اداره خدمات انسانی جورجیا

درخواست نامه برای مزایا

اگر برای تکمیل کردن این فرم درخواست به کمک نیاز دارید، از ما درخواست کنید یا با شماره 1-877-423-4746 تماس بگیرید. اگر مشکل شنوایی دارید با GA Relay به شماره 1-800-255-0135 تماس بگیرید. خدمات ما رایگان است.

ما در بخش خدمات خانواده و کودکان (DFCS) چه خدماتی ارائه می‌کنیم؟

DFCS خدمات زیر را ارائه می‌دهد:

کمک غذایی

بن‌های مواد غذایی نوعی کمک هستند که با استفاده از آن‌ها می‌توانید در تمام فروشگاه‌هایی که علامت EBT/*Quest* را دارند مواد غذایی بخرید.

کمک نقدی/ خدمات پشتیبانی شغلی

برنامه کمک موقت به خانواده‌های نیازمند (TANF) در مدتی محدود به خانواده‌هایی که دارای کودکان وابسته به خود هستند کمک نقدی ارائه می‌دهد. والدین یا سرپرستانی که از این کمک استفاده می‌کنند باید در برنامه‌های کاری شرکت نمایند.

برنامه کمک نقدی همچنین به خانوارهایی از پناهندگان که واجد شرایط برنامه TANF نیستند نیز کمک مالی ارائه می‌کند.

کمک پزشکی

برنامه Medicaid ممکن است در پرداخت صورت‌حساب‌های پزشکی، حق ویزیت پزشکان، و حق بیمه پزشکی به افراد واجد شرایط کمک کند.

خدمات کمک‌رسانی اجتماعی

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات کمک‌رسانی اجتماعی لطفاً به وب‌سایت ما مراجعه کنید: http://www.dfcs.dhr.georgia.gov یا با این شماره تماس حاصل نمایید: 1-877-423-4746.

چگونه درخواست مزایا نمایم؟

گام اول. فرم درخواست را تکمیل کنید.

سؤالات را به دقت بخوانید و با اطلاعات دقیق پاسخ دهید. فرم را امضا کنید و تاریخ را قید نمایید.

گام دوم. فرم درخواست را برگردانید. لازم است تا صفحات 1-3 را نزد خود نگه دارید.

صفحات 4 تا 13این فرم درخواست را به دفتر محلی بخش خدمات خانواده و کودکان (DFCS) پست کنید، فکس کنید یا با خود به آنجا ببرید. اگر خودتان یا شخصی که از جانب او فرم درخواست را تکمیل کرده‌اید واجد شرایط دریافت مزایا باشد، از تاریخ دریافت فرم درخواست دارای نام، آدرس و امضاء شما روی آن، مزایای بن مواد غذایی یا TANF ارائه خواهد شد. اگر می‌خواهید درخواست بن مواد غذایی و/یا Medicaid نمایید، می‌توانید نام و آدرس خود را در فرم نوشته و آن را شخصاً امضا نمایید. اما برای سرعت بخشیدن به روند رسیدگی به درخواست، بهتر است که تمام فرم را تکمیل نمایید. شما می‌توانید از این فرم برای تقاضای یک پرونده مشترک برای مزایای دیگر یا مزایای بن مواد غذایی استفاده کنید. تقاضای بن مواد غذایی شما فقط به دلیل عدم صلاحیت برای مزایای دیگر رد نخواهد شد.

ما صلاحیت بن مواد غذایی شما را به‌طور جداگانه تعیین خواهیم کرد.

اگر در مؤسسه‌ای باشید و درخواست بن‌های مواد غذایی و SSI را همزمان ارائه کنید، تاریخ ارائه درخواست شما همان تاریخ جدا شدن شما از آن مؤسسه خواهد بود.

گام سوم. با ما مشورت کنید.

ممکن است لازم باشد یکی از مدیران ما با شما مصاحبه کند. در این صورت وقت ملاقاتی را تعیین می‌کنیم. می‌توان این مصاحبه را از طریق تلفن نیز انجام داد.

سؤالات متداول

دسترسی به این کمک‌ها چقدر زمان می‌برد؟

بن‌های مواد غذایی: تا 30 روز
TANF: تا 45 روز
Medicaid: 10 تا 60 روز

در صورتی که واجد شرایط باشید ممکن است ظرف 7 روز بن مواد غذایی (Food Stamp) به شما داده شود. به صفحه 6 رجوع کنید.

چقدر مزایا دریافت خواهم کرد؟

درآمد، منابع مالی و اندازه خانواده شما تعیین‌کننده مقدار کمک‌ها است. پس از اینکه مشخص شود واجد شرایط هستید، آنگاه می‌توانیم اطلاعات مشخصی را ارائه دهیم.

این کمک‌ها چطور در اختیار من قرار خواهند گرفت؟

در مورد بن مواد غذایی یک کارت الکترونیکی برای انتقال مزایا (EBT) در اختیار شما قرار داده می‌شود و برای دریافت‌کنندگان TANF روش پرداخت الکترونیکی به نام بدهی مستر کارت EPPICARD فراهم کرده است و در مورد Medicaid هم یک کارت Medicaid در اختیار هر فرد واجد شرایط قرار می‌گیرد.

چه اطلاعاتی را باید ارائه کنم؟

بهتر است اطلاعات زیر ارائه شود:

- گواهی هویت فرد متقاضی بن مواد غذایی و TANF. گواهی هویت کسی که درخواست Medicaid می‌نماید. مانند کارت شناسایی (ID) یا گواهی‌نامه رانندگی (DL)
- گواهی شهروندی آمریکا یا گواهی مهاجرت برای تمام افراد متقاضی کمک. اگر فقط خواستار استفاده از خدمات پزشکی اضطراری باشید، لزومی ندارد که SSN یا اطلاعات مربوط به وضعیت مهاجرت خود را ارائه کنید.

- شماره بیمه تأمین اجتماعی برای تمام افراد متقاضی کمک
- گواهی درآمد مانند چک حقوقی، کمک‌هزینه اولاد، و فیش حقوق

- گواهی هزینه‌ها مانند رسید مهدکودک، قبوض پزشکی، هزینه‌های انتقال پزشکی، و هزینه‌های مراقبت از کودکان

به شما زمان داده می‌شود تا این اطلاعات را به دفتر ما ارائه کنید. اگر برای گردآوری این اطلاعات به کمک نیاز دارید ما را در جریان بگذارید.

ما چه استفاده‌ای از اطلاعات شخصی متقاضی خواهیم کرد؟

لازم است صریحاً شماره‌های تأمین اجتماعی (SSN) و وضعیت شهروندی یا مهاجرت افراد متقاضی کمک را به ما ارائه کنید. این اطلاعات در سیستم بررسی درآمد و تأیید صلاحیت (IEVS) مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین با همکاری سازمان‌های فدرال، ایالتی یا محلی برای مشخص نمودن درآمد و صلاحیت شما از آن‌ها استفاده خواهیم نمود. ممکن است یکی از اعضای خانوار تمایل نداشته باشد اطلاعات SSN، شهروندی یا مهاجرت خود را ارائه دهد، اما سایر اعضای خانوار می‌توانند کمک دریافت نمایند. اگر فقط خواستار استفاده از خدمات پزشکی اضطراری باشید، لزومی ندارد که SSN یا اطلاعات مربوط به وضعیت مهاجرت خود را ارائه کنید.

آیا فرد دیگری می‌تواند از جانب من درخواست نماید؟

بله. برای بن مواد غذایی و Medicaid دیگران می‌توانند از جانب شما تقاضا کنند اما برای TANF باید با یکی از والدین یا سرپرست مصاحبه

اداره خدمات انسانی جورجیا

درخواست نامه برای مزایا

این موسسه از اعمال تبعیض مبتنی بر نژاد، رنگ پوست، مذهب، ناتوانی، سن، جنسیت و در برخی موارد عقاید مذهبی یا سیاسی منع شده است.

وزارت کشاورزی ایالات‌متحده مجاز به اعمال تبعیض بر پایه تفاوت‌های نژادی، رنگ پوست، کشور مبدأ، جنسیت، مذهب، ناتوانی، سن، گرایش‌های سیاسی، یا انتقام یا تلافی‌جویی به دلیل شرکت در فعالیت‌های مدنی پیشین در برنامه‌ها یا فعالیت‌های تحت پوشش USDA نیست.

افراد دچار معلولیت که نیازمند ابزارهای ارتباطی جایگزین (مانند بریل، چاپ درشت، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکا و...) برای کسب اطلاعات درباره برنامه هستند، باید با آن نهاد (ایالتی یا محلی) که مزایا را از آنجا درخواست کرده‌اند، تماس بگیرند. افراد ناشنوا یا کم‌شنوا یا افراد دچار اختلال گفتاری می‌توانند از طریق سرویس رله فدرال به شماره 877-8339 (800) با USDA تماس بگیرند. در ضمن، امکان ارائه اطلاعات برنامه به زبان‌هایی غیر از انگلیسی نیز وجود دارد.

برای طرح شکایت درباره تبعیض در اجرای برنامه، فرم شکایت تبعیض در اجرای برنامه USDA (فرم AD-3027) را در نشانی http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، یا در هر یک از دفترهای USDA پر کنید یا نامه‌ای حاوی همه اطلاعات درخواست شده در فرم برای USDA بفرستید. برای درخواست کردن نسخه‌ای از فرم با شماره 632-9992 (866) تماس بگیرید. فرم پر شده یا نامه خود را با روش‌های زیر به USDA برسانید:

(1) پست: وزارت کشاورزی ایالات‌متحده
اداره معاونت حقوق مدنی
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) نمابر: 690-7442 (202)؛ یا

(3) ایمیل: program.intake@usda.gov

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مسائل مربوط به برنامه کمک تغذیه مکمل (SNAP)، می‌توانید با خط شبانه‌روزی USDA SNAP به شماره -221 (800) 5689 که زبان اسپانیایی را نیز پوشش می‌دهد تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با شماره‌های اطلاع‌رسانی/خط شبانه‌روزی ایالتی تماس بگیرید (برای مشاهده فهرست شماره‌های خطوط شبانه‌روزی در هر ایالت بر روی پیوند کلیک کنید). اطلاعات بیشتر در این نشانی ارائه شده است: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

برای طرح شکایت از اعمال تبعیض در زمینه برنامه دریافت‌کننده کمک مالی فدرال از طریق وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS) ایالات‌متحده به این نشانی نامه بنویسید HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 یا با شماره 619-0403 (202) (صوتی) یا (TTY) 537-7697 (800) تماس بگیرید.

این موسسه فراهم‌کننده فرصت‌های برابر است.

"همچنین می‌توانید جهت اقدام به شکایت از تبعیض با DFCS (برنامه حقوق مدنی-Civil Rights Program) با آدرس زیر تماس بگیرید: Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 و یا با تلفن : 657-3735 (404) یا فکس 463-3978 (404). برای افرادی که مهارت محدود به زبان انگلیسی دارند و یا به خدمات مربوط به حس‌های پنج‌گانه آسیب‌دیده نیاز دارند، با DHS برنامه مهارت محدود به زبان انگلیسی و آسیب‌دیده از نظر حواس پنج‌گانه تماس بگیرید: Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta GA 30303 یا با این شماره‌ها تماس بگیرید، تلفن: 657-5244-(404) یا فکس: 651-6815-(404)

بر اساس خطمشی وزارت سلامت اجتماعی (DCH)، برنامه Medicaid نمی‌تواند بر اساس نژاد، ملیت، جنسیت، سن، معلولیت، مذهب، یا عقاید سیاسی، مشمولیت یا بهره‌مندی شما را نپذیرد. به منظور گزارش مشمولیت در Medicaid یا تبعیض قائل شدن توسط ارائه‌کننده خدمات، با دفتر یکپارچگی برنامه در اداره سلامت اجتماعی جورجیا به شمارهٔ -404-463-7590 (تماس‌های محلی) و 800-533-0686 (رایگان) تماس بگیرید.

عبارات به‌کار رفته در این فرم درخواست به چه معنی هستند؟

عبارات به‌کار رفته در این فرم درخواست در جدول زیر تشریح شده‌اند.

سرپرست	یکی از والدین، اقوام یا قیم قانونی که سرپرستی کودکان را به عهده دارد و تقاضای دریافت TANF می‌نماید.
خویشاوند دریافت‌کننده	یکی از والدین، اقوام یا قیم قانونی که از جانب کودکان و به نام خود تقاضای دریافت TANF می‌نماید.
فاقد صلاحیت	اقدام برای حذف یک فرد از برنامه بن مواد غذایی یا TANF به دلیل اینکه وی حقیقت را نگفته و کمکی را دریافت نموده که مستحق آن نبوده است.
انتقال الکترونیک مزایا (EBT)	سیستمی در ایالت جورجیا برای پرداخت مزایا به افراد واجد شرایط برای دریافت بن مواد غذایی و TANF. به افرادی که کمک دریافت می‌کنند یک کارت بدهی EBT داده می‌شود که برای برداشت وجه نقد و دسترسی به حساب بن مواد غذایی آن‌ها به‌کار می‌رود.

اداره خدمات انسانی جورجیا

درخواست نامه برای مزایا

عبارات به‌کار رفته در این فرم درخواست به چه معنی هستند؟

مستر کارت بدهی EPPICard	بدهی کارت جدید صادرشده از سوی Xerox برای افراد دریافت‌کننده کمک نقدی در ایالت جورجیا. از مستر کارت بدهی EPPICard می‌توان در هر جا که MasterCard پذیرفته می‌شود برای خرید و برداشت نقدی استفاده نمود.
اعضای خانوار	افرادی که در خانه شما زندگی می‌کنند. در خصوص بن مواد غذایی، افرادی که باهم زندگی می‌کنند و باهم غذای خود را خریداری و آماده می‌کنند.
درآمد	پرداختی‌ها مانند حقوق، دستمزد، کمیسیون، پاداش، غرامت کارگران، ازکارافتادگی، مزایای بازنشستگی، بهره، کمک‌خرج کودك و یا هر نوع پول دریافتی دیگر
درآمد ناخالص	کل درآمد شخص قبل از محاسبه مالیات یا سایر کسورات.
کارگران مزرعه مهاجر	کارگرانی که به‌صورت فصلی در مزارع کار می‌کنند و به دنبال یافتن کار در مزارع از محلی به محل دیگر می‌روند
منابع مالی	پول نقد، املاک، یا دارایی‌هایی مانند حساب‌های بانکی، خودرو، سهام در بورس، اوراق بهادار، و بیمه عمر
کارگران مزرعه فصلی	افرادی که در زمان معینی از سال در زمینه کاشت، برداشت و بسته‌بندی در مزارع به‌کار گرفته می‌شوند. آن‌ها زمانی به‌کار گرفته می‌شوند که تعداد کارگرانی که در استخدام مزرعه هستند کمتر از نیاز باشد.
دادوستد غیرقانونی در برنامه SNAP/بن مواد غذایی	سوءاستفاده از SNAP به معناهای زیر است: (1) خرید، فروش، دزدی، یا نحوه دیگری از تبادل مزایای SNAP صادرشده و قابل‌دسترسی از طریق کارت EBT، شماره کارت و شماره PIN یا با کوپن‌های دستی و امضا، برای دریافت پول نقد یا اقلام غذایی غیر از مواد غذایی قابل‌قبول، به‌طور مستقیم، غیرمستقیم، با همکاری دیگران و یا تبانی با دیگران، و یا به‌تنهایی (2) تعویض با اسلحه، مهمات، مواد منفجره یا مواد تحت کنترل، (3) خرید محصول با مزایای SNAP که دارای ظرفی است و نیاز به بازگشت سپرده با هدف به‌دست آوردن پول نقد با دور انداختن محصول و برگرداندن ظرف باشد و یا پس دادن عمدی محصول برای دریافت سپرده (4) خرید محصول با مزایای SNAP با هدف به دست آوردن پول نقد و یا اقلامی غیر از مواد غذایی واجد شرایط به‌وسیله فروش محصول، و پس از آن فروش محصول خریداری شده با مزایای SNAP در ازای پول نقد به‌طور عمدی و برای اقلامی غیر از مواد غذایی قابل‌قبول (5) خرید عمدی محصولات با مزایای SNAP در ازای دریافت پول نقد یا اقلامی غیر از مواد غذایی قابل‌قبول. (6) تلاش برای خرید، فروش، سرقت یا اثرگذاری به شکل دیگر بر مبادله مزایای SNAP صادرشده و قابل‌دسترسی از طریق کارتهای انتقال الکترونیکی مزایا (EBT)، شماره‌های کارت و شماره‌های کارت شناسایی فرد (PINs) یا از طریق کوپن (بن مواد غذایی) دستی و امضا، برای دریافت پول نقد یا استفاده از اقلامی غیر از مواد غذایی قابل‌قبول که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، با شراکت یا زد و بند با سایرین، یا به‌تنهایی صورت گیرد.
تبعه بیگانه/مهاجر واجد شرایط	تبعه بیگانه/مهاجر واجد شرایط کسی است که به‌صورت قانونی در ایالات‌متحده زندگی می‌کند و در یکی از دسته‌های زیر جای می‌گیرد: شخصی که بر اساس قانون مهاجرت و ملیت (INA) به صورت قانونی اجازه سکونت دائمی (LPR) دریافت کرده است؛ آمریکایی-آسیایی‌های تابع بخش 584 از قانون فعالیت‌های خارجی، تأمین مالی صادرات و تناسبات برنامه مربوطه مورخ 1998 هستند؛ شخصی که طبق بخش 208 از قانون INA پناهندگی دریافت می‌کند؛ پناهندگان تابع بخش 207 از قانون INA. شخصی که طبق بخش 212(d)(5) از قانون INA حداقل یک سال است که نسبت به ایالات‌متحده ملتزم شده است. شخصی که اخراج او از کشور طبق بخش 243(h) از قانون INA قبل از 1 آوریل 1997یا بخش اصلاح‌شده241(b)(3) از قانون INA اجرا نشده است؛ شخصی که طبق بخش 203(a)(7) از قانون INA قبل از 1 آوریل 1980 اجازه ورود مشروط کسب نموده است؛ مهاجران کوبایی یا اهل هائیتی طبق آنچه در بخش 501(e) قانون کمک‌تحصیلی به مهاجران مورخ 1980 تعریف شده است؛ قربانیان قاچاق انسان تحت بخش 107(b)(1) از قانون محافظت از قربانیان قاچاق انسان مورخ سال 2000؛ مهاجرانی که واجد شرایط بخش 431 (c) از قانون اصلاح‌شده مسئولیت فردی و تطبیق فرصت‌های شغلی مورخ 1996 هستند؛ مهاجران افغان و عراقی که بر اساس بخش 101(a)(27) از قانون INA (بر پایه شرایط خاص) مجوز مهاجرت ویژه دریافت نموده‌اند؛ سرخپوستان آمریکایی که متولد کانادا بوده و در ایالات‌متحده سکنی دارند بر اساس بخش 289 از INA یا افراد غیربومی قبیله‌هایی که از دیدگاه دولت فدرال مربوط به سرخپوستان بوده طبق بخش 4(e) از قانون خودمختاری و کمک‌تحصیلی سرخپوستان و قبیله‌نشین‌های لائوسی از قبایل همونگ و هایلند که با شرکت در عملیات نظامی و نجات در جریان جنگ ویتنام به نیروهای آمریکایی کمک کردند (1964/05/8 – 1975/07/5)

اداره خدمات انسانی جورجیا

درخواست نامه برای مزایا

عبارات به‌کار رفته در این فرم درخواست به چه معنی هستند؟

قانون کمک مالیاتی طبقه متوسط مصوب سال 2012	این قانون استفاده از وجوه کمکی نقدی یا کارتهای بدهی TANF (کمک موقتی به خانواده‌های نیازمند) را برای برداشت پول نقد یا انجام معاملات در کازینوها، فروشگاه‌های نوشیدنی‌های الکلی، مکان‌های سرگرمی بزرگسالان، اتاق‌های پوکر، شرکت‌های تأمین‌کننده وثیقه، کلوپ‌های شبانه/ سالن‌ها/ بارها، سالن‌های کارت بازی، مسابقات، نهادهای بازی، فروشگاه‌های اسلحه/ مهمات، کشتی‌های تفریحی، فالگیری، فروشگاه‌های دخانیات، فروشگاه‌های خال‌کوبی/کاشت زیورآلات در بدن و سالن‌های ماساژ/ چشمه آب گرم منع می‌کند. استفاده از وجوه کمکی نقدی یا کارت بدهی TANF (کمک موقتی به خانواده‌های نیازمند) در این مشاغل، نقض عمدی برنامه (تقلب) از سوی دریافت‌کننده محسوب خواهد شد.
متقاضی	فردی که درخواست می‌دهد تا کمک/مزایای عمومی دریافت نماید
غیر متقاضی	فردی که درخواست نمی‌دهد تا کمک/مزایای عمومی دریافت نماید؛ لازم نیست افراد غیر متقاضی SSN، وضعیت شهروندی یا مهاجرت خود را ارائه دهند.
واحد کمک	واحد کمک شامل افراد *واجد شرایطی* است که باهم زندگی می‌کنند و باهم کمک/مزایای عمومی دریافت می‌کنند.

اداره خدمات انسانی جورجیا

درخواست نامه برای مزایا

من چه درخواست‌هایی دارم؟ آنچه می‌خواهید را علامت بزنید:

❑بن‌های مواد غذایی

هزینه برنامه بن مواد غذایی بر عهده دولت فدرال است که مزایای ماهیانه برای خانوارهای کم‌درآمد جهت پرداخت هزینه‌های مواد غذایی را تأمین می‌کند. این برنامه همچنین آموزش تغذیه فراهم کرده و به خانوارهای واجد شرایط جهت دستیابی به نیازهای غذایی‌شان کمک می‌نماید.

❑کمک موقت به خانواده‌های نیازمند (TANF)

برنامه کمک موقت به خانواده‌های نیازمند (TANF) به صورت موقت مبالغ نقدی ماهیانه، یک‌باره، یا سایر خدمات پشتیبانی را در اختیار خانواده‌های نیازمند دارای فرزند قرار می‌دهد. اگر شما یکی از والدین کودک یا سرپرست او هستید و می‌خواهید این کمک نقدی به شما هم تعلق گیرد، لازم است تا در برنامه کار ما شرکت نمایید.

❑کمک نقدی به پناهندگان

هدف برنامه کمک نقدی به پناهندگان ارائه کمک‌های مالی به خانوارهای پناهندگان است که واجد شرایط برنامه TANF نمی‌باشند. عبارت پناهنده در اینجا شامل عموم پناهندگان، افراد کوبایی و اهل هائیتی مقیم، قربانیان قاچاق انسان، آسیایی-آمریکایی‌ها، و پناهندگان خردسال بدون همراه است.

❑Medicaid

بیمه Medicaid افراد مسن، افراد بالغ نابینا یا معلول، زنان باردار، بچه‌ها، و خانواده‌ها را تحت پوشش درمانی قرار می‌دهد. هنگامی که شما این بیمه را درخواست می‌کنید، ما تمام برنامه‌های Medicaid را بررسی می‌کنیم تا ببینیم شما واجد شرایط کدام موارد هستید.

اطلاعات فرد درخواست‌کننده

آیا فرد متقاضی یا کسی که از جانب متقاضی درخواست می‌دهد در زمان مکاتبه با ما به کمک نیاز دارد؟ اگر چنین است همه گزینه‌هایی که صدق می‌کنند را علامت بزنید.

( ) TTY ( ) بریل ( ) چاپ درشت ( ) ایمیل ( ) ویدئو رله ( ) مترجم زبان اشاره _____

( ) مترجم زبان خارجی (زبان را مشخص کنید) _____ ( ) سایر _____

لطفاً جدول زیر را با اطلاعات متقاضی تکمیل کنید.

نام	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی	پسوند
آدرس خیابانی که در آنجا زندگی می‌کنید		آپارتمان	
شهر	ایالت	کد پستی	
آدرس پستی (اگر متفاوت است)			
شهر	ایالت	کد پستی	
شماره تلفن اصلی	شماره تماس دیگر	آدرس ایمیل (اختیاری)	

اداره خدمات انسانی جورجیا

درخواست نامه برای مزایا

تا جایی که اطلاع دارم و با آگاهی از مجازات شهادت دروغ، اعلام می‌کنم و بر این باور هستم که شخص (اشخاصی) که از طرفشان برای تقاضا/ تمدید مزایا اقدام می‌نمایم، شهروند (شهروندان) ایالات‌متحده هستند یا به‌طور قانونی در ایالات‌متحده حضور دارند. همچنین تأیید می‌کنم که تا جایی که اطلاع دارم تمام اطلاعات ارائه شده در این فرم واقعی و صحیح هستند. من آگاه هستم و موافقت می‌نمایم که **DHS** و سازمان‌های مجاز فدرال می‌توانند اطلاعاتی را که در این فرم ارائه کردم، تأیید کنند. ممکن است اطلاعات از طریق کارکنان سابق و کنونی حاصل شود. طبق الزامات برنامه کوپن غذایی/ **Medicaid** (تأمین خدمات درمانی نیازمندان) و/ یا **TANF** هرگونه تغییر در وضعیت را گزارش خواهم کرد. در صورت ارائه اطلاعاتی نادرست، امکان کاهش یا حذف مزایا وجود دارد و ممکن است به خاطر ارائه اطلاعات نادرست به‌عمد، تحت پیگرد قانونی قرار گیرم و موجب سلب صلاحیت حضور من در برنامه **DHS** شود. آگاه هستم که در صورت ارائه اطلاعاتی غلط یا پنهان کردن اطلاعات، ممکن است تحت پیگرد قانونی قرار گیرم. آگاه هستم که اگر در فرم تقاضا یا مصاحبه تمدید مزایا **DHS** نتوانم بعضی از مخارجم را اعلام کنم و/یا آن‌ها را ثابت کنم، **DHS** بودجه آن هزینه‌ها را در محاسبه میزان مزایای بن مواد غذایی من در نظر نخواهد گرفت.

(امضا) (تاریخ)

امضای شاهد اگر توسط «x» امضا شده است (تاریخ)

آیا می‌توانم کسی را انتخاب کنم تا برای من بن مواد غذایی یا **Medicaid** درخواست نماید؟

فقط اگر می‌خواهید کسی فرم درخواست شما را تکمیل کند، و/یا در مصاحبه شرکت کند، و/یا زمانی که نمی‌توانید به فروشگاه بروید از کارت EBT برای خرید غذا برای شما استفاده کند، این قسمت را تکمیل کنید. اگر برای دریافت Medicaid اقدام می‌کنید، می‌توانید بیش از یک نفر را انتخاب نمایید تا جهت دریافت کمک‌هزینه پزشکی شما اقدام نماید.

نام:_____ تلفن:_____

آدرس:_____ آپارتمان:_____

شهر:_____ ایالت: _____ کد پستی: _____

نام:_____ تلفن:_____

آدرس:_____ آپارتمان:_____

شهر:_____ ایالت: _____ کد پستی: _____

برای Medicaid، آیا می‌خواهید که این فرد نسخه‌ای از کارت Medicaid شما را داشته باشد؟ بله ☐ خیر ☐

For Office Use Only (این قسمت مخصوص این اداره است، لطفاً در این محل چیزی ننویسید) Date Received: _____

اداره خدمات انسانی جورجیا

درخواست نامه برای مزایا

آیا من واجد شرایط دریافت سریع‌تر بن مواد غذایی هستم؟

این سؤالات را درباره متقاضی و تمام اعضای خانوار پاسخ دهید تا مشخص شود آیا می‌توانید ظرف 7 روز **بن مواد غذایی** دریافت کنید یا خیر.

1. آیا شما یا هیچ‌یک از اعضای خانوار مهاجر و یا کارگر مزرعه فصلی هستید؟ ❑ بله ❑ خیر

   اگر بله، چه کسی _____

2. مجموع درآمدهای ناخالص که در این ماه کسب خواهد شد: _____ دلار

   نام کارفرما_____

   تاریخ شروع اشتغال _____ تاریخ خاتمه اشتغال_____

   نرخ پرداخت _____ ساعات کار هفتگی _____ هفتگی/هفته‌ای دو بار/هر دوهفته یک‌بار/ماهانه (دور یک مورد خط بکشید)

3. مجموع درآمدهای ناخالص کسب نشده که در این ماه دریافت خواهند شد: _____ دلار

   نوع درآمد کسب نشده _____ مقدار _____ هفتگی/هفته‌ای دو بار/هردو هفته یک‌بار/ماهانه (دور یک مورد خط بکشید)

   نوع درآمد کسب نشده _____ مقدار _____ هفتگی/هفته‌ای دو بار/هردو هفته یک‌بار/ماهانه(دور یک مورد خط بکشید)

4. جمع درآمدهای کسب‌شده و کسب نشده در این ماه: _____ دلار

5. شما و تمام اعضای خانوار چه مقدار پول نقد نزد خود یا در بانک دارید؟ _____ دلار

6. شما چه مقدار پول بابت اجاره ماهانه، رهن، مالیات ملک و یا بیمه املاک می‌پردازید؟---- _____ دلار

7. شما چه مقدار پول بابت برق، آب، گاز و غیره می‌پردازید؟ _____ دلار
   (جمع مبالغ پرداخت‌نشده و جریمه‌ها را محاسبه نکنید.)

اداره خدمات انسانی جورجیا

درخواست نامه برای مزایا

اطلاعات متقاضی و تمام اعضای خانوار را برایمان شرح دهید

لطفاً جدول زیر را برای خود و سایر اعضای خانواده تکمیل نمایید.

مقررات و قوانین فدرالی ذیل شامل قانون غذا و تغذیه مصوب 2008، 7 U.S.C. § 2011-2036، 7. C.F.R. § 273.2، 45 C.F.R. § 205.52، 42 C.F.R. § 435.910 و 42 C.F.R. § 435.920. بهDFCS این اختیار را می‌دهد که شماره (شماره‌های) تأمین اجتماعی شما و اعضای خانواده‌تان را درخواست کند. هر فردی که در خانواده‌تان زندگی می‌کند و برای دریافت مزایا درخواست نداده می‌تواند به‌عنوان **غیر متقاضی** محسوب شود. افراد غیر متقاضی مجبور به ارائه اطلاعات درباره شماره تأمین اجتماعی، وضعیت شهروندی یا مهاجرتی نیستند و برای دریافت مزایا واجد شرایط نیستند. سایر اعضای خانواده در صورتی که واجد شرایط باشند، ممکن است باز هم قادر به دریافت مزایا باشند. اگر از ما می‌خواهید تعیین کنیم که آیا هر یک از اعضای خانواده برای دریافت مزایا واجد شرایط هستند یا نه، باید وضعیت شهروندی یا مهاجرتی‌شان را به ما اطلاع دهید و شماره تأمین اجتماعی‌شان را به ما بدهید. همچنین باید درآمد و پس‌انداز مالی‌شان را به ما اطلاع دهید تا واجد شرایط بودن و سطح مزایای دریافتی خانواده را تعیین کنیم. درصورتی‌که هیچ‌یک از اعضای غیر متقاضی خانواده اطلاعات مربوط به وضعیت شهروندی یا مهاجرتی‌شان را در اختیار ما قرار ندهند، ما به سیستم نظام‌مند تأیید دریافت حقوق برای افراد بیگانه (SAVE) در اداره خدمات شهروندی و مهاجرتی ایالت (USCIS) درباره آن‌ها گزارشی نخواهیم داد. با این وجود چنانچه اطلاعات مربوط به وضعیت مهاجرتی در فرم تقاضای شما ثبت شده است، این اطلاعات ممکن است از طریق سیستم (SAVE) مورد رسیدگی قرار گیرد و ممکن است بر واجد شرایط بودن و سطح مزایای دریافتی خانواده تأثیر بگذارد. ما اطلاعات شما را با سایر سازمان‌های فدرالی، ایالتی و محلی مطابقت خواهیم داد تا درآمد و واجد شرایط بودن شما را بررسی کنیم. این اطلاعات ممکن است در اختیار مقامات اجرایی قانون قرار گیرد تا از آن برای دستگیر کردن افرادی که از قانون فرار می‌کند استفاده کنند. اگر خانواده شما تقاضایی برای دریافت کوپن غذایی دارد، ممکن است اطلاعات مندرج در فرم تقاضا، از جمله SSN برای جمع‌آوری این درخواست، در اختیار سازمان‌های فدرالی و ایالتی و سازمان‌های جمع‌آوری درخواست‌ها قرار گیرد. ما افراد متقاضی خانواده را به این خاطر که سایر اعضای خانواده اطلاعات مربوط به SSN، شهروندی یا مهاجرتی‌شان را ارائه ندادند، از دریافت مزایا محروم نخواهیم کرد.

نام نام، نام میانی، نام خانوادگی	نسبت با شما	آیا این شخص درخواست دریافت کمک دارد؟ (بله/خیر)	تاریخ تولد فرمت (- -/- -/- -)	شماره تأمین اجتماعیSSN **(تنها متقاضیان)**	جنسیت (مرد/زن)	اسپانیولی /لاتین؟ **(اختیاری)** (بله/خیر)	کد نژاد **(اختیاری)** (بر اساس کدهای پایین)	آیا شما شهروند آمریکا، تبعه بیگانه/ مهاجر واجد شرایط هستید؟ **(تنها متقاضیان)** (بله/خیر)
	خود							

کدهای نژادی (هر آنچه مناسب شماست را انتخاب نمایید):

AI– سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا **AS**– آسیایی **BL**– سیاه‌پوست/آفریقایی آمریکایی

HP– بومی هاوایی/جزایر اقیانوس آرام **WH**– سفید

با ارائه اطلاعات مربوط به نژاد یا قومیت خود، به ما کمک می‌کنید تا این برنامه را به دور از هرگونه تبعیض نژادی اجرا کنیم. الزامی نیست خانوار شما این اطلاعات را در اختیار ما قرار دهد و این امر در تعیین صلاحیت شما و سطح کمک‌هایی که دریافت خواهید کرد تأثیری نخواهد داشت.

اداره خدمات انسانی جورجیا

درخواست نامه برای مزایا

درباره متقاضی و تمام اعضای خانوار بیشتر توضیح دهید

برای اینکه بتوانیم درباره واجد شرایط بودن فرد متقاضی و تمام اعضای خانوار تصمیم‌گیری نماییم به اطلاعات بیشتری نیاز داریم. لطفاً به سؤالاتی پاسخ دهید که به کمک مورد درخواست شما مربوط است.

1. آیا هیچ کس در ایالت یا بخش دیگری مزایایی دریافت کرده است؟ ❑ بله ❑ خیر

   اگر این‌طور است:
   چه کسی:_____
   کجا:_____
   چه زمانی:_____

2. آیا هیچ کس از تاریخ 1996/08/22 تا به امروز از بابت ارائه اطلاعات نادرست درباره محل زندگی یا هویت خود جهت دریافت چندباره مزایای FS در بیش از یک منطقه، محکوم شده است؟ (فقط برای بن‌های مواد غذایی) ❑ بله ❑ خیر

   اگر این‌طور است:
   چه کسی:_____
   کجا:_____
   چه زمانی:_____

3. آیا ظرف مدت 30 روز از تاریخ تقاضا، هیچ کس در خانوار شما به صورت خودخواسته شغلش را رها کرده یا ساعات کاری‌اش را به زیر 30 ساعت در هفته کاهش داده است؟ (فقط برای بن‌های مواد غذایی و TANF) ❑ بله ❑ خیر
   اگر این‌طور است، چه کسی؟_____
   چرا کارش را رها کرده است؟_____

4. آیا فرد بارداری در خانوار هست؟ * لطفاً در صورت وجود، گواهی بارداری را ارائه دهید. ❑ بله ❑ خیر
   (این سؤال فقط به متقاضیان بن مواد غذایی مربوط نمی‌شود)
   چه کسی:_____
   تاریخ وضع حمل:_____

5. درباره Medicaid، آیا هیچ کس صورت‌حساب پزشکی پرداخت‌نشده در 3 ماه گذشته دارد؟ ❑ بله ❑ خیر
   (این سؤال فقط به متقاضیان بن مواد غذایی یا TANF مربوط نمی‌شود)

6. آیا شخصی غیر واجد شرایط برای برنامه بن مواد غذایی یا TANF دارید؟ ❑ بله ❑ خیر
   اگر این‌طور است:
   الف. چه کسی:_____
   ب. کجا:_____

7. آیا هیچ کس وجود دارد که در پی ارتکاب جرم از تعقیب قانونی یا زندان اجتناب کند؟ (تنها متقاضیان بن مواد غذایی و TANF)
   ❑ بله ❑ خیر

   اگر این‌طور است، چه کسی:_____

8. آیا هیچ کس وجود دارد که از شرایط آزادی مشروط یا قید التزام تخطی کرده باشد؟ (تنها متقاضیان بن مواد غذایی و TANF)
   ❑ بله ❑ خیر

   اگر این‌طور است، چه کسی:_____

9. آیا هیچ کس از تاریخ 1996/08/22 تا به امروز به خاطر داشتن، مصرف یا توزیع مواد مخدر تحت کنترل مجرم شناخته شده است (برای متقاضیان TANF و بن مواد غذایی) یا به انجام جرم خشونت‌آمیز (تنها برای TANF) محکوم شده است؟ ❑ بله ❑ خیر
   اگر این‌طور است:
   چه کسی:_____
   چه زمانی:_____

10. آیا شما یا هیچیک از اعضای خانوار از تاریخ 1996/08/22 تا به امروز به خاطر دادوستد مزایای بن مواد غذایی به ازای دریافت مواد مخدر محکوم شده است؟ (فقط برای بن مواد غذایی) ❑ بله ❑ خیر
اگر اینطور است:
چه کسی:_____
چه زمانی:_____

11. آیا شما یا هیچیک از اعضای خانوار از تاریخ 1996/08/22 تا به امروز به خاطر خرید یا فروش مزایای بن مواد غذایی به مبلغی بیش از 500 دلار محکوم شده است؟ (فقط برای بن مواد غذایی) ❑ بله ❑ خیر
اگر اینطور است:
چه کسی:_____
چه زمانی:_____

12. آیا شما یا هیچیک از اعضای خانوار از تاریخ 1996/08/22 تا به امروز به خاطر دادوستد مزایای بن مواد غذایی برای دریافت تفنگ، مهمات یا مواد منفجره محکوم شده است؟ (فقط برای بن مواد غذایی) ❑ بله ❑ خیر
اگر اینطور است:
چه کسی:_____
چه زمانی:_____

13. آیا هیچ کس از مبالغ TANF یا کارت EPPIC در اماکن یا موارد زیر استفاده کرده است:
مشروب‌فروشی، کازینو، اتاق پوکر، مکان‌های ارائه خدمات جنسی به بزرگسالان، ارائه وثیقه جهت آزادسازی زندانی، کلوپ شبانه، میکده، سالن بازی بینگو، شرطبندی در مسابقه، فروشگاه اسلحه/مهمات، کشتی‌های تفریحی، طالع بینی، سیگارفروشی، سالن‌های خال‌کوبی یا کاشت زیورآلات، و سالن‌های آبگرم و ماساژ؟ (فقط برای TANF) (TANF ❑ بله ❑ خیر
اگر اینطور است:
چه کسی:_____
چه زمانی:_____

اداره خدمات انسانی جورجیا

درخواست نامه برای مزایا

درباره درآمد متقاضی و تمام اعضای خانوار بیشتر توضیح دهید

آیا شما یا یکی از اعضای خانوار شما، متقاضی دریافت درآمدی مانند، حقوق و دستمزد، انعام، پاداش، درآمد از کار شخصی، تأمین اجتماعی/ بازنشستگی راه‌آهن و موارد دیگر ناتوانی، درآمد AV (سازمان جنگ دیدگان)، حقوق مستمری، حقوق دوران بیکاری، حمایت از کودک، نفقه، گرفتن پول از دیگران، بیمه آسیب‌دیدگی کارگری یا هر نوع درآمدی دیگر هستید؟

نام اعضای خانوار که درآمد دارد	نوع درآمد	نام کارفرما/ منبع درآمد	مبلغ ماهانه (قبل از کسورات)	برنامه زمانی دریافت (ماهانه، دو هفته یک‌بار، هفتگی)	پرداخت ساعتی	ساعات کار در هفته	تاریخ پرداخت

به ما در مورد هزینه‌های متقاضی و همه اعضای خانوار توضیح دهید.

آیا هزینه‌ای بابت نگهداری فرزندی وابسته یا بزرگسالی ازکارافتاده، می‌پردازید؟ اگر بله، جدول زیر را تکمیل کنید. ❑ بله ❑ خیر

کسی که نیازمند نگهداری است	کسی که هزینه نگهداری را می‌پردازد	علت پرداخت هزینه نگهداری چیست	نام و شماره ارائه‌دهنده خدمات	مبلغ پرداختی به ارائه‌دهنده خدمات	هر چند یک‌بار پرداخت می‌شود

آیا کسی در خانوار شما هست که 60 ساله یا بالاتر یا ازکارافتاده بوده و هزینه پزشکی داشته باشد؟
❑ بله❑خیر

اگر بله، جدول زیر را تکمیل کنید.

عضوی که هزینه نگهداری دارد	نوع هزینه (ویزیت‌های پزشک، ویزیت بیمارستان، هزینه‌های دارو، حق بیمه درمانی یا Medicare ، عینک طبی)	مبلغ بدهی	بدهی باقیمانده بله/ خیر	تاریخ پرداخت	آیا بیمه هزینه را می‌پردازید؟ بله/ خیر

آیا کسی در خانوار شما هست که 60 ساله یا بالاتر باشد یا ازکارافتاده بوده و نیاز به هزینه حمل‌ونقل جهت معالجات پزشکی داشته باشد؟
❑ بله ❑خیر

اگر بله، جدول زیر را تکمیل کنید.

علت جابجایی (ویزیت پزشک یا بیمارستان، دریافت دارو از داروخانه)	مسافتی که رانندگی کردید (مایل)	هزینه تاکسی، اتوبوس، پارکینگ یا هتل یا مسافرخانه

اداره خدمات انسانی جورجیا

درخواست نامه برای مزایا

لطفاً برای ما توضیح بیشتری در مورد هزینه‌های درخواست‌کننده و تمام اعضای خانواده بدهید

آیا شخصی در خانواده‌تان جهت پشتیبانی کودک به شخصی که خارج از خانه زندگی می‌کند مبلغی پرداخت می‌کند؟ بله ☐ خیر ☐

اگر بله، جدول زیر را کامل کنید.

عضوی از خانوار که ملزم به پرداخت هزینه‌ها است	نام فرزندی که هزینه‌اش پرداخت می‌شود	مبلغ تعیین‌شده	مبلغ پرداخت‌شده	مبلغ پرداختی کودک به چه کسی پرداخت می‌شود؟

آیا شما یا یکی از اعضای خانوار شما، ملزم به پرداخت هزینه‌های سرپناه هستید؟ لطفاً جدول زیر را کامل کنید. بله ☐ خیر ☐

اگر بله، جدول زیر را کامل کنید.

هزینه	مبلغ	زمان‌های پرداخت؟	چه کسی می‌پردازد؟
اجاره/رهن			
مالیات املاک			
بیمه املاک			
برق			
گاز			
زباله			
تلفن			
سایر			

آیا هزینه‌های ماهانه خانوار را با کسی درون خانه مشترکاً می‌پردازید؟ بله ☐ خیر ☐

اگر بله، چه کسی؟ _____

نظرات/مدارک _____

به چه کسی پرداخت می‌شود _____ مبلغ پرداخت‌شده _____ دلار هر _____

نام صاحب‌خانه _____ آدرس صاحب‌خانه _____

آیا در 12 ماه گذشته کمکی در زمینه انرژی دریافت کرده‌اید؟ بله ☐ خیر ☐

اگر بله، مبلغ دریافت شده _____ دلار

آیا شخص دیگری هیچ‌یک از این قبض‌های خانوار شما را می‌پردازد؟ بله ☐ خیر ☐ **اگر بله، جدول زیر را کامل کنید.**

چه کسی قبض را می‌پردازد؟	چه قبوضی پرداخت می‌شوند؟
چه مبلغی پرداخت می‌شود؟	این فرد قبض‌ها را به چه کسی می‌پردازد؟

اخطارهای مجازات بن مواد غذایی

ممکن است به دلیل ارائه آگاهانه اطلاعات غلط، مزایای خود را از دست بدهید یا مشمول تعقیب جزایی شوید.

- اطلاعات غلط ندهید یا اطلاعات را برای دریافت مزایایی که به شما تعلق نمی‌گیرد، مخفی نکنید.
- از مزایای بن مواد غذایی شخصی دیگر یا کارت انتقال الکترونیک مزایای وی استفاده نکنید.
- از مزایای بن مواد غذایی برای خریدن موارد غیر غذایی مانند مشروبات الکلی و سیگار و یا پرداخت کارت اعتباری استفاده نکنید.
- بن مواد غذایی را با اشیای غیرقانونی معامله نکنید؛ اشیایی مانند سلاح گرم، مهمات یا مواد کنترل‌شده (داروهای غیرمجاز).

هرکس در خانوار شما هر یک از مقررات را عمداً نقض کند ممکن است از برنامه بن مواد غذایی به مدت شش ماه تا ده سال یا برای همیشه محروم شود. چنین شخصی ممکن است تا 20 سال محکوم به حبس شود، تا مبلغ **250,000 دلار** جریمه شود یا مشمول هر دو شود و تحت تعقیب قوانین فدرال و ایالتی قرار گیرد. همچنین ممکن است این شخص به دستور دادگاه از برنامه بن مواد غذایی/**SNAP** به مدت 18 ماه محروم شود.

هرکس در خانوار شما به‌عمد این قوانین را نقض کند ممکن است بابت اولین تخلف، به مدت یک سال، بابت دومین تخلف به مدت دو سال و بابت سومین تخلف برای همیشه از دریافت بن مواد غذایی منع شود.

اگر دادگاه، شما یا هریک از اعضای خانواده شما را به خاطر استفاده یا دریافت مزایا در معامله‌ای مربوط به فروش مواد مخدر گناهکار تشخیص داد، شما یا آن عضو خانوار با اولین تخلف به‌طور دائم فاقد صلاحیت لازم برای شرکت در برنامه بن مواد غذایی خواهید شد.

اگر دادگاه، شما یا هریک از اعضای خانوار را به خاطر استفاده یا دریافت مزایا در معامله‌ای مربوط به فروش سلاح گرم، مهمات یا مواد منفجره گناهکار تشخیص داد، شما یا آن عضو خانوار با اولین تخلف به‌طور دائم فاقد صلاحیت لازم برای شرکت در برنامه بن مواد غذایی خواهید شد.

اگر دادگاه شما یا هریک از اعضای خانواده را به خاطر خرید یا فروش مزایا به مبلغ کلی 500 دلار یا بیشتر، گناهکار تشخیص داد، شما یا آن عضو خانوار با اولین تخلف به‌طور دائم فاقد صلاحیت لازم برای شرکت در برنامه بن مواد غذایی خواهید شد.

در صورت اطلاع از اینکه شما یا هر یک از اعضای خانواده به منظور بهره‌مندی از مزایای چند برابری بن مواد غذایی، درباره هویت(کسی که هستند) یا مکان اقامت (جایی که زندگی می‌کنند) اظهارات دروغی ارائه داده‌اید، شما یا آن عضو خانوار به مدت 10 سال فاقد صلاحیت لازم برای شرکت در برنامه بن مواد غذایی خواهید شد.

جریمه‌های برنامه TANF

در برنامه TANF، ارائه اطلاعات دروغ یا گمراه‌کننده به‌عمد برای ایجاد یا حفظ صلاحیت برای AU، افزایش مزایا، جلوگیری از کاهش مزایا، امتناع از دادن اطلاعات برای جلوگیری از اقدامی منفی یا استفاده از کمک نقدی در مکان‌های ممنوع تخلف عمدی از برنامه محسوب می‌شود.

- هرکس در خانواده شما که تغییرات را به‌موقع گزارش ندهد یا حقیقت را نگوید یا از وجوه کمکی نقدی یا کارت بدهی TANF (کمک موقتی به خانواده‌های نیازمند) برای برداشت پول نقد یا انجام معاملات در کازینوها، فروشگاه‌های فروش نوشیدنی‌های الکلی، مکان‌های سرگرمی بزرگسالان (کلوپ‌های استریپ‌تیز)، اتاق‌های پوکر، شرکت‌های تأمین‌کننده ضامن و وثیقه، کلوپ‌های شبانه/ سالن‌ها/ بارها، سالن‌های کارت بازی، مسابقات، نهادهای بازی، فروشگاه‌های اسلحه/ مهمات، کشتی‌های تفریحی، فالگیری، فروشگاه‌های دخانیات، فروشگاه‌های خال‌کوبی/ کاشت زیورآلات و سالن‌های ماساژ/ چشمه آب گرم که شدیداً منع شده استفاده کند، اطلاعات دروغی درباره محل زندگی ارائه دهد، در مرتبه اول به مدت 6 ماه از برنامه محروم می‌شوید و در مرتبه دوم به مدت 12 ماه و در مرتبه سوم برای همیشه از مزایای این برنامه محروم خواهد شد.
- اگر دادگاه، شما و یا هر عضوی از خانوار شما را که اطلاعاتی را مخفی می‌کند و یا تغییرات ایجادشده را به‌موقع اعلام نمی‌کند و یا واقعیت را پنهان می‌کند، محکوم کند، در مرتبه اول به مدت 12 ماه و در مرتبه دوم برای همیشه از مزایای FNAT محروم خواهید شد.
- اگر دادگاه، شما و یا هر عضوی از خانوار شما را در رابطه با دادن اطلاعات غلط درباره محل سکونت خود که باعث شود بیشتر از یک ایالت از مزایا بهره‌مند شوید، محکوم کند، شما به مدت 10 سال فاقد صلاحیت برای بهره‌مندی از برنامه TFNA خواهید شد.
- اگر دادگاه، شما را در مورد تخلفات مربوط به مواد مخدر، داروهای غیرقانونی و یا داروهای ملزم به داشتن نسخه و یا تخلفات جنایی در از تاریخ 1997/1/1 و پس از آن محکوم کرده باشد، شما و یا آن عضو از خانواده، فاقد صلاحیت و/ یا برای همیشه از بهره‌مندی از مزایای مربوطه محروم خواهید شد.

اداره خدمات انسانی جورجیا

درخواست نامه برای مزایا

برای تمام متقاضیان TANF، بن‌های مواد غذایی و Medicaid

تا جایی که اطلاع دارم و با آگاهی از مجازات شهادت دروغ، اعلام می‌کنم و بر این باور هستم که شخص (اشخاصی) که از طرفشان برای تقاضا/ تمدید مزایا اقدام می‌نمایم، شهروند (شهروندان) ایالات‌متحده هستند یا به‌طور قانونی در ایالات‌متحده حضور دارند. همچنین تأیید می‌کنم که تا جایی که اطلاع دارم تمام اطلاعات ارائه شده در این فرم واقعی و صحیح هستند. من آگاه هستم و موافقت می‌نمایم که **DHS** و سازمان‌های مجاز فدرال می‌توانند اطلاعاتی را که در این فرم ارائه کردم، تأیید کنند. ممکن است اطلاعات از طریق کارکنان سابق و کنونی حاصل شود. طبق الزامات برنامه کوپن غذایی/ **Medicaid** (تأمین خدمات درمانی نیازمندان) و/ یا **TANF** هرگونه تغییر در وضعیت را گزارش خواهم کرد. در صورت ارائه اطلاعاتی نادرست، امکان کاهش یا حذف مزایا وجود دارد و ممکن است به خاطر ارائه اطلاعات نادرست به‌عمد، تحت پیگرد قانونی قرار گیرم و موجب سلب صلاحیت حضور من در برنامه **DHS** شود. آگاه هستم که در صورت ارائه اطلاعاتی غلط یا پنهان کردن اطلاعات، ممکن است تحت پیگرد قانونی قرار گیرم. آگاه هستم که اگر در فرم تقاضا یا مصاحبه تمدید مزایا **DHS** نتوانم بعضی از مخارجم را اعلام کنم و/یا آن‌ها را ثابت کنم، **DHS** بودجه آن هزینه‌ها را در محاسبه میزان مزایای بن مواد غذایی من در نظر نخواهد گرفت.

امضای متقاضی	تاریخ
امضای نماینده قانونی	تاریخ
امضای مسئول پرونده (Case Manager's Name and Signature)	تاریخ (Date)