



সাপ্লিমেন্টাল নিউট্রিশন অ্যাসিস্টেন্স প্রোগ্রাম (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP) আবেদন/রিসার্টিফিকেশন



এই আবেদন পত্রটি কেবল SNAP-এর জন্য আবেদন বা পুনরায় প্রত্যয়ন করার জন্য ব্যবহার করা যাবে

আপনি যদি অন্ধ হন বা আপনার দৃষ্টিশক্তি গুরুতরভাবে ব্যাহত হয় এবং বিকল্প ফরম্যাটে এই আবেদনটি প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনি আপনার সামাজিক পরিষেবা জেলা থেকে একটি অনুরোধ করতে পারেন। উপলব্ধ ফরম্যাটের ধরন এবং কিভাবে আপনি বিকল্প ফরম্যাটে একটি আবেদনের জন্য অনুরোধ করতে পারেন সে বিষয়ে আরো তথ্যের জন্য, নির্দেশিকার বই (LDSS-4826A) দেখুন, অথবা www.otda.ny.gov দেখুন।

আপনি অন্ধ বা গুরুতরভাবে দৃষ্টিশক্তি ব্যাহত হন, আপনি কী বিকল্প পদ্ধতিতে লিখিত বিজ্ঞপ্তিগুলি পেতে চান? ____ হ্যাঁ ____ না
হ্যাঁ হলে, আপনি যে ধরনের ফরম্যাটে পেতে চান তাতে টিক দিন: ____ বড় প্রিন্ট ____ ডেটা CD ____ অডিও CD ____ ব্রেইল,
যদি আপনি নিশ্চিত করেন যে অন্য বিকল্পের ফরম্যাটগুলির কোনওটি আপনার জন্য সমানভাবে কার্যকর নয়।

আপনার যদি অন্য বাসস্থানের প্রয়োজন হয়, অনুগ্রহ করে আপনার সামাজিক পরিষেবা জেলার সাথে যোগাযোগ করুন।

যদি আপনি কেবল SNAP-এর জন্য আবেদন বা পুনরায় প্রত্যয়ন করেন তাহলে আপনি এই আবেদনটি ব্যবহার করতে পারেন। আপনি যদি সাময়িক সহায়তা, শিশু পরিচর্যা সহায়তা, গৃহ শক্তি সহায়তা বা Medicaid-এর মতো অন্যান্য সুবিধার জন্য আবেদন করতে চান তাহলে অনুগ্রহ করে একটি ভিন্ন আবেদন চান।

আপনি যখন SNAP এর জন্য আবেদন করছেন

- আপনি যে দিন পাবেন, সেই দিনই আপনি একটি আবেদন ফাইল করতে পারেন। আপনার আবেদন আমাদের গ্রহণ করতে হবে যদি, তাতে ন্যূনতম, আপনার নাম, ঠিকানা, (যদি তা থাকে আপনার), এবং একটি স্বাক্ষর থাকে। এই তথ্যটি আপনার আবেদন দাখিল করার তারিখ প্রতিষ্ঠা করবে।
- আপনার যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য আবেদন/পুনরায় প্রমাণীকরণের 7 পৃষ্ঠায় সাক্ষাৎকার গ্রহণ এবং শংসাপত্রের বিবৃতিতে স্বাক্ষর করা সহ আপনাকে অবশ্যই আবেদনের প্রক্রিয়াটি সম্পূর্ণ করতে হবে। আপনি যদি যোগ্য হন, তাহলে আপনার আবেদন দায়ের করার তারিখ অবধি পিছিয়ে গিয়ে আপনাকে সুবিধা প্রদান করা হবে।
- আপনি SNAP এর জন্য আবেদন করতে পারেন এবং পেতেও পারেন এমনকি যদি আপনি বা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য তার অভিবাসন স্থিতির জন্য সুবিধাগুলি পাওয়ার যোগ্য নাও হন। উদাহরণস্বরূপ, অযোগ্য অনগরিক বাবা-মায়েরা তাদের সন্তানদের জন্য স্ন্যাপ আবেদন করতে পারেন এবং তাদের শিশুদের জন্য SNAP-র আবেদন করতে পারেন এবং তাদের যোগ্য শিশুদের জন্য সুবিধাগুলি পেতে পারেন।
- আপনি এখনও SNAP এর জন্য আবেদন করতে পারেন এবং যোগ্য হতে পারেন যদি আপনার অস্থায়ী সহায়তার সময় সীমায় পৌঁছে গিয়ে থাকলেও।

যখন আপনি SNAP-এর জন্য পুনরায় প্রত্যয়ন করছেন

- আপনাকে অবশ্যই ইন্টারভিউয়ের আগে স্বাক্ষরিত পুনঃপ্রত্যয়নের আবেদনটি জমা দিতে হবে।
- আপনি যদি ইন্টারভিউটি মিস করেন, তাহলে সময় পুনরায় নির্ধারণ করার জন্য সামাজিক পরিষেবার জেলার সাথে যোগাযোগ করা আপনার দায়িত্ব।

SNAP সুবিধাগুলি কি এখনই প্রয়োজন? আপনি আপনার SNAP আবেদন দ্রুত প্রক্রিয়াকরণের জন্য যোগ্য হতে পারেন:

যদি আপনার পরিবারের আয় সামান্য বা কোন আয় বা নগদ সম্পদ না থাকে, **অথবা** যদি আপনারা ভাড়া খরচ করেন এবং ইউটিলিটির খরচ আপনার আয় এবং নগদ সম্পদের চেয়ে বেশি হয়, **অথবা** আপনি যখন আবেদন করেন তখন আপনি সামান্য আয়ের বা কোন আয় বা সম্পদ না থাকা একজন অভিবাসী বা মৌসুমি কৃষিকর্মী হন, তাহলে আপনি আবেদন করার তারিখের 7 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে SNAP পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন। যখন একটি প্রতিষ্ঠানের একজন বাসিন্দা প্রতিষ্ঠান ছেড়ে যাওয়ার পূর্বে যৌথভাবে সাপ্লিমেন্টাল সিকিউরিটি ইনকাম (Supplemental Security Income, SSI) এবং SNAP এর জন্য আবেদন করছেন, তখন আবেদনের রেকর্ড করা দাখিলের তারিখ হল প্রতিষ্ঠান থেকে আবেদনকারীর মুক্তির তারিখ।

আপনি কোথায় SNAP এর জন্য আবেদন করতে পারেন

আপনি যদি নিউ ইয়র্ক সিটির **বাইরে** বাস করেন, তাহলে আপনি myBenefits.ny.gov-এ অনলাইন আবেদন করতে পারবেন, অথবা আপনি যে কাউন্টিতে বাস করেন সেখানকার সামাজিক পরিষেবার জেলায় কল করতে বা সাক্ষাৎ করতে পারেন এবং একটি আবেদনের প্যাকেজ চাইতে পারেন, যা ওই উপযুক্ত অফিস-এ ফেলে আসা যেতে পারে বা ডাকযোগ-এ পাঠানো যেতে পারে। আপনি টোল ফ্রি কল **1-800-342-3009** নম্বরে করে আপনার কাউন্টির সামাজিক পরিষেবা জেলার ঠিকানা এবং ফোন নম্বর পেতে পারেন।

আপনি যদি **নিউ ইয়র্ক সিটিতে** বাস করেন এবং অস্থায়ী সহায়তার (Temporary Assistance) জন্যও আবেদন না করেন, তাহলে আপনি <https://www.nyc.gov/hra>-এ অনলাইন আবেদন করতে পারেন, অথবা যে কোন SNAP অফিসে কল বা সাক্ষাৎ করতে পারেন এবং একটি আবেদনের প্যাকেজের জন্য অনুরোধ করতে পারেন। **1-718-557-1399** বা টোল ফ্রি নম্বর **1-800-342-3009** এ ফোন করে ঠিকানা ও ফোন নম্বর পেতে পারেন।

SNAP ইন্টারভিউগুলি সাধারণত টেলিফোন কলের মাধ্যমে করা হয়। আপনি যদি আপনার অফিসে ইন্টারভিউ চান তাহলে আপনাকে অবশ্যই আপনার সামাজিক পরিষেবার জেলায় একটির জন্য অনুরোধ করতে হবে।

বৈষম্যহীনতার বিজ্ঞপ্তি – ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন (Federal civil rights law) এবং মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের কৃষি বিভাগের (United States Department of Agriculture, USDA) নাগরিক অধিকার আইন ও নীতিমালা অনুযায়ী এই সংস্থা জাতি, বর্ণ, জাতীয় উৎস, লিঙ্গ (লিঙ্গ পরিচয় এবং যৌন অভিমুখিতা সহ), ধর্মীয় মতবাদ, প্রতিবন্ধকতা, বয়স, রাজনৈতিক বিশ্বাস, বা আগের নাগরিক অধিকারগুলির ক্রিয়াকলাপের জন্য প্রতিহিংসা বা প্রতিশোধের উপর ভিত্তি করে বৈষম্যমূলক আচরণ করা থেকে নিষিদ্ধ।

কর্মসূচি সংক্রান্ত তথ্যসমূহ ইংরেজি ছাড়া অন্যান্য ভাষায় প্রদান করা হতে পারে। প্রোগ্রামের তথ্যের জন্য যেসব প্রতিবন্ধী ব্যক্তির বিকল্প যোগাযোগের ব্যবস্থা প্রয়োজন (যেমন, ব্রেইল, বড় অক্ষরে ছাপানো, অডিও টেপ, আমেরিকান সাইন ল্যাঙ্গুয়েজ) তাদের সেই এজেন্সির (স্থানীয় বা স্টেটের) সাথে যোগাযোগ করতে হবে যেখানে তারা সুবিধাবলীর জন্য আবেদন করেছেন। শ্রবণশক্তিহীন, কানে শুনতে সমস্যা হয় বা বাক-প্রতিবন্ধী ব্যক্তির ফেডারেল রিলে সার্ভিসের মাধ্যমে (800) 877-8339 নম্বরে USDA-এর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।

কর্মসূচিতে বৈষম্যমূলক আচরণ সম্পর্কে অভিযোগ দায়ের করতে, একজন অভিযোগকারীকে ফর্ম AD-3027, USDA কর্মসূচিতে বৈষম্যমূলক আচরণ সম্পর্কে অভিযোগ জানানোর ফর্ম পূরণ করতে হবে, যেটি অনলাইনে <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>-এ 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 অ্যাসিস্ট্যান্স সেক্রেটারি ফর সিভিল রাইটস (Assistance Secretary for Civil Rights, ASCR)-কে অবহিত করার জন্য অবশ্যই অভিযোগকারীর নাম, ঠিকানা, টেলিফোন নম্বর, এবং কথিত বৈষম্যমূলক আচরণের পর্যাপ্ত বিবরণ লিখিতভাবে প্রদান করতে হবে। সম্পূর্ণ করা AD-3027 ফর্ম বা চিঠিটি অবশ্যই এখানে জমা দিতে হবে:

- (1) ডাক: খাদ্য এবং পুষ্টি সংক্রান্ত পরিষেবা, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; বা
- (2) ফ্যাক্স: (833) 256-1665 বা (202) 690-7442; বা
- (3) ইমেইল: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

এই প্রতিষ্ঠানটি একটি সমান সুযোগ প্রদানকারী সংস্থা।

নিউইয়র্ক স্টেট টেম্পোরারি এন্ড ডিজিভিলিটি অ্যাসিসট্যান্স অফিস
SNAP আবেদন / পুনরায় প্রমাণীকরণ

আবেদনের তারিখ	সাক্ষাৎকারের তারিখ	কেন্দ্র/অফিস	ইউনিট	কর্মী	কেসের ধরন	কেস নম্বর	নিবন্ধন নম্বর	সংস্করণ	<input type="checkbox"/> আবেদন <input type="checkbox"/> পুনরায় প্রমাণীকরণ	ভাষা
---------------	--------------------	--------------	-------	-------	-----------	-----------	---------------	---------	--	------

আইনি নাম: _____ টেলিফোন নম্বর: _____ অন্য ফোন যেখানে আপনাকে পাওয়া যাবে: _____
 বসবাসের ঠিকানা: _____ অ্যাপার্টমেন্ট# _____ শহর _____, NY জিপ কোড **1**
 চিঠি পাঠানোর ঠিকানা (যদি ভিন্ন হয়) _____ অ্যাপার্টমেন্ট# _____ শহর _____, NY জিপ কোড **1**
 অন্য কোন নামে পরিচিত: _____ আপনি কি: আবেদন করছেন **অথবা** পুনরায় প্রমাণীকরণ করছেন আপনি কি এই ভাষায় বিজ্ঞপ্তি পেতে চান: স্প্যানিশ **এবং** ইংরেজি **অথবা** কেবল ইংরেজিতে

আপনার আবেদন আমাদের অবশ্যই গ্রহণ করতে হবে যদি, তাতে অন্তত, আপনার নাম, ঠিকানা (যদি আপনার কোনো ঠিকানা থাকে), এবং বাক্সটিতে একটি স্বাক্ষর থাকে।	আবেদনকারীর/প্রতিনিধির স্বাক্ষর	2	স্বাক্ষর করার তারিখ
---	--------------------------------	----------	---------------------

আবেদন না করলেও আপনার সাথে বসবাসকারী প্রত্যেকের নাম তালিকাভুক্ত করুন। প্রথমে নিজেকে তালিকাভুক্ত করুন।

L N	নাম	মাঝের আদ্যক্ষর	পদবী	আবেদনকারী সদস্যের সোশাল সিকিউরিটি নম্বর (SSN) (যদি না থাকে, "নেই" লিখুন)	জন্মতারিখ	বৈবাহিক স্থিতি	লিঙ্গ পুরুষ, নারী অথবা X	এই ব্যক্তি কি আবেদন করছেন?		আপনার সাথে সম্পর্ক	আপনি কি এই ব্যক্তির সাথে খাবার কেনেন এবং/অথবা প্রস্তুত করেন?		হিস্পানিক অথবা ল্যাটিনো		প্রতিটি জাতি জন্য Y (হ্যাঁ) বা N (না) লিখুন* (কোডগুলি নিচে সংজ্ঞায়িত)						
								হ্যাঁ	না		হ্যাঁ	না	হ্যাঁ	না	I	A	B	P	W		
1								✓		নিজে	✓										
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					

*জাতি/জাতগত কোড: **I** – নেটিভ আমেরিকান বা আলাস্কা নেটিভ, **A** – এশিয়ান, **B** – কৃষ্ণাঙ্গ বা আফ্রিকান আমেরিকান, **P** – নেটিভ হাওয়াইয়ান বা প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপপুঞ্জবাসী, **W** – শ্বেতাঙ্গ

এই তথ্যের প্রদান করার সিদ্ধান্ত স্বেচ্ছাসেবী। এটি আবেদনকারী ব্যক্তিদের যোগ্যতা বা প্রাপ্ত সুবিধাগুলির স্তরকে প্রভাবিত করবে না। জাতি, বর্ণ বা জাতীয় মূল নির্বিশেষে কর্মসূচির সুবিধাদি বণ্টন করা হচ্ছে তা নিশ্চিত করতে এই তথ্য ব্যবহার করা হয়।

আপনি এবং আপনার সাথে বসবাসকারী সবাই কি মার্কিন নাগরিক? হ্যাঁ না যদি না হয়, তাহলে কে নাগরিক নয়?

আপনি বা আপনার পরিবারের কেউ কি অন্য জায়গায় SNAP বা অস্থায়ী সহায়তার জন্য আবেদন করছেন বা গ্রহণ করছেন? হ্যাঁ না

আপনি কি বা আপনার সাথে বাস করেন এমন কেউ একজন যুদ্ধ-প্রবীণ? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, কে

আপনি বা কেউ কি ড্রাগ বা অ্যালকোহল চিকিত্সা কেন্দ্র, রাজ্য-প্রত্যয়িত গোষ্ঠীগত বসবাসের সুবিধা বা রাজ্য-প্রত্যয়িত তত্ত্বাবধানে/সহায়ক অ্যাপার্টমেন্টে থাকেন? হ্যাঁ না

আপনি যদি SNAP এর জন্য পুনরায় প্রমাণীকরণ করেন, তাহলে আপনার শেষ আবেদন বা পুনরায় প্রমাণীকরণ করার পর থেকে কী পরিবর্তন হয়েছে তা পৃষ্ঠা 9 এ তালিকাভুক্ত করুন (যেমন বাসস্থান বদল হয়েছে, একটি বাচ্চা হয়েছে, কেউ আপনার পরিবারে যোগদান করেছেন বা বেরিয়ে গেছেন)।

আপনার যদি আরও জায়গা প্রয়োজন হয় অথবা আপনি যদি মনে করেন যে আমাদের প্রয়োজন হতে পারে এমন অন্যান্য তথ্য আছে, পৃষ্ঠা 9 এ যান।

পৃষ্ঠা 3 এ যান

আয়

আপনার সমস্ত আয় এবং আপনার সাথে বসবাসকারী প্রত্যেকের আয় তালিকাভুক্ত করুন। এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত, কিন্তু তাতে সীমাবদ্ধ নয়, মজুরি, স্ব-নিয়োগ থেকে আয় যার থেকে বিয়োগ যায় স্ব-কর্মসংস্থান উৎপাদনের খরচ (উদাহরণস্বরূপ: বাচ্চা সামলানো, পরিষ্কার করা, রুমার বা বোর্ডার থেকে আয়), শিশু সহায়তা, পেনশন, যুদ্ধ-প্রবীণদের সুবিধা, অক্ষমতা, সামাজিক নিরাপত্তা বা SSI, ভাড়া বা খাবারের জন্য অনুদান বা বৃত্তি, সাময়িক সহায়তা, এবং বন্ধু বা আত্মীয়দের থেকে আয়।

আয় প্রাপকের নাম	আয়ের উৎস	প্রতি মাসে যত ঘণ্টা কাজ করা হয়েছে	কত ঘন ঘন এটি গ্রহণ করা হয়? (উদাহরণস্বরূপ, সাপ্তাহিক, দ্বি-সাপ্তাহিক, মাসিক)	ছাড়ের আগে প্রাপ্ত মোট পরিমাণ

আপনার বা আপনার সাথে বসবাসকারী কারও কি চাকরি বা প্রশিক্ষণ সম্পর্কিত শিশু/নির্ভরশীল পরিচর্যার খরচ আছে? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, কে _____।

প্রদত্ত পরিমাণ _____ ডলার। কত ঘন ঘন প্রদান করা হয় (যেমন, সাপ্তাহিক, মাসিক) _____।

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কি চাকরি বদল করেছেন বা চাকরি ছেড়ে দিয়েছেন বা গত 30 দিনে কোন ধরণে আয় হ্রাস করেছেন – যার মধ্যে রয়েছে কাজের সময় হ্রাস, বা উপরহনের হ্রাস? হ্যাঁ না

আপনার বা আপনার সাথে বসবাসকারী কারো কি এমন কোন সম্ভাব্য আয় আছে যা এখনো পাওয়া যায়নি? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, পৃষ্ঠা 9-এ বোঝান।

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কি হরতালে অংশ নিচ্ছেন? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কে _____।

আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কি আপনার বা তার 18তম জন্মদিনে পালিত পরিচর্যায় ছিলেন? হ্যাঁ না

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কি একজন বোর্ডার, পালিত শিশু, বা পালিত প্রাপ্তবয়স্ক? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, বোর্ডারের জন্য B বা পালিতের জন্য F চেক করুন এবং তাদের নাম লিখুন B F নাম: _____

সংস্থানসমূহ

সংস্থান SNAP এর জন্য আবেদনকারী অধিকাংশ পরিবারের যোগ্যতাকে প্রভাবিত করে না। কিন্তু, কিছু সংস্থান সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার করা হয় নির্ধারণ করার জন্য যে আপনি আপনার আবেদনের দ্রুত প্রক্রিয়াকরণের জন্য যোগ্য কিনা।

আপনার পরিবারের প্রত্যেকের কত টাকা আছে? (উদাহরণস্বরূপ, আপনি নিজে বহন করছেন এমন; আপনার বাড়িতে, চেকিং এবং সেভিংস অ্যাকাউন্টে, অথবা যৌথ অ্যাকাউন্ট সহ অন্যান্য স্থানে) _____ ডলার হল এর।

অন্যান্য আর্থিক সংস্থান? (উদাহরণস্বরূপ, স্টক, বন্ড, অবসরের অ্যাকাউন্ট, সেভিংস বন্ড, মিউচুয়াল ফান্ড, IRA- গুলি, ট্রাস্ট ফান্ড, মানি মার্কেট সার্টিফিকেট) হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, পরিমাণ _____ ডলার ধরণ _____ মালিক _____।

আপনার বা আপনার পরিবারের কারো কাছে কতগুলি গাড়ি, ট্রাক বা অন্যান্য যানবাহন আছে?

#1 বছর _____ মেক _____ মডেল _____ মালিক _____

#2 বছর _____ মেক _____ মডেল _____ মালিক _____

আপনি বা কেউ যিনি আবেদন করছেন, তার কি নিজের বাড়ি সহ কোন সম্পত্তির মালিকানা আছে? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে সম্পত্তি _____ মালিকের _____ তালিকাভুক্ত করুন

SNAP এর জন্য যোগ্যতা অর্জনের জন্য কেউ কি গত তিন মাসে নগদ বা সম্পত্তি বিক্রি, দান, বা স্থানান্তরিত করেছেন? হ্যাঁ না

5

6

শিক্ষা/প্রশিক্ষণ এবং ভাষা

16 বছর বা তার বেশি বয়সের পরিবারের প্রতিটি আবেদনকারী ব্যক্তির নাম লিখুন, নিজের নাম সহ। প্রতিটি ব্যক্তির জন্য, নীচের দেখানো শিক্ষা ও প্রশিক্ষণ কোড ব্যবহার করে "শিক্ষার সর্বোচ্চ স্তর" বিভাগে বাক্সে একটি "X" চিহ্ন দিন। প্রতি ব্যক্তি মাত্র একটি বাক্স চিহ্নিত করুন। যদি আপনি একজন ব্যক্তির জন্য "0" কলামে একটি "X" লেখেন, (এই নির্দেশ করে যে তাদের হাই স্কুল ডিপ্লোমা বা উচ্চ বিদ্যালয়ের সমমানের ডিপ্লোমা নেই), "সর্বোচ্চ স্কুল গ্রেড সম্পন্ন" বাক্সে তাদের সর্বোচ্চ স্কুল গ্রেড লিখুন (উদাহরণ – যদি একজন ব্যক্তি 10ম গ্রেডে থাকে, "সর্বোচ্চ স্কুল গ্রেড সম্পন্ন" বাক্সে "9" লিখুন)। যদি হাই স্কুলে থাকা একজন ব্যক্তি বা হাই স্কুলের সমতুল্য ডিপ্লোমা প্রাপ্ত করছেন এমন একজন ব্যক্তির জন্য "সম্পূর্ণ করা হাই স্কুলের গ্রেড" বাক্সটি খালি রেখে দিন যদি "0" কলামটি চিহ্নিত করা না থাকে।

উপরন্তু, অনুগ্রহ করে SNAP পরিবারের প্রতিটি ব্যক্তি যার বয়স 16 বা তার বেশি, তাদের জন্য কথিত প্রাথমিক ভাষা সনাক্ত করুন। প্রাথমিক ভাষা হল সেই ভাষা যাতে ব্যক্তি সবচেয়ে বেশি কথা বলেন।

নাম (নাম এবং পদবী)	শিক্ষার সর্বোচ্চ স্তর* (কোডগুলি নিচে সংজ্ঞায়িত)							সম্পূর্ণ করা সর্বোচ্চ স্কুল গ্রেড (নীচের তথ্য দেখুন)	ব্যক্তির কথিত প্রাথমিক ভাষা কি?
	0	1	2	3	4	5	8		
									7

* শিক্ষা এবং প্রশিক্ষণ সংক্রান্ত কোড: 0 – একটি হাই স্কুল ডিপ্লোমা বা তার সমমানের চেয়ে কম; 1 – হাই স্কুল ডিপ্লোমা বা হাই স্কুল সমমানের ডিপ্লোমা; 2 – সহযোগী ডিগ্রী (2 বছরের কলেজ ডিগ্রী); 3 – স্নাতক ডিগ্রী (4 বছরের কলেজ ডিগ্রী); 4 – স্নাতক ডিগ্রি (মাস্টার্স বা উচ্চতর); 5 – একটি স্বতন্ত্র শিক্ষা পরিকল্পনার (Individualized Education Plan, IEP) সমাপ্তি; 8 – অজানা

বিঃদ্রঃ: শিক্ষার সর্বোচ্চ স্তর, সর্বোচ্চ স্কুল গ্রেড এবং প্রাথমিক কথিত ভাষা সম্পর্কিত তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছাধীন। এটি আবেদনকারী ব্যক্তিদের যোগ্যতা বা প্রাপ্ত সুবিধাগুলির স্তরকে প্রভাবিত করবে না। এই তথ্যের কারণ হল ফেডারেল রিপোর্টিং এর প্রয়োজনীয়তা পূরণ করা।

জীবন ধারণের ব্যবস্থা এবং ব্যয়

আপনার পরিবারের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য সমস্ত বিবরণগুলিতে চিহ্ন দিন:

নিজের বাড়ি বা বাড়ির জন্য অর্থ প্রদান করছেন ভাড়া আছেন অভিবাসী/মৌসুমী খামারের শ্রমিক কোনও স্থায়ী বাসস্থান নেই আত্মীয় বা বন্ধুদের সাথে বাস করেন

ব্যয়ের তালিকা:

মাসিক ভাড়া বা বন্ধকী প্রদান \$ _____ প্রতি বছর বাড়ির কর \$ _____ প্রতি বছর বাড়ির বীমা \$ _____।

তাপের জন্য আলাদাভাবে অর্থ প্রদান করবেন? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, গরম করার ধরন উল্লেখ করুন: গ্যাস ইলেকট্রিক তেল কাঠ কয়লা প্রোপেন অন্যান্য (তালিকা) _____

তাপ সংস্থার নাম _____ তাপ সংস্থার অ্যাকাউন্ট নং _____

শীততপ নিয়ন্ত্রণের জন্য অর্থ প্রদান করুন, হয় আপনার বৈদ্যুতিক বিলে অথবা আলাদা ফি হিসেবে? হ্যাঁ না

ইউটিলিটির জন্য আলাদাভাবে অর্থ প্রদান করবেন (তাপ শিল্পীকরণ বাদে)? হ্যাঁ না (উদাহরণস্বরূপ, আলো, রান্নার গ্যাস, আবর্জনা নোংরা, জল, ইউটিলিটিগুলির প্রাথমিক ইনস্টলেশন)।

অন্য কেউ কি আপনার জন্য এই খরচগুলি প্রদান করেন (কিছু উদাহরণ হল ধারা 8 বা অন্যান্য ভুক্তির প্রোগ্রাম)?

হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, কে কি খরচ দেন? _____।

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কি আইনত বাধ্যতামূলক শিশু সহায়তা প্রদান করছেন? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, ক _____।

শিশু(দের) নাম(গুলি) যাদের জন্য সহায়তা প্রদান করা হচ্ছে _____

পেমেন্টের পরিমাণ _____ ডলার পেমেন্টের ফ্রিকোয়েন্সি (উদাহরণস্বরূপ, সাপ্তাহিক, দ্বি-সাপ্তাহিক, মাসিক) _____

আপনি কি, এবং/অথবা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ, কি অক্ষম বা কমপক্ষে 60 বছর বয়সী? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, ক _____।

যদি তাই হয়, সেই ব্যক্তির কি চিকিৎসার বিল আছে? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, পৃষ্ঠা 9-এ তালিকাভুক্ত করুন সেগুলি কিসের জন্য, কত, এবং অর্থ প্রদানের দায়িত্ব কার।

বসবাসের ব্যবস্থা এবং খরচ (চলমান)

আপনি, এবং/অথবা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ, স্পেন্ডডাউন সহ Medicaid-এ আছেন? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, কে _____ পরিমাণ _____ ডলার

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ (16 বা 17 বছর বয়সের) স্কুলে বা প্রশিক্ষণে ভর্তি হয়েছেন? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, কে _____ স্কুলের/প্রশিক্ষণের প্রোগ্রামের নাম _____

আপনি বা আপনার সাথে বসবাস করছেন এমন কেউ, যার বয়স 18 থেকে 49 বছরের মধ্যে, একটি স্কুল বা প্রশিক্ষণ প্রোগ্রামে (হাই স্কুলের উপরে) উপস্থিত হচ্ছেন কি? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কে? _____

স্কুল প্রশিক্ষণ প্রোগ্রামের নাম _____ সম্পূর্ণ সময় (Full Time, FT) হ্যাঁ না আয় হ্যাঁ কোন খরচ নেই হ্যাঁ না

পরিবারে 16 বছর বা তার বেশি বয়সী (আবেদনকারী সহ) কোনো প্রাপ্তবয়স্ক আছেন কি যারা:

অন্তসত্ত্বা কি? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, কে _____

কোন শারীরিক সমস্যা আছে যার কারণে তাদের কাজ করার ক্ষমতা সীমিত বা যে ধরনের কাজ তার করতে পারেন তা সীমাবদ্ধ? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, কে _____

8

এই প্রশ্নগুলোর উত্তর দিন:

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কি প্রবেশন বা প্যারোলের শর্ত লঙ্ঘন করছেন বা অপরাধের জন্য বিচার, হেফাজত বা কারাবাস এড়াতে পালাচ্ছেন বিচার, এবং আইন বলবতকারীদের দ্বারা সক্রিয়ভাবে অনুধাবিত হচ্ছেন?

হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, কে _____

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কি আদালতের মতে প্রবেশন বা প্যারোল লঙ্ঘন করছেন? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, কে _____

জালিয়াতি বা ইচ্ছাকৃত প্রোগ্রাম লঙ্ঘনের কারণে আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কি কখনও SNAP পাওয়ার অযোগ্য হয়েছেন? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, কে _____

22 সেপ্টেম্বর, 1996 এর পরে আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কি আগ্নেয়ান্ন, গোলাবারুদ বা বিস্ফোরক, বা গুণ্ডার জন্য SNAP সুবিধা কেনার জন্য দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, ক _____

22 সেপ্টেম্বর, 1996 এর পরে আপনার বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কি যৌথভাবে 500 মার্কিন ডলার বা তার বেশি পরিমাণে SNAP সুবিধা কেনা বা বিক্রি করার জন্য দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, ক _____

22 সেপ্টেম্বর, 1996 এর পরে আপনি কি আপনার সাথে বসবাসকারী কাউকে জালিয়াতি করে কোন রাজ্যে নকল SNAP সুবিধা পাওয়ার জন্য দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, ক _____

আপনার যদি আরও জায়গার প্রয়োজন হয় অথবা আপনি মনে করেন যে আমাদের প্রয়োজন হতে পারে এমন অন্যান্য তথ্য আছে তাহলে আপনি পৃষ্ঠা 9 ব্যবহার করতে পারেন।

নিচের গুরুত্বপূর্ণ তথ্য পড়ুন

SNAP জরিমানার সতর্কতা – SNAP-এর জন্য আপনার আবেদনের সাথে সম্পর্কিত আপনার প্রদান করা যেকোনো তথ্য ফেডারেল, স্টেট এবং স্থানীয় কর্মকর্তাদের দ্বারা যাচাই করা হবে। যদি কোন তথ্য ভুল হয়, তাহলে আপনাকে SNAP অস্বীকার করা হতে পারে। যদি আপনি জেনেশুনে ভুল তথ্য প্রদান করেন, যা সুবিধাবলীর যোগ্যতাকে বা সুবিধার পরিমাণকে প্রভাবিত করে, তাহলে ফৌজদারি আইনের অধীনে আপনার বিচার হতে পারে। এমন কেউ যিনি প্রবেশনের বা জামিনের একটি শর্ত লঙ্ঘন করছেন বা বিচার, হেফাজত বা আটক থাকা এড়াতে পালিয়ে বেড়াচ্ছেন কোনো অপরাধের জন্য, এবং সক্রিয়ভাবে আইন বলবতকারীদের দ্বারা তাকে খোঁজা হচ্ছে, তারা SNAP সুবিধা পাওয়ার যোগ্য নন।

যদি একটি SNAP পরিবারের সদস্য ইচ্ছাকৃত প্রোগ্রাম লঙ্ঘন (Intentional Program Violation, IPV) করেছেন বলে প্রমাণিত হয়, তাহলে সদস্য নির্দিষ্ট সময়ের জন্য SNAP সুবিধা পেতে পারবেন না:

- প্রথম SNAP-IPV-র জন্য 12 মাস;
 - দ্বিতীয় SNAP-IPV-র জন্য 24 মাস;
 - প্রথম SNAP-IPV-র জন্য 24 মাস, যার ভিত্তি একটি আদালতের রায যে সংশ্লিষ্ট ব্যক্তি SNAP সুবিধা ব্যবহার করেছেন বা প্রাপ্ত হয়েছেন কোন নিয়ন্ত্রিত পদার্থের বিক্রয়ের সাথে সম্পর্কিত লেনদেনে। (অবৈধ গুণ্ডা বা নির্দিষ্ট কিছু গুণ্ডা যার জন্য ডাক্তারের প্রেসক্রিপশন প্রয়োজন।)
 - 120 মাস যদি দেখা যায় যে আপনি কে বা কোথায় থাকেন সে সম্পর্কে একটি প্রত্যয়নমূলক বিবৃতি দিয়েছেন এক সাথে একাধিক SNAP সুবিধা পাওয়ার জন্য, যদি না স্থায়ীভাবে একটি তৃতীয় IPV-র জন্য অযোগ্য নির্ধারিত হয়ে থাকেন।
- উপরন্তু, একটি আদালত একজন ব্যক্তিকে অতিরিক্ত 18 মাসের জন্য SNAP এ অংশগ্রহণ করায় বাধা দিতে পারে।

9

নিচের গুরুত্বপূর্ণ তথ্য পড়ুন (চলছে)

একজন ব্যক্তির স্থায়ী অযোগ্যতা এই কারণে:

- প্রথম SNAP-IPV যার ভিত্তি হল কোনো আদালত SNAP সুবিধাবলী আবেদন, গোলাবারুদ বা বিস্ফোরক দ্রব্য ক্রয় অন্তর্ভুক্ত এমন লেনদেনে ব্যবহার বা গ্রহণ করা হচ্ছে বলে সিদ্ধান্তে আসা।
- পাচারের অভিযোগে কোনো আদালত-কর্তৃক দোষী সাব্যস্ত করার উপর ভিত্তি করে প্রথম SNAP-IPV 500 মার্কিন ডলারের বা তার বেশি সম্মিলিত পরিমাণ SNAP সুবিধা (পাচারের অন্তর্ভুক্ত অবৈধ ব্যবহার, স্থানান্তর, অধিগ্রহণ, পরিবর্তন বা SNAP অনুমোদন কার্ড বা অ্যাক্সেস ডিভাইস কাছ থেকে থাকা);
- দ্বিতীয় SNAP-IPV যার ভিত্তি হল কোনো আদালত SNAP সুবিধাবলী কোন নিয়ন্ত্রিত পদার্থের লেনদেনে ব্যবহার বা গ্রহণ করা হচ্ছে বলে পাওয়া। (অবৈধ ওষুধ বা নির্দিষ্ট কিছু ওষুধ যার জন্য ডাক্তারের প্রেসক্রিপশন প্রয়োজন।)
- সকল তৃতীয় SNAP-IPV ইচ্ছাকৃত প্রোগ্রামের লঙ্ঘন।

SNAP অনুমোদন কার্ড বা অ্যাক্সেস ডিভাইস জেনে শুনে ব্যবহার করে, হস্তান্তর, অধিগ্রহণ, পরিবর্তন বা ধারণ করার জন্য অপরাধের জন্য দোষী সাব্যস্ত যেকোনো ব্যক্তিকে 250,000 মার্কিন ডলার পর্যন্ত জরিমানা করা হতে পারে, 20 বছর পর্যন্ত কারাদণ্ড করা হতে পারে বা উভয়ই হতে পারে। প্রয়োজ্য ফেডারেল এবং স্টেট আইনের অধীনেও ব্যক্তি আইনি ব্যবস্থার মুখোমুখি হতে পারেন।

আপনি SNAP এর জন্য অযোগ্য হতে পারেন অথবা IPV করেছেন বলে গণ্য হতে পারেন যদি:

- আপনি একটি মিথ্যা বা বিভ্রান্তিকর বিবৃতি প্রদান করেন, অথবা ভুল উপস্থাপনা করেন, তথ্য গোপন করেন বা চেপে রাখেন যাতে সুবিধার জন্য যোগ্যতা অর্জন করেন বা আরো সুবিধা পান; অথবা
- ইচ্ছাকৃতভাবে পণ্যটি বাতিল করে এবং আমানতের পরিমাণের জন্য পাত্রটি ফেরত দিয়ে নগদ প্রাপ্তির উদ্দেশ্যে SNAP সুবিধা সহ একটি পণ্য কিনুন; অথবা
- SNAP সুবিধা, অনুমোদিত কার্ড বা ইলেকট্রনিক্স বেনিফিট ট্রান্সফার (Electronic Benefit Transfer, EBT) সিস্টেমের অংশ হিসেবে পুনরায় ব্যবহার করা যায় এমন নথির ব্যবহার, উপস্থাপনা, স্থানান্তর, নিজের জন্য সংগ্রহ করা, গ্রহণ করা, ধারণ করা, অবৈধ লেনদেন করার উদ্দেশ্যে এমন কোনো কাজ করা বা করার চেষ্টা করা যা ফেডারেল বা স্টেট আইনের লঙ্ঘন হিসেবে গণ্য করা হয়।

উপরন্তু, নিম্নোক্ত কাজগুলো অননুমোদিত নয় এবং এসব কাজের ফলে আপনাকে SNAP সুবিধা প্রাপ্তির অযোগ্য গণ্য করা হতে পারে এবং/অথবা জরিমানা বা শাস্তি প্রদান করা হতে পারে:

- কার্ডের মালিকের সম্মতি ছাড়া এমন EBT কার্ড ব্যবহার করা বা আপনার কাছে রাখা যা আপনার নয়; অথবা
- অ্যালকোহল বা সিগারেটের মতো খাদ্য-নয় এমন বস্তু কেনার জন্য SNAP সুবিধা ব্যবহার করা যেমন সিগারেট, অথবা আগে ধারে কেনা খাবারের জন্য অর্থ প্রদান করা; অথবা
- অন্য কাউকে নগদ, আবেদন, গোলাবারুদ বা বিস্ফোরক, বা মাদকের বিনিময়ে আপনার ইলেকট্রনিক বেনিফিট ট্রান্সফার (EBT) কার্ড ব্যবহার করতে দেওয়া, অথবা যারা SNAP পরিবারের সদস্য নন এমন ব্যক্তিবর্গের জন্য খাবার কিনতে দেওয়া।

যদি আপনি আপনার যা প্রাপ্য তার চেয়ে বেশি SNAP সুবিধা পান (অতিরিক্ত পেয়ে), আপনাকে অবশ্যই তাদের ফেরত দিতে হবে। যদি আপনার কেস সক্রিয় থাকে, তাহলে আমরা ভবিষ্যতের SNAP সুবিধা থেকে অতিরিক্ত অর্থের প্রদানের পরিমাণ ফিরিয়ে নেব। যদি আপনার কেস বন্ধ হয়ে যায়, তাহলে আপনাকে আপনার অ্যাকাউন্টে অবশিষ্ট কোনো অব্যবহৃত SNAP সুবিধা দিয়ে ওভারপেমেন্ট পরিশোধ করতে পারেন, অথবা আপনি নগদে পরিশোধ করতে পারেন।

যদি আপনার ওভার পেমেন্ট থাকে যা ফেরত দেওয়া হয়নি, সোচ্চারে জন্য, ফেডারেল সরকারের স্বয়ংক্রিয় সংগ্রহ সহ, রেফার করা হবে। ফেডারেল সুবিধাগুলি (যেমন সোশ্যাল সিকিউরিটি) এবং ট্যাক্স রিফান্ড যা আপনি পাওয়ার অধিকারী তা অতিরিক্ত অর্থ ফেরত দেওয়ার জন্য নেওয়া হতে পারে। ঋণটির উপর প্রসেসিং চার্জও ধার্য করা হবে।

আপনার EBT অ্যাকাউন্ট থেকে বাদ দেওয়া যেকোনো SNAP সুবিধা বর্তমান ওভার পেমেন্ট কমাতে ব্যবহার করা হবে। যদি আপনি আবার SNAP এর জন্য আবেদন করেন, এবং আপনার পাওনা টাকা পরিশোধ না করেন, তাহলে আপনি যদি আবার সেগুলি পেতে শুরু করেন তাহলে আপনার SNAP সুবিধাগুলি হ্রাস করা হবে। সেই সময়ে, আপনি যে পরিমাণ হ্রাসকৃত সুবিধা পাবেন, সে বিষয়ে আপনাকে অবহিত করা হবে।

সম্মতি – আমি বুঝি যে এই আবেদনের ফর্মে স্বাক্ষর প্রদানের মাধ্যমে আমি স্বীকার করছি যে নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অফ টেম্পোরারি অ্যান্ড ডিজাবিলিটি অ্যাসিস্ট্যান্স (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) বা আমার স্থানীয় সামাজিক পরিষেবার জেলা কর্তৃক আমার SNAP সুবিধা প্রাপ্তির আবেদনের সাথে সংশ্লিষ্ট আমি যে সমস্ত তথ্য দিয়েছি তা যাচাই বা নিশ্চিত করার জন্য যে কোনো তদন্তে আমি সম্মত হচ্ছি। যদি আরো তথ্য চাওয়া হয়, আমি তা প্রদান করব। এছাড়াও আমি SNAP সুবিধার মান নিয়ন্ত্রণ পর্যালোচনার বিষয়ে স্টেট ও ফেডারেল কর্মকর্তাদের সাথে সহায়তা করবো।

আমি বুঝি যে এই আবেদন/প্রত্যয়নপত্রে স্বাক্ষর প্রদানের মাধ্যমে আমি যে সব তথ্য দিয়েছি তা যাচাই বা নিশ্চিত করার জন্য তদন্ত করতে এবং এই সম্পর্কিত যে কোনো অননুমোদিত সরকারি সংস্থা যারা হোম এনার্জি অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (Home Energy Assistance Program, HEAP)-এর সাথে সংশ্লিষ্ট, তাদের অন্য যে কোনো তদন্তের সাথে আমি সম্মত আছি। আমি এই আবেদনে প্রদত্ত তথ্যগুলি উপলব্ধি আবহাওয়া সহায়তা প্রোগ্রাম এবং আমার ইউটিলিটি কোম্পানির স্বল্প আয়ের প্রোগ্রামগুলির রেফারেলগুলিতে ব্যবহার করার অনুমতি দিতে সম্মত জানাচ্ছি। আমি বুঝি যে রাজ্য আমার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর ব্যবহার করে আমার গৃহ শক্তি বিক্রেতাদের সাথে HEAP এর প্রাপ্তি যাচাই করবে। এই অননুমোদনটিতে আমার বাড়ির জ্বালানী বিক্রেতাদের (আমার ইউটিলিটিসহ) কোন নির্দিষ্ট পরিসংখ্যানগত তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি দেওয়া হয়েছে, যার মধ্যে রয়েছে, কিন্তু এতেই সীমিত নয়, আমার বার্ষিক বিদ্যুৎ ব্যবহার, বিদ্যুৎ খরচ, জ্বালানী খরচ, জ্বালানীর প্রকার, বার্ষিক জ্বালানীর খরচ এবং পেমেণ্ট ইতিহাস নিম্ন আয়ের হোম এনার্জি সহায়তা প্রোগ্রাম (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) কর্মক্ষমতা পরিমাপের উদ্দেশ্যে অস্থায়ী ও অক্ষমতা সহায়তা অফিস (Office of Temporary and Disability Assistance), স্থানীয় সোশ্যাল সার্ভিসেস জেলা (Social Services District) এবং মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র স্বাস্থ্য ও মানব সেবা বিভাগের (Department of Health and Human Services) কাছে।

গোপন বেকারত্ব বীমা (Unemployment Insurance, UI) সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের জন্য সম্মতি – অস্থায়ী ও অক্ষমতা সহায়তাকারী নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) এর কাছে বেকারত্ব বীমার (Unemployment Insurance, UI) জন্য শ্রম দপ্তর (Department Of Labor, DOL) দ্বারা বজায় রাখা কোন গোপনীয় তথ্য প্রকাশ করার জন্য আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব লেবার (Department of Labor, DOL)-কে অননুমোদন প্রদান করছি। এই তথ্যের মধ্যে রয়েছে UI সুবিধার দাবি এবং মজুরির রেকর্ড। আমি বুঝি যে OTDA, সোশ্যাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিক্ট অফিসগুলিতে কার্যরত স্টেট ও স্থানীয় সংস্থা কর্মচারীদের সাথে, যোগ্যতা প্রতিষ্ঠা বা যাচাই করার জন্য এবং এই আবেদনে যত SNAP বেনিফিট পাওয়ার জন্য আবেদন করা হয়েছে তার যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য এবং এমন সুবিধা পেয়েছি কিনা যা আমার প্রাপ্য নয়, তা নির্ধারণ করার জন্য এই UI তথ্য ব্যবহার করতে পারেন।

নিচের গুরুত্বপূর্ণ তথ্য পড়ুন (চলছে)

নিউ ইয়র্ক সিটির আবাসন কর্তৃপক্ষের অধিবাসীদের তথ্য শেয়ার করার জন্য সম্মতি – যদি আপনি নিউ ইয়র্ক সিটিতে সহায়তার জন্য আবেদন করেন, তাহলে এই সম্মতি আপনাকে এবং আমাদের পরিবারকে সম্পূর্ণ 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 (New York City Housing Authority, NYCHA) নিউ ইয়র্ক সিটির মানব সম্পদ প্রশাসন (Human Resources Administration, HRA)/সামাজিক পরিষেবার বিভাগের (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 সহায়তার সুবিধাগুলি পাওয়ার উপযুক্ততা, সহায়তার মাত্রা সম্পর্কিত তথ্য HRA-এর সঙ্গে শেয়ার করতে পারে যার মধ্যে আপনার নাম, ঠিকানা, জন্মতারিখ, এবং ভাড়া ও ইউটিলিটির অর্থ প্রদান সংক্রান্ত তথ্য (যেমন মাসিক ভাড়ার পরিমাণ, 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 করার 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।

শিক্ষার রেকর্ডগুলি প্রকাশ করা – আমি নিউ ইয়র্ক সিটির সামাজিক পরিষেবাসমূহের জেলাকে নিম্নলিখিত উদ্দেশ্যে আমার এবং/অথবা আমার অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানের(সন্তানদের) শিক্ষার রেকর্ডগুলি সংগ্রহ করার অনুমতি দিচ্ছি: 1) SNAP-এর জন্য আমার উপযুক্ততা যাচাই করা, 2) উপযুক্ততার প্রক্রিয়ার অংশ হিসেবে প্রদান করা সাংঘর্ষিক তথ্যের ফলস্বরূপ পর্যালোচনা বা তদন্তের পরিচালনা এবং, 3) শুধুমাত্র অডিট পরিচালনা করার উদ্দেশ্যে যথোপযুক্ত ফেডারেল সরকারি সংস্থাকে এই তথ্যের অ্যাক্সেস প্রদান করা।

পরিষেবা প্রদানকারীদের কাছে তথ্য প্রকাশ করা – আমি সামাজিক পরিষেবার জেলাকে এবং নিউ ইয়র্ক স্টেটকে সম্পূর্ণ পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রামের সুবিধা সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করার অনুমতি দিই যা আমি বা আমার পরিবারের যে কোন সদস্যরা পাই, যাদের জন্য আমি আইনত অনুমোদন প্রদান করতে পারি, কোন রাজ্য বা স্থানীয় ঠিকাদার দ্বারা সরবরাহিত প্রোগ্রাম প্রশাসনের সাথে সম্পর্কিত পরিষেবা এবং অর্থ প্রদানগুলির জন্য আমার যোগ্যতা যাচাইয়ের উদ্দেশ্যে। এই ধরনের সেবাগুলিতে আমার বা আমার পরিবারের সদস্যদের চাকরি পেতে এবং বজায় রাখতে সহায়তা করার জন্য দেওয়া চাকরির স্থান বা প্রশিক্ষণ সেবাগুলি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, তবে এতেই তা সীমাবদ্ধ নয়।

SUA (স্ট্যান্ডার্ড ইউটিলিটি অ্যালায়েন্স) তথ্য – আমি বুঝি যে SNAP প্রাপকগণ সুনির্দিষ্টভাবে হোম এনার্জি সহায়তা প্রোগ্রামের (Home Energy Assistance Program, HEAP) ক্ষেত্রে আয়গতভাবে যোগ্য। যদি আমি চলতি মাসে বা তার আগের 12 মাসে 20 মার্কিন ডলারের চেয়ে বেশি কোনো HEAP সুবিধা বা অন্য রকম এনার্জি সহায়তা প্রোগ্রামের সুবিধা না পাই তাহলে একটি স্ট্যান্ডার্ড ইউটিলিটি অ্যালায়েন্স পাওয়ার জন্য আমাকে অবশ্যই একটি ফিটিং, এয়ার কন্ডিশনার বা ইউটিলিটি ব্যয়ের জন্য আলাদাভাবে পরিশোধ করতে হবে।

পরিবর্তনসমূহ – আমার কাজের ঘন্টা যদি প্রতি মাসে 80 ঘন্টার নিচে চলে যায়, গর্ভাবস্থা বা ঠিকানা সহ আমার চাহিদা, আয়, সম্পত্তি, জীবনযাত্রার ব্যবস্থা, নির্ভরশীল ব্যক্তি সঙ্কম প্রাপ্তবয়স্ক (able-bodied adult without dependents, ABAWD) স্থিতির কোন পরিবর্তন সম্পর্কে আমি এজেন্সিকে অবিলম্বে জানাতে সম্মত হচ্ছি, আমার প্রতিবেদনের প্রয়োজনীয়তা অনুসারে আমার সর্বোত্তম স্তর বা বিশ্বাসের ভিত্তিতে।

গৃহস্থালির খরচ রিপোর্ট/যাচাই করার আবশ্যিকতা – আমি বুঝি যে আমার গৃহস্থালীকে শিশু পরিচর্যা এবং ইউটিলিটির খরচ জানাতে হবে যাতে এই খরচের জন্য একটি SNAP ডিডাকশন পাওয়া যায়। আমি আরও বুঝি যে আমার পরিবারকে অবশ্যই ভাড়া/বন্ধকী পেমেন্ট, সম্পত্তি কর, বীমা, চিকিৎসা খরচ এবং শিশু সহায়তা যা অ-পরিবারের সদস্যকে দেওয়া হবে তা যাচাই করতে হবে এই খরচের জন্য একটি SNAP ছাড় পেতে হলে। আমি বুঝি যে উপরোক্ত খরচগুলো সম্পর্কে রিপোর্ট/যাচাই করতে ব্যর্থতা আমার পরিবারের এমন একটি বিবৃতি হিসেবে দেখা হবে যা নির্দেশ করবে যে, আমি/আমরা ঐ রিপোর্টবিহীন/অযাচাইকৃত খরচের জন্য যেকোনো রেয়াত পেতে চাই না। এই খরচগুলোর জন্য যেকোনো রেয়াত আমাকে SNAP এর জন্য যোগ্য করতে পারে বা আমার SNAP বেনিফিট বৃদ্ধি করতে পারে। আমি বুঝি যে আমি ভবিষ্যতে যে কোন সময় এই ব্যয়গুলি জানতে/যাচাই করতে পারি। এই রেয়াত পরিবর্তন রিপোর্টিং এবং প্রক্রিয়াকরণ পরিবর্তনের নিয়ম অনুযায়ী ভবিষ্যত মাসের SNAP গণনার উপর হিসাব করা হবে।

SNAP-এর জন্য আবেদন করার সময়, আমি বুঝি যে সামাজিক পরিষেবার জেলা আমার আবেদন তদন্ত করার জন্য আয় ও উপযুক্ততা যাচাইকরণের সিস্টেমের কাছে আমার তথ্য চাইবে ও ব্যবহার করবে এবং কোনো তারতম্য পাওয়া গেলে অন্য কোনো পরিচিত উৎস থেকে এই তথ্য যাচাই করতে পারবে। আমি এটিও বুঝি যে এই ধরনের তথ্য আমার SNAP উপযুক্ততা এবং/অথবা আমি কোন পর্যায়ের SNAP সুবিধা পাবো তা প্রভাবিত করতে পারে।

গোপনীয়তা আইন বিবৃতি – সোশাল সিকিউরিটি নম্বর সংগ্রহ এবং ব্যবহার করা (SOCIAL SECURITY NUMBER, SSN) – SNAP এর সাথে সম্পর্কিত, SSN এর সংগ্রহ 2008 সালের খাদ্য ও পুষ্টি আইন (Food and Nutrition Act of 2008) অনুযায়ী অনুমোদিত প্রতিটি পরিবারের সদস্যের জন্য। আমরা যে তথ্য সংগ্রহ করি তা আপনার পরিবার যোগ্য কিনা বা সহায়তা বা সুবিধার জন্য তাদের যোগ্যতা অব্যাহত আছে কিনা তা নির্ধারণ করতে ব্যবহার করা হবে। আমরা কম্পিউটার দ্বারা মেলানো প্রোগ্রামের মাধ্যমে এই তথ্য যাচাই করব। এই তথ্যগুলি প্রোগ্রাম বিধিগুলির সাথে অনুবর্তিতা পর্যবেক্ষণ করতে এবং প্রোগ্রাম ব্যবস্থাপনার জন্যও ব্যবহার করা হবে। সরকারী পরীক্ষার জন্য এই তথ্য অন্য স্টেট ও ফেডারেল এজেন্সিকে এবং আইন প্রয়োগকারী কর্মকর্তাদের দেওয়া হতে পারে, আইনের হাত থেকে পালানো এমন ব্যক্তিকে ধরার জন্য। পরিচয় যাচাই করতে, অর্জিত ও অনুপার্জিত আয় শনাক্ত করার ক্ষেত্রে এই তথ্যাবলি ব্যবহার করা হবে।

আপনার পরিবারের বিরুদ্ধে একটি SNAP এর দাবির অভিযোগ উঠলে, SSN সহ আবেদনের তথ্য ফেডারেল ও স্টেট এজেন্সিকে দেওয়া হতে পারে, এবং দাবি সংগ্রহ কাজের জন্য বেসরকারি দাবি সংগ্রহ এজেন্সিকেও দেওয়া হতে পারে। SNAP এর জন্য আবেদন করছেন এমন কাউকেএকটি SSN প্রদান করতে হবে। অজ্যগ্য সদস্যদের SSN-ও এভাবে সংগৃহীত ও ব্যবহৃত হতে পারে। যদি আপনি বা কেউ যিনি আবেদন/পুনঃপ্রয়োগ এর জন্য আবেদন করছেন তার যদি SSN না থাকে, একটি SSN এর জন্য সোশাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশনের (SSA.gov) কাছে আবেদন করতে হবে।

এইভাবে তথ্য ব্যবহার করা ছাড়াও আপনার তথ্য হোম এনার্জি অ্যাসিস্টেন্স প্রোগ্রাম (Home Energy Assistance Program, HEAP) এর সুবিধা প্রাপ্ত মানুষের ব্যাপারে স্টেটের পরিসংখ্যান তৈরি করতেও ব্যবহৃত হবে। রাজ্য কর্তৃক মান নিয়ন্ত্রণের জন্য এই তথ্য ব্যবহার করা হয় যাতে নিশ্চিত করা যায় যে স্থানীয় জেলাগুলি তাদের সর্বোত্তম কাজ করছে। এটি আপনার শক্তি সরবরাহকারী কে তা যাচাই করতে এবং এই বিক্রেতাদের নির্দিষ্ট অর্থ প্রদানের জন্য ব্যবহৃত হয়।

নিচের গুরুত্বপূর্ণ তথ্য পড়ুন (চলছে)

নাগরিকত্ব/অভিবাসনের স্থিতি – আমি শপথ ভঙ্গের দশাঙ্গার অধীনে শপথ করছি এবং/অথবা নিশ্চিত করছি যে আমি আমার এবং আমার সাথে বসবাসকারীদের নাগরিকত্ব এবং অভিবাসনের স্থিতি সম্পর্কে যে তথ্য প্রদান করেছি তা সত্য এবং সঠিক। আমি বুঝতে পারছি যে SNAP এর জন্য আবেদনকারীদের অভিবাসন স্ট্যাটাস যাচাই করতে যে তথ্য আমি প্রদান করি তা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিকত্ব এবং অভিবাসন পরিষেবার (United States Citizenship and Immigration Services) সাথে সত্যতা যাচাইয়ের জন্য পরীক্ষা করা হতে পারে।

SNAP এর জন্য শুধু সন্দেহজনক হলে নাগরিকত্ব নথিবদ্ধ করতে হবে।

অনুমোদিত প্রতিনিধি – আপনি এমন কেউ যিনি আপনার পারিবারিক পরিস্থিতি সম্পর্কে অবগত তাকে অনুমোদন করতে পারেন আপনার হয়ে SNAP-এর জন্য **আবেদন** করার জন্য। এছাড়াও আপনি আপনার পরিবারের বাইরের কাউকে আপনার জন্য খাবার কিনতে একটি অনুমোদিত প্রতিনিধি EBT কার্ড পাওয়ার জন্য অনুমোদন করতে পারেন। আপনি যদি কাউকে অনুমোদন করতে চান, তাহলে আপনাকে লিখিতভাবে তা করতে হবে। নিচে ব্যক্তির নাম, ঠিকানা ও ফোন নম্বর মুদ্রিত করার মাধ্যমে আপনি তা করতে পারেন। যখন একজন অনুমোদিত প্রতিনিধি একটি প্রতিষ্ঠানে বসবাস করেন না এমন SNAP পরিবারের পক্ষে আবেদন করেন, তখন অনুমোদিত প্রতিনিধি এবং SNAP পরিবারের একজন দায়িত্বশীল প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য, **উভয়কে**, এই পৃষ্ঠার নীচে স্বাক্ষর বিভাগে সই করতে এবং তারিখ বসাতে হয়, যদি না অনুমোদিত প্রতিনিধিকে লিখিতভাবে অন্যথায় গৃহস্থালীর দ্বারা মনোনীত করা হয়েছে।

যদি আপনি কাউকে অনুমোদন করতে চান, তাহলে ব্যক্তির নাম, ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর মুদ্রণ করুন এবং নীচে স্বাক্ষর করুন।

নাম _____ ঠিকানা _____ ফোন _____

এই বাস্তবিক চেক করুন যদি আপনি চান আপনার অনুমোদিত প্রতিনিধি আপনার জন্য খাদ্য কেনার জন্য একটি EBT কার্ড পান।

সার্বিকফিকেশন: আমি উপরোক্ত বিজ্ঞপ্তিগুলো পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি। আমি উপরোক্ত শর্তাবলী, অনুমোদন এবং সম্মতিগুলো বুঝতে পেরেছি এবং সেগুলোর ব্যাপারে সম্মত রয়েছি। আমি শপথভঙ্গের শাস্তির অধীনে শপথ করছি এবং/অথবা নিশ্চিত করছি যে সমাজিক পরিষেবার জেলাকে যে তথ্য দেওয়া হয়েছে বা যে তথ্য দেওয়া হবে তা সঠিক। আবেদন প্রক্রিয়া সম্পূর্ণ করতে নীচে আপনার স্বাক্ষর প্রয়োজন।

আবেদনকারী স্বাক্ষর (বা দায়িত্বশীল প্রাপ্তবয়স্ক পরিবারের সদস্য)	স্বাক্ষর করার তারিখ
X	
অনুমোদিত প্রতিনিধি স্বাক্ষর	স্বাক্ষর করার তারিখ
X	

যদি আপনি অন্য কারো জন্য এই আবেদন / পুনরায় প্রমাণীকরণ পূরণ করতে সাহায্য করেন, তাহলে আপনার নাম এবং ঠিকানা এখানে মুদ্রণ করুন। আপনি স্বেচ্ছায় আপনার টেলিফোন নম্বরও ছাপাতে পারেন।

নাম _____ ঠিকানা _____ ফোন _____

এই এলাকাটি অতিরিক্ত তথ্যের জন্য ব্যবহার করুন:

কে: _____ বিবৃতি:

কে: _____ বিবৃতি:

কে: _____ বিবৃতি:

12

আমি আমার আবেদন/পুনরায় প্রত্যয়ন প্রত্যাহার করতে সম্মতি জানাচ্ছি। আমি বুঝি যে আমি যে কোন সময় পুনরায় আবেদন করতে পারি।

স্বাক্ষর

13

তারিখ

কেবল এজেন্সির ব্যবহারের জন্য

যোগ্যতা নির্ধারণ করেছেন _____ তারিখ _____

যিনি যোগ্যতার তথ্য প্রাপ্ত হয়েছেন, তার স্বাক্ষর: _____ তারিখ _____

কারণ _____/_____/_____ প্রত্যাহার অস্বীকার পুনরায় প্রমাণীকরণ। বন্ধ হওয়া

যোগ্যতা অনুমোদন করা হয়েছে _____ দ্বারা _____ তারিখে

SNAP অনুমোদনের সময়কাল: _____ থেকে _____

সশরীরে ইন্টারভিউ

টেলিফোনে ইন্টারভিউ

মন্তব্যসমূহ:



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

গ্রন্থপূর্ণ!

ভোটদানের জন্য নিবন্ধন 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

সংস্করণ: ফর্ম 05/04/2021

স্বাক্ষর _____ তারিখ _____ / _____ / _____
অনুগ্রহ করে নাম প্রিন্ট করুন

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? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না আপনার উত্তর না হলে, এই ফর্মটি পূরণ করবেন না		2	A) নির্বাচনের দিনের মধ্যে বা তার আগে আপনি কি 18 বছর পূর্ণ করবেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> 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 "অসীমায়িত" থাকবে এবং আপনি কোনও নির্বাচনে ভোট দিতে পারবেন না? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি অসের দুটি প্রশ্নের আপনার উত্তর না হয়, আপনি ভোট দেওয়ার জন্য নিবন্ধন করতে পারবেন না।		For Board Use Only
	3	পদবি		নাম	মাঝের নামের নাম	
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) কোড		পোস্ট বক্স, স্টার রুট, ইত্যাদি		পোস্ট অফিস	জিপ
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)		9	আইডি নম্বর (প্রযোজ্য বস্ত্র টিক দিন এবং আপনার নম্বর প্রদান করুন) <input type="checkbox"/> নিউ ইয়র্ক স্টেট DMV নম্বর _____ <input type="checkbox"/> আপনার সামাজিক নিরাপত্তা নম্বরের শেষ চারটি সংখ্যা _____ <input type="checkbox"/> আমার কোনো নিউ ইয়র্ক স্টেট DMV বা সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর নেই
	কাউন্টি/রাজ্য		নামের নীচে (আপনার এখনকার নামের থেকে আলাদা হলে)			
11	রাজনৈতিক দল আমি একটি রাজনৈতিক দলে নাম লেখাতে চাই <input type="checkbox"/> ডেমোক্র্যাটিক পার্টি <input type="checkbox"/> রিপাবলিকান পার্টি <input type="checkbox"/> কনজারভেটিভ পার্টি <input type="checkbox"/> ওয়ার্কিং ফ্যামিলি পার্টি <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____ আমি কোনও রাজনৈতিক পার্টির সঙ্গে নিবন্ধিত হতে চাই না এবং এরজন্য স্বাধীন ভোটার হতে ইচ্ছুক <input type="checkbox"/> 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 দেশী 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 <input type="checkbox"/> মা <input type="checkbox"/> না
চোখের রঙ	উচ্চতা
ইমেল	ফুট ইঞ্চি
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

এই পত্রটি আপনি ব্যবহার করতে পারেন:

- নিউ ইয়র্ক স্টেটে ভোটদানে নিবন্ধীকৃত করণে;
- আপনার নাম এবং/বা ঠিকানা পরিবর্তনে, আপনার শেষ ভোটারের 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:

- নম্বা কি ন যুক্তিরা নরেশর একনজ ননা গরিক;
- 18 বছর বয়সী (আপনি 16 এবং 17 বছর বয়সে পূর্ব নিবন্ধে করতে নপা নের নপা নের কিন্দু 18 বছর হওনয়া র আগে ভেনা ট দিতে নপা রনব ননা);
- একটি নিব চেনরে অন্দ ত 30 নিদ আগে নকা উন্টি অখনবা নিউ ইয়ক সিটির নবা সিন্দনা হতে হবে;
- কোনো গুরুতর অপরাধের জন্য কারণে যাতে না থাকেন;
- নঅ্য নেকা নখা য় ভেনা টনদা নরে অম্বিকা র নদা বী কনরা চলবে ননা ;
- নেকা ননো আনদা লত দ্ব না নরা অনেযা গমথ বিবেচিত ননা হলে।

যদি আপনি বিশ্বাস করেন কেউ আপনার ভোটে নিবন্ধন করার বা নিবন্ধন অস্বীকার করার অধিকারে, আপনার ভোটারের 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 করুন।

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।