک اسٹیٹ کے محکمہ صحت (New York State Department of Health ,DOH) کے ساتھ بھی معلومات کا اشتراک کر سکتا ہے۔ OCFS ان معلومات کو چائلڈ کیئر اسسٹنس پروگرام کی نگرانی کے لیے استعمال کرے گا۔

خدمت فراہم کنندگان کے لیے معلومات کا اجرا – میں سوشل سروسز ڈسٹرکٹ اور نیو یارک اسٹیٹ کو عوامی معاونت یا تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام کے ان بینیفٹس کے سلسلے میں جو مجھے یا گھرانے کے جس کسی فرد کو جس کی میں قانونی طور پر اجازت دے سکتا ہوں اس کو موصول ہوئے ہیں، ریاستی یا مقامی ٹھیکیدار کے ذریعہ فراہم کردہ پروگرام کے بندوبست سے متعلق خدمات اور ادائیگی کے لیے میری اہلیت کی تصدیق کرنے کے مقاصد کی خاطر معلومات کا اشتراک کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ اس طرح کی خدمات میں مجھے یا میرے گھر کے افراد کو ملازمت حاصل کرنے اور اسے برقرار رکھنے میں مدد کرنے کے لیے ملازمت پر رکھنا یا تربیتی خدمات کی فراہمی شامل ہوسکتی ہیں، لیکن یہ ان تک محدود نہیں ہیں۔

تعلیمی ریکارڈز کی فراہمی میں ریاست نیو یارک کے محکمہ صحت اور سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ میرے اور/یا میرے نابالغ بچے (بچوں) کے تعلیمی ریکارڈ کے متعلق کوئی بھی معلومات درج ذیل مقاصد کے لیے حاصل کریں: 1) عوامی معاونت، تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام، اور/یا Medicaid کے لیے میری اہلیت کی تصدیق؛ 2) ایسے جائزے یا تحقیقات کرنا جو اہلیت کے عمل کے حصے کے طور پر فراہم کردہ متضاد معلومات کے نتیجے میں ہوں؛ 3) صحت سے متعلق تعلیمی خدمات کے لیے Medicaid سے واپس ادائیگی کا دعوئ کرنا؛ اور 4) متعلقہ وفاقی حکومتی ایجنسی کو صرف آڈٹ کے مقصد کے لیے ان معلومات تک رسائی فراہم کرنا۔

معلومات کا اشتراک کرنے سے متعلق نیو یارک سٹی کی ہاؤسنگ اتھارٹی کے رہائشی کی رضامندی – اگر آپ نیو یارک سٹی میں معاونت کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو یہ رضامندی نیو یارک سٹی کی ہاؤسنگ اتھارٹی (New York City Housing Authority, NYCHA) کو نیو یارک سٹی ہیومن ریسورسز ایڈمنسٹریشن/محکمہ سماجی خدمات (HRA) کے ساتھ آپ کے بارے میں معلومات کا اشتراک کرنے کی اجازت دے گی تاکہ آپ اور آپ کے گھر والوں کو تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) اور/یا HRA کی مالی معاونت، جس میں کرائے کے بقایا جات کی ادائیگی بھی شامل ہو سکتی ہے، کے تحت معاونت کے لیے درخواست دینے میں مدد ملے۔

اگر آپ ذیل میں اس درخواست پر دستخط کرتے ہیں تو، NYCHA آپ کے نام ، پتہ، تاریخ پیدائش اور کرایہ اور یوٹیلٹی کی ادائیگی کی معلومات (جیسے ماہانہ کرایے کی رقم، کرایے کی ادائیگی کی سرگزشت، بقایا کرایہ اور اپلائنس کی فیس) سمیت SNAP اور/یا مالی معاونت کے فوائد کے لیے آپ کی اہلیت، یا اس کی سطح سے متعلقہ معلومات کا اشتراک HRA کے ساتھ کر سکتا ہے۔ اضافی طور پر، ذیل میں اس درخواست پر دستخط کر کے، آپ اس درخواست میں درج نابالغ بچوں کی جانب سے رضامندی کا اختیار حاصل ہونے کی تمائندگی کرتے ہیں اور آپ NYCHA کو اس بچے کے نام، پتے اور تاریخ پیدائش کا اشتراک HRA کے ساتھ کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔

HRA کسی بھی ایسی معلومات جو کہ NYCHA شیئر کرتا ہے خفیہ رکھے گا اور اس معلومات کو صرف مقامی، ریاستی اور وفاقی ایجنسیوں کے ساتھ شیئر کرے گا جو HRA کے SNAP اور مالی معاونت کے فوائد کے پروگرامز کی نگرانی کرتی ہیں۔

تبدیلی کی اطلاع – میں ایجنسی کو **فوری** طور پر اپنی ضروریات، رہائش گاہ/پتے، رہائشی انتظامات، گھرانے کے سائز، آمدنی، ملازمت، جائیداد/وسائل، زیر کفالت فرد کی نگہداشت کے اخراجات، بیمہ صحت، امیگریشن کی اطمینان بخش حیثیت رکھنے والے غیر شہریت یافتہ فرد/شہریت کی حیثیت، صحت مند بالغ شخص جن کے زیر کفالت کوئی نہ ہو (able-bodied adult without dependents, ABAWD) کی حیثیت، حمل کی حیثیت یا رہائشی انتظامات میں کسی تبدیلی کی اپنے بہترین علم یا یقین کے مطابق اطلاع دوں گا/گی۔

اگر میں نگہداشت اطفال معاونت کے لیے درخواست دے رہا ہوں، تو میں ایجنسی کو اپنی خاندانی آمدنی، میرے گھر میں رہائش پذیر افراد، ملازمت، بچوں کی دنگہداشت کے انتظامات یا دیگر تبدیلیوں کی جو میری مسلسل اہلیت یا میرے فائدے کی رقم کو متاثر کر سکتی ہیں، سے **فوری طور پر** مطلع کرنے سے اتفاق کرتا ہوں۔

سزائیں – وفاقی اور ریاستی قوانین جرمانہ، قید یا دونں کی سزائیں تجویز کرتے ہیں، اگر آپ عوامی معاونت، Medicaid، تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام، خدمات یا نگہداشت اطفال معاونت ("معاونتی فوائد یا خمات") کی تصحیح کرتے ہوئے یا کسی بھی وقت آپ کی اہلیت کے بارے میں آپ سے سوال کیے جانے پر کسی بھی وقت سچ نہ بولیں یا کسی شخص کو سچ نہ بولنے کا سبب بنیں یا اپنی اہلیت کو جاری رکھیں تو۔ جرمانے اس وقت بھی لاگو ہوتے ہیں اگر آپ امداد، فوائد یا خدمات کے لیے اپنی ابتدائی اور جاری رکھنے کی اہلیت سے متعلق حقائق کو چھپاتے یا ظاہر کرنے میں ناکام رہتے ہیں، یا اگر آپ ایسے حقائق کو چھپاتے یا ظاہر کرنے میں ناکام رہتے ہیں جو کسی ایسے شخص کے حق پر اثر انداز ہوں گے جس کے لیے آپ نے دوبارہ تصدیق کی ہے یا اسے جاری رکھنا ہے۔ امداد، فوائد یا خدمات حاصل کریں۔ اگر آپ ایک مجاز نمائندے ہیں، تو اس قسم کی امداد، فوائد یا خدمات دوسرے شخص کے لیے استعمال کی جائے نہ کہ اپنے لیے۔ وفاقی اور ریاتی قوانین مزید یہ بھی کہتے ہیں کہ کسی بھی فرد کے نرسنگ سہولت کی خدمات کو موصول کرنے اور Medicaid کے لیے درخواست جمع کروانے کےمہینے سے 60 مہینے پہلے تک اس فرد یا اس کی شریک حیات کے ذریعے منصفانہ مارکیٹ قیمت سے کم قیمت پر کسی اثاثے کی منتقلی اس فرد کو نرسنگ سسہولت کی خدمت یا گھر یا کمیونٹی پر مبنی معافی والی خدمات کیا یک مدّت کے لیے نا اہل ہوگا۔ معلومات کو چھپا کر یا جھوٹی معلومات فراہم کر کے معاونت، فوائد یا خدمات حاصل کرنا غیر قانونی ہے۔

تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام نااہلیت کے جرمانے – تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے لیے اپنی درخواست کے تعلق سے آپ کی طرف سے فراہم کردہ کوئی بھی معلومات وفاقی، ریاستی اور مقامی حکّام کے ذریعے توثیق کے تابع ہوگی۔ اگر کوئی معلومات غلط ہوں تو آپ کو SNAP کے فوائد فراہم کیے جانے سے انکار کیا جا سکتا ہے۔ اگر آپ جان بوجھ کر کوئی غلط معلومات فراہم کریں تو آپ کے خلاف فوجداری مقدمہ چلایا جا سکتا ہے، جس کے نتیجے میں آپ کی اہلیت یا فوائد کی مقدار متاثر ہو سکتی ہے۔ جان بوجھ کر SNAP کی اجازت کارڈوں کو استعمال کرنے، منتقل کرنے، حاصل کرنے، اس میں رد و بدل کرنے یا اسے اپنے پاس رکھنے کے سنگین جرم میں سزا یافتہ شخص پر $250,000 تک کا جرمانہ عائد کیا جا سکتا ہے، اور اسے 20 سال تک قید یا دونوں سزائیں دی جا سکتی ہے۔ ایسے شخص کے خلاف قابل اطلاق وفاقی اور ریاستی قوانین کے تحت بھی مقدمہ چلایا جا سکتا ہے۔ اگر کوئی فرد پروبیشن یا پیرول کی کسی شرط کی خلاف ورزی کر رہا ہے یا کوئی بھی فرد یا جو کسی جرم کے لیے قانونی چارہ جوئی، حراست یا قید سے بچنے کے لیے فرار ہے اور قانون نافذ کرنے والے ادارے فعال طور پر ان کا تعاقب کر رہے ہیں، SNAP کی مراعات حاصل کرنے کے اہل نہیں ہیں۔

اگر آپ فوائد کے اہل بننے یا زیادہ فوائد حاصل کرنے کے لیے کوئی جھوٹا یا گمراہ کن بیان دیں، حقائق سے متعلق غلط بیانی سے کام لیں، ان پر پردہ ڈالیں یا چھپائیں؛ جان بوجھ کر پروڈکٹ کو تلف کر کے، ڈبہ واپس کر کے ڈپازٹ رقم کے لیے نقد رقم حاصل کرنے کے ارادے سے SNAP فوائد والی کوئی پروڈکٹ خریدیں؛ یا SNAP فوائد، اجازت والے کارڈز یا الیکٹرانگ بینیفٹ ٹرانسفر (Electronic Benefit Transfer, EBT) سسٹم کے حصے کے طور پر، دوبارہ استعمال کیے جانے کے قابل دستاویزات کو استعمال کرنے، پیش کرنے، منتقل کرنے، حاصل کرنے، موصول کرنے، اپنی ملکیت میں رکھنے یا ٹریفکنگ کرنے کے مقصد سے کوئی بھی ایسی کارروائی کرتے ہیں یا کرنے کی کوشش کرتے ہیں جس سے وفاقی یا ریاستی قانون کی خلاف ورزی ہوتی ہے، تو آپ کو SNAP کے لیے نااہل سمجھا جا سکتا ہے یا ارادی طور پر پروگرام کی خلاف ورزی (Intentional Program Violation, IPV) کا مرتکب سمجھا جا سکتا ہے۔ اس کے علاوہ، درج ذیل کی اجازت نہیں ہے اور، آپ کو SNAP کے فوائد حاصل کرنے سے نااہل قرار دیا جا سکتا ہے اور/یا ایسی کارروائیوں کے لیے جرمانوں کا مستوجب بنایا جا سکتا ہے جس میں یہ شامل ہیں:

- SNAP فوائد کو غیر غذائی اشیا جیسا کہ شراب یا سگ[گریٹ خریدنے کے استعمال کرنا؛
- SNAP فوائد کو اس سے قبل ادھار پر خریدی غذائی اشیا کے لیے ادائیگی کے لیے استعمال کرنا؛
- کسی دوسرے شخص کو نقد رق، آتشیں اسلحوں، گولہ بارود یا دھماکہ خیز مواد، یا منشیات یا اسکی ایسے شخص کے لیے کھانے کی اشیا خریدنا جو کہ آپ کے آپ کے SNAP گھرانے کا فرد نہیں ہے گولہ بارود یا دھماکہ خیز موادگولہ بارود یا دھماکہ خیز مواد اپنا EBT کارڈ استعمال کرنے کی اجازت دینا۔
- ایسے EBT کارڈز استعمال کرنا یا اسے اپنے پاس رکھنا، جو کہ آپ کی ملکیت والا نہیں ہے، کارڈ کے مالک رضامندی کے بغیر۔

ایسے افراد جنہیں یا تو انتظامی نا اہلی کی سماعت کے ذریعے یا وفاقی، ریاستی یا مقامی عدالت کے ذریعے IPV کا مرتکب پایا گیا ہو، یا جنہوں نے مواخذہ کے لیے ریفر کردہ کیسز میں انتظامی نا اہلی کی سماعت کے حق سے دستکشی یا نا اہلی کی منظوری کے معاہدے پر دستخط کیے ہوں وہ درج ذیل مدت تک SNAP میں شرکت کرنے کے نا اہل ہوں گے:

- *پہلی* SNAP IPV کے لیے 12 مہینے؛
- *دوسری* SNAP IPV کے لیے 24 ماہ؛
- اس *پہلی* SNAP IPV کے لیے 24 ماہ، جو کہ کسی عدالت کے ذریعہ اخذ کردہ اس نتیجے پر مبنی ہو کہ اس فرد نے SNAP کی مراعات کو کنٹرول شدہ مادّوں (جیسے غیر قانونی منشیات یا ایسی مخصوص ادویات جن کے لیے ڈاکٹر کا نسخہ درکار ہو) کی فروخت پر مشتمل لین دین میں استعمال کیا یا حاصل کیا؛ یا
- اس فرد کے لیے 120 ماہ جس نے اپنے متعلق یا اپنی رہائش کی جگہ سے متعلق دھوکہ دہی پر مبنی بیانات دیے، تا کہ وہ بیک وقت متعدد SNAP فوائد حاصل کر سکے، الا یہ کہ اسے تیسری SNAP IPV کے لیے مستقل طور پر نا اہل قرار دیا گیا ہو۔

مزید یہ کہ کوئی عدالت کسی فرد کو مزید 18 مہنوں کے لیے SNAP میں شرکت کرنے پر پابندی عائد کر سکتی ہے۔

کسی فرد کو درج ذیل کی وجہ سے SNAP کے فوائد حاصل کرنے سے مستقل طور پر نااہل قرار دیا جا سکتا ہے:

- *پہلی* SNAP IPV جو کہ عدالت کے اخذ کردہ اس نتیجے پر مبنی ہو کہ اس فرد نے SNAP کی مراعات کو آتشیں اسلحہ، گولہ بارود یا دھماکہ خیز مواد کی فروخت پر مشتمل لین دین میں استعمال یا حاصل کیا؛
- *پہلی* SNAP IPV جو کہ SNAP فوائد کی 500$ یا اس سے زائد مجموعی رقم کے عوض ٹریفکنگ کیے جانے کے عدالتی کے فرد جرم پر مبنی ہو (ٹریفکنگ میں غیر قانونی استعمال، منتقلی، حصول، SNAP کی اجازت دہندگی کے کارڈز یا رسائی کے آلات میں رد و بدل یا ان کی ملکیت ہونا شامل ہیں)؛
- *دوسری* SNAP IPV جو کہ عدالت کے اخذ کردہ اس نتیجے پر مبنی ہو کہ اس فرد نے SNAP فوائد کو کنٹرول شدہ مادّوں (جیسے غیرقانونی منشیات یا ایسی مخصوص ادویات جس کے لیے ڈاکٹر کا نسخہ درکار ہو) کی فروخت پر مشتمل لین دین میں استعمال کیا یا حاصل کیا؛ یا
- *تیسری* SNAP IPV۔

گھرانے کے اخراجات کی اطلاع/توثیق کرنے کی ضرورت **–** آپ کے گھرانے کے لیے چائلڈ کیئر اور یوٹیلیٹی اخراجات کی اطلاع دینا لازمی ہے تاکہ ان اخراجات کے لیے تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کی کٹوتی حاصل کر سکیں۔ آپ کے گھرانے کو کرایہ/رہن کی ادائیگی، جائیداد ٹیکس، بیمہ، طبی اخراجات اور چائلڈ سپورٹ جو کسی گھرانے کے غیر فرد کو دی گیا ہو تاکہ ان اخراجات کے لیے SNAP کی کٹوتی حاصل کی جائے۔ مذکورہ بالا اخراجات کی اطلاع دینے /توثیق کرنے میں ناکامی کو آپ کے گھرانے کی طرف سے ایک ایسے بیان کے طور پر دیکھا جائے گا کہ آپ ان غیر مطلع شدہ/ غیر توثیق شدہ اخراجات کے لیے کٹوتیاں حاصل کرنا نہیں چاہتے۔ ان اخراجات کے لیے کی جانے والی کٹوتیاں آپ کو SNAP کے لیے اہل بنا سکتی ہیں یا آپ کے SNAP کے فوائد میں اضافہ کر سکتی ہیں۔ آپ مستقبل میں کسی بھی وقت ان اخراجات کی اطلاع دے سکتے ہیں/ان کی توثیق کر سکتے ہیں۔ کٹوتی کا اطلاق اس کے بعد، آگے مہینوں میں SNAP کے فوائد کا حساب لگانے کے لیے، اطلاع کی تبدیلی کے مطا بق کیا جات ہے (اوپر اطلاع دہی کو تبدیل کریں ملاحظہ کریں)۔

تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام کا مجاز نمائندہ **–** آپ کسی بھی ایسے شخص کو جو آپ کے گھرانے کے حالات سے واقف ہوں، یہ اختیار دے سکتے ہیں کہ وہ آپ کے لیے تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کی مراعات کے لیے ری سرٹیفائی کریں۔ آپ اپنے گھرانے سے باہر کے کسی شخص کو بھی اجازت دے سکتے ہیں کہ وہ آپ کے لیے SNAP کے فوائد حاصل کرے یا انہیں آپ کے لیے غذائی اشیاء خریدنے کے لیے استعمال کرے۔ اگر آپ کسی دوسرے شخص کو مجاز بنانا چاہتے ہیں تو آپ کو تحریری طور پر ایسا کرنا ہو گا۔ آپ کسی دوسرے شخص کو اختیار دینے کے لیے اس کا نام ، پتہ اور فون نمبر نیچے فوری طور پر نیچے لکھنے اور اس دوبارہ تصدیق کے فارم کے آخر میں اپنی دستخط کر کے ایسا کر سکتے ہیں۔ جب کسی SNAP گھرانے کی طرف سے کوئی مجاز نمائندہ درخواست دیتا ہے، جو کہ کسی ادارے کے اندر رہائش پذیر نہیں ہے، مجاز نمائندےاور گھرانے کا ذمہ دار بالغ شخص دونوں کو اس ری سرٹیفکیشن کے آخر میں دستخط کے حصّے میں دستخط کرنی ہوگی، سوئے اس کے کہ SNAP گھرانے نے اس کے لیے دوسری صورت میں تحریری طور پر مجاز نمائندہ نامزد کیا ہو۔

مجاز نمائندے کا نام، پتہ، ار فون نمبر (براہ کرم بڑے حروف میں لکھیں):

معیاری یوٹیلیٹی الاؤنس **–** میں اس بات کو سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ عوامی معاونت اور تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے وصول کنندگان واضح طور پر ہوم اینرجی معاونت پروگرام (HEAP) آمدنی کے اہل ہیں۔ میں یہ بات بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں نے اس ماہ یا پچھلے 12 مہینوں میں HEAP کی 20$ سے زیادہ والی رقم یا ا قسم کی اینرجی معاونت پروگرام حاصل نہیں کیا ہے، مجھے حرارت یا ایئر کنڈشنگ کے لیے اپنے کرائے سے علیحدہ ور پر ادائیگی کرنی ہوگی، معیاری یوٹیلیٹی الاؤنس (یعنی کٹوت) ہیٹنٹ اور کولنگ برائے SNAP موصول کرنے کے لیے۔ میں یہ بات بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہریاست میری سوشل سیکیورٹی نمبر کو و میے ہون اینرجی وینڈرز کی HEAP رسید کی توثیق کرنے کے لیے کرے گا۔ اس اجازت نامے میں میرے کسی بھی ہوم اینرجی وناڈرز (بشمول میری یوٹیلیٹی) کو اجازت شامل ہے کہ وہ کم آمدنی والے خصوصی شماریاتی معلومات ہوم اینرجی معاونتی پروگرام کی کارکردگی کی پیمائش کے مقاصد کے لیے استعمال کرنے کے لیے جاری کرے، بشمول لیکن بلامحدود میرا سالانہ بجلی کا استعمال، بجلی کی لاگت، ایندھن کی کھپت، ایندھن کی قسم، ایندھن کی سالانہ لاگت، نیو یارک ریاست کے دفتر برائے عارضی اور معذوری کی معاونت، مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ اور ریاستہائے متحدہ کا محکمہ صحت اور انسانی خدمات۔

طبی معلومات کا اجرا **–** مینمیرے بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ، دیگر کسی نگہداشت صحت فراہم کنندہ یا نیویارک اسٹیٹ کے محکمہ صحت (DOH)) کو اپنے یا میرے خاندان کے افراد کو جن کے لیے میں قانونی طور پر اپنا رضامندی دے سکتا/سکتی ہوں سے متعلق طبی معلومات کو میرے صحت کے منصوبے اور کسی بھی نگہداشت فراہم کنندہ کو جاری کرنے کی رضامندی دیتا /دیتیہوں جو میری اور میرے خاندان کی نگہداشت میں شامل ہے، کو میری صحت کے منصوبے یا میرے فراہم کنندگان کو معالجو کی نجام دہی، دائیگی یا نگہداشت صحت سے متعلق دیگر کارروائیوں کیا نجامد دہی کےلیے معقول طور پرضروری حد تک DOH کو اور دیگر مجاز وفاقی، ریاستی اور مقامی ایجنسیوں کوMedicaid کے نظم کے مقاصد سے اور میرے صحٹ کے منصوبے یا دیگر اخاص یا تنظیموں کی طرف سے میری صحت کے منصوبوں کے لیے معقول حد تک ضروری منصوبے انجام دینے کے لیےمعالجے جئ انجام دہی، ادائیگی یا نگہداشت صحت کی کارروائیوں۔ میں اپنے اور اپنے خاندان کے تمام اراکین جن کے لیے میں معاونت اور خدمات کے حوالے سے قانونی طور پر اجازت دے سکتا ہوں کہ صحت سے متعلق معلومات اور اپنی ملازمت سمیت کام کی سرگرمیوں میں شرکت کی اہلیت کو جاری کرنے کی اجازت نیو یارک اسٹیٹ آف آف ٹیمپرری اینڈ ڈس ایبلٹی اسسٹنس (OTDA)، نیو یارک اسٹیٹ آفس آف چلڈرن اینڈ فیملی سروسز (New York State Office of Children and Family Services) یا مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو دیتا/دیتی ہوں، جیسا کہ عوامی معاونت کے فوائد کی فراہمی؛ خدمات، بشمول بچوں کی فلاحی خدمات؛ کام سے متعلق سرگرمی کی مناسب تفویض کے تعین کے لیے؛ سپلیمینٹل سیکیورٹی انکم (Supplemental Security Income) فوائد کے لیے درخواست دینے کی ضرورت کا تعین کرنے اور درخواست دینے کے لیے اور مالی معاونت کی رسید پر ریاست کے ساٹھ ماہ کے وقت سے استثناء حاصل کرنے کی اہلیت کا تعین کرنے کے لیے معقول طور پر ضروری ہو۔ اگر مجھے سوشل سیکیورٹی انتظامیہ کی طرف سے نظم کیے جانے والے فوائد کے لیے درخواست دینے کی جرورت ہو تو مذکورہ بالا صراحٹ کردہ معلومات کو سوشل سیکیورٹی انتظامیہ کے ساتھ بھی اشتراک کیا جا سکتا ہے۔ میں اس بات پر بھی رضامند ہوں کہ جاری کی جانے والی معلومات میں میرے اور میرے خاندان کے متعلق HIV، ذہنی صحت یا شراب اور منشیات کے بیجا استعمال کی معلومات بھی قانون کی طرف سے مجاز کردہ حد تک شامل ہو سکتی ہے، سوائے اس کے کہ نیچے اک خانے پر نشان لگا دیا گیا ہو۔ اگر خاندان کے ایک سے زائد بالغ اشخاص ایک Medicaid صحت پلان میں شامل ہو رہے ہیں، تو درخواست دینے والے ہر ایک بالغ شخص کے دستخط معلومات کے اجراء کی رضامندی کی فراہمی کے لیے ضروری ہیں۔ مٰں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ کسی بھی نا بالغ بچے کی معلومات کے اجرا سے متعلق میری رضامندی کی قابلیت ، جن کے لیے میں رضامندی دے سکتا/سکتی ہوں اس حد تک محدود ہے جو میں ان کی طرف سے معالجے، تشخیصاتاور کارروائیوں سے متعلق معلومات کو حاصل کر سکتا ہوں۔

________ HIV/AIDS کی معلومات ظاہر نہ کریں ________ منشیات یا شراب کے بیجا استعمال کی معلومات
________ ذہنی صحت کی معلومات کو ظاہر نہ کریں

ابتدائی مداخلتی پروگرام کے لیے معلومات کا اجرا – میں سوشل سروسز ڈسٹرکٹ اور نیو یارک اسٹیٹ کو صحت کی خدمات فراہم کنندگان کے ساتھ، جیسا کہ عوامی معاونت کے فوائد کے سلسلے میں سوشل سروسز ڈسٹرکٹ یا اسٹیٹ آف نیویارک کے ذریعہ تفویض کیا گیا ہے، جو میرے یا میرے گھرانے کے کسی بھی فرد جن کے لیے میں قانونی طور پر اپنی صحت کی دیکھ بھال کے معیار کو بہتر بنانے اور مجموعی طور پر فلاح و بہبود کے مقصد کے لیے اور اضافی فوائد کی وصولی کو سہولت بہم پہنچانے کے لیے، میں یا میرے گھرانے کا کوئی فرد اہل ہوسکتا ہے کے لیے معلومات کے اشتراک کی اجازت دیتا ہوں۔

ابتدائی مداخلتی پروگرام کے لیے معلومات کا اجرا – اگر میرے بچے/بچی کی تشخیص کی جائے وہ یارک اسٹیٹ ابتدائی مداخلت کا پروگرام میں شرکت کرے (New York State Early Intervention Program) تو میں سوشل سروسز ڈسٹرکٹ اور نیویارک اسٹیٹکو اس بات کی اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ میرے بچے/بچی کی Medicaid اہلیت کی معلومات میری کاؤنٹی یا میونسپل ابتدائی مداخلتی پروگرام کو Medicaid کی بلنگ کے مقصد سے اشتراک کرے۔

بچے/نو عمر کا صحت کا پروگرام – میں اس بات کو سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ اگر میرا بچہ/میری بچی Medicaid پر ہے تو وہ مجموعی ابتدائی اور تدارکی نگہداشت بشمول تمام ضروری معالجات کو بچہ/نو عمر ہیلتھ پروگرام کے ذریعے حاصل کر سکتا/سکتی ہے۔ میں اس بارے میں مزید معلومات سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے حاصل کر سکتا سکتی ہوں۔

MEDICARE – میں Medicare (عنوان XVIII کا حصہ B، سپلیمنٹری میڈیکل انشورنس پروگرام) کے تحت ادائیگیوں کو راست طور پر معالجین اور طبی سپلائروں مستقب کی کسی بھی غیر ادا شدہ طبی بلوں اور صحت کی خدمات کے لیے جو مجھے موصول ہوئی میرے Medicaid رہنےکے دوران کی اجازت دیتا/ دیتی ہوں۔

MEDICAID کے تحت طبی اخراجات کی واپسی – میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے اپنی Medicaid درخواست کے حصے کے طور پر، یا اپنی درخواست کی تاریخ سے دو سال کے اندر، ان اخراجات کی واپسی کی درخواست کرنے کا حق حاصل ہے جو میں نے اپنی درخواست کے مہینے سے پہلے والے تین ماہ کی مدت کے دوران موصول کردہ کورڈ طبی نگہداشت، خدمات اور سامان کے لیے ادا کیے تھے۔ میں سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ میری درخواست کی تاریخ کے بعد، کورڈ طبی نگہداشت، خدمات اور سامان کی ادائیگی کی واپسی صرف اس صورت میں دستیاب ہوگی اگر انہیں Medicaid کے پاس اندراج شدہ فراہم کنندگان سے حاصل کیا گیا ہو۔

بیمہ/دیگر فوائد اور راست ادائیگی کی تفویض – عوامی معاونت اور Medicaid کے لیے، میں صحت یا حادثے کے بیمے کے فوائد اور کسی بھیذاتی زخم کے دعوؤں یا کسی بھی ایسے وسائل کے لیے کے لیے کوئ بھی دعویٰ فائل کرنے سے اتفاق کرتا ہونجن کے لیے میں مستحق ہو سکتا ہوں، اور میں بذریعہ ہذا ایسے کسی بھی وسائل کو سوشیل سروس ڈسٹرکٹ کو تفویض کرنے سے اتفاق کرتا ہوں، جن کے لیے میں نے درخواست دی ہے۔ اس کے علاوہ، میں سوشل سروس ڈسٹرکٹ کو کوئی بھی تفویض کردہ فوائد دستیاب کرانے میں مدد کروں گا جس کو یہ ری سرٹیفیکیشن دی گئی ہے۔

میں اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ صحت یا حادثاتی بیمہ کے فوائد کے لیے مجھ پر یا میرے گھر کے افراد پر واجب الادا ادائیگیاں ہمارے Medicaid کے لیے اہل ہونے کے دوران براہ راست طبی اور دیگر صحت کی خدمات فراہم کرنے والے متعلقہ سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو دی جائیں۔

MEDICAID بازیافتگی – Medicaid وصول کرنے کے بعد، اگر آپ کسی طبی ادارے میں ہیں اور آپ کے گھر واپس آنے کی توقع نہیں ہے تو کچھ خاص حالات میں آپ کی حقیقی جائیداد کے بدلے میں ایک استحقاق فائل کیا جا سکتا ہے اور بازیافتگی کی جا سکتی ہے۔ آپ کی طرف سے ادا کردہ MA ان افراد سے وصول کیا جا سکتا ہے جن پر طبی خدمات حاصل کرنے کے وقت آپ کی مدد کی قانونی ذمہ داری عائد تھی۔ MA ایسی سروسز اور پریمیئمز کی لاگت کی بازیافتگی بھی کر سکتا ہے جو غلطی سے ادا کی گئی ہوں۔
میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ 1 اپریل 2014 سے مؤثر ہ، اگر میں نیو یارک اسٹیٹ آف ہیلتھ کے ذریعے Medicaid حاصل کرتا ہوں تو:

- میری موت سے پہلے میری حقیقی جائیداد پر کوئی استحقاق نہیں رکھا جائے گا۔
- میری موت کے بعد میری زمینی جائیداد میں موجود اثاثوں سے وصولی اس رقم تک محدود ہے جو Medicaid نے نرسنگ ہوم کیئر، گھر اور کمیونٹی کی بنیاد پر خدمات، اور متعلقہ ہسپتال اور نسخے سے متعلق ادویات کی خدمات کی قیمت کے لیے ادا کی ہے جو میری 55 ویں سالگرہ کو یا اس کے بعد موصول ہوئی ہوں۔

عوامی معاونت کی بازیافتگیاں – وہ عوامی معاونت (PA) جو آپ اپنے لیے اور ان افراد کے لیے وصول کرتے ہیں جن کی اعانت کے لیے آپ قانونی طور پر ذمہ دار ہیں، اس رقم سے وصول کی جا سکتی ہے جو آپ کے پاس ہے یا جسے آپ حاصل کر سکتے ہیں۔ آپ کے ٹیکس کی واپسی اور لاٹری جیتنے والے حصے PA کے لیے آپ کے قرض کی ادائیگی کے لیے لیے جا سکتے ہیں۔

ریٹرو ایکٹیو سپلیمینٹل سیکیورٹی انکم سے عوامی معاونت کے فوائد کی ادائیگی کے لیے اجازت نامہ – میں سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن (Social Security Administration, SSA) کے کمشنر کو ضمنی سیکیورٹی آمدنی (SSI (Supplemental Security Income, یعنی میری سابقہ SSI ادائیگی) کی اپنی پہلی ادائیگی کو عوامی معاونت (Public Assistance, PA) کے لیے لوکل سوشل سروسز ڈسٹرکٹ (social services district, SSD) کو باز ادائیگی کرنے کے لیے استعمال کرنے کا اختیار دیتا/دیتی ہوں؛ SSD مجھے ریاستی یا مقامی فنڈز سے ادائیگی کرتا ہے جبکہ SSA فیصلہ کرتا ہے کہ آیا میں SSI کے لیے اہل ہوں۔ SSA کے لیے SSD کو کسی بھی PA کے لیے باز ادائیگی نہیں کرے گا، جو وفاقی فنڈز کے ذریعے ادا کی گئی تھی۔

میں صرف اس اجازت کا پابند رہوں گا جب ریاست SSA کو نوٹس دے کہ میں نے اور SSD کے نمائندے نے اس پر دستخط کیے ہیں۔ ریاست کو میرے SSI ریکارڈ کو میرے ریاستی ریکارڈ سے ملانے کے 30 کیلنڈر دنوں کے اندر اطلاع دینی چاہیے۔ SSA اسے 30 کیلنڈر دنوں کے بعد قبول نہیں کرے گا۔ اس کے بجائے، SSA کے ضابطوں کے تحت SSA میری سابقہ SSI کی ادائیگی مجھے بھیجے گا۔

صرف میری SSI کی پہلی ادائیگی استعمال کی جا سکتی ہے۔ اگر میری پہلی ادائیگی SSD کو واجب الادا رقم سے زیادہ ہے، تو SSA اپنے قوانین کے تحت باقی رقم مجھے بھیجے گا۔

SSA دو صورتوں میں SSD کی باز ادائیگی کر سکتا ہے:
(1) اگر میں SSI کے لیے درخواست دیتا ہوں اور SSA مجھے اہل پاتا ہے تو یہ SSD کو باز ادائیگی کر ے گا۔
(2) اگر میرے SSI فوائد ختم یا معطل ہونےکے بعد بحال ہو جاتے ہیں تو یہ SSD کو واپس کر دے گا۔

SSA صرف PA کے لیے SSD کی واپسی کرے گا جو اس نے مجھے اس وقت ادا کیا تھا جب میں SSA کی اہلیت کے تعین کا انتظار کر رہا تھا۔ یہ "عبوری معاونت" کہلاتی ہے۔ یہ اس طرح ہوتا ہے: 1) پہلے مہینے کے ساتھ میں SSI فوائد کی ادائیگی کا اہل ہو جاتا ہوں؛ یا 2) میرے SSI کو معطل یا ختم کرنے کے بعد پہلے دن مجھے دوبارہ بحال کیا گیا ہے۔ مدت میں وہ مہینہ شامل ہے جب SSI ادائیگیاں اصل میں شروع ہوتی ہیں۔ اگر SSD میری آخری PA ادائیگی کو نہیں روکتی تو وہ میعاد اگلے ماہ ختم ہو جائے گی۔

SSA کے ذریعے SSD کو باز ادائیگی کیے جانے کے 10 دنوں کے اندر اندر، SSD کو مجھے ادا کی گئی وسط مدتی معاونت کی رقم بتاتے ہوئے ایک اطلاع بھیجنی ہوگی۔ یہ نوٹس مجھے یہ بتائے گی کہ SSA مجھے یہ بتاتے ہوئے ایک خط بھیجے گی کہ مجھے واجب الادا کوئی بھی SSA رقم SSI کی جانب سے کس طرح مجھے بھیجی جائے گی اور یہ کہ اگر میں ریاست کے فیصلے سے اتفاق نہیں کروں تو مین ریاست کو کےاس فیصلے پر کیسے اپیل کر سکتا/سکتی ہوں۔

اس کے قواعد کے تحت SSA میرے ذریعے اس اجازت نامے پر دستخط کردہ تاریخ کو میرے پہلے SSI کے لیے اہل ہونے کی تاریخ کے طور پراستعمال کر سکتا/سکتی ہے۔ اگر میں نے اگلے 60 دنوں کے اندر SSI کے لیے درخواست دوں توہی میں ایسا کروں گا/گی۔

اس اجازت نامے کا اطلاق کسی بھی SSI یا SSA کے پاس زیر التو میری کسی بھی اپیل پر ہوتا ہے۔ میرے SSI کیس کا مکمل طور پر فیصلہ کیے جانے کی صورت میں، یہ اجازت یہ ختم ہو جائے گی۔ یہ SSA کی طرف سے مجھے پہلی ادائیگی کرنے پر یہ ختم ہو جاتی ہے۔ ریاست اور میں بھی اس اجازت کو ختم کرنے پر اتفاق کر سکتے ہیں۔ اگر میں اس اجازت کے ختم ہونے کے بعد SSI کے لیے دوبارہ درخواست دوں، یا اگر میں اپنی درخواست یا اپیل کے زیر التوا رہنے کی صورت میں ایک نئی SSI کلیم فائل کروں تو مجھے NYS قواعد کی مطابقت والے ایک نئی اجازت نامے پر دستخط کرنی ہوگی۔

اگر میں SSD کے ذریعے باز ادائیگی کے تعلق سے کیے گئے فیصلے سے اتفاق نہ کروں تو مجھے ایک منصفانہ سماعت کے لیے ایک موقع دیا جائے گا۔

مجھے "سوشل سروسز پروگرام کے بارے میں آپ کو کیا جاننا چاہیے". کہلانے والے پمفلٹ کی ایک نقل دی جائے گی۔ میں عبوری معاونت کے تعلق سے اس کے موقف کو سمجھتی ہے۔

معاونت – خاندانی معاونت (Family Assistance, FA)، سیفٹی نیٹ معاونت (Safety Net Assistance, SNA) یا عنوانIV-E فوسٹر کیئر نگہداشت کی بطو ریاست اور سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو کے سپورٹ کے کسی حق کی کسی بھی دوسرے شخص سے جو درخواستگزار یا وصول کنندہ وک ان کے حق میں یا ان کی طرف سے یا خاندان کے کسی بی رکن کی طرف سے جن کے لیے رخواست کنندہ یا وصول کنندہ معاونت کے لیے درخواست کر رہاہے یا موصول کر رہاہے معانور تفویض کے لیے، موصولی کے لیے (سوشل سروس قانون سیکشن 158 اور 348)۔ یہ تفویض مخصوص صورتوں میں محدود رہے گی۔ اس سرٹیفیکیشن کےدیگر سیکشن اضافی تفویضات پر مشتمل ہیں۔

معاونتی حقوق کی تفویض – میں سمجھتا/سمجتی ہوں کہ مجھے 'چائلڈ سپورٹ سروسز (Child Support Services) کے لیے ریفرل' کا LDSS-5145 فارم فراہم کیا جائے گا جو مجھے مکمل کر کے چائلڈ سپورٹ اینفورسمنٹ یونٹ (Child Support Enforcement Unit) کو لوٹانا ہوگا۔ گھریلو تشدد کی صورتحال یا دیگر نیک مقاصد کے علاوہ، معاونت حاصل کرنے کی شرط کے طور پر، میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے کسی بھی غیر تحویلی، مبینہ یا مقصود والد/والدہ کو تلاش کرنے؛ غیر شادی شدہ جوڑوں کے یہاں پیدا ہونے والے ہر 21 سال سے کم عمر بچے کے لیے قانونی ولدیت کا تعین کرنے اور اعانت کے آرڈرز کو قائم، ان میں ترمیم اور/یا ان کا نفاذ کرنے کے لیے چائلڈ سپورٹ اینفورسمنٹ یونٹ کے ساتھ تعاون کرنا ہوگا۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے LDSS-4279 فارم، 'معاونت کے لیے ذمہ داریوں اور حقوق کا نوٹس' فراہم کیا جائے گا، جو میرے چائلڈ سپورٹ اینفورسمنٹ یونٹ کے ساتھ تعاون نہ کرنے کی صورت میں میری ذمہ داریوں اور حقوق کی وضاحت کرتا ہے۔

جن افراد پر میری اعانت کی قانونی ذمہ داری ہے میں ان کی جانب سے اپنے پاس موجود اعانت کے حوالے سے کوئی بھی حق نیز ایسے کسی بھی فیملی ممبر کی جانب سے اعانت کے حوالے سے اپنے پاس موجود کوئی بھی حق ریاست اور سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو تفویض کرتا/کرتی ہوں جس کی طرف سے میں اعانت موصول کرنے کے لیے درخواست دے رہا/رہی ہوں۔ جہاں پر خاندانی معاونت یا سیفٹی نیٹ معاونت کے لیے درخواست کرتے وقت، میرے تفویض کردہ معاون حقوق اس معاونت تک محدود رہیں گے، جو میرے اور/یا میرے خاندان کے کسی بھی فرد کو موصول ہونے والی معاونت کی میعاد کے دوران ہوں گے۔ تاہم، ریاست کو میری یا میرے خاندان کے کسی فرد کی طرف سے میرے ذریعے اکتوبر 1، 2009 سے پہلے، ریاست کو تفویض کردہ کسی بھی سپورٹ حقوق کی، تفویض ریاست کو جاری رہے گی۔

ہوم اینرجی معاونتی پروگرام – میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس درخواست سرٹیفیکیشن پر دستخط کر کے، میں ہوم اینرجی معاونتی پروگرام (HEAP) کے فوائد کے تعلق سے اپنی طرف سے دی گئی کسی بھی معلومات کی توثیق اور تصدیق کے لیے کسی بھی مجاز حکومتی ایجنسی کی طرف سے ان پر کسی بھی قسم کی تفتیش اور دیگر کے لیے رضا مند ہوں۔ میں اس ری سرٹیفیکیشن میں فراہم کردہ معلومات کو دستیاب ویچھرائزیشن معاونتی پروگرامز اور میری یوٹیلیٹی کمپنی کے کم آمدنی والے پروفگرامز میں استعمال کے لیے بھی رضامند ہوں۔

میں یہ بات بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہریاست میری سوشل سیکیورٹی نمبر کو و میے ہون اینرجی وینڈرز کی HEAP رسید کی توثیق کرنے کے لیے کرے گا۔ اس اجازت نامے میں میرے کسی بھی ہوم اینرجی ونڈرز (بشمول میری یوٹیلیٹی) کو اجازت شامل ہے کہ وہ کم آمدنی والے خصوصی شماریاتی معلومات ہوم اینرجی معاونتی پروگرام کی کارکردگی کی پیمائش کے مقاصد کے لیے استعمال کرنے کے لیے جاری کرے، بشمول لیکن بلامحدود میرا سالانہ بجلی کا استعمال، بجلی کی لاگت، ایندھن کی کھپت، ایندھن کی قسم، ایندھن کی سالانہ لاگت، نیو یارک ریاست کے دفتر برائے عارضی اور معذوری کی معاونت، مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ اور ریاستہائے متحدہ کا محکمہ صحت اور انسانی خدمات۔

جنسی حملے کی اطلاع – اگر آپ کسی جنسی حملے کے شکار شخص ہیں تو آپ کو سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کی طرف سے ریفرال معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ ریفرال معلومات کے لیے درخواست کریں تو سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو چاہیے کہ وہ آپ کو درج ذیل میں سے کسی کے پتے اور فون نمبرات فراہم کریں: 1) NYS کے محکمہ صحت کے ذریعے سند یافتہ جنسی حملے کی فارنسک معائنہ کر کی خدمات کی پیشکش کرنے والے مقامی ہسپتال؛ 2) مقامی عصمت دری کے بحران کے مراکز؛ 3) جنسی حملے کے شکار لوگوں کے لیے مناسب مقامی وکالت، مشاورت اور ہاٹ لائن خدمات۔ مزید یہ کہ سوشل سروس ڈسٹرکٹ کو چاہیے کہ وہ آپ کو جنسی حملہ اور گھریلو تشدد کے لیے NYS ہاٹ لائن نمبر فراہم کریں: 942-6906 (800) اور (TTY) 818-0656 (800)۔

نگہداشت اطفال کی معاونت کے لیے سرٹیفیکیشن – اگر میں نگہداشت اطفال کی معاونت کے لیے درخواست دے رہا/رہی ہوں تو، میں اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میرے خاندان کے وسائل $1,000,000 سے زیادہ نہیں ہیں۔

میں نے مذکورہ بالا اطلاعات کو پڑھا ہے اور انہیں سمجھتا/سمجھتی ہوں۔ میں تفویضات، اجازتوں اور رضامندیوں کو سمجھتا/سمجھتی ہوں اور اس بات پر متفق ہوں۔ میں جھوٹی گواہی کے جرمانوں کے تحت قسم کھاتا/کھاتی ہوں/یا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میرے ذریعے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو دی گئی/ یا دی جانے والی معلومات مکمل اور درست ہے۔			
درخواست گزار کا دستخط X	*دستخط کرنے کی تاریخ*	*شریک حیات یا حفاظتی نمائندے کا دستخط* X	*دستخط کرنے کی تاریخ*
مجاز نمائندے کی دستخط X	*دستخط کرنے کی تاریخ*		

اگر آپ اپنا کیس ایک یا زائد پروگرامز کے لیے بند کرنا چاہتے ہیں تو درج ذیل کو پُر کریں۔

مین درخواست کرتا/کرتی ہوں کہ درج ذیل کے لیے میرا کیس ختم کیا جائے:

☐ عوامی معاونت ☐ تکملانی غذائی اعانت کے پروگرام کی مراعات ☐ طبی معاونت

میں سمجھتا ہوں کہ میں کسی بھی وقت دوبارہ درخواست دے سکتا/سکتی ہوں۔

وجہ بتائیں: ______________________________

دستخط x______________________ تاریخ ______________________

NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- ☐ **YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- ☐ **NO** because I choose not to register ***OR***
- ☐ I am already registered at my current address ***OR***
- ☐ I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

Signature ____________________ Date ___/___/___

Please Print Name ____________________

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

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 ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

☐ Yes, I need an application for an Absentee Ballot

Please print or type in blue or black ink

☐ Yes, I would like to be an Election Day worker

1 **Are you a U.S. citizen?** ☐ **YES** ☐ **NO**

If you answered **NO**, do not complete this form

2 **A) Will you be 18 years old on or before election day?** ☐ **YES** ☐ **NO**

B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? ☐ **YES** ☐ **NO**

If you answered **NO** to both of the prior questions, you cannot register to vote.

For Board Use Only

3 Last Name | First Name | Middle Initial | Suffix

4 Address where you live (do not give P.O. box) | Apt. No. | City/Town/Village | Zip Code | County

5 Address where you get your mail (if different than above) | P.O. Box, Star Route, etc. | Post Office | Zip Code

6 Date of Birth | **7** Gender (optional) | **8** Telephone (optional) | Email (optional)

10 The last year you voted | Your address was (give house number, street and city)

In county/state | Under the name (if different from your name now)

9 **ID Number** (Check the applicable box and provide your number)

- ☐ New York State DMV number _ _ _ _ _ _ _ _ _
- ☐ Last four digits of your Social Security number _ _ _ _
- ☐ I do not have a New York State DMV or Social Security number

11 **Political Party**

I wish to enroll in a political party

- ☐ Democratic party
- ☐ Republican party
- ☐ Conservative party
- ☐ Working Families party
- ☐ Other ____________

I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter

- ☐ No party

12 **Affidavit: I swear or affirm that**

- I am a citizen of the United States.
- I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.
- I will meet all requirements to register to vote in New York State.
- This is my signature or mark on the line below.
- The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to $5,000 and/or jailed for up to four years.

Signature or Mark in ink ____________________ Date ___/___/___

(Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name		
First Name	Middle Initial	Suffix
Address		
Apt Number	City/Town/Village	Zip Code
Birth Date	Gender ☐ M ☐ F	
Eye Color	Height Ft. In.	
Email	DMV or ID NYC Number	

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health hospitals upon your death.

Signature ____________________ Date ___/___/___

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

Important!

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729
Telephone: 1-800-469-6872;
TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;
or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.