

सप्लमिंटल न्यूट्रिशन अससिस्टेंस प्रोग्राम (SNAP), नकद, चकित्सा, और/या चाइल्ड केयर अससिस्टेंस एप्लिकेशन



अगर मैंने SNAP बेंफिट्स के आपको तुरंत SNAP अससिस्टेंस की आवश्यकता है, तो आवेदन के स्टेप 6 में प्रश्नों के उत्तर दें। आप SNAP को अधिक तेजी से प्राप्त करने के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं। आपको उसी दिनि SNAP अससिस्टेंस के लिए आवेदन करने का अधिकार है जिसे दिनि आप अपने स्थानीय काउंटी JFS कार्यालय से संपर्क करते हैं।



अपने काउंटी JFS कार्यालय से संपर्क करें अगर:

- आपको आवेदन प्रक्रिया को पूरा करने में सहायता की आवश्यकता है, एक व्यक्तिगत साक्षात्कार चाहते हैं, या साक्षात्कार पूरा करने के लिए आपको घर की यात्रा की आवश्यकता है।
- इस प्रपत्र पर प्रदान की गई कोई भी जानकारी आपके द्वारा इसे चालू करने के बाद परिवर्तित हो जाती है।

संपर्क करने के लिए अन्य संसाधन अगर:

- अंग्रेजी आपकी मुख्य भाषा नहीं है, इस फॉर्म के प्रश्नों को समझने में आपकी सहायता के लिए एक दुभाषिया रखने के लिए अपने काउंटी जेएफएस कार्यालय को कॉल करें।
- आपको सुनने में परेशानी है और/या कम दखिता है, इस फॉर्म या अपने साक्षात्कार को पूरा करने में मदद के लिए 7-1-1 पर कॉल करें।

इस आवेदन को पूरा करने में मदद चाहिए?

आपके पास एक ऑथोराइज्ड रपिरजेंटेटिव हो सकता है जो आपको अपने साक्षात्कार और/या रूपों को पूरा करने में मदद करे।

- आपके ऑथोराइज्ड रपिरजेंटेटिव को आपके साथ रहने की जरूरत नहीं है, लेकिन उन्हें एक जम्मेदार वयस्क होना चाहिए। आपको अपने ऑथोराइज्ड रपिरजेंटेटिव का नाम लिखित रूप में अपने काउंटी JFS कार्यालय को बताना होगा।
- अगर आप एक ऑथोराइज्ड रपिरजेंटेटिव हैं, तो आवेदक की जानकारी का उपयोग करके इस आवेदन के स्टेप्स को पूरा करें।
- अन्य सामुदायिक एजेंसियां, जैसे कि फूडबैंक, भी इस आवेदन को पूरा करने में मदद कर सकती हैं।

अससिस्टेंस के लिए आवेदन करने के लिए इन चार स्टेप्स का पालन करें:

- 1 इस आवेदन को पूरा करें - आवेदन पेज 5 पर शुरू होता है**

इस एप्लिकेशन के स्टेप 1 में चुनें कि आप किस प्रोग्राम के लिए आवेदन करना चाहते हैं। आवेदन पर जितने हो सके उतने सवालियों के उत्तर दें। हालाँकि, आपको कम से कम अपना नाम, पता और हस्ताक्षर भरना होगा और आवेदन प्रक्रिया शुरू करने के लिए इसे अपने काउंटी JFS कार्यालय में बदलना होगा। **नोट:** आप अपने भरे हुए आवेदन की एक कॉपी मांग सकते हैं।
- 2 इस एप्लिकेशन को प्रस्तुत करें**

आप <https://ssp.benefits.ohio.gov> पर ऑनलाइन आवेदन भी कर सकते हैं या इस पेपर आवेदन को भरना जारी रख सकते हैं। इस कागज़ी आवेदन को अपने स्थानीय काउंटी JFS कार्यालय में जमा करें। अपने काउंटी JFS कार्यालय को सर्च करने के लिए, <https://jfs.ohio.gov/about/local-agencies-directory> पर जाएँ
- 3 एक इंटरव्यू पूरा करें - SNAP और / या कैश अससिस्टेंस केवल**

आपका काउंटी जेएफएस कार्यालय आपको अपने फ़ोन साक्षात्कार की तारीख और समय के साथ एक पत्र भेजेगा। पत्र आपको बताएगा कि क्या आपको अपने काउंटी JFS कार्यालय को कॉल करने की आवश्यकता है या यदि वे आपको कॉल करेंगे।
- 4 वेरिफिकेशन डॉक्यूमेंट्स प्रस्तुत करें - सभी कार्यक्रम**

आपका काउंटी JFS कार्यालय आपको बताएगा कि उन्हें आपसे क्या वेरिफिकेशन चाहिए। आप इस आवेदन के साथ वेरिफिकेशन डॉक्यूमेंट्स जमा कर सकते हैं। अनुरोध किए जा सकने वाले दस्तावेजों के प्रकारों की सूची के लिए अगला पेज देखें।

वेरफिकेशन डॉक्युमेंट जानकारी

- हर प्रोग्राम के लिए आवश्यक वेरफिकेशन डॉक्युमेंट्स के बारे में अधिक जानकारी के लिए नीचे दिए गए चार्ट की समीक्षा करें।
- आपका काउंटी JFS कार्यालय आपको पे स्टब्स, यूटिलिटी बिल, बैंक स्टेटमेंट इत्यादि प्रदान करने के लिए कह सकता है।
- आपका काउंटी JFS कार्यालय आपको वेरफिकेशन चेकलसिट (JFS फॉर्म 07105) प्रदान करेगा। फॉर्म पर वर्णित नयित तारीख तक सभी आवश्यक जानकारी को प्रस्तुत करना सुनिश्चित करें।
- वेरफिकेशन डॉक्युमेंट्स गायब होने पर आपका काउंटी JFS कार्यालय आपके आवेदन को अस्वीकार कर सकता है।

मदद की जरूरत है? अगर आपको आवश्यक दस्तावेजों तक पहुँचने में सहायता की आवश्यकता है, तो मदद के लिए अपने काउंटी JFS कार्यालय से पूछें।

क्वालीफाइड गैर-यू.एस. नागरिक: अगर आप एक अमेरिकी नागरिक नहीं हैं और केवल एक अमेरिकी नागरिक या क्वालीफाइड गैर-नागरिक के लिए अससिस्टेड कार्यक्रम के लिए आवेदन कर रहे हैं, या आप टाइम-लमिटेड इमरजेंसी मेडिकल अससिस्टेड के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपको अपनी नागरिकता की स्थिति, इमाइग्रेशन स्टेटस को सत्यापित करने या SSN प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है।

वेरफिकेशन डॉक्युमेंट के उदाहरण +Yहमारा काउंटी JFS कार्यालय केवल चाइल्ड केयर अससिस्टेड के लिए आवेदन करते समय देखभाल की आवश्यकता वाले बच्चे की नागरिकता की पुष्टि करता है। *Yअगर आप इन लागतों को सत्यापित करते हैं तो हमारी SNAP राशि बढ़ सकती है।	अससिस्टेड कार्यक्रम				
	SNAP	चकित्सा (परिवार और बच्चे)	चकित्सा (वृद्ध, नेत्रहीन, या वकिलांग)	चाइल्ड केयर	कैश/रफियूजी कैश अससिस्टेड (RCA)
आपका सोशल सिक्योरिटी नंबर या प्रमाण कि आपने इसके लिए आवेदन किया है	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
स्थायी नविसी कार्ड ("ग्रीन कार्ड") या अन्य इमाइग्रेशन दस्तावेज अगर आप अमेरिकी नागरिक नहीं हैं	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
अमेरिकी नागरिकता का प्रमाण+		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
आपके घर में आने वाली आय या किसी अन्य धन का प्रमाण (जैसे वेतन वविरण, कर रिकॉर्ड, पुरस्कार पत्र, चाइल्ड केयर)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
सबसे हाल के बैंक स्टेटमेंट (जैसे चेकगि या बचत खाता)			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
वाहनों के स्वामित्व का प्रमाण (जैसे कार, ट्रक, मोटरसाइकलि, नाव या RV)			<input checked="" type="checkbox"/>		
स्टॉक/बांड, जमा प्रमाणपत्र, जीवन बीमा पॉलिसियां, ट्रस्ट, वार्षिकी के वर्तमान मूल्य का प्रमाण			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
पहचान का प्रमाण (जैसे इराइवगि लाइसेंस, राज्य ID कार्ड या पासपोर्ट)	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
किसी भी चाइल्ड/डिपेंडेंट केयर कॉस्ट्स का प्रमाण	*	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
आपके साथ न रहने वाले बच्चों के लिए भुगतान किए गए किसी भी चाइल्ड केयर का प्रमाण	*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
किसी भी आवास और उपयोगिता लागत का प्रमाण	*		<input checked="" type="checkbox"/>		
वकिलांग व्यक्तियों या 60 वर्ष से अधिक आयु के व्यक्तियों के लिए किसी भी चकित्सा लागत का प्रमाण (नुसखे सहित)	*		<input checked="" type="checkbox"/>		
हेल्थ इंश्योरेंस का प्रमाण		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
परिवार के सभी देखभालकर्ताओं के लिए क्वालीफाइंग गतविधि का वेरफिकेशन (जैसे स्कूल या कार्य अनुसूची, या आत्मनःभिरता अनुबंध)				<input checked="" type="checkbox"/>	
देखभाल की आवश्यकता वाले प्रत्येक बच्चे के लिए पात्र चाइल्ड केयर प्रोवाइडर का नाम और पता				<input checked="" type="checkbox"/>	

अक्सर पूछे जाने वाले सवाल

कार्यक्रम की पात्रता:



1. मुझे कब पता चलेगा कि मैं अससिस्टेंस के लिए पात्र हूँ या नहीं?

SNAP, नकद और चाइल्ड केयर अससिस्टेंस: आपका काउंटी JFS कार्यालय आपके आवेदन में बदलने की तारीख के 30 दिनों के भीतर इन कार्यक्रमों के लिए आपकी पात्रता निर्धारित करेगा।

- अगर आप पात्र हैं, तो आपके बेनफिट्स आपके एप्लीकेशन में बदलने की तिथि से वापस अप्रूव किए जा सकते हैं।
- **केवल चाइल्ड केयर:** अगर आपका आवेदन अस्वीकार कर दिया जाता है, तो आप किसी भी चाइल्ड केयर प्रोवाइडर को भुगतान करने के लिए ज़िम्मेदार हो सकते हैं, जिसे आपने अपना आवेदन चालू करने के बाद से नियोजित किया है।

मेडिकल अससिस्टेंस: आपका काउंटी JFS कार्यालय आपके आवेदन में बदलने की तारीख के 45 दिनों के भीतर मेडिकल अससिस्टेंस के लिए आपकी पात्रता निर्धारित करेगा।

- अगर आप वकिलांगता का दावा कर रहे हैं, तो उन्हें वकिलांगता निर्धारण करना पड़ सकता है, जिसमें 90 दिन तक का समय लग सकता है।
- अगर आप पात्र हैं, तो वे आपकी मेडिकल अससिस्टेंस को आपके आवेदन की तारीख से वापस अनुमोदित कर सकते हैं। अगर आपके पास आवेदन करने से पहले 3 महीने के मेडिकल बिलि हैं, तो अपने काउंटी JFS कार्यालय को बताएं। वे आपको उन 3 महीनों के लिए मेडिकल अससिस्टेंस के लिए अनुमोदित कर सकते हैं।

2. कनि कार्यक्रमों में साक्षात्कार की आवश्यकता होती है?

- SNAP और कैश अससिस्टेंस के लिए एक साक्षात्कार की आवश्यकता होती है
- चाइल्ड केयर अससिस्टेंस और मेडिकल अससिस्टेंस के लिए एक साक्षात्कार की आवश्यकता नहीं है

3. क्या होगा अगर मैं SNAP या कैश अससिस्टेंस के लिए अपना साक्षात्कार याद करता हूँ?

अगर आप अपना साक्षात्कार याद करते हैं, तो तुरंत अपने काउंटी JFS कार्यालय से संपर्क करें। अगर आप अपने आवेदन में बदलने की तारीख से 30 दिनों के भीतर अपने काउंटी JFS कार्यालय के साथ अपना साक्षात्कार पूरा नहीं करते हैं, तो आपका आवेदन अस्वीकार किया जा सकता है और आपको फिर से आवेदन करना होगा।

4. क्या मुझे अससिस्टेंस प्राप्त करने के लिए अमेरिकी नागरिक होना चाहिए?

कई गैर-यू.एस. नागरिकों को अससिस्टेंस बेनफिट्स मलि सकता है। नॉन-सिटिजन इमरजेंसी मेडिकल अससिस्टेंस (NCEMA) आपकी अमेरिकी नागरिकता स्थिति की परवाह किए बिना भी उपलब्ध हो सकती है।

5. क्या अन्य सेवाएं उपलब्ध हो सकती हैं?

आप अन्य सेवाएं प्राप्त करने के पात्र हो सकते हैं जैसे:

- प्रविशिन, रटिशन, और कंटनिजेंसी (PRC) सर्वसिज
- अर्ली इंटरवेंशन सर्वसिज
- वर्क स्कलिस
- नौकरी पाने में मदद पाना

नोट: आपको इन सेवाओं के लिए एक अलग एप्लिकेशन का उपयोग करके आवेदन करना पड़ सकता है। अगर आप रुचि रखते हैं, तो अपने काउंटी JFS कार्यालय से संपर्क करें।

मदद कर सकने वाले सामुदायिक संगठनों के बारे में ज़्यादा जानकारी के लिए, यहां जाएं <https://benefits.ohio.gov/home/resources/assistance-programs>

अक्सर पूछे जाने वाले सवाल

चाइल्ड केयर अससिस्टेंस:



1. मैं चाइल्ड केयर प्रोवाइडर कैसे चुनूँ?

माता-पति पब्लिकिली फंडेड चाइल्ड केयर (PFCC) की पेशकश करने के लिए अनुमोदित किसी भी कार्यक्रम का चयन कर सकते हैं। इन कार्यक्रमों में ओहियो राज्य भर में स्थिति केंद्र, फैमिली चाइल्ड केयर होम्स, अनुमोदित दविस शविरि और घरेलू सहायक शामिल हैं।

- अगर आप प्रोवाइडर चुनने में सहायता चाहते हैं, तो आप अपने चाइल्ड केयर रसोर्स एवं रेफरल एजेंसी से संपर्क कर सकते हैं। संपर्क जानकारी के लिए <https://occr.org/ccrr-membership/> पर जाएँ।
- आप <http://childcaresearch.ohio.gov> पर अपने बच्चे की देखभाल की आवश्यकताओं के अनुरूप कार्यक्रमों को देखने के लिए हमारी चाइल्ड केयर डायरेक्टरी का उपयोग कर सकते हैं। यह नरिदेशिका आपको स्थान, कार्यक्रम के प्रकार और स्टेप अप टू क्वालिटि रेटिंग के आधार पर खोज करने की सुविधा देती है। लाइसेंसिंग नरिक्षण और प्रमाणित शिकायतें भी समीक्षा के लिए उपलब्ध हैं।
- **नोट:** आपके आवेदन के समय चाइल्ड केयर प्रोवाइडर का चयन करने से प्रक्रिया तेज़ हो जाएगी।

2. क्या होगा अगर मेरे बच्चे में वकिलांगता है या मुझे संदेह है कि मेरे बच्चे को वकिस में देरी हो सकती है?

वशिष आवश्यकता वाले चाइल्ड केयर अससिस्टेंस के बारे में ज़्यादा जानकारी ODJFS चाइल्ड केयर वेबसाइट पर <https://jfs.ohio.gov/child-care/resources/02-special-needs-child-care> पर उपलब्ध है।

- अगर देखभाल की आवश्यकता वाले आपके बच्चे की वशिष आवश्यकता है, तो वे 18 वर्ष की आयु तक चाइल्ड केयर के लिए पात्र हो सकते हैं।
- आपका चाइल्ड केयर प्रोवाइडर बढी हुई भुगतान दर प्राप्त करने के लिए आवेदन कर सकता है अगर वे आपके बच्चे के लिए अपने कार्यक्रम/सेवाओं को समायोजित करते हैं।
- ज़्यादा जानकारी के लिए कृपया अपने काउंटी JFS कार्यालय से पूछें।

3. मैं चाइल्ड केयर प्रोवाइडर के बारे में शिकायत कैसे करूँ?

अगर आप लाइसेंसिंग नियमों के संदग्धि उल्लंघन के बारे में शिकायत करना चाहते हैं, तो आप चाइल्ड केयर पॉलिसी हेल्प डेस्क को **877-302-2347** वकिल्प 4 पर कॉल कर सकते हैं।

4. स्टेप अप टू क्वालिटि क्या है?

स्टेप अप टू क्वालिटि, चाइल्ड केयर कार्यक्रमों के लिए ओहियो की गुणवत्ता-रेटिंग सिस्टम है। न्यूनतम स्वास्थ्य और सुरक्षा मानकों से परे जाने वाले मानकों के कार्यक्रम के कार्यान्वयन के आधार पर रेटिंग दी जाती है। ज़्यादा जानकारी के लिए, ODJFS चाइल्ड केयर वेबसाइट पर जाएँ

<https://childrenandyouth.ohio.gov/for-providers/step-up-to-quality> और "स्टेप अप टू क्वालिटि" पर क्लिक करें।

-- कृपया इस पेज को अपने रकिॉर्ड के लिए रखें। -

SNAP, नकद, चकित्सा, और/या चाइल्ड केयर अससिस्टेंस एप्लिकेशन

वोटर रजिस्ट्रेशन एप्लिकेशन संलग्न - अससिस्टेंस उपलब्ध है

अगर आप उस स्थान पर मतदान करने के लिए पंजीकृत नहीं हैं जहां आप अभी रहते हैं, तो क्या आप आज ही यहां मतदान करने के लिए पंजीकरण के लिए आवेदन करना चाहेंगे?

हाँ - मैं मतदान करने के लिए पंजीकरण करना चाहता हूँ.

नहीं - मैं मतदान करने के लिए पंजीकरण नहीं करना चाहता.

अगर आप दोनों में से किसी भी बॉक्स को चेक नहीं करते हैं, तो इस समय आपकी गणना मतदान करने के लिए पंजीकृत के रूप में नहीं की जाएगी. पंजीकरण के लिए आवेदन करने या मतदान करने के लिए पंजीकरण करने से इनकार करने से इस एजेंसी द्वारा आपको दी जाने वाली सहायता की राशि प्रभावित नहीं होगी।

स्टेप 1: हर कार्यक्रम के लिए बॉक्स को चेक करें जिसके लिए आवेदक आवेदन करना चाहता है

आप नीचे वर्णित किसी भी और सभी कार्यक्रमों के लिए आवेदन कर सकते हैं। अगर आप किसी भी बॉक्स को चेक नहीं करते हैं, तो हम केवल सैन्य के लिए आपकी पात्रता की समीक्षा करेंगे।

SNAP

चाइल्ड केयर अससिस्टेंस

मेडिकल अससिस्टेंस

कैश अससिस्टेंस - नाबालगि बच्चों या गर्भवती महिलाओं वाले परिवारों के लिए

रफ़ियूजी कैश अससिस्टेंस (RCA) - आगमन के 12 महीने के भीतर शरणार्थियों के लिए

स्टेप 2: हमें आवेदक के बारे में बताएँ

अगर आप एक ऑथोराइज़्ड रपिरजेंटेटिव हैं, तो उस व्यक्ति के बारे में जानकारी डालें जिसके लिए आप आवेदन कर रहे हैं।

पहला नाम	मध्य आदयाक्षर	अंतिम नाम
----------	---------------	-----------

क्या आपको नमिनलखिति में से किसी सेवा की आवश्यकता है?

बड़े प्रिंट वाले नोटिस

सांकेतिक भाषा इंटरप्रेटर

अनुवादक

दूसरा _____

आपकी पसंदीदा भाषा क्या है?

पुकारा जाने वाला: _____

लिखा गया: _____

क्या आपने या आपके साथ रहने वाले किसी भी व्यक्ति को कभी SNAP, नकद, चकित्सा, या चाइल्ड केयर अससिस्टेंस प्राप्त की है?

नहीं

स्थान (शहर/काउंटी/राज्य): _____

हाँ - अगर हाँ, तो कौन: _____

स्टेप 3: हमें बताएँ कि आवेदक तक कैसे पहुँचा जाए

अगर आप एक ऑथोराइज़्ड रपिरजेंटेटिव हैं, तो उस व्यक्ति के बारे में जानकारी डालें जिसके लिए आप आवेदन कर रहे हैं।

घर का पता	अगर आपके पास स्थायी पता नहीं है तो यहां जाँचें - कृपया एक डाक पता प्रदान करें
-----------	---

शहर	राज्य	पनि कोड
-----	-------	---------

फोन (सेल)	फोन (होम)	ईमेल पता
-----------	-----------	----------

वह पता जहाँ आपको मेल मलित है (अगर अलग हो)

शहर	काउंटी	राज्य	पनि कोड
-----	--------	-------	---------



रिमाइंडर: क्या आपने हमें बताया कि आवेदक किस कार्यक्रम के लिए आवेदन कर रहा है? स्टेप 1 में उपयुक्त बॉक्स की जाँच करना सुनिश्चित करें।

स्टेप 4: हमें बताएँ कि क्या आप एक ऑथोराइज्ड रपिरजेंटेटिव हैं

ऑथोराइज्ड रपिरजेंटेटिव वह व्यक्ति होता है जो आवेदक को आवेदन प्रक्रिया में सहायता करता है और आवेदक की ओर से कार्य कर सकता है। अगर आप इस फॉर्म को एक ऑथोराइज्ड रपिरजेंटेटिव के रूप में भर रहे हैं, तो कृपया हमें अपने बारे में नमिनलखिति जानकारी दें। आपको एक ऑथोराइजेशन डॉक्यूमेंट देने के लिए कहा जा सकता है। दस्तावेज प्रदान किए जाने तक आपको ऑथोराइज्ड रपिरजेंटेटिव के रूप में वर्णित नहीं किया जाएगा।

पहला नाम	मध्य आद्याक्षर	अंतिम नाम
सड़क का पता		
शहर	राज्य	पिन कोड
फोन (सेल)	फोन (होम)	
ईमेल पता		
क्या आपको नमिनलखिति में से किसी सेवा की आवश्यकता है?		आपकी पसंदीदा भाषा क्या है?
बड़े प्रिंट वाले नोटिस	सांकेतिक भाषा इंटरप्रेटर	पुकारा जाने वाला: _____
अनुवादक	दूसरा _____	लिखा हुआ: _____

स्टेप 5. केवल SNAP आवेदकों और SNAP ऑथोराइज्ड रपिरजेंटेटिव्स के लिए

नीचे हस्ताक्षर करके, आप सहमत हैं कि आपने स्टेप 14 में दी गई शर्तों की समीक्षा की है और उनसे सहमत हैं और आप झूठी गवाही के दंड के तहत, इस आवेदन में नमिनलखिति जानकारी की सत्यता को प्रमाणित करते हैं, जिसमें बेनफिटिस के लिए आवेदन करने वाले सदस्यों की नागरिकता और वदेशी स्थितिके बारे में नीचे दी गई जानकारी शामिल है।

जबकि आप अपना आवेदन केवल ऊपर दी गई जानकारी के साथ पेश कर सकते हैं, लेकिन अगर आप नीचे दिए गए प्रश्नों के उत्तर देना जारी रखते हैं तो आपके आवेदन पर अधिक तेजी से कार्रवाई की जा सकती है।

आवेदक या ऑथोराइज्ड रपिरजेंटेटिव के हस्ताक्षर	तारीख
आवेदक या अधिकृत प्रतिनिधिका प्रिंट नाम	तारीख

स्टेप 6: SNAP बेनफिटिस के लिए आवेदन करते समय ही नमिनलखिति का उत्तर दें

कितने लोग आपके साथ रहते हैं और आपके साथ भोजन खरीदते हैं, ठीक करते हैं और खाते हैं? _____
यह संख्या आपकी "घरेलू" मानी जाती है, अगले दो प्रश्नों के उत्तर देते समय इसे ध्यान में रखें।

नोट: आपकी प्रतिक्रियाओं से हमें यह तय करने में मदद मिलेगी कि क्या आप अधिक तेजी से SNAP पा सकते हैं। अगर आप के साथ रहने वाला कोई अन्य व्यक्ति पहले से ही SNAP बेनफिटिस प्राप्त कर रहा है, तो आप अभी भी SNAP बेनफिटिस के लिए पात्र हो सकते हैं।

क्या चालू महीने के लिए करों से पहले आपके घर की कुल सकल आय \$150 से कम है? हाँ नहीं- मेरे घर के सदस्यों में कोई बदलाव नहीं हुआ है

क्या आपके परिवार की चालू माह की कुल शुद्ध आय करें तथा आवास लागत, चाइल्ड/डिपेंडेंट केयर कॉस्ट्स, या बच्चे के समर्थन भुगतान जैसी चीजों के भुगतान के बाद शून्य है?	हाँ	नहीं - मेरे घर के सदस्यों में कोई बदलाव नहीं आया है
क्या आपके कुल संसाधन नकद, चेकगि और बचत खातों में \$100 या उससे कम हैं?	हाँ	नहीं - मेरे घर के सदस्यों में कोई बदलाव नहीं आया है
क्या आपका मासिक करिया या मोर्टगेज और उपयोगिताओं (जैसे गैस, बजिली, पानी और फोन) करें से पहले आपकी कुल मासिक सकल आय से ज्यादा है?	हाँ	नहीं - मेरे घर के सदस्यों में कोई बदलाव नहीं आया है
क्या आप माइग्रेंट या सीजनल फार्म वर्कर हैं?	हाँ	नहीं - मेरे घर के सदस्यों में कोई बदलाव नहीं आया है

स्टेप 7: हमें आवेदक की जानकारी बताएँ

आपको उन सभी को वर्णित करना होगा जो आपके साथ रहते हैं, भले ही वे आवेदन न कर रहे हों। कृपया पहले अपना नाम वर्णित करना सुनिश्चित करें। यदि आपको अधिक जगह की आवश्यकता है, तो अपने उत्तर एक अतिरिक्त कागज पर लिखें और इसे इस फॉर्म के साथ संलग्न करें। कृपया नीचे दिए गए अनुभाग को पूरा करने में सहायता के लिए नमिन्लखिति का उपयोग करें:

- सोशल सिक्योरिटी नंबर (SSN):** अगर आप, या आपके घर में कोई और, अमेरिकी नागरिक या क्वालीफाइड गैर-नागरिक नहीं है, तो आपको हमें SSN देने की आवश्यकता नहीं है। अगर अन्य कारण हैं कि आपको, या आपके घर में किसी के पास SSN नहीं है, तो कृपया नीचे लिखें। (उदाहरण: SSA आवेदन लंबित)
- अमेरिकी नागरिक:** आपको हमें केवल यह बताना होगा कि क्या कोई अमेरिकी नागरिक है अगर वे SNAP, नकद, चकितिसा या चाइल्ड केयर असिस्टेंस के लिए हैं।
- नस्ल/जातीयता:** 1964 के नागरिक अधिकार अधिनियम का शीर्षक VI हमें नस्लीय/जातीय (हस्पैनिक या लातीनी) जानकारी माँगने की अनुमति देता है। यह जानकारी प्रदान करना स्वैच्छिक है और इसका उपयोग केवल सूचना के उद्देश्यों के लिए किया जाता है। अगर आप हमें यह जानकारी नहीं देना चाहते हैं, तो इसका आपके मामले पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।

नाम	आपसे संबंध (जीवनसाथी, मतिर, आदि)	SSN (ऊपर नरिदेश देखें)	जन्म तथि	लगि	अमेरिकी नागरिक	हस्पैनिक या लातीनी	जाति
	स्वयं			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	

क्या आप शादीशुदा हैं? नहीं हाँ - यदि हाँ, तो पतिया पत्नी का नाम: _____

क्या आप या जसिके लिए आप आवेदन कर रहे हैं, गर्भवती हैं?

नहीं हाँ - अगर हाँ, तो नयित तारीख कौन और कब है? _____

क्या आपको या आपके द्वारा आवेदन किए जा रहे किसी अन्य व्यक्तिको घरेलू देखभाल या नर्सगि होम सेवाओं की आवश्यकता है?

नहीं हाँ - अगर हाँ, तो कौन? _____

क्या आप या आपके घर में कोई भी घर के अंदर या बाहर वकिलांग व्यक्तिकी देखभाल कर रहा है?

नहीं हाँ - अगर हाँ, तो कौन? _____

क्या आप या आपके घर में कोई सेना में है?

नहीं हाँ - अगर हाँ, तो कृपया लागू होने वाले सभी का चयन करें: एक्टवि ड्यूटी नेशनल गार्ड/रज़िर्व

क्या आप कभी चाइल्ड केयर फ्रॉड के दोषी पाए गए हैं? नहीं हाँ

स्टेप 8: 60 वर्ष या उससे ज़्यादा उम्र के घर के सदस्य

क्या कोई 60 वर्ष या उससे ज़्यादा उम्र का है?

नहीं - अगर नहीं, तो कृपया स्टेप 9 पर जाएँ।

हाँ - अगर हाँ, तो स्टेप 8 में नमिनलखिति प्रश्नों के उत्तर दें।

क्या यह व्यक्ति डिसिएबलिटी बेंफिट्स प्राप्त कर रहा है?

नहीं

हाँ - अगर हाँ, तो कसि स्रोत से? _____

क्या यह व्यक्ति विकलांगता के कारण भोजन पकाने में असमर्थ है?

नहीं

हाँ

अगर आपने स्टेप 8 में सभी तीन प्रश्नों के लिए "हाँ" का उत्तर दिया है, तो क्या यह व्यक्ति आपके साथ रहने वाले अन्य लोगों से अलग SNAP प्राप्त करना चाहता है?

नहीं

हाँ

स्टेप 9: हमें घर के वित्त के बारे में बताएँ

क्या आपको या आपके घर के लोगों को इस महीने आय* मल्लि है या मल्लिने की उम्मीद है?

नहीं

हाँ - अगर हाँ, तो कृपया नीचे दी गई तालिका को पूरा करें।

*आय का मतलब उन सभी पैसों से है जो आपको और आपके घर के लोगों को प्राप्त होते हैं। इसमें रोजगार या स्वरोजगार, चाइल्ड या स्पाउजल सपोर्ट, डिसिएबलिटी बेंफिट्स, रटियरमेंट बेंफिट्स, श्रमकि मुआवजा, बेरोजगारी मुआवजा, सामाजकि सुरक्षा, SSI, वेटेरन्स बेंफिट्स, Ohio Works First (OWF), व्यक्तियों से धन का उपहार आदि से आय शामिल है।

नाम	आय का प्रकार या एम्प्लॉयर का नाम	कतिनी बार प्राप्त हुआ (साप्ताहकि, साप्ताह में दो बार, आदि)	आय राशि (करों से पहले)	अंतिम बार प्राप्त होने की तारीख

आपके और आपके घर के लोगों के पास नकदी, चेकगि या बचत (जैसे बैंक खाते, वार्षकि, स्टॉक या बांड) के रूप में कतिनी राशि है?

कुल राशिका अपना सर्वोत्तम अनुमान दीजिए: \$ _____

क्या आपके और आपके घर के लोगों के पास नकदी, चेकगि या बचत (जैसे बैंक खाते, वार्षकि, स्टॉक या बॉन्ड) के रूप में कुल दस लाख डॉलर से अधिक धनराशि है?

नहीं

हाँ

क्या आपके घर में कसि ने पछिले 60 दिनों के अंदर नौकरी छोड़ दी या नौकरी खो दी?

नहीं

हाँ - अगर हाँ, तो कौन? _____

कब? _____

कसि कारण से? _____

क्या आपके घर में कोई नौकरी से हड़ताल पर है?

नहीं

हाँ - अगर हाँ, तो कौन? _____

यह फॉर्म अगले पेज पर जारी है



स्टेप 10: हमें आवेदक के घरेलू खर्चों के बारे में बताएँ

लागू होने वाले सभी की जाँच करें। हर व्यय के लिए राशि लिखें।

चाइल्ड/डिपेंडेंट केयर कॉस्ट्स:

प्रति माह भुगतान की गई अनुमानित राशि: \$ _____

आपके घर के बाहर किसी को कए गए चाइल्ड या स्पाउजल सपोर्ट पेमेंट्स प्रति माह भुगतान की जाने वाली अनुमानित राशि: \$ _____

वकिलांग या 60 साल या उससे अधिक उम्र के किसी भी व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय। इनमें मेडिकल बिलि, नुस्खे, हेल्थ इंश्योरेंस प्रीमियम, चिकित्सा नयुक्तियों के लिए परिवहन, या अन्य चिकित्सा सेवाओं जैसे खर्च शामिल हैं।
प्रति माह भुगतान की गई अनुमानित राशि: \$ _____

करिया, मोर्टगेज पेमेंट्स, बहुत करिया, संपत्तिकर, घर के मालिकों का बीमा, आदि।
प्रति माह भुगतान की गई अनुमानित राशि: \$ _____

आप हीट या एयर कंडीशनिंग के लिए भुगतान करते हैं? हां नहीं
में नमिनलखिति यूटिलिटीज के लिए भुगतान करता हूँ (लागू होने वाली सभी जाँचें):

दूरभाष

कचरा

सीवेज

पानी

इलेक्ट्रिक

गैस

स्टेप 11: अगर चाइल्ड केयर असिस्टेंस के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो कृपया हमें बताएँ कि आवेदक को चाइल्ड केयर की आवश्यकता क्यों है

अगर आप या आपके घर के लोग काम कर रहे हैं, स्कूल जा रहे हैं, या प्रशिक्षण कार्यक्रम में भाग ले रहे हैं, तो कृपया सभी क्वालीफाइंग गतिविधियों के साथ नीचे दी गई तालिका को पूरा करें। अगर नौकरी कर रहे हैं, तो कृपया अपने वर्तमान एम्पलॉयर का नाम बताएं। इसमें स्वरोजगार और विभिन्न नौकरियाँ शामिल हैं। यदि आपको अधिक जगह की आवश्यकता है, तो अपने उत्तर एक अतिरिक्त कागज पर लिखें और इसे इस फॉर्म के साथ संलग्न करें।

घर के सदस्य 1 नाम

एम्पलॉयर / स्कूल / प्रशिक्षण सूचना का नाम

एक्टिविटी फोन नंबर

प्रारंभ दिनांक / समाप्त दिनांक

पता

हाउसहोल्ड सदस्य कार्य / स्कूल / प्रशिक्षण अनुसूची

रविवार _____ से _____ तक	गुरुवार _____ से _____ तक
सोमवार _____ से _____ तक	शुक्रवार _____ से _____ तक
मंगलवार _____ से _____ तक	शनिवार _____ से _____ तक
बुधवार _____ से _____ तक	सप्ताह दर सप्ताह बदलता रहता है _____

घर के दूसरे सदस्य का नाम

एम्पलॉयर / स्कूल / प्रशिक्षण सूचना का नाम

एक्टिविटी फोन नंबर

प्रारंभ दिनांक / समाप्त दिनांक

पता

घरेलू सदस्य कार्य / स्कूल / प्रशिक्षण अनुसूची

रविवार _____ से _____ तक गुरुवार _____ से _____ तक
सोमवार _____ से _____ तक शुक्रवार _____ से _____ तक
मंगलवार _____ से _____ तक शनिवार _____ से _____ तक
बुधवार _____ से _____ तक सप्ताह दर सप्ताह बदलता रहता है _____

घर के तीसरे सदस्य का नाम

एम्पलॉयर / स्कूल / प्रशिक्षण सूचना का नाम

एक्टिविटी फ़ोन नंबर

प्रारंभ दिनांक / समाप्ति दिनांक

पता

घरेलू कार्य / स्कूल / प्रशिक्षण अनुसूची

रविवार _____ से _____ तक गुरुवार _____ से _____ तक
सोमवार _____ से _____ तक शुक्रवार _____ से _____ तक
मंगलवार _____ से _____ तक शनिवार _____ से _____ तक
बुधवार _____ से _____ तक सप्ताह दर सप्ताह बदलता रहता है _____

स्टेप 12: हमें उस बच्चे (बच्चों) के बारे में बताएँ जिसे चाइल्ड केयर की आवश्यकता है

बच्चा 1 - नाम (पहला, मध्य, अंतिम)

बच्चे की मां का पहला नाम

जन्म का शहर

आवेदक से संबंध

बच्चे की पसंदीदा बोली जाने वाली भाषा

क्या बच्चा अमेरिकी नागरिक है या क्वालीफाइड गैर-नागरिक है? **नोट:** चाइल्ड केयर अससिस्टेंस प्राप्त करने के लिए आपको वेरिफिकेशन प्रदान करना होगा।
हाँ **नहीं** - मेरा बच्चा अमेरिका का नागरिक **नहीं** है नागरिक या एक क्वालीफाइड गैर-नागरिक

बच्चे की ज़रूरतें: क्या बच्चे को प्रोटेक्टिवि चाइल्ड केयर की आवश्यकता है?**हाँ****नहीं** - मेरे बच्चे कोअगर **हाँ**, तो क्या कोई केस प्लान है?प्रोटेक्टिवि चाइल्ड केयर की आवश्यकता **नहीं** है**नहीं** - मेरे बच्चे के पास केस प्लान **नहीं** है

क्या बच्चा हेड स्टार्ट में है?

हाँ उनका शेड्यूल क्या है? _____ से _____ तक**नहीं** - मेरा बच्चा हेड स्टार्ट में **नहीं** है

दनि/घंटे चाइल्ड केयर की ज़रूरत है

बुधवार _____ से _____ तक
रविवार _____ से _____ तक गुरुवार _____ से _____ तक
सोमवार _____ से _____ तक शुक्रवार _____ से _____ तक
मंगलवार _____ से _____ तक शनिवार _____ से _____ तक

प्रोवाइडर का नाम

प्रोवाइडर का पता

शहर

राज्य

पनि कोड

बच्चा 2

बच्चा 2 - नाम (पहला, मध्य, अंतिम)	बच्चे की मां का पहला नाम	जन्म का शहर		
आवेदक से संबंध	बच्चे की पसंदीदा बोली जाने वाली भाषा			
क्या बच्चा अमेरिकी नागरिक है या क्वालीफाइड गैर-नागरिक है? नोट: चाइल्ड केयर अससिस्टेंस प्राप्त करने के लिए आपको वेरिफिकेशन प्रदान करना होगा।				
हाँ नहीं - मेरा बच्चा अमेरिका का नागरिक नहीं है नागरिक या एक क्वालीफाइड गैर-नागरिक				
बच्चे की ज़रूरतें: क्या बच्चे को प्रोटेक्टिव चाइल्ड केयर की आवश्यकता है?				
हाँ नहीं - मेरे बच्चे को प्रोटेक्टिव चाइल्ड केयर की आवश्यकता नहीं है				
अगर हाँ, तो क्या कोई केस प्लान है?				
हाँ नहीं - मेरे बच्चे के पास केस प्लान नहीं है				
क्या बच्चा हेड स्टार्ट में है?				
हाँ उनका शेड्यूल क्या है? _____ से _____ तक नहीं - मेरा बच्चा हेड स्टार्ट में नहीं है				
दनि/घंटे चाइल्ड केयर की ज़रूरत है				
बुधवार _____ से _____ तक				
रविवार _____ से _____ तक गुरुवार _____ से _____ तक				
सोमवार _____ से _____ तक शुक्रवार _____ से _____ तक				
मंगलवार _____ से _____ तक शनिवार _____ से _____ तक				
प्रोवाइडर का नाम	प्रोवाइडर का पता	शहर	राज्य	पनि कोड

बच्चा 3

बच्चा 3 - नाम (पहला, मध्य, अंतिम)	बच्चे की मां का पहला नाम	जन्म का शहर		
आवेदक से संबंध	बच्चे की पसंदीदा बोली जाने वाली भाषा			
क्या बच्चा अमेरिकी नागरिक है या क्वालीफाइड गैर-नागरिक है? नोट: चाइल्ड केयर अससिस्टेंस प्राप्त करने के लिए आपको वेरिफिकेशन प्रदान करना होगा।				
हाँ नहीं - मेरा बच्चा अमेरिका का नागरिक नहीं है नागरिक या एक क्वालीफाइड गैर-नागरिक				
बच्चे की ज़रूरतें: क्या बच्चे को प्रोटेक्टिव चाइल्ड केयर की आवश्यकता है?				
हाँ नहीं - मेरा बच्चे को प्रोटेक्टिव चाइल्ड केयर की आवश्यकता नहीं है				
अगर हाँ, तो क्या कोई केस प्लान है?				
हाँ नहीं - मेरे बच्चे के पास केस प्लान नहीं है				
क्या बच्चा हेड स्टार्ट में है?				
हाँ उनका शेड्यूल क्या है? _____ से _____ तक नहीं - मेरा बच्चा हेड स्टार्ट में नहीं है				
दनि/घंटे चाइल्ड केयर की ज़रूरत है				
बुधवार _____ से _____ तक				
रविवार _____ से _____ तक गुरुवार _____ से _____ तक				
सोमवार _____ से _____ तक शुक्रवार _____ से _____ तक				
मंगलवार _____ से _____ तक शनिवार _____ से _____ तक				
प्रोवाइडर का नाम	प्रोवाइडर का पता	शहर	राज्य	पनि कोड

बच्चा 4

बच्चा 4 - नाम (पहला, मध्य, अंतमि)	बच्चे की मां का पहला नाम	जन्म का शहर		
आवेदक से संबंध	बच्चे की पसंदीदा बोली जाने वाली भाषा			
क्या बच्चा अमेरिकी नागरिक है या क्वालीफाइड गैर-नागरिक है? नोट: चाइल्ड केयर अससिस्टेंस प्राप्त करने के लिए आपको वेरिफिकेशन प्रदान करना होगा।				
हाँ नहीं - मेरा बच्चा अमेरिका का नागरिक नहीं है नागरिक या एक क्वालीफाइड गैर-नागरिक				
बच्चे की ज़रूरतें: क्या बच्चे को प्रोटेक्टिव चाइल्ड केयर की आवश्यकता है? हाँ नहीं - मेरे बच्चे को प्रोटेक्टिव चाइल्ड केयर की आवश्यकता नहीं है				
अगर हाँ, तो क्या कोई केस प्लान है? हाँ नहीं - मेरे बच्चे के पास केस प्लान नहीं है				
क्या बच्चा हेड स्टार्ट में है?				
हाँ उनका शेड्यूल क्या है? _____ से _____ तक नहीं - मेरा बच्चा हेड स्टार्ट में नहीं है				
दनि/घंटे चाइल्ड केयर की ज़रूरत है				
रविवार _____ से _____ तक	बुधवार _____ से _____ तक	गुरुवार _____ से _____ तक		
सोमवार _____ से _____ तक	शुक्रवार _____ से _____ तक	शनिवार _____ से _____ तक		
मंगलवार _____ से _____ तक				
प्रोवाइडर का नाम	प्रोवाइडर का पता	शहर	राज्य	पनि कोड
क्या आपके बच्चे को कोई लंबे समय से स्वास्थ्य समस्या, वकिलात्मक वकिलांगता या खास ज़रूरत है?				
हाँ - मेरे बच्चे को लंबे समय से कोई स्वास्थ्य समस्या, वकिलात्मक वकिलांगता या खास आवश्यकता नहीं है				
हाँ - कृपया नीचे दिए गए चार्ट को भरें:				
नाम (पहला, मध्य, अंतमि)		बच्चे की खास ज़रूरतों के बारे में बताएँ		

यह फॉर्म अगले पेज पर जारी है



स्टेप 13: हमें उन बच्चों की स्कूल उपस्थिति के बारे में बताएँ जिन्हें देखभाल की आवश्यकता है

नोट: अगर कोई बच्चा कडिगार्टन या बड़ी कक्षा वाले स्कूल में जा रहा है या जाएगा तो इस अनुभाग को पूरा करें

बच्चे का नाम (पहला, मध्य, अंतिम)	वर्तमान ग्रेड लेवल	स्कूल का नाम और पता	स्कूल का समय (उदा.: सुबह 8 बजे से दोपहर 3 बजे तक)	कडिगार्टन का शेड्यूल	स्कूल प्रारंभ वर्ष/ समाप्ति तिथि
				सुबह शाम पूरा दिन	
				सुबह शाम पूरा दिन	
				सुबह शाम पूरा दिन	
				सुबह शाम पूरा दिन	

स्टेप 14: कृपया नमिनलखिति जानकारी की सावधानीपूर्वक समीक्षा करें और अंतिम पेज पर हस्ताक्षर करें

इस आवेदन पर हस्ताक्षर करके:

- ▶ **सभी कार्यक्रमों (SNAP, नकद, चाइल्ड केयर, और/या मेडिकल असिस्टेंस) के लिए, मैं स्वीकार करता/करता हूँ और सहमत हूँ:**
 - इस फॉर्म पर प्रश्नों के लिए और झूठी गवाही के दंड के तहत प्रमाणित करें कि मेरे सभी उत्तर मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही और पूरण हैं, जिसमें सहायता के लिए आवेदन करने वाले प्रत्येक परिवार के सदस्य की नागरिकता या इमाइग्रेशन स्टेटस के बारे में जानकारी भी शामिल है।
 - काउंटी जॉब एंड फैमिली सर्विसिज (JFS) कार्यालय मेरी पात्रता और सहायता के स्तर और/या कुछ मामलों में आवश्यक प्रमाण प्राप्त करने के लिए अन्य व्यक्तियों या संगठनों से संपर्क कर सकता है, मुझसे उन संपर्कों को बनाने के लिए काउंटी JFS कार्यालय को सहमत देने के लिए कहा जा सकता है।
 - मुझे पतिव्रत स्थापित करने या समर्थन आदेश स्थापित करने या लागू करने में बाल सहायता प्रवर्तन एजेंसी (CSEA) के साथ सहयोग करने की आवश्यकता हो सकती है। यदि मुझे CSEA के साथ सहयोग करने की आवश्यकता है, तो मेरी ओर से एजेंसी को एक रेफरल सबमिट किया जाएगा। मैं यह भी समझता हूँ कि अगर मुझे CSEA के साथ सहयोग करने की आवश्यकता नहीं है, तो मैं बाल सहायता सेवाओं (JFS फॉर्म 07076) के लिए आवेदन पूरा करके बाल सहायता सेवाओं का अनुरोध कर सकता हूँ।
 - जब तक मैं सहयोग करता हूँ तब तक काउंटी JFS कार्यालय आवश्यक सत्यापन प्राप्त करने में मेरी सहायता कर सकता है।
 - धोखाधड़ी से ऐसी सहायता प्राप्त करने के दोषी व्यक्तियों के लिए, जिसके लिए वह पात्र नहीं है, कानून ज़रमाना या कारावास या दोनों का प्रावधान करता है।
 - नीचे दिए गए मेरे हस्ताक्षर काउंटी JFS कार्यालय को मेरे बच्चे/पति/पितृनी/चकित्सा सहायता आय को सत्यापित करने के लिए सपोर्ट एनफोर्समेंट ट्रैकिंग सिस्टम (एसईटीएस) में उपलब्ध जानकारी तक पहुंचने की अनुमति देते हैं।
 - गैर-नागरिकि घरेलू सदस्यों की स्थिति व्यवस्थिति विदेशी सत्यापन और पात्रता (SAVE) प्रणाली के माध्यम से यूएससीआईएस को आवेदन से जानकारी जमा करने के माध्यम से संयुक्त राज्य नागरिकता और इमाइग्रेशन सेवाओं (USCIS) द्वारा सत्यापन के अधीन हो सकती है। USCIS से प्राप्त प्रस्तुत जानकारी परिवार की पात्रता और लाभ के स्तर को प्रभावित कर सकती है।
 - नीचे मेरा हस्ताक्षर मेरी सहमति देता है और काउंटी JFS कार्यालय को इस मामले में बच्चों की नागरिकता की स्थिति की पुष्टि करने और अतिरिक्त सार्वजनिक सहायता की प्राप्ति के वेरिफिकेशन के उद्देश्य से Ohio Benefits Worker Portal तक पहुंचने के लिए ऑथोराइज करता है। मैं काउंटी JFS कार्यालय को लिखित रूप में सूचित करके किसी भी समय इस प्राधिकरण को रद्द कर सकता हूँ।
 - यदि आप अपने मामले पर की गई कार्रवाई से असहमत हैं तो आपको काउंटी कॉन्फ्रेंस और स्टेट हियरिंग का अनुरोध करने का अधिकार है। काउंटी कॉन्फ्रेंस का अनुरोध करने के लिए आपको अपने काउंटी JFS कार्यालय से संपर्क करना चाहिए या मेल से प्राप्त नोटिस की समीक्षा करनी चाहिए।

स्टेप 14: कृपया नमिनलखिति जानकारी की समीक्षा करें और हस्ताक्षर करें (जारी)

- ▶ अगर मैंने SNAP बेनफिटिस के लिए आवेदन किया है, तो मैं स्वीकार करता/करती हूँ और सहमत हूँ:
 - इस आवेदन पर हस्ताक्षर करके, उस जानकारी का अनुरोध आय और पात्रता सत्यापन प्रणाली (IEVS) से किया जाएगा और मेरी पात्रता निर्धारित करने के लिए जो भी संपर्क आवश्यक है, उसके माध्यम से जानकारी सत्यापित की जा सकती है।
 - सामाजिक सुरक्षा संख्या (SSNs) का उपयोग घर के सदस्यों की पहचान की जांच करने, डुप्लिकेट भागीदारी को रोकने और मेरे मामले में बदलाव करने के लिए किया जाएगा। यदि घर का कोई सदस्य अपना एसएसएन प्रदान नहीं करता है, तो उन्हें गैर-आवेदक के रूप में नामित किया जाएगा। इसका मतलब है कि उन्हें आवेदक के रूप में नहीं माना जाएगा और वे SNAP के लिए पात्र नहीं होंगे। घर के प्रत्येक सदस्य के SSN सहित कोई भी मांगी गई जानकारी प्रदान करना स्वैच्छिक है। हालांकि, सहायता के लिए मेरी पात्रता स्थापित करने के लिए अनुरोधित जानकारी प्रदान करने में वफिलता के परिणामस्वरूप मेरे घर को SNAP लाभों से वंचित या कम कर दिया जाएगा। कानून से बचने के लिए भागने वाले व्यक्तियों को पकड़ने के उद्देश्य से आवेदन पर इकट्ठा की गई जानकारी कानून प्रवर्तन अधिकारियों को बताई जा सकती है।
 - यदि कोई अदालत मुझे न्यतिरति पदार्थ की बिक्री से जुड़े लेनदेन में लाभ प्राप्त करने या उपयोग करने का दोषी पाती है, तो मैं पहले अपराध के लिए दो साल तक और दूसरे अपराध के लिए स्थायी रूप से लाभ के लिए पात्र नहीं रहूंगा।
 - यदि कानून की अदालत मुझे आगनेयास्त्रों, गोला-बारूद या वसिफोटकों की बिक्री से जुड़े लेनदेन में लाभ का उपयोग करने या प्राप्त करने का दोषी पाती है, तो मैं इस तरह के उल्लंघन के पहले अपराध पर एसएनएपी में भाग लेने के लिए स्थायी रूप से अयोग्य हो जाऊंगा।
 - SNAP लाभ ओहयिो डायरेक्शन कार्ड पर जारी किए जाते हैं और मुझे आगनेयास्त्रों या न्यतिरति पदार्थों को खरीदने या बेचने के लिए अपने SNAP लाभों का उपयोग करने से प्रतिबंधित किया गया है। मैं समझता हूँ कि मैं केवल पात्र वस्तुओं को खरीदने के लिए SNAP बेनफिटिस का उपयोग कर सकता हूँ। मैं गैर-खाद्य पदार्थों जैसे मादक पेय, तंबाकू, आदि खरीदने के लिए SNAP लाभों का उपयोग नहीं कर सकता।
 - मेरे घर का कोई भी सदस्य जो जानबूझकर नयिम तोड़ता है, उसे पहले अपराध के लिए एक वर्ष, दूसरे अपराध के लिए दो साल और तीसरे अपराध के लिए स्थायी रूप से SNAP नहीं मलि सकता है।
 - यदि कानून की अदालत मुझे \$500 या अधिक की कुल राशि के लिए तसकरी के बेनफिटिस का दोषी पाती है, तो मैं इस तरह के उल्लंघन के पहले अपराध पर SNAP में भाग लेने के लिए स्थायी रूप से डिसक्वालीफाइड हो जाऊंगा।
 - मुझे SNAP लाभों को बेचने, व्यापार करने या खरीदने से प्रतिबंधित किया गया है और मैं अपने घर के लिए किसी और के SNAP लाभों का उपयोग नहीं कर सकता। मुझे इनमें से किसी भी उल्लंघन के लिए SNAP कार्यक्रम से डिसक्वालीफाइड घोषित किया जा सकता है।
 - मैं किसी ऐसे व्यक्ति के लिए भोजन खरीदने के लिए लाभों का उपयोग नहीं कर सकता जो मेरे घर का सदस्य नहीं है।
 - यदि मुझे एक साथ कई SNAP लाभ प्राप्त करने के लिए पहचान या नविस स्थान के संबंध में कोई कपटपूर्ण बयान या प्रतिनिधित्व करते हुए पाया जाता है, तो मैं 10 वर्षों की अवधि के लिए SNAP में भाग लेने के लिए अयोग्य हो जाऊंगा।
 - SNAP लाभों के लिए मेरे आवेदन के साथ प्रदान की गई जानकारी संधीय, राज्य और स्थानीय अधिकारियों द्वारा सत्यापन के अधीन होगी ताकि यह निर्धारित किया जा सके कि क्या जानकारी तथ्यात्मक है और यदि कोई जानकारी गलत है, तो मेरे SNAP लाभों से इनकार किया जा सकता है। जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करने के लिए मुझ पर आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है।
 - अगर मुझे SNAP लाभ प्राप्त होते हैं जो मुझे नहीं मलिन चाहिए थे:
 - मुझे लाभ चुकाने का आदेश दिया जा सकता है
 - मुझ पर धोखाधड़ी का आरोप लगाया जा सकता है
 - मुझ पर जुरमाना लगाया जा सकता है (\$250,000 तक) या जेल भेजा जा सकता है (20 साल तक) या दोनों
 - मुझे भवषिय में लाभ प्राप्त करने से प्रतिबंधित किया जा सकता है।
 - यदि मेरा अधिकृत प्रतिनिधि गलत जानकारी देता है तो मुझे मलिन वाले किसी भी SNAP लाभ के लिए मुझे उत्तरदायी ठहराया जाएगा, जो मुझे नहीं मलिन चाहिए था।
 - अगर मैं अपने मामले पर की गई कार्रवाई से सहमत नहीं हूँ, तो मैं काउंटी सम्मेलन या राज्य की सुनवाई के लिए फाइल कर सकता हूँ। मैं एक काउंटी सम्मेलन या राज्य सुनवाई ऑनलाइन के लिए पूछ सकता हूँ, ईमेल या मेल हो सकता हूँ, या अपने काउंटी JFS कार्यालय से संपर्क कर सकता हूँ। मैं अपने हस्ताक्षरित प्राधिकरण के साथ किसी को मेरे स्थान पर सुनवाई में भाग लेने के लिए कह सकता हूँ।
 - यदि मेरा मामला यह सुनिश्चित करने के लिए यादृच्छिक रूप से चुना गया है कि मैं प्राप्त होने वाली सहायता के लिए पात्र हूँ और मुझे सही राशि मलि रही है, तो मेरे मामले की समीक्षा होने पर मुझे सहयोग करना चाहिए। अगर मैं समीक्षा में सहयोग करने से इनकार करता हूँ, तो मेरे बेनफिटिस समाप्त हो सकते हैं।
 - आवेदन करने के 60 दिनों के भीतर और बेनफिटिस प्राप्त करते समय किसी भी समय, किसी नयिोजति या स्व-नयिोजति व्यक्ति को SNAP में भाग लेने के लिए पात्र बने रहने के लिए स्वैच्छा से और बनिा किसी अचछे कारण के नौकरी नहीं छोड़नी चाहिए या काम के घंटों को प्रति सप्ताह 30 घंटे से कम नहीं करना चाहिए या संधीय न्यूनतम वेतन x 30 घंटे से कम नहीं कमना चाहिए।
- ▶ अगर मैंने कैश अससिर्टेस बेनफिटिस के लिए आवेदन किया है, तो मैं स्वीकार करता/करती हूँ और सहमत हूँ:
 - इस आवेदन पर हस्ताक्षर करने और OWF कैश अससिर्टेस प्राप्त करने से, मुझे पतित्व स्थापित करने या समर्थन आदेश स्थापित करने या लागू करने में स्थानीय चाइल्ड केयर एनफोरसमेंट एजेंसी (CSEA) के साथ सहयोग करने की आवश्यकता हो सकती है। अगर मुझे स्थानीय चाइल्ड केयर एनफोरसमेंट एजेंसी (CSEA) के साथ सहयोग करने की आवश्यकता होती है, तो मेरी ओर से एजेंसी को एक रेफरल पेश किया जाएगा और सभी सहायता के लिए कोई भी अधिकार

स्टेप 14: कृपया नमिनलखिति जानकारी की समीक्षा करें और हस्ताक्षर करें (जारी)

मेरे और अससिस्टेंस समूह के नाबालगि बच्चों को ओहियो राज्य को सौंपा जाएगा।

- इस आवेदन पर हस्ताक्षर करके और OWF कैश अससिस्टेंस प्राप्त करके, मैं ओहियो राज्य को चाइल्ड या स्पाउजल सपोर्ट का कोई भी अधिकार सौंप रहा हूँ जो Ohio Works First पात्रता अवधि के दौरान मेरे और/या अससिस्टेंस समूह में नाबालगि बच्चों पर बकाया है।
- EPPICard™ पर कैश बेनफिटिस जारी किए जाते हैं। EPPICard™ का उपयोग मास्टरकार्ड सदस्य बैंकों, एटीएम और मास्टरकार्ड स्वीकार करने वाले अधिकांश खुदरा विक्रेताओं पर किया जा सकता है। मैं अपने EPPICard का उपयोग शराब की दुकानों, कैसीनो, गेमगि प्रतष्ठानों या किसी भी खुदरा प्रतष्ठानों में नहीं कर सकता, जो वयस्कों के लिए मनोरंजन प्रदान करते हैं, जसमें कलाकार मनोरंजन के उद्देश्य से कपड़े उतारते हैं या बनिा कपड़ों के परदर्शन करते हैं।
- मुझे अपने EPPICard™ को बेनफिटिस मलिन और मेरा पहला कार्ड जारी होने के 90 दिनों के भीतर सक्रिय करना होगा और यदि मेरा EPPICard™ 90 दिनों के भीतर सक्रिय नहीं होता है, तो मेरे बेनफिटिस मेरे खाते से हटा दिए जाएंगे।
- ▶ अगर मैंने चाइल्ड केयर बेनफिटिस के लिए आवेदन किया है, तो मैं स्वीकार करता/करती हूँ और सहमत हूँ:
 - मेरा काउंटी JFS कार्यालय या ODJFS मेरे चाइल्ड केयर एप्लिकेशन की स्वीकृति, अस्वीकृति और परस्तुति की स्थिति को इस आवेदन में वर्णित प्रोवाइडर या मेरे आवेदन में परिवर्तन के परिणामस्वरूप नामति किसी भी प्रोवाइडर के साथ साझा कर सकता है। मैं समझता हूँ कि इस एप्लिकेशन पर सूचीबद्ध नहीं किए गए किसी भी प्रदाता को इस जानकारी को साझा करने के लिए ओहियो संशोधित कोड के अनुसार एक अलग रिलीज पर हस्ताक्षर करने की आवश्यकता होगी।
 - मैं पब्लिकलि फंडेड चाइल्ड केयर (PFCC) बेनफिटिस का उपयोग केवल उन बच्चों के लिए कर पाऊंगा जो इसके पात्र हैं और केवल काउंटी JFS कार्यालय द्वारा ऑथोराइज्ड अधिकतम घंटों तक ही। PFCC बेनफिटिस के लिए पात्र बने रहने के लिए, आवश्यक सह-भुगतान (यदि लागू हो) मुझे प्रोवाइडर को देना होगा। आवश्यक सह-भुगतान का भुगतान करने में वफिलता के परिणामस्वरूप PFCC लाभों की समाप्ति हो सकती है।
 - अगर मुझे बाल देखभाल सहायता के लिए अनुमोदति किया जाता है, तो मैं एक स्वचालित उपस्थिति ट्रैकिंग प्रणाली का उपयोग करके बाल देखभाल कार्यक्रम में अपने बच्चे की उपस्थिति को सटीक रूप से रिकॉर्ड करने के लिए जमिमेदार रहूंगा। इसमें ससिस्टम में पंजीकरण करना और व्यक्तिगत पहचान जानकारी बनाना शामिल है जसका उपयोग मैं ससिस्टम तक पहुंचने और अपने इलेक्ट्रॉनिक हस्ताक्षर के रूप में करने के लिए करूंगा। मैं समझता हूँ कि मेरे चाइल्ड केयर प्रोवाइडर को मेरी ओर से मेरे बच्चे की उपस्थिति दर्ज करने की अनुमति नहीं है और हो सकता है कि उसे मेरी व्यक्तिगत पहचान संबंधी जानकारी तक पहुंच न हो। मैं समझता/समझती हूँ कि उपस्थिति ट्रैकिंग प्रणाली लॉग-इन और लॉग-आउट प्रक्रिया के भाग के रूप में मेरी या मेरे नामति व्यक्ति/प्रायोजक की तस्वीर ले सकती है। मैं समझता/समझती हूँ कि कार्यक्रम में मेरे बच्चे की उपस्थिति के संबंध में उपस्थिति ट्रैकिंग प्रणाली में मेरे प्रोवाइडर द्वारा किए गए किसी भी परिवर्तन को अनुमोदति करने की जमिमेदारी मेरी है।
 - अगर मेरा बच्चा स्टेप अप टू क्वालिटि रेटेड कार्यक्रम में भाग लेता है और अगर मेरे बच्चे का मूल्यांकन पूरा हो जाता है, तो डेटा इकट्ठा किया जाएगा और ODJFS को रिपोर्ट किया जाएगा।
 - मुझे बाल देखभाल पात्रता निर्धारित करने की आवश्यकताओं, मेरे पात्र न होने के कारणों, राज्य सुनवाई के मेरे अधिकार, और काउंटी जेएफएस कार्यालय में परिवर्तनों की रिपोर्ट करने की मेरी जमिमेदारी और जुरमाने के संबंध में स्पष्टीकरण प्राप्त हुआ है, जसमें स्वचालित बाल देखभाल उपस्थिति ट्रैकिंग प्रणाली के दुरुपयोग सहित, जानकारी को जानबूझकर रोकने या गलत ठहराने या बाल देखभाल लाभों के दुरुपयोग के लिए संभावित नागरिक कार्रवाई या आपराधिक मुकदमा शामिल है।
 - मुझे काउंटी JFS कार्यालय को मेरी पात्रता को प्रभावित करने वाले किसी भी बदलाव की रिपोर्ट करनी चाहिए, जसमें परिवार की आय, रोजगार / प्रशिक्षण / शिक्षा के घंटे, परिवार का आकार और पता शामिल है। मैं समझता हूँ कि मुझे परिवर्तनों के होने के 10 दिनों के भीतर रिपोर्ट करना होगा।
 - मेरा हस्ताक्षर इस आवेदन पर सूचीबद्ध प्रत्येक बच्चे के लिए ससिस्टम जेनरेट किए गए राज्यव्यापी छात्र पहचानकर्ता (SSID) जारी करने की सहमति भी देता है।
 - बाल देखभाल प्रदाताओं के बारे में जानकारी:
 - माता-पति सार्वजनिक रूप से वित्त पोषित बाल देखभाल की पेशकश करने के लिए अनुमोदति किसी भी कार्यक्रम का चयन कर सकते हैं। इन कार्यक्रमों में ओहियो राज्य भर में स्थिति केंद्र, पारिवारिक बाल देखभाल गृह, घरेलू सहायक और बाल दविस शविरि शामिल हैं।
 - अगर आप एक प्रोवाइडर का चयन करने में सहायता चाहते हैं, तो आप अपने स्थानीय चाइल्ड केयर रसिोर्स एवं रेफरल एजेंसी से संपर्क कर सकते हैं।
 - आप <https://childcaresearch.ohio.gov> पर अपने बच्चे की देखभाल की आवश्यकताओं के अनुरूप कार्यक्रमों को देखने के लिए हमारी चाइल्ड केयर डायरेक्टरी का उपयोग कर सकते हैं। निर्देशिका आपको स्थान, कार्यक्रम के प्रकार, दी जाने वाली सेवाओं और संचालन के दिनों और घंटों के आधार पर खोज करने की अनुमति देती है। प्रत्येक कार्यक्रम के बारे में जानकारी प्रदान की जाती है जसमें स्टेप अप टू क्वालिटि रेटिंग, कोई अतिरिक्त मान्यता या संबद्धता, लाइसेंसिंग निरीक्षण और प्रमाणित शिकायतें शामिल हैं।
 - स्टेप अप टू क्वालिटि कार्यक्रम, परिवारों को ऐसे चाइल्ड केयर प्रोग्राम चुनने में मदद करता है जो लाइसेंसिंग के न्यूनतम मानकों से परे हैं। रेटेड कार्यक्रम अलग-अलग तरीकों से गुणवत्ता के उच्च स्तर का प्रदर्शन करते हैं। अगर आप स्टेप अप टू क्वालिटि कार्यक्रम के बारे में अधिक जानकारी चाहते हैं, तो DCY चाइल्ड केयर वेबसाइट पर जाएं: <https://jfs.ohio.gov/child-care/step-up-to-quality/for-families>.
 - आप अपने बच्चे के लिए Medicaid स्वास्थ्य जांच और प्रारंभिक इंटरवेंशन सर्वसिज के बारे में अधिक जानने के लिए हमारी वेबसाइट पर भी जा सकते हैं। इस जानकारी के लिए, <https://jfs.ohio.gov/child-care/resources/02-special-needs-child-care> पर जाएं।
 - अगर आप लाइसेंसिंग नियमों के संदिग्ध उल्लंघन के संबंध में किसी प्रोवाइडर के बारे में शिकायत करना चाहते हैं, तो आप चाइल्ड केयर पॉलिसी हेल्प डेस्क से 1-877-302-2347, विकल्प 4 पर संपर्क कर सकते हैं।

- **यदि मैंने मेडिकल अससिस्टेंस बेनफिट्स के लिए आवेदन किया है, तो मैं स्वीकार करता/करती हूँ और सहमत हूँ:**
- झूठी गवाही के दंड के अंतर्गत, मैंने सभी वार्षिकी और अन्य समान वित्तीय साधनों का खुलासा कर दिया है, जिनमें मेरा और/या मेरे पति/पत्नी का कोई हति है।
 - इस आवेदन पर हस्ताक्षर करके और Medicaid प्राप्त करके, मैं ओहियो राज्य को चिकित्सा सहायता के लिए किसी भी अधिकार और मेडिकल अससिस्टेंस के लिए उत्तरदायी तीसरे पक्ष द्वारा भुगतान के किसी भी अधिकार को सौंप रहा हूँ, जो मुझे और/या मेरे सहायता समूह में नाबालग बच्चे को देय है। मैं समझता हूँ कि मुझे अपने हेल्थ इंश्योरेंस के बारे में या मेरे चिकित्सा व्यय के लिए ज़िम्मेदार किसी तीसरे पक्ष के बारे में Ohio Department of Medicaid को बताना होगा। मैं वंश को पूर्व पति/पत्नी या माता-पिता से चिकित्सा सहायता प्राप्त करने का अधिकार देता हूँ। अगर मुझे लगता है कि चिकित्सा सहायता प्राप्त करने में सहयोग करने से मेरे बच्चे या मुझे नुकसान होगा, तो मैं समझता हूँ कि मैं वंश को बता सकता हूँ और मुझे सहयोग करने की आवश्यकता नहीं भी हो सकती है।
 - Ohio Department of Medicaid मेरे उत्तरों की जांच सोशल सिक्योरिटी नंबर और कंप्यूटर डेटा स्रोतों से प्राप्त जानकारी का उपयोग करके करेगा, जिसमें आंतरिक राजस्व सेवा (आईआरएस), सामाजिक सुरक्षा प्रशासन (SSA), होमलैंड सुरक्षा वंश (DHS) और अन्य शामिल हैं। अगर जानकारी मेल नहीं खाती तो Ohio Department of Medicaid मुझे अधिक जानकारी भेजने के लिए कह सकता है।
 - मेडिकल अससिस्टेंस के लिए मेरी पात्रता निर्धारित करने के लिए Ohio Department of Medicaid बैंकों, क्रेडिट यूनियनों या अन्य वित्तीय संस्थाओं से मेरे वित्तीय संसाधनों के बारे में जानकारी प्राप्त करेगा। यह जानकारी प्राप्त करने का ऑथोराइजेशन तब तक प्रभावी रहेगा जब तक:
 - मेडिकल अससिस्टेंस के लिए मेरा आवेदन अस्वीकार कर दिया गया है; या
 - मेडिकल अससिस्टेंस के लिए मेरी पात्रता समाप्त हो गई है; या
 - मैं Ohio Department of Medicaid को लिखित रूप से सूचित करता हूँ कि मैं अपना ऑथोराइजेशन समाप्त करना चाहता हूँ।
 - अगर मैं वित्तीय संस्थाओं से मेरे बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए Ohio Department of Medicaid को ऑथोराइज करने से इनकार करता हूँ, या मैं अपना ऑथोराइजेशन समाप्त करने का निर्णय लेता हूँ, तो मैं समझता हूँ कि मेरी मेडिकल अससिस्टेंस अस्वीकार की जा सकती है या बंद की जा सकती है।
 - अगर मैं स्थायी रूप से संस्थागत हूँ या Medicaid बेनफिट्स प्राप्त करते समय मेरी आयु 55 वर्ष या उससे अधिक है, तो मेरी मृत्यु के बाद एस्टेट रिकवरी प्रोग्राम Medicaid द्वारा भुगतान की गई मेरी देखभाल की लागत के भुगतान को मेरी संपत्ति से वसूल सकता है। मेरी देखभाल की लागत में कैपिटेशन भुगतान शामिल हो सकता है जो मेडिकेड मेरी प्रबंधित देखभाल योजना को भुगतान करता है, भले ही कैपिटेशन भुगतान वास्तव में प्राप्त सेवाओं की लागत से ज़्यादा हो।
 - मैं स्वास्थ्य देखभाल, चिकित्सा आपूर्ति या सेवाएँ प्रदान करने वाले किसी भी व्यक्ति को Ohio Department of Medicaid, ओहियो नौकरी और परिवार सेवा वंश, या ओहियो स्वास्थ्य वंश को मेडिकेड कार्यक्रम, WIC और अन्य मेडिकल अससिस्टेंस कार्यक्रमों के तहत प्रदान की गई सेवाओं की सीमा, अवधि और दायरे से संबंधित कोई भी जानकारी देने के लिए ऑथोराइज करता/करती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि मैं बताए गए वंशों को मेरे द्वारा प्रदान की गई किसी भी जानकारी का आदान-प्रदान करने के लिए ऑथोराइज करता/करती हूँ, ताकि वंश मेडिकल अससिस्टेंस बेनफिट्स के लिए मेरी पात्रता निर्धारित कर सकें।
 - Medicaid कार्यक्रम को प्रबंधित देखभाल योजना में अधिकांश प्राप्तकर्ताओं के लिए नामांकन की आवश्यकता होती है। अगर आप मेडिकेड के लिए पात्र निर्धारित हैं तो आपको इस बारे में मेल में जानकारी प्राप्त होगी।
 - हेल्थचेक कार्यक्रम 21 वर्ष से कम आयु के सभी Medicaid पात्र बच्चों और गर्भवती महिलाओं को नविकर स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करता है। Medicaid के लिए पात्र बच्चों को दृष्टि और श्रवण के लिए निःशुल्क हेल्थचेक जांच मल्लि सकती है।

मैं _____ कार्यक्रम के लिए अपना प्रतिनिधि बनने के लिए ऑथोराइज करता/करती हूँ।
(ऑथोराइज्ड रपिजेंटेटिव का नाम) (उदाहरण के लिए: SNAP, OWF)

- Medicaid के लिए: आपको ODM 06723 "ऑथोराइज्ड रपिजेंटेटिव का पदनाम" फॉर्म भरना होगा
- अगर आपको एक से अधिक ऑथोराइज्ड रपिजेंटेटिव की आवश्यकता है, तो कृपया अपने काउंटी JFS कार्यालय से संपर्क करें।

 आवेदक या ऑथोराइज्ड रपिजेंटेटिव के हस्ताक्षर	तारीख
आवेदक या अधिकृत प्रतिनिधि का प्रिंट नाम	तारीख

- आवेदन समाप्त -

इस आवेदन को अपने स्थानीय काउंटी JFS कार्यालय में जमा करें

USDA गैर-भेदभाव वक्तव्य

संघीय नागरिक अधिकांकानून औंयू.एस. के कृषि विभाग (USDA) के नागरिक अधिकांशिनियम औं नीनियों केअनुरूप, इस संस्थान के दूगिा जानि, गि, मूल षिट्टीयाि, ललंग (जजसमें लैधगक पहचान औं लैधगक पसंद शालमल हैं), अक्षमाि, आयु या पहले की ककसी नागरिक अधिकांशिंबां गिनषिधि के ललए प्रनशिोिा बदला लेने केआंिि प भिेदभां ककया जाना प्रनबिंधिा है।

काययक्रम संबंिि जानकांि अंगरेजी को छोड़क अनूय भांि में उपलब्ि किई जा सकाि है। अक्षमाि िल्ले व्यजती, जजनुहें काययक्रम संबंिि जानकांि पाने केललए संचाि कैकिजपपक ििके की जरूिा हो (जैसे ब्रेइल, बड़े अक्ष, ऑडियो टे, पअमेरिकन साइन लेंग्जि), उन्हें उन्होंने जहां बेननकटिस के ललए आदिन ककया हो उस एजेंसी (जिजय सृििय या स्थानीय) से संपकय कनिा चाहहए। शरणि बाधांि, सुनने में मुजककल िल्ले या िचा संबंिि अक्षमांिों िल्ले व्यजतियों को USDA िल्ले िल्ले सषयिस से िके माध्यम से (800) 877-8339 पं संपकय कनिा चाहहए।

प्रोग्राम भेदभांि की लशकायिदुजय कनि केललए, लशकायि कनि िल्ले को फॉमय AD-3027, USDA काययक्रम भेदभांि लशकायि फॉमय (Program Discrimination Complaint Form) भनिा होगा, जजसे ऑनलाइन यहाँ पर िप किकया जा सकाि है: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-hindi.pdf> ककसी USDA कायायलय से िप किकया जा सकाि है या क्िांि क ल ककै या क्िांि USDA को संबोध्िा एक पतर ललख क िप किकया जा सकाि है। पतर में लशकायि कनि िल्ले का नाम, प्िा, टेलीनि नंबि औं अलभकधथि भेदभांि िल्ले जानकांि का पयायप षिसि िल्ले ललखखि षिांिि होना चाहहए किक नागरिक अधिकांि के उपसधचि (ASCR) को ककसी कधथि नागरिक अधिकांि उपलंघन के प्रकांि औं नधिय केबांि में सूधचि ककया जा सके भ। िहुआ AD-3027 फॉमय या पतर USDA केपास इनमें से ककसी ििके से भेजा जाना चाहहए:



िक:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314



फे कस:

833-256-1665 या 202-690-7442; या



ईमेल:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

यह संस्थान एक समान असि प्रदाि है।

कृपया आवेदन या वेरफिकैशन जैसी जानकारी यूनाइटेड स्टेट्स डिपॉर्टमेंट ऑफ एग्रीकल्चर (USDA) के ऊपर वर्णति पते पर न भेजें। यह पता केवल नागरिक अधिकांिों से संबंधति शकियतों के ललए है। कृपया आवेदन सामग्री या वेरफिकैशन अपने स्थानीय काउंटी JFS कार्यालय को भेजें।