सहायताका लागि आवेदन

NH स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (DHHS) मा स्वागत छ, पारिवारिक सहायता शाखा (DFA)

हामीले प्रदान गर्ने कार्यक्रम र सेवाहरूका लागि आवेदन दिन, तपाईंले यस *सहायताका लागि आवेदन* भर्नैपर्छ, त्यसपछि अन्तर्वार्ता दिएर, हामीलाई आफ्ना पारिवारिक परिस्थितिहरूको प्रमाण दिनु पर्दछ। कृपया तपाईंलाई प्रदान गरिएको सबै जानकारी पढ्नुहोस्, र सबै प्रश्नहरूको आफूले सकेजति राम्रोसँग जवाफ दिनुहोस्। ***आफूले नबुझेको कुनै पनि कुराको जवाफ नदिनुहोस्।*** यदि तपाईंलाई यो *आवेदन* भर्न सहयोग चाहिन्छ भने, हामीलाई भन्नुहोस्। ***तपाईंसँग आवेदनमा आवेदकको नाम तथा ठेगाना र जिम्मेवार परिवारको सदस्य वा परिवारको आधिकारिक प्रतिनिधिको हस्ताक्षर हुने बित्तिकै आफ्नो आवेदन दायर गर्ने अधिकार छ।*** यद्यपि, यदि तपाईंले पूर्ण *आवेदन* भर्नुभयो भने तपाईं सुविधा पाउन सक्नुहुन्छ वा सक्नुहुन्न भनि अझ छिटो निर्धारण गर्न हामी सक्षम हुनेछौं। यदि तपाईं फुड स्ट्याम्प सुविधाहरू चाहनुहुन्छ र तपाईं पूर्ण *आवेदन* भरिरहनु भएको छ भने, कृपया सेक्सन I बाहेक प्रत्येक सेक्सन भर्नुहोस्।

DFA सहायता तपाईंको आम्दानीमा आधारित हुन्छ। हामीले प्रदान गर्ने कुनै कार्यक्रमका लागि तपाईं योग्य हुनुहुन्छ कि हुनुहुन्न भन्ने कुरा निर्धारण गर्दा, केही DFA कार्यक्रमहरूले तपाईंको स्वामित्वमा रहेका वस्तुहरूको नगद मूल्य, तपाईंका "सम्पत्तिहरू" लाई पनि हेर्न सक्छन्।

फुड स्ट्याम्प (FS) सुविधाहरू

फुड स्ट्याम्प कार्यक्रमले कम-आम्दानी भएका मानिसहरूको स्वस्थ्य राम्रो बनाउन आवश्यक खाद्य सामग्री किन्नमा मद्दत गर्दछ। तपाईं यस कार्यक्रमका लागि योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भनि निर्धारण गर्न तपाईंले DHHS का कर्मचारीसँग एउटा अन्तर्वार्ता दिनुपर्नेछ। FS सुविधाहरू आवेदनको मितिमा आधारित हुन्छन्, जुन तपाईंको पूर्ण आवेदन जिल्ला कार्यालयले प्राप्त गरेको मिति हो। यदि तपाईं कुनै संस्थानमा बस्नुहुन्छ, जसले संस्थान छाड्नुअघि संयुक्त रुपमा SSI तथा फुड स्ट्याम्प सुविधाहरूका लागि निवेदन गरिरहेको छ भने, तपाईंको आवेदन दायर गरेको मिति तपाईं संस्थानबाट मुक्त भएको मिति हुन्छ। पहिचानका साथ, तपाईं आकस्मिक FS सुविधाहरू ७ क्यालेन्डर दिनभित्र पाउन सक्नुहुन्छ यदि:

- तपाईंको मासिक कुल आम्दानी $१५० भन्दा कम छ तथा तर मौज्दात $१०० भन्दा बढी छैन भने;
- तपाईंको आश्रय स्थान खर्चहरू तपाईंको कुल आम्दानी र तरल मौज्दातभन्दा बढी छ भने; **वा**
- तपाईं ७ CFR २७३.१०(e)(३) मा परिभाषित गरिएअनुसारको विपन्न प्रवासी वा मौसमी कृषक हो भने।

सामाजिक सुरक्षा नम्बरहरू (SSN)

१९७४ को संशोधित संघीय गोपनीयता ऐनअनुसार, हामीले तपाईंलाई सहायताका लागि अनुरोध गरिरहेका प्रत्येक व्यक्तिको SSN माग्न हामीलाई अनुमति दिने कानूनहरूबारे भन्नुपर्दछ, कि तपाईंले हामीलाई त्यो दिनुपर्छ वा पर्दैन, र हामी तिनीहरूले के गर्नेछौं। SSN हरू निम्न कार्यक्रमहरूका लागि आवश्यक छन्। प्रत्येक कार्यक्रम पछिको भाग हामीले SSN हरू माग्न आवश्यक ठान्ने कानून वा नियम हो:

- FANF: ४२ USC ४०५(c)(२), ४५ CFR २०५.५२, RSA १६७:४-c, & RSA १६७:७९,iii(h).
- फुड स्ट्याम्पहरू: RSA १६७:४-c, फुड स्ट्याम्प ऐन १९७७, संशोधित, ७ USC २०११-२०३६, ७ CFR २७३.२(b)(४), & ७ CFR २७३.६.
- मेडिकल सहायता र अन्य वित्तिय सहायता: RSA १६७:४-c, PL ९८-३६९ को धारा २६५१, ४२ CFR ४३५.९१०, ४२ CFR ४३५.९२०, र ४२ USC १३२०b-७.

माथिका कार्यक्रहरूबाट सहायता चाहने प्रत्येक व्यक्तिले SSN उपलब्ध गराउनैपर्छ वा सामाजिक सुरक्षा प्रशासन (SSA) मा SSN का लागि आवेदन दिएको हुनुपर्छ। सुविधाहरूका लागि निवेदन दिन नचाहने तपाईंका परिवारका सदस्यहरूले SSN उपलब्ध गराउनु पर्दैन। यदि तपाईं आफ्नो परिवारका केही सदस्यहरूका लागि मात्र निवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने, जस्तै केवल बच्चाका लागि मात्र मेडिकल सहायताका लागि निवेदन गर्ने अभिभावक, तपाईंले हामीलाई बच्चाको SSN मात्र उपलब्ध गराउनुपर्छ वा आफ्नो बच्चाको SSN का लागि आवेदन दिनुपर्छ। यदि तपाईंले हामीलाई आफ्नो बच्चाको SSN मात्र दिनुभयो भने मेडिकल कभरेजका लागि तपाईंको बच्चाको योग्यता प्रभावित हुनेछैन।

यदि तपाईंले सूचीबद्ध कार्यक्रमहरूका लागि आवेदन दिइरहेका प्रत्येक व्यक्तिको SSN उपलब्ध गराउनु भएन भने, तपाईंको आवेदन अस्वीकार हुनसक्छ वा कम सुविधाहरू पाइन सक्छ। यदि कोही SSN प्राप्त गर्नमा सहयोग चाहन्छ भने, १-८००-७७२-१२१३ मा कल गर्नुहोस् वा socialsecurity.gov मा जानुहोस्। TTY: १-८००-३२५-०७७८।

बाल स्याहार मात्र चाहने आवेदकहरूले SSN उपलब्ध गराउनु पर्दैन, तर यदि SSN हरू उपलब्ध गराइए भने, यसले योग्यता प्रमाणीकरण प्रक्रियालाई छोटो बनाउन मद्दत गर्न सक्छ।

हामी SSN हरू यसकारण माग्छौं ताकि तपाईंले हामीलाई प्रदान गर्नुभएको परिचय, आर्जित र अनार्जित आम्दानी, र मौज्दातसम्बन्धी जानकारीलाई हामीले प्रमाणित गर्न सकौं। यो निम्नद्वारा साझा तथा प्रमाणित गरिनेछ:

- संघीय, राज्य, र स्थानीय निकायहरू;
- संघीय कानूनले अनुमति दिए अनुसार DHHS भित्रका कार्यालयहरू;
- रोजगारी र बेरोजगारी डाटाबेसहरू;
- आन्तरिक राजस्व सेवा र SSA;
- वित्तिय संस्थाहरू; र
- अन्य कम्प्युटर मिलान कार्यक्रमहरू।

निम्न कुराहरूका लागि जानकारी प्रयोग गरिनेछ:

- तपाईंले अनुरोध गर्नुभएको सेवाका लागि तपाईं योग्य हुनुहुन्छ कि हुनुहुन्न वा योग्यता जारी रहन्छ कि रहँदैन भनि निर्धारण गर्न;
- तपाईंका सुविधाहरूको रकम वा तपाईंको योग्यता वा सुविधाहरूमा भएका त्रुटिहरू पत्ता लगाउन; र
- कार्यक्रमको विधि तथा नियमहरूको शंकास्पद दुरुपयोगको छानबिनमा।

यसलाई आधिकारिक परिक्षणका लागि संघीय र राज्यका निकायहरूसँग, र कानूनबाट बच्न भागिरहेका व्यक्तिहरूलाई गिरफ्तार गर्ने उद्देश्यका लागि कानून प्रवर्तन अधिकारीहरूसँग खुलासा गरिनेछ। यदि फुड स्ट्याम्प दाबी तपाईंको परिवारविरुद्ध आइपर्छ भने, दाबी संकलन कार्वाहीका लागि, सबै SSN हरू

सहितका यस आवेदनमा भएका जानकारीहरू, संघीय र राज्यका निकायहरू, साथसाथै निजी दाबी संकलन निकायहरूलाई सुम्पिन सकिनेछ।

हामी गैर-आवेदककसम्बन्धी SSN वा कुनै पनि अन्य जानकारीहरू US नागरिकता तथा अध्यागमन सेवाहरू (USCIS), वा DHHS द्वारा प्रदान गरिने कार्यक्रमहरू र/वा सेवाहरूसँग प्रत्यक्ष्य रुपमा नजोडिएका कुनै अन्य निकायहरूलाई दिदैनौं।

गैर-नागरिकहरूका लागि आकस्मिक चिकित्सा सहायता

प्रसव-काल तथा प्रसवसहितका, केही आकस्मिक सेवाहरू समाविष्ट गर्ने, आकस्मिक चिकित्सा सहायता केही गैर-नागरिकहरूका लागि तिनीहरूको आप्रावासी स्थितिको परवाह नगरिकन उपलब्ध हुनसक्छ। ***आकस्मिक चिकित्सा सहायताका लागि आवेदन दिन सामाजिक सुरक्षा नम्बरहरू चाहिँदैन।***

नागरिकता तथा पहिचान

तपाईंले सहायताका लागि आवेदन दिने परिवारको प्रत्येक सदस्यको नागरिकता वा गैर-नागरिकता स्थिति स्पष्ट तथा प्रमाणित गर्नैपर्छ। आकस्मिक चिकित्सा सहायता बाहेकको सहायताका लागि आवेदन दिने गैर-नागरिकहरूले योग्य गैर-नागरिक स्थितिको USCIS कागजातहरू उपलब्ध गराउनैपर्छ। USCIS कागजातहरू प्रमाणित गरिनेछन् र आवेदकका परिवारका सदस्यहरूको गैर-नागरिक स्थिति आवेदनबाट USCIS लाई जानकारी पेश गरेर प्रमाणीकरण गर्ने विषय हुनेछ, र USCIS बाट प्राप्त पेश गरिएको जानकारीले योग्यता र सुविधाहरूलाई प्रभावित गर्न सक्नेछ।

तेस्रो पक्ष बिमा वा मेडिकल भुक्तानीहरू

यदि तपाईं मेडिकल सहायताका लागि आवेदन दिंदै हुनुहुन्छ भने, उक्त सहायताको रसिद कुनै अन्य फाराममा हस्ताक्षर नगरिकन सबै तेस्रो पक्ष बिमा वा मेडिकल भुक्तानीहरूमा भएका तपाईंका अधिकारहरू DHHS लाई प्रदान गरिएको समर्पण-पत्र हो। सबै उपलब्ध पक्षहरूलाई बिल भुक्तानी गर्नैपर्छ र DHHS ले भुक्तानी गर्नुभन्दा पहिले गर्नुपर्ने भुक्तानीहरू मेडिकल उपचारको खर्चमा लागू गरिनुपर्दछ। साथसाथै, यदि तपाईं जिम्मेवार तेस्रो पक्षबाट कुनै भुक्तानी वा रकम प्राप्त गर्नुहुन्छ भने, तपाईंले हामीले भुक्तानी गरिदिएको सम्बन्धित मेडिकल सेवाहरूका लागि DHHS लाई फिर्ता गर्नुपर्छ। RSA १६७:१४-a

भूलवश प्राप्त भएका सुविधाहरू

चाहे तपाईंले हामीलाई प्रदान गरेको जानकारीमा गल्ती गर्नुभएको होस्, वा प्रदान गर्न असफल हुनुभएको होस्, त्यसको परवाह नरगिकन तपाईंले भूलवश प्राप्त गरेको कुनै पनि सुविधाहरू वा सेवाहरू फिर्ता गर्नुपर्दछ। यदि तपाईंले फुड स्ट्याम्पहरू पाउनु भएको छ भने पनि, तपाईंले भूलवश प्राप्त गरेको कुनै पनि सुविधाहरू फिर्ता गर्नैपर्छ यदि हामीले तपाईंको केसको प्रक्रियामा गल्ती गरेका रहेछौं भने।

आर्थिक वा मेडिकल बाल सहायता

यदि तपाईं TANF नगद भुक्तानीहरूका लागि आवेदन दिंदै हुनुहुन्छ भने, तपाईंको उक्त सहायताको रसिद आर्थिक बाल सहायतामा भएका तपाईंका अधिकारहरू DHHS लाई प्रदान गरिएको समर्पण-पत्र हो। कुनै अन्य फाराममा हस्ताक्षर नगरिकन, तपाईं DHHS लाई सहायता प्राप्त गर्ने आफ्ना बच्चाहरूका तर्फबाट भुक्तानी गरिने आर्थिक बाल स्याहार रकमहरू संकलन गर्ने तथा आफूसँग राख्ने अधिकार दिनुहुन्छ। RSA १६१-C:२२

DHHS ले तपाईंलाई प्रदान गरिने नगद सहायताको रकम आंशिक रुपमा कमी पूरा गर्न संकलन गर्नेछ तथा आफूसँग राख्नेछ। यदि सहायता रकमहरू हामीले तपाईंलाई दिएको रकम जति नै बराबर भयो वा बढी भयो भने, तपाईंको नगद सहायता केस बन्द हुनेछ र सहायता रकमहरू तपाईंलाई पठाइनेछ।

बच्चाको चिकित्सा सहायताको रसिद मेडिकल बाल सहायता अधिकारहरूको समर्पण हो। यसको अर्थ तपाईंका बच्चाहरूका लागि बाल स्याहार स्थापित गर्न तथा लागू गर्न तपाईंले DHHS सँग सहकार्य गर्नैपर्छ। साधारणतया मेडिकल बाल सहायताको अर्थ अनुपस्थित अभिभावकद्वारा प्रदान गरिएको स्वास्थ्य बिमा हो, तर तपाईंलाई आफ्ना बच्चाहरूका लागि स्वास्थ्य बिमा किन्नका लागि अनुमति दिन अन्य अभिभावकले पनि नियमित डलर रकम भुक्तानी गर्न सक्छन्।

यदि तपाईं मेडिकल बिमा खरिद गर्न पैसा प्राप्त गर्नुहुन्छ भने, यो पैसा यदि तपाईं आफ्नो बच्चाका लागि चिकित्सा सहायता प्राप्त गर्नुहुन्छ भने राज्यले आफूसँग राख्नेछ र राज्य तथा संघीय सरकारहरूलाई फिर्ता गर्न प्रयोग गरिनेछ। यदि चिकित्सा सहायता प्राप्त गर्ने तपाईंका कुनै पनि बच्चाहरूका लागि पितृत्व स्थापित भएको छैन भने, तपाईंले कानूनी रुपमा पितृत्व स्थापना गर्न DHHS सँग सहकार्य पनि गर्नैपर्छ।

सहायता अधिकारहरूको समर्पण-पत्र आवश्यकता हो। तपाईंका अधिकार तथा दायित्वहरू र उपयुक्त कारण बिनाको अस्वीकृतिका लागि जरिवानाका बारेमा, तपाईंले आफ्नो जिल्ला कार्यालय कर्मचारीलाई भेट्दा वर्णन गरिनेछ।

चिकित्सा सहायताका योग्यताको सुरूवात मिति

सामान्यतया तपाईंको चिकित्सा सहायता योग्यता तपाईंले मौज्दात सीमासहित, आवदेन दिएको कार्यक्रमका लागि सबै आवश्यकता पूरा गरेको दिनबाट सुरु हुन्छ।

एजेन्सी प्रयोगका लागि मात्र

यो तपाईंको आवेदनको रेकर्ड हो र स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागको कर्मचारीद्वारा भरिनेछ र तपाईंलाई फिर्ता पठाइनेछ।

DFA ले _____ का लागि _____ बाट पूर्ण आवेदन प्राप्त गरेको छ मिति: _____

_____ _____

जिल्ला कार्यालय कर्मचारीको हस्ताक्षर

NH स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (DHHS)
पारिवारिक सहायता शाखा (DFA)

XFS का लागि
सिफारिस गरिएको ☐ **हो** ☐ **होइन**
प्रारम्भिक: _____

DFA फाराम 800
08/14

सहायताका लागि आवेदन

A. कृपया हामीलाई तपाईं को हो र कहाँ बस्नुहुन्छ भन्नुहोस्।

पूरा कानूनी नाम: _____ **प्राथमिक भाषा:** _____

बसोबास गरेको वर्तमान स्थान: ☐ आफ्नै घर ☐ नर्सिङ सुविधा ☐ वयस्क परिवार गृह ☐ सहायता गरिएको आश्रम
☐ कंग्रिगेट हाउजिङ ☐ घरबारविहीन ☐ अस्पताल ☐ होटेल/मोटेल ☐ आवासीय स्याहार सुविधा ☐ अन्य

स्ट्रिट ठेगाना: _____ **पत्राचार ठेगाना:** _____
(यदि फरक छ भने)
शहर/राज्य/जिप: _____ _____

घरको फोन: _____ **कार्यालयको फोन:** _____ **फोन/सन्देश:** _____

इ-मेल ठेगाना: _____ ☐ **मेरो इ-मेल ठेगाना छैन**

के तपाईंको परिवारमा कसैको मेडिकेयर भाग A वा B छ? ☐ छ ☐ छैन

तपाईंलाई हाम्रो आवश्यकता किन पऱ्यो? _____

जानकारी प्रदायक: _____
(यदि आवेदकभन्दा फरक हो भने) **नाम** **ठेगाना** **फोन #**

B. कृपया आफूसँग बस्ने मानिसहरूका बारेमा भन्नुहोस्। आफूबाट सुरु गरेर तपाईंसँग बस्ने मानिसहरूको सूची बनाउनुहोस्। *तपाईंले सहायताका लागि आवेदन नदिएको कुनै पनि व्यक्तिका लागि सामाजिक सुरक्षा नम्बर वा नागरिकता प्रदान गर्नु पर्दैन।*

पूरा कानूनी नाम	SSN	जन्म-मिति	तपाईंसँगको नाता	U.S. नागरिक हो?	विद्यार्थी (हो वा होइन। यदि हो भने, तह पनि उल्लेख गर्नुहोस्)	RID (DFA प्रयोगका लागि मात्र)
१.			स्वयम्	☐ हो ☐ होइन		
२.				☐ हो ☐ होइन		
३.				☐ हो ☐ होइन		
४.				☐ हो ☐ होइन		
५.				☐ हो ☐ होइन		
६.				☐ हो ☐ होइन		

C. म निम्न कुराहरूका लागि आवेदन दिन चाहन्छु: (अनुरोध गरिने सहायताका किसिमहरू)

☐ सबै कार्यक्रमहरू ☐ नगद ☐ फुड स्ट्याम्प ☐ बाल स्याहार
☐ घर तथा समुदायमा-आधारित स्याहार (HCBC) ☐ मेडिकेयर सुरक्षा कार्यक्रम (MSP) [QMB/QWDI/SLMB/SLMB१३५]
☐ नर्सिङ सुविधा (NF) सेवाहरू - सुविधाको नाम: _____
☐ मेडिकल सहायता – यदि तपाईलाई बच्चा, गर्भवती महिला, वा बच्चाको अभिभावक/कार्यवाहक नातेदारका लागि मेडिकल सहायता चाहिएको छ भने, तपाईले *बालबालिकाहरू, गर्भवती महिला, र अभिभावक/कार्यवाहक नातेदार*का लागि मेडिकल सहायता पूरा गर्नुपर्छ

D. *प्रत्येक व्यक्तिलाई जाति, रङ, वा राष्ट्रिय मूललाई परवाह नगरिकन निष्पक्ष रुपमा सेवा दिइएको छ भनि सुनिश्चित हुन निम्न जानकारीहरू संकलन गरिन्छन्। तपाईंका जवाफहरू स्वेच्छिक हुन्छन्। प्रदान गरिएको जानकारीले तपाईंको योग्यता वा सुविधाको रकमलाई असर गर्ने छैन।*

कृपया आफ्नो आवेदनको पछाडि हस्ताक्षर गर्नुहोस्!

तपाईं हिस्प्यानिक वा ल्याटिनो हो? ☐ हो ☐ होइन

के तपाईं: गोरोमा पर्नुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन एशियन हो? ☐ हो ☐ होइन नेटिभ हवाइन वा अन्य प्यासिफिक आइल्याण्डर हो? ☐ हो ☐ होइन
कालो वा अफ्रिकन अमेरिकन हो? ☐ हो ☐ होइन अमेरिकन इन्डियन वा आलस्कन नेटिभ हो? ☐ हो ☐ होइन

एजेन्सी प्रयोगका लागि मात्र:

RFA# _____ केस # _____ दिइएका फारामहरू: ७२५ १७७

नगद	खुला	बन्द	अस्वीकृत	मिति:	DO:
खाद्य वस्तु कार्ड	खुला	बन्द	अस्वीकृत	मिति:	DO:
MA	खुला	बन्द	अस्वीकृत	मिति:	DO:
CM/MCPW	खुला	बन्द	अस्वीकृत	मिति:	DO:
बाल स्याहार	खुला	बन्द	अस्वीकृत	मिति:	DO:
EBT कार्ड स्थिति:	कुनै पनि छैन		सक्रिय	निष्क्रिय गरिएको	रद्द गरियो

E. कृपया तपाईंको घरमा भएका सबैको आम्दानीका बारेमा भन्नुहोस्।

तपाईंको ज्याला: $ ☐ साप्ताहिक ☐ पाक्षिक ☐ मासिक
अन्य ज्यालाहरू: $ ☐ साप्ताहिक ☐ पाक्षिक ☐ मासिक
अन्य ज्यालाहरू $ ☐ साप्ताहिक ☐ पाक्षिक ☐ मासिक
के हालसालै कसैले नोकरी गुमाएको छ? ☐ छ ☐ छैन
यदि छ भने, कसले? कहिले? / /

SSA/SSDI: $ स्पाउजल सपोर्ट: $
SSI: $ बेरोजगार: $
VA: $ बाल सहायता: $
पेन्सन: $ अन्य: $

F. कृपया तपाईंको घरमा भएका सबैको सम्पत्तिका बारेमा भन्नुहोस्।

चेकिङ/सेभिङ: $ अन्य चेक/बचत: $
स्टक/बन्ड/CD हरू: $ IRA: $
तपाईं र तपाईंको जीवनसाथीको
वार्षिक वृत्ति: $ अन्य सम्पत्तिहरू: $
गुठीहरू: $ जीवन बिमा: $
सवारी-साधन (Yr/Mdl): सवारी-साधन (Yr/Mdl):

G. तपाईंका खर्चहरू:

भडा (मासिक): $
बन्धक (मासिक): $
लट भाडा/कन्डो शुल्क (मासिक): $
करहरू (वार्षिक): $
आश्रित व्यक्तिको स्याहार खर्च: $
मेडिकल खर्चहरू: $
कार्य गर्दा लाग्ने खर्च: $

के तपाईंले यो वा विगतका १२ महिनाहरूमा $२० भन्दा बढी इन्धन सहायता पाउनु भएको छ? ☐ छ ☐ छैन
के तपाईंले आफ्नो भाडा वा बन्धकबाट निम्न उपयोगीताहरूका लागि भुक्तानी गर्नुभएको छ?

ताप: ☐ छ ☐ छैन
फोन: ☐ छ ☐ छैन
विद्युत: ☐ छ ☐ छैन
अन्य: ☐ छ ☐ छैन

H. कृपया सबै प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।

१. तपाईं प्रवासी वा मौसमी कृषक हो? ☐ हो ☐ होइन
२. के तपाईं वा तपाईंको घरको कुनै सदस्यले यस महिनाका लागि फुड स्ट्याम्प सहायता प्राप्त गरेको छ? ☐ छ ☐ छैन
३. के तपाईं हाल हिंसाका शिकार भएकाहरूका लागि बनाइएको आश्रय स्थानमा बस्दै हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन
४. के तपाईंको घरको कुनै सदस्य आँखा नदेख्ने वा अपाङ्ग छ? ☐ छ ☐ छैन
५. के तपाईंले पछिल्लो ५ वर्षमा सम्पत्ति बिक्री गर्नुभएको वा नामसारी गर्नुभएको छ? ☐ छ ☐ छैन
६. के तपाईंको घरको कुनै सदस्यले हाल अर्को राज्यबाट सहायता प्राप्त गरिरहेको छ? ☐ छ ☐ छैन
यदि छ भने कुन राज्यबाट? कस्तो खालको सहायता?

१. के तपाईं फुड स्ट्याम्पहरू मात्र चाहनुहुन्छ? यदि त्यसो हो भने, तपाईं अब सेक्सन J मा जान सक्नुहुन्छ। यदि तपाईं नगद, मेडिकल वा बाल स्याहार सहायता चाहनुहुन्छ भने, सेक्सन J मा जानुभन्दा अगाडि कृपया यस सेक्सनमा रहेका सबै प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।

१. के तपाईंको घरको कुनै सदस्य गर्भवती छ वा पछिल्लो ३ महिनामा कसैले बच्चा जन्माएको छ? ☐ छ ☐ छैन
२. के पछिल्लो ३ महिना देखि तपाईंले भुक्तान नगर्नु भएको कुनै मेडिकल बिलहरू छन् जसलाई भुक्तान गर्नमा तपाईं मद्दत चाहनुहुन्छ? ☐ छ ☐ छैन
३. यदि तपाईं आवश्यकतामा परेका परिवारहरूलाई आर्थिक सहायता (FANF) का लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने, तपाईंका कुनै पनि बच्चाहरूको लागि जन्मदर्ता प्रमाणपत्रमा बुवाको नामलाई खाली छोडिएको वा "उल्लेख नगरिएको" छ? ☐ छ ☐ छैन
४. यदि FANF का लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने, कति जना अनुपस्थित आमाबुवाहरू? _____
५. के तपाईं वा घरको कुनै अन्य सदस्यले मेडिकेड बाहेकको स्वास्थ्य बिमा गराएको छ? ☐ छ ☐ छैन
यदि छ भने, बिमाकर्ता को नाम? पोलिसी नम्बर:

J. हस्ताक्षरहरू

मिथ्या बयानका लागि दण्डअन्तर्गत, म घोषणा गर्दछु कि मैले सन्निवेशमा उल्लेख गरिएको कुनै पनि जानकारीसहित, यस आवेदनमा रहेको यो जानकारीको समीक्षा गरेको छुँ; सहायताका लागि आवेदन दिइरहेका सदस्यहरूको नागरिकता र गैर-नागरिक स्थितिसँग सम्बन्धित जानकारीसहित, यो जानकारी मलाई थाहा भएसम्म सही र पूर्ण छ। म बुझ्दछु कि मेरो योग्यता निर्धारण गर्नुभन्दा अगाडि एउटा पूर्ण आर्थिक र मेडिकल योग्यता अन्तर्वार्ता आयोजना गर्न आवश्यक हुन सक्छ।

आवेदकको हस्ताक्षर | मिति

आवेदकलाई मद्दत गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर | मिति | आवेदकसँगको नाता

म निम्नका लागि मैले दिएको आवेदन फिर्ता लिन्छु: ☐ नगद ☐ मेडिकल सहायता ☐ फुड स्ट्याम्पहरू ☐ बाल स्याहार ☐ HCBC/NF ☐ MSP

हस्ताक्षर | मिति

म घोषणा गर्छु कि मैले माथि उल्लेख गरिएको व्यक्ति(हरू)लाई यो आवेदनको समीक्षा गर्ने अवसर दिएको छुँ। म यो पनि घोषणा गर्छु कि अनुरोध गरिएको अवस्थामा, मैले यो फारामको प्रतिलिपि प्रदान गरेको छुँ।

मुद्रित नाम र हस्ताक्षर | पद/निकाय | मिति

आवेदन: तपाईंको अधिकार तथा उत्तरदायित्वहरू

समय सीमाहरू

तपाईंले आफ्नो जीवनकालको 60-महिनाका लागि मात्र Financial Assistance to Needy Families (आवश्यकता परेका परिवारलाई आर्थिक सहायता) प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईंको बाल्यावस्थामा तपाईंले यो सहायता प्राप्त गर्नुभएको महिनालाई जीवनकाल सीमाबाट घटाइने छैन । तपाईंको समय सीमा तपाईंले वयस्कको रूपमा सुविधाहरू प्राप्त गरीसकेपछि सुरू हुन्छ । **State Supplement Programs (राज्य पूरक कार्यक्रमहरू), Medical Assistance (मेडिकल सहायता), Food Stamp benefits (फुड स्ट्याम्प सुविधाहरू), वा child care assistance (बाल स्याहार सहायता) मा कुनै समय सीमा छैन ।**

प्रशासनिक पुनरावेदन

यदि तपाईं DHHS ले योग्यताको सम्बन्धमा गरेको कुनैपनि निर्णयसँग असन्तुष्ट हुनुहुन्छ भने तपाईं वा तपाईंको प्रतिनिधित्व गर्ने कुनै व्यक्तिले प्रशासनिक पुनरावेदन (Administrative Appeal) का लागि अनुरोध गर्न सक्छ । प्रशासनिक पुनरावेदनमा तपाईंको प्रतिनिधित्व कुनै अधिवक्ता, आफैले वा अरू व्यक्ति, जस्तै आफन्त वा साथी, ले गर्न सक्छ । कुनैपनि कानूनी सेवाहरूको लागतको भुक्तानी DHHS ले गर्नेछैन, तर न्यू हैम्पशायरमा नि:शुल्क र कम लागतका कानूनी सेवाहरू उपलब्ध छन् । District Office (जिल्ला कार्यालय) वा DHHS, 105 Pleasant Street, Concord, NH 03301-6521 मा सम्पर्क गरेर मौखिक रूपमा वा लिखित रूपमा प्रशासनिक पुनरावेदनका लागि अनुरोध गर्न सकिन्छ । टेलिफोन (603) 271-4292 वा 1-800-852-3345 एक्स्टेन्सन 4292; TDD पहुँच: रिले NH 1-800-735-2964 वा 711 ।

गुणस्तर नियन्त्रण

तपाईंको मामिलालाई गुणस्तर नियन्त्रण वा अन्य सरकारी समीक्षाका लागि चयन गरिन सक्छ । त्यस्तो समीक्षामा तपाईंको घरपरिवारको आर्थिक वा मेडिकल अवस्थाहरू, रहनसहनका प्रबन्धहरू र अन्य वस्तुस्थितिहरूको गहिरो अनुसन्धान गर्न आवश्यक हुन्छ । तपाईंको घरपरिवार र तपाईंले DHHS लाई प्रदान गर्नुभएको विवरणहरूको सम्बन्धमा हामी बैङ्क, रोजगारदाता, व्यापारी, बाल स्याहार प्रदायक र अन्य उपयुक्त श्रोतहरूलाई सम्पर्क गर्न सक्छौं । **यी समीक्षाहरू गर्नमा सहयोग नगर्नुभएमा परिणाम स्वरूप तपाईंले आफ्ना सुविधाहरू गुमाउन सक्नुहुन्छ ।**

परिवर्तन रिपोर्ट गर्ने

तपाईंले आवधिक रूपमा आफ्ना वस्तुस्थितिहरूको समीक्षा गर्न आवश्यक हुनेछ । यदि तपाईंले फारमलाई पूर्ण रूपमा भर्नुभएन वा त्यसलाई अन्तिम म्याद सम्म फिर्ता गर्नुभएन भने र आवश्यक हुँदा, व्यक्तिगत अन्तर्वार्तामा सहभागी हुनुभएन भने तपाईंको नगद, बाल स्याहार र Food Stamp मामिलालाई बन्द गरिन सक्छ, र/वा Medical Assistance का लागि तपाईंको योग्यतामा प्रभाव पर्न सक्छ ।

यदि तपाईंले केवल Food Stamp सुविधाहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ र तपाईंसँग 4, 5 वा 6-महिने योग्यता अवधि छ भने तपाईंले आफ्नो घरपरिवारमा भएका ती परिवर्तनहरूलाई मात्र रिपोर्ट गर्नुपर्छ जसले तपाईंको घरेलु आयलाई गरीबी स्तर भन्दा 130% माथि पुर्याउनेछ ।

यदि तपाईंले नगद, बाल स्याहार, Medical Assistance प्राप्त गर्नुभयो, वा यदि तपाईंको Food Stamp को योग्यता अवधि 4, 5, वा 6 महिना छैन भने योग्यतालाई प्रभावित गर्ने निम्न तत्वहरूमा भएका परिवर्तनहरूलाई, तपाईंले परिवर्तन भएको 10 क्यालेन्डर दिनभित्र विभागलाई सूचित गर्नुपर्छ:

- आयको श्रोत;
- घरपरिवारको सदस्यले काम गर्ने समय (घण्टा);
- तपाईंको घरपरिवारको कुनैपनि सदस्यको आयको रकम;
- सबै घरेलु परिवर्तनहरू, जस्तै विवाह, सम्बन्ध विच्छेद, नयाँ बच्चाको जन्म, बच्चाको स्याहारका लागि लिइएको बिदा, इत्यादि;
- बाल स्याहार प्रदायक;
- श्रोतहरू (जस्तै, नगद, शेयर, ऋणपत्र, वा बैङ्क वा बचत खातामा रहेको पैसा);
- कुनै एकमुष्ट रकमको भुक्तानी वा हिसाब फछ्र्यौटको प्राप्ति;
- आवास, वा आश्रय (सेल्टर) का खर्चहरू; वा
- आश्रित व्यक्तिहरूको स्याहार खर्चहरू, बच्चाको भरणपोषणको भुक्तानीहरू वा मेडिकल कटौतीहरू, वा तपाईंको घरपरिवारको सुविधाहरूमा प्रभाव पार्न सक्ने अन्य परिवर्तनहरू ।

सामाजिक सुरक्षा लाभार्थीहरूका लागि Medical Assistance (मेडिकल सहायता) को संरक्षण

यदि तपाईं OAA, ANB, वा APTD कार्यक्रम अन्तर्गत नगद सहायता प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ, र सामाजिक सुरक्षा जीवन-निर्वाह खर्चमा भएको वृद्धि वा अन्य आयहरूमा भएको वृद्धिसँग यो वृद्धिलाई जोड्दा तपाईंलाई आर्थिक सहायताका लागि अयोग्य बनाउछ भने Pickle Amendment नीति अन्तर्गत तपाईं अझैंपनि Medical Assistance को हकदार हुन सक्नुहुन्छ ।

तपाईंले Pickle Amendment अन्तर्गत Medical Assistance प्राप्त गर्न सुरू गर्नु भइसकेपछि, भविष्यमा सामाजिक सुरक्षा जीवन-निर्वाह खर्चमा हुने वृद्धिहरूले तपाईंको योग्यतालाई प्रभाव पार्ने छैन । यद्यपि, तपाईंको वस्तुस्थितिहरूमा हुने अन्य परिवर्तनहरूले भने तपाईंलाई अझैंपनि Medical Assistance का लागि अयोग्य बनाउन सक्छ ।

यदि तपाईं माथिका कार्यक्रमहरू मध्ये कुनै एकका लागि पैसा भुक्तानीहरू प्राप्त गर्न योग्य हुनुहुन्छ तर तपाईंले भुक्तानी प्राप्त गर्न रोज्नु हुन्न भने तपाईं Pickle Amendment अन्तर्गत आफ्नो Medical Assistance को यस संरक्षणका लागि हकदार हुनुहुने **छैन** ।

आप्रवासी परिवारहरूका लागि सूचना

यदि तपाईं स्वास्थ्य स्याहार वा Food Stamp मा सहयोग प्राप्त गर्नुहुन्छ भने यसले तपाईंको आप्रवासी स्थितिलाई असर गर्नेछैन । यदि तपाईं वा तपाईंको परिवारका सदस्यहरूले Medicaid (मेडिकेड) वा Food Stamp हरू प्रयोग वा प्राप्त गर्नुभएको भने यसले तपाईं र तपाईंका परिवारका सदस्यहरूको अमेरिकी. नागरिक बन्ने योग्यतालाई असर गर्नेछैन ।

यद्यपि, यदि तपाईं TANF जस्ता नगद सहायता वा नर्सिङ होम स्याहारको खर्चमा सहयोग पाउनुहुन्छ भने यसले तपाईंको निम्ति अमेरिकी नागरिक बन्नमा समस्याहरू निम्त्याउन सक्छ, विशेषगरी यदि सुविधाहरू तपाईंको परिवारको एकमात्र आय हो भने । तपाईंले आवेदन दिनुअघि, तपाईंले कानुनी प्रश्नहरूका सम्बन्धमा आप्रवासमा मद्दत गर्ने निकायसँग कुरा गर्न वा US Citizenship and Immigration Services (USCIS) (अमेरिकी नागरिकता तथा अध्यागमन सेवा) लाई सम्पर्क गर्न चाहनु सक्नुहुन्छ ।

सावधान !

तपाईंले हामीलाई भनेका वा प्रदान गरेका कुनैपनि कुराहरू यहाँ प्रमाणित गरिनेछन्:

- **संघीय, राज्य र स्थानीय तहहरूमा; र साथै**
- **समपार्श्विक सम्पर्कहरू र/वा USCIS, IEVS, महत्वपूर्ण अभिलेखहरू, SSA, वित्तिय संस्थानहरू र रोजगारी डाटाबेसहरू जस्ता तर यतिमा मात्र सीमित नभएर अन्य विद्युतिय प्रमाणीकरणसँग मेल खाने कम्प्युटर उपकरणको माध्यमबाट ।**

हामी हाम्रा कार्यक्रमहरूका लागि तपाईंको योग्यता सुनिश्चित गर्न र तपाईंका सुविधाहरू निर्धारण गर्न यो गर्ने गर्दछौं । यदि हामीले यी श्रोतहरू प्रयोग गरेर प्राप्त गरेका जानकारीहरू तपाईंले हामीलाई प्रदान गरेका जानकारीहरूसँग मिलेनन् भने तपाईं सहायताबाट वञ्चित हुन सक्नुहुन्छ, तपाईंका सुविधाहरू परिवर्तन हुन सक्छन् र तपाईंले जानाजान गलत जानकारी गराएको अभियोगमा तपाईं विरूद्ध आपराधिक मुद्दा चलाउन सकिन्छ । यस प्रायोजन सम्बन्धि कुनैपनि नियमहरू उल्लंघन गर्ने तपाईंको घरपरिवारको कुनैपनि सदस्यलाई एक वर्षको अवधिदेखि स्थायी रूपमै नगद सहायता, बाल स्याहार सहायता तथा Food Stamp Program हरूमा सहभागी हुनबाट प्रतिबन्ध लगाउन सकिन्छ । Food Stamp Program मा, तपाईंलाई $250,000 जरिवाना सहित 20 वर्ष सम्मको कैद वा दुवै सजाय हुन सक्छ, र Food Stamp ऐनको उल्लंघन गरेको अभियोगमा उचित राज्य तथा संघीय कानूनहरू अन्तर्गत मुद्दा चलाउन पनि सकिन्छ ।

निम्न कुराहरू नगर्नुहोस्

- सुविधाहरू पाउन वा पाइराख्न गलत जानकारी **नदिनुहोस्** वा जानकारी **नलुकाउनुहोस्** ।
- Food Stamp सुविधाहरू तपाईंको घरपरिवारका लागि तिनीहरूलाई प्रयोग गर्ने अधिकार नभएको कसैसँग पनि व्यापार वा बिक्री **नगर्नुहोस्** ।
- आफ्नो सुविधाहरूलाई अयोग्य वस्तुहरू किन्न प्रयोग **नगर्नुहोस्** ।
- आफ्नो घरपरिवारलाई प्राप्त गर्ने हक नभएको कुनैपनि सुविधाहरू प्रयोग **नगर्नुहोस्** ।
- आफ्नो EBT कार्डको PIN कुनैपनि व्यक्तिलाई **नदिनुहोस्** ।
- DHHS द्वारा भुक्तानी गरिने बाल स्याहार सेवाहरूलाई DHHS द्वारा स्वीकृति प्रदान नगरिएका रोजगार-सम्बन्धी गतिविधिहरूका लागि प्रयोग **नगर्नुहोस्** ।
- आफ्नो EBT कार्ड वा EBT कार्डबाट प्राप्त नगदलाई 50% भन्दा बढी देख्न सकिने सूची रक्सीजन्य पदार्थ भएको स्टोरहरू, मुख्यतः अङ्गच्छेदन, डामेर चिन्ह बनाउने वा टाटु बनाउनेमा संलग्न स्थलहरू, जुवाघर वा सिगार, पाइप, धुम्रपान वा सुर्तीजन्य स्टोर/सानो दोकान/पसलहरू, अधिकांश गाँजाका औषधालयहरू, 50% भन्दा बढी देख्न सकिने सूची भइ वयस्क-लक्षित मनोरञ्जन मानिने वस्तु बिक्री गर्ने वा भाडामा उपलब्ध गराउने व्यापारिक स्थलहरूमा प्रयोग नगर्नुहोस् ।

पहिचान तथा आवास

DHHS ले एकै समय धेरै सुविधाहरू प्राप्त गर्नको लागि पहिचान वा आवासको स्थानका सन्दर्भमा झुठो विवरण वा बयान दिएको भनि निर्धारण गरेको वा दोषी ठहराएको व्यक्ति आर्थिक सहायता र Food Stamp सुविधाहरूका लागि 10 वर्षका लागि अयोग्य हुनेछ ।

Food Stamp (FS) Benefits को गैर-कानूनी व्यापार

FS सुविधाहरूको लेनदेनबाट नियन्त्रित वस्तुहरूको कारोबार गरेको भनि न्यायालयले दोषी पाएको कुनैपनि व्यक्तिलाई पहिलो पटकको अपराधको लागि 24 महिनाका लागि र दोस्रो पटकको अपराधका लागि स्थायी रूपमै FS कार्यक्रममा सहभागी हुन प्रतिबन्ध लगाइनेछ । FS सुविधाहरूको लेनदेनबाट युद्ध सामग्री, हातहतियार वा विस्फोटक पदार्थहरूको कारोबार गरेको, वा $500 भन्दा बढीको FS सुविधाहरूको कुनैपनि गैर-कानूनी व्यापार गरेको भनि न्यायालयले दोषी ठहराएको कुनैपनि व्यक्ति FS सुविधाहरूको लागि स्थायी रूपमा अयोग्य हुनेछ ।

Medical Assistance जालसाजी

Social Security Act (सामाजिक सुरक्षा ऐन) को धारा 1128B मा Medical Assistance सुविधाहरूका लागि तपाईंको आवेदन वा त्यसको रसिदका सम्बन्धमा जालसाजीका कार्यहरू तथा गलत विवरण पेश गर्ने कार्यहरूका लागि संघीय जरिवानाहरूको व्यवस्था छ ।

जानाजान दिएका विवरणहरू गलत भएको र त्यसले Medical Assistance कार्यक्रम अन्तर्गतको कुनैपनि सुविधा वा भुक्तानीका लागि योग्यतामा असर गर्छ भन्ने थाहा हुन गएमा त्यस्तो व्यक्ति विरूद्ध मुद्दा चलाउन सकिन्छ ।

कुनैपनि सुविधा वा भुक्तानीमा रहेको उसको अधिकारलाई असर गर्ने कुनैपनि घटना लुकाउने वा खुलासा गर्न नसक्ने वा लक्षित उद्देश्य भन्दा अन्य कार्यहरूमा यसको रूपान्तरण गर्ने व्यक्ति विरूद्ध पनि मुद्दा चलाउन सकिन्छ । कानूनले Medical Assistance को प्रस्तुतिका सम्बन्धमा घुस लिने, घुस दिने वा कमिशन खाने कार्यका लागि पनि जरिवानाको व्यवस्था गरेको छ ।

अपराधका लागि दोषी ठहर भएमा 1 वर्ष ननाघ्ने गरि Medical Assistance सुविधाहरू गुम्न सक्छ । सजायहरूमा $25,000 सम्मको जरिवाना वा 5 वर्ष ननाघ्ने सम्मको कैद वा दुवै हुन सक्छन् ।

Intentional False Statements or Program Violations (IPV)
(जानाजान जलत विवरण वा कार्यक्रम उल्लंघनहरू)

आफ्ना वस्तुस्थितिहरूको जानाजान गलत विवरण दिने वा झुटो बयान दिने वा सम्पति, ज्याला, आय वा श्रोतहरूको प्राप्ति वा सहायताका लागि आफ्नो प्रारम्भिक वा जारी योग्यतालाई असर गर्ने आफ्नो वस्तुस्थितिहरूमा भएका कुनैपनि परिवर्तनहरूको खुलासा गर्न जानीजानी असफल हुने व्यक्ति राज्य कानूनको उल्लंघनको दोषी पाइन सक्छन् । सजायहरू यस प्रकारका छन्: मौद्रिक हर्जाना वा वस्तु वा सेवाहरूको मूल्य $1000 नाघेको अवस्थामा A वर्गको अपराध; मूल्य $100 नाघेमा B वर्गको अपराध; र यदि मूल्य $100 भन्दा थोरै रहेमा सामान्य अपराध ठहरिनेछ । RSA 167:17-b र 17-c ।

Food Stamp Program मा जानाजान कार्यक्रम उल्लंघन (intentional program violation (IPV) गर्ने कुनैपनि व्यक्तिले यी सुविधाहरू पहिलो उल्लंघनका लागि 12 महिना, दोस्रो उल्लंघनका लागि 24 महिना र तेस्रो IPV का लागि स्थायी रूपमै प्राप्त गर्न सक्ने छैनन् ।

आवेदन सारांश: सहमतिको बयानहरू

नामाक्षर

सबै कार्यक्रमहरू

म यो प्रमाणित गर्छु कि मैले "तपाईंको अधिकार तथा उत्तरदायित्वहरू" पढेको छु र मैले तिनीहरूलाई बुझेको छु। _____

म यो बुझ्छु कि DHHS ले मेरो योग्यता तथा मामिलाको जानकारी गोप्य राख्नेछ र DHHS को कार्यक्रमहरू व्यवस्था गर्ने कार्यमा संलग्न व्यक्तिहरू वा अन्यथा संघीय नियमहरू वा राज्यको कानूनले अनुमति दिएका व्यक्तिहरूले मात्र यसको समीक्षा गर्नेछन्। _____

म यो बुझ्छु कि गोप्यताका अन्य नियमहरू भएतापनि Food Stamp (फुड स्ट्याम्प) र /वा FANF घरपरिवारहरूमा रहेका बच्चाहरूको नाम विद्यालयहरूलाई दिनुपर्छ ताकि तिनीहरूलाई Free School Meals (नि:शुल्क विद्यालय भोजन) को लागि स्वत: योग्य निर्धारण गर्न सकियोस्। _____

म यो बुझ्छु कि मैले निम्नको प्रमाण उपलब्ध गराउनै पर्छ: मेरो घरपरिवारको वस्तुस्थितिको, मैले आवेदनमा लेखेका कुराहरूको र मैले DHHS लाई बताएको कुराहरूको। _____

म यो बुझ्छु कि मैले उपलब्ध गराएको जानकारीको समपार्श्विक सम्पर्कहरू र/वा संघीय, राज्य वा स्थानीय अधिकारीहरूबाट सत्यता प्रमाणित गराइनेछ र यदि कुनै जानकारी गलत वा झुटो भएको पाइएमा वा मैले मलाई सहायता प्राप्त हुने सम्बन्धमा कुनै जानकारी अहिले वा भविष्यमा जानाजान लुकाएमा मैले मेरो सुविधाहरू गुमाउन सक्छु र धोखाधडीको लागि मेरो विरूद्ध मुद्दा चलाउन सकिन्छ। _____

म यो बुझ्छु कि तल र/वा आवेदनमा रहेको मेरो हस्ताक्षरले DHHS लाई सहायताको लागि मेरो वा मेरो सहायता समूह (AG) मा रहेको कसैको पनि योग्यताका आवश्यकताहरू पूरा गरेको छ भनेर प्रमाणीकरण प्राप्त गर्नको लागि अधिकृत गर्छ र DHHS लाई उक्त जानकारी उपलब्ध गराउनको लागि अधिकार प्रदान गर्छ। DHHS लाई जानकारी उपलब्ध गराउने मेरो स्वीकृति मैले वा मेरो AG मा रहेको कसैले पनि DHHS को कुनैपनि किसिमको सहायता प्राप्त गरिरहँदा सम्मको लागि लागू रहिरहन्छ। _____

म यो बुझ्छु कि तल **र/वा** आवेदनमा रहेको मेरो हस्ताक्षरले DHHS र करार गरिएको कुनैपनि तेस्रो पक्षीय संस्थालाई मेरो आय, पहिचान तथा सम्पत्तिहरू, र मैले अनुरोध गरेको सहायताको लागि योग्यता निर्धारण गर्न कुनैपनि अन्य व्यक्तिको आय, परिचय र सम्पत्तिहरू आवश्यक पर्ने भएमा उक्त व्यक्तिको आय, पहिचान तथा सम्पत्तिहरू प्रमाणित गर्न अनुमति प्रदान गर्छ। यी प्रमाणीकरणहरू गर्ने अनुमति नदिएमा वा यी प्रमाणीकरणहरू गर्ने अनुमति रद्द गरेमा वा फिर्ता लिएमा परिणाम स्वरूप सहायता समाप्त वा अस्वीकृत हुनेछ। _____

Cash & Food Stamp (FS) (नगद तथा फुड स्ट्याम्प) कार्यक्रमहरू

म यो प्रमाणित गर्छु कि यदि मैले FANF को लागि आवेदन दिएमा Domestic Violence Option (घरेलुहिंसा विकल्प) को बारे मलाई विस्तृत रूपमा वर्णन गरिएको छ र मैले यसलाई बुझेको छु। _____

म यो प्रमाणित गर्छु कि यदि मैले FANF को लागि आवेदन दिएमा मैले एकमुष्ट आयको व्यवस्थापन बारे लिखित जानकारी पाएको छु। _____

म यो बुझ्छु कि TANF नगद सहयोगको मेरो प्राप्ति हरेक प्राप्तकर्ताको बच्चा तथा श्रीमान/श्रीमतीको भरणपोषणको अधिकारको लागि DHHS लाई सुम्पिएको काम हो। _____

म यो बुझ्छु कि यदि मैले DHHS बाट नगद सहयोग प्राप्त गरेमा मैले प्राप्त गर्ने नगदले मेरो FS सुविधाहरूलाई समाप्त वा घटाउन सक्दछ। मैले यो पनि बुझ्छु कि यदि यसो भएमा मैले यस परिवर्तनको बारेमा अग्रिम सूचना प्राप्त गर्ने छैन। _____

म यो बुझ्छु कि कुनैपनि DFA कार्यक्रमबाट नगद भुक्तानी प्राप्त गर्नको लागि सम्पूर्ण भुक्तानी अवधिभर मैले उक्त नगद प्राप्त गर्न म हरेक दिन योग्य भएको हुनैपर्छ। यदि भुक्तानी अवधिको दौरानको कुनैपनि समयमा म नगदको लागि योग्य नभएमा मलाई नगद भुक्तानी जारी नहुने कुरा म बुझ्दछु। _____

म यो बुझ्छु कि न्यू हैम्पशायरमा यदि मेरो घरपरिवारको कोही पनि जघन्य अपराधको अभियोगबाट बच्नको लागि भाग्दै छ वा प्रोबेसन वा परोलका शर्तहरूलाई उल्लंघन गर्दै छ उक्त व्यक्तिले जघन्य अपराध वा प्रोबेसन वा परोल उल्लंघनको सम्बन्धमा आफ्नो कानूनी दायित्वहरू पूरा नगर्दा सम्मका लागि ऊ नगद वा FS सुविधाहरू प्राप्त गर्नको लागि अयोग्य हुनेछ। तल रहेको मेरो हस्ताक्षर यस समयमा मेरो घरपरिवारको कसैले पनि जघन्य अपराधको अभियोगबाट भाग्दै छैन वा प्रोबेसन वा परोलको शर्तहरू उल्लंघन गर्दै छैन भनेर जानकारी दिने मेरो शपथित बयान हो। _____

म यो बुझ्छु कि FS वा नगद सुविधाहरूको लागि मेरो Electronic Benefits Transfer (EBT) (विद्युतिय सुविधा ट्रान्सफर) कार्डको प्रयोग मेरो 4-अङ्कको Personal Identification Number (PIN) (व्यक्तिगत पहिचान नम्बर) बाट नियन्त्रित हुन्छ र मेरो EBT कार्ड तथा PIN को सुरक्षाको जिम्मेवारी मेरो स्वयंको हुन्छ र यदि मैले मेरो कार्डलाई सक्रिय गरिसकेपश्चात अरू कसैले यसलाई प्रयोग गरेमा EBT सुविधाहरूलाई सट्टा भर्ना गरिने छैन। _____

म यो बुझ्छु कि RSA 650:1,III अनुसार मेरो EBT कार्ड वा मेरो EBT कार्डबाट प्राप्त नगदलाई 50% भन्दा बढी देख्न सकिने सूची रक्सीजन्य पदार्थ भएको स्टोरहरूमा वा मुख्यत: अङ्गच्छेदन, डामेर चिन्ह बनाउने वा टाटु बनाउनेमा संलग्न स्थलहरू, जुवाघर वा सिगार, पाइप, धुम्रपान वा सुर्तीजन्य स्टोर/सानो दोकान/पसलहरू, अधिकांश गाँजाका औषधालयहरू, 50% भन्दा बढी देख्न सकिने सूची भइ वयस्क-लक्षित मनोरञ्जन मानिने वस्तु बिक्री गर्ने वा भाडामा उपलब्ध गराउने व्यापारिक स्थलहरूमा प्रयोग गर्न सकिन्न र यदि मैले मेरो EBT कार्ड वा मेरो EBT कार्डबाट प्राप्त नगदलाई यी ठाउँहरू मध्ये कुनैमा पनि प्रयोग गरेमा RSA 167:7-b र He-W PART 608 अनुसार मलाई नगद जरिवानाका साथ दण्डित गरिनेछ। _____

कृपया हस्ताक्षर गर्दाको नामाक्षर लेख्नुहोस् र पछाडि हस्ताक्षर गर्नुहोस् !

Cash & Food Stamp (FS) कार्यक्रमहरू क्रमशः

नामाक्षर

म यो बुझ्छु कि यदि मैले मेरो EBT कार्डमा रहेका FS सुविधाहरूलाई लगातार 365 दिन सम्ममा प्रयोग नगरेमा मैले ती सुविधाहरू गुमाउनेछु र तिनीहरूलाई फिर्ता पाउने छैन । यदि मैले मेरो नगद सुविधाहरूलाई लगातार 90 दिन सम्ममा प्रयोग नगरेमा मैले ती सुविधाहरू गुमाउनेछु र तिनीहरूलाई फिर्ता पाउने छैन । म यो बुझ्छु कि यदि मैले मेरो EBT कार्डलाई गैर-कानूनी कार्यहरूका लागि प्रयोग गरेमा म FS कार्यक्रमको लागि अयोग्य हुनेछु र मेरो विरूद्ध मुद्दा चलाउन सकिन्छ । यी गैर-कानूनी गतिविधिहरूमा मेरो कार्ड तथा मेरो PIN लाई नगद, लागुऔषध वा अन्य वस्तुहरूका लागि बिक्री गर्नु वा खुद्रा पसलमा नगदको लागि FS सुविधाहरू साट्नु पर्दछन् ।

म यो बुझ्छु कि FS सुविधाहरूको लागि, बाल स्याहार खर्चहरू, भाडा वा धितोको भुक्तानी, उपयोगिता सेवा वा अन्य आश्रय खर्चहरू, घरपरिवारको सदस्य नरहेकोलाई भुक्तानी गरिएको बच्चाको भरणपोषण वा मेडिकल खर्चहरू (वृद्ध वा अपाङ्गहरूका लागि मात्र) का लागि छुट प्राप्त गर्न मैले DHHS लाई यी खर्चहरू बारे बताउनै र त्यसपछि तिनीहरूको प्रमाण उपलब्ध गराउनै **पर्छ** । माथि सूचिकृत खर्चहरू मध्ये कुनैपनि खर्च वा इन्धन सहयोगको रसिदको बारे जानकारी दिन वा प्रमाणित गर्नमा असफल भएको खण्डमा यसको अर्थ हरेक महिना मैले कम FS सुविधाहरू प्राप्त गर्ने हुनसक्छ र मेरो घरपरिवारले जानकारी वा प्रमाणित नगराइएको खर्चको लागि छुट प्राप्त गर्न नचाहेको भनि मेरो बयानको रूपमा हेरिनेछ ।

Medical Assistance (मेडिकल सहायता)

म यो बुझ्छु कि मेडिकल सहायताको मेरो प्राप्ति बच्चाको चिकित्सकीय भरणपोषण लगायत सबै तेस्रो पक्षीय मेडिकल बिमा वा भुक्तानीहरूमा मेरो अधिकारहरूको DHHS लाई सुम्पिएको काम हो ।

म यो बुझ्छु कि मेडिकल सहायताको मेरो प्राप्तिको अर्थ DHHS ले चिकित्सकीय प्रदायकहरूबाट चिकित्सकीय अभिलेखहरू प्राप्त गर्न पाउँछ । तल र/वा आवेदनमा रहेको मेरो हस्ताक्षरले मेरो परिवारको चिकित्सकीय प्रदायकहरूलाई कुनैपनि अभिलेखहरू DHHS लाई उपलब्ध गराउन अधिकार प्रदान गर्छ ।

म यो बुझ्छु कि यदि म नर्सिङ होममा भएमा कार्यक्रमलाई राम्रोसँग व्यवस्था गर्नको लागि DHHS ले योग्यता सम्बन्धी जानकारी नर्सिङ होमसँग आदानप्रदान गर्नुपर्छ । तल र/वा आवेदनमा रहेको मेरो हस्ताक्षरले मैले मेरो नर्सिङ होम स्याहारको लागि DHHS सहायता प्राप्त गरिरहँदा सम्मको लागि आदानप्रदान लागू रहिरहन्छ भनेर अधिकार प्रदान गर्छ ।

म यो बुझ्छु कि दीर्घकालिन स्याहार सेवाहरू [Nursing Facility (नर्सिङ सुविधा) वा Home and Community-Based Care (गृह तथा समुदायमा- आधारित स्याहार)] का लागि मेरो श्रीमान/श्रीमतीको वा मेरो कुनैपनि वार्षिक वृतिमा भएको कुनैपनि सरोकारलाई मैले DHHS समक्ष खुलासा गर्नु जरूरी हुन्छ ।

म यो बुझ्छु कि यदि मेरो श्रीमान/श्रीमती वा म मध्ये कसैले पनि दीर्घकालिन स्याहार सेवाहरूको लागि अनुरोध गरेमा कम्तिमापनि दीर्घकालिन स्याहार सेवाहरूको लागि भुक्तान गरिने Medicaid (मेडिकेड) रकमको लागि राज्यलाई हकदार नामित नगरेसम्म मेरो श्रीमान/श्रीमती वा मैले फेब्रुअरी 8, 2006 मा वा त्यसपछि खरिद वा परिमार्जित गरेको कुनैपनि वार्षिक वृति उचित बजार मूल्य भन्दा कममा सम्पत्तिहरूको हस्तान्तरण भएको मानिनेछ ।

म यो बुझ्छु कि NH Health Protection Program (न्यू हैम्पशायर स्वास्थ्य संरक्षण कार्यक्रम) अन्तर्गत मेडिकल सहायताको मेरो प्राप्तिको लागि यदि म बेरोजगार भएमा रोजगारी खोज्ने उद्देश्यको निम्ति मैले NH Employment Security (न्यू हैम्पशायर रोजगारी सुरक्षा) लाई सम्पर्क गर्न जरूरी हुन्छ ।

NH Child Care Scholarship (न्यू हैम्पशायर बाल स्याहार छात्रवृत्ति)

म यो बुझ्छु कि मैले DHHS द्वारा स्वीकृत गरिएका रोजगारी सम्बन्धी गतिविधिहरूको लागि DHHS द्वारा भुक्तान गरिने बाल स्याहार सेवाहरू मात्र प्रयोग गर्नुपर्छ । म सहभागी हुने स्वीकृत नगरिएका अन्य गतिविधिहरूका लागि गरिएका त्यस्ता भुक्तानीहरूका लागि मैले सोध भर्ना गर्नुपर्ने हुनसक्छ ।

हस्ताक्षरहरू

RSA 641:3 बमोजिम शपथसँग अबद्ध असत्यको दण्ड अधिन म यो प्रमाणित गर्छु कि मैले माथिको जानकारी र मेरो अन्तर्वार्तालाई सारांश गरिएको जानकारीको समीक्षा गरेको छु र मलाई थाहा भएसम्म यो सत्य र पूरा छ ।

आवेदकको हस्ताक्षर — मिति

आवेदकलाई सहयोग गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर — मिति — आवेदकसँगको नाता

म यो प्रमाणित गर्छु कि मैले माथि हस्ताक्षर भएको व्यक्ति(हरू) लाई यो कागजपत्रलाई समीक्षा गर्ने मौका दिएको छु र मैले पूर्ण रूपमा वर्णन गरेको छु र तिनीहरूलाई Rights and Responsibilities Notice (अधिकार तथा उत्तरदायित्वहरू सूचना) को एक प्रति दिएको छु । म यो पनि प्रमाणित गर्छु कि यदि यस पानाको एक प्रति मागिएमा मैले तिनीहरूलाई यसको एक प्रति दिएको छु ।

पूरा नाम तथा हस्ताक्षर — पद/निकाय — मिति

गैर-भेदभावसम्बन्धी वक्तव्य

यस संस्थालाई जाति, रङ, राष्ट्रिय मूल, अपाङ्गता, उमेर, लिङ्ग, र केही केसहरूमा धार्मीक र राजनितिक विश्वासहरूका आधारमा भेदभाव गर्न प्रतिबन्ध लगाइएको छ।

जात, रङ, राष्ट्रिय मूल, उमेर, असक्षमता, लैङ्गिक पहिचान, धर्म, बदलाको भाव, र लागू हुने स्थानमा राजनैतिक विचारहरू, वैवाहिक स्थिति, पारिवारिक र आमाबुवासम्बन्धी प्रतिष्ठा, लैङ्गिक अनुस्थिति, वा व्यक्तिको पूरै आम्दानी वा आम्दानीको अंश कुनै पनि सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमबाट प्राप्त भएको स्थिति, वा रोजगार, वा विभागले आयोजना गरेको वा वित्तिय सहयोग गरेको कुनै पनि कार्यक्रम वा गतिविधिमा राखिएको संरक्षित वंशानुगत जानकारीका आधारमा यसका ग्राहकहरू, कर्मचारीहरू, र रोजगारी आवेदकहरूलाई भेदभाव गर्न संयुक्त राज्य कृषि विभाग (USDA) ले प्रतिबन्ध लगाएको छ। (सबै कार्यक्रमहरू र/वा रोजगार गतिविधिहरूमा सबै प्रतिबन्धित आधारहरू लागू हुने छैन।)

यदि तपाईं USDA लाई नागरिक अधिकार कार्यक्रम भेदभावको उजुरी दायर गर्न चाहनुहुन्छ भने, USDA कार्यक्रम भेदभाव उजुरी फाराम पूरा गर्नुहोस्, जुन www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html मा अनलाइन प्राप्त गर्न सकिन्छ वा कुनै पनि USDA कार्यालयमा पाउन सकिन्छ, वा फारामका लागि अनुरोध गर्न (८६६) ६३२-९९९२ मा कल गर्नुहोस्। तपाईंले फाराममा अनुरोध गरिएको सम्पूर्ण जानकारी भएको एउटा पत्र पनि लेख्न सक्नुहुन्छ। हामीलाई तपाईंले पूरा गर्नुभएको उजुरी फाराम वा पत्र मेल मार्फत संयुक्त राज्य कृषि विभाग, निर्देशक, न्याय निर्णय कार्यालय, १४०० इन्डिपेन्डेन्स एभिन्यू, S.W., वासिङ्टन, डिसि २०२५०-९४१०, (२०२) ६९०-७४४२ मा फ्याक्स मार्फत वा program.intake@usda.gov मा इमेल मार्फत पठाउन सक्नुहुन्छ।

बहिरा, सुन्नमा कठिनाइ भएका वा बोल्ने असक्षमताहरू भएका व्यक्तिहरूले (८००) ८७७-८३३९; वा (८००) ८४५-६१३६ (स्पेनिस) मा संघीय रिले सेवाको माध्यमबाट USDA लाई सम्पर्क गर्न सक्छन्।

पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP) मुद्दाहरूसँग सम्बन्धित कुनै पनि अन्य जानकारीका लागि, व्यक्तिहरूले USDA SNAP हटलाइन नम्बर (८००) २२१-५६८९ मा सम्पर्क गर्नुपर्छ, जुन स्पेनिसमा पनि छ वा राज्य जानकारी/हटलाईन नम्बरहरू (राज्यद्वारा सूचीबद्ध गरिएको हटलाइन नम्बरहरूका लागि यो लिङ्क प्रयोग गर्नुहोस्) मा कल गर्न सक्नुहुन्छ; जुन अनलाइन www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm मा फेला पार्न सकिन्छ।

US स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (HHS) मार्फत संघीय आर्थिक सहायता प्राप्त गर्ने कार्यक्रमसम्बन्धी भएको भेदभावको उजुरी दायर गर्न, यस ठेगानामा लेख्नुहोस्: HHS निर्देशक, नागरिक अधिकारको कार्यालय, कोठा ५१५-F, २०० इन्डिपेन्डेन्स एभेन्यू, S.W., वाशिङ्गटन, D.C. २०२०१ वा (२०२) ६१९-०४०३ (आवाज) वा (८००) ५३७-७६९७ (TTY) मा कल गर्नुहोस्।

USDA र HHS समान अवसर प्रदायकहरू तथा रोजगारदाताहरू हुन्।

तपाईं लोकपाललाई, NH DHHS, १२९ प्लिजन्ट स्ट्रिट, कन्कर्ड, NH ०३३०१-३८५७ मा पत्र लेख्न वा (६०३) २७१-६९४१ वा १-८००-८५२-३३४५ एक्स्टेन्शन ६९४१ मा कल गर्न सक्नुहुन्छ। TDD पहुँच: रिले NH १-८००-७३५-२९६४ वा ७११.