अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि (AR) घोषणा

तपाईं अतिरिक्त आवेदन दिन वा सुविधाहरू पाउनका लागि केही वा सबै चरणहरूमा आफूलाई मद्दत गर्ने एउटा अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि (AR) चुन्न सक्नुहुन्छ। यी सुविधाहरूमा निम्न पर्छन्: नगद, चिकित्सा, फुड स्ट्याम्पहरू, र/वा बाल स्याहार साहयता।

कुनैपनि साथी, परिवारको सदस्य, वा तपाईंको हित चिताउने कुनै अन्य व्यक्ति AR हुन सक्छ। AR तपाईंले रोज्ने एक व्यक्ति हो। हामीले तपाईंका लागि रोज्दैनौं। तपाईंले रोज्नुभएको व्यक्ति तपाईंलाई सहयोग गर्नका लागि सहमत हुनुपर्छ। एउटा संस्थाले AR को रूपमा कार्य गर्न सक्दैन, तर संस्थामा काम गरिरहेको व्यक्तिले सो भूमिका निभाउन सक्छ। AR एकल व्यक्ति हुनुपर्छ।

AR तपाईंको लागि योग्यता अन्तर्वार्ताहरूमा जान सक्छ। AR ले तपाईंको लागि आवेदन फारम भर्न र अन्य कागजी काम पूरा गर्न सक्छ। AR ले तपाईंको तर्फबाट तपाईंको आम्दानी, आय स्रोतहरूमा भएका परिवर्तनहरू, र अन्य परिवर्तनहरू पनि जानकारी दिन सक्छ। AR ले हामीबाट तपाईंको विद्युतीय लाभ स्थानान्तरण (EBT) कार्ड, चिकित्सा सहायता ID कार्ड र अन्य मेल प्राप्त गर्न सक्छ। यदि तपाईं DHHS ले योग्यताका सम्बन्धमा गरेको कुनैपनि निर्णयबाट सन्तुष्ट हुनुभएन भने AR ले तपाईंको लागि प्रशासनिक पुनर्विचारको लागि अनुरोध गर्न सक्छ। AR ले प्रशासनिक पुनर्विचारमा पनि तपाईंको प्रतिनिधित्व गर्न सक्छ। तल दिइएका बाकसहरूमा चिह्न लगाएर AR ले तपाईंका लागि के गर्दा मन पर्छ सो कुरा चयन गर्न सक्नुहुन्छ।

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिका कार्यहरू

कृपया AR ले तपाईंको लागि के गरोस् भन्ने चाहनुहुन्छ सो कार्यहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस्:

- ☐ मेरा लागि मेरा आवेदन, फारामहरू, र अन्य DHHS कागजातहरू प्राप्त गरिदिने।
- ☐ मेरो लागि मेरा आवेदन, फारामहरू, र अन्य DHHS कागजातहरू भरिदिने।
- ☐ DHHS लाई मेरो आम्दानी, आय स्रोतहरू, र अन्य वास्तविक जानकारीको प्रमाण दिने, र मेरो लागि DHHS मा वास्तविक परिस्थितिहरूमा भएका परिवर्नहरू जानकारी र प्रमाणित गर्ने।
- ☐ DHHS बाट मेरो सूचनाहरू प्राप्त गरिदिने।
- ☐ मेरा लागि मेरो चिकित्सा सहायता ID कार्ड प्राप्त गरिदिने।
- ☐ तिनीहरूको नाममा मेरो EBT कार्ड प्राप्त गरिदिने।
- ☐ मेरो लागि मेरो नगद सुविधा प्राप्त गरिदिने।
- ☐ मेरो लागि मेरो EBT कार्ड प्राप्त गरिदिने।
- ☐ मेरो लागि मेरो योग्यताको अन्तर्वार्तामा गइदिने।
- ☐ मेरो लागि प्रशासनिक पुनर्विचारको अनुरोध गरिदिने।
- ☐ यदि मैले पुनर्विचार गराउन चाहेमा त्यसमा मेरो प्रतिनिधित्व गरिदिने।
- ☐ अन्य: _____

ग्राहकको हस्ताक्षर

कृपया तलका विवरणहरू ध्यानपूर्वक पढ्नुहोस्। तपाईंले तल गर्नुभएको हस्ताक्षरको मतलब यो हो कि तपाईंले यी सबै वयानहरूलाई पढ्नुभएको छ, बुझ्नुभएको छ र यसमा सहमत हुनुभएको छ।

- **म प्रमाणित** गर्छु कि मैले यस फारममा भएको जानकारी पढेको र बुझेको छु।
- **म बुझ्छु** कि जिल्ला कार्यालयमा मेरो AR जानकारी कुनैपनि छुटहरू दिएको, गल्तीहरू, वा वेठिक जानकारीहरूका लागि म स्वयम् जिम्मेवार छु।
- **म बुझ्छु** कि यदि मेरो AR ले मेरा सुविधाहरू मेरो अनुमति बिना प्रयोग गर्छ भने, DHHS द्वारा यी सुविधाहरू वापस वा पुन: दिइने छैन।
- **म बुझ्छु** कि मैले परिवर्तनको लागि DHHS लाई लिखित रूपमा नभन्दा सम्म मैले आफ्नो AR को रूपमा नामाङ्कित गरेको व्यक्तिले मेरो कार्यलाई जारी राख्नेछ। यद्यपि, यदि म लागूऔषध तथा मदिरा उपचार केन्द्रमा बसिरहेको छु वा म अर्को समूहिक आवास व्यवस्थापनको एउटा सदस्य हुँ र मेरो AR त्यस संस्थाद्वारा रोजगारी प्रदान गरिएको व्यक्ति हो भने, म बुझ्छु कि 7 CFR 273.10(f)(5)(ii) अनुसार, मैले उपचार केन्द्र छोडेपछि स्वत: रूपमा त्यो व्यक्ति मेरो AR रहनेछैन।

_____ _____
ग्राहकको **मुद्रित** नाम मिति

_____ _____
ग्राहकको हस्ताक्षर जन्म मिति

_____ _____
MID # विषय (केस) #

(कृपया पल्टाउनुहोस्)

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको जानकारी

कृपया हामीलाई तपाईंको AR को नाम, ठेगाना, र टेलिफोन नम्बर भन्नुहोस्। कृपया स्पष्ट रूपमा लेख्नुहोस्।

पहिलो नाम	बीचको नामको शुरूको अक्षर	अन्तिम नाम (थर)

स्थान/पत्राचार ठेगाना	टेलीफोन नम्बर
सहर, राज्य र जिप कोड	वैकल्पिक टेलीफोन नम्बर

जन्म मिति (वैकल्पिक)	तपाईंको AR सँगको सम्बन्ध उल्लेख गर्नुहोस् (यदि तपाईंको AR संस्थाको सदस्य हो भने, यहाँ संस्थाको नाम लेख्नुहोस्।)

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

मैले तल गरेको हस्ताक्षर को मतलब यो हो कि मैले यस फाराममा भएको जानकारी पढेको र बुझेको छु। यो फाराममा उल्लेखित कार्यहरू स्वीकार गर्न म सहमत छु र निम्न कुरा बुझेको छु:

- **म बुझ्छु** कि AR को रूपमा काम गर्नको लागि मैले मेरो परिचयको प्रमाण दिनुपर्छ।
- **म बुझ्छु** कि यदि म कार्यक्रम उल्लङ्घन गरे बापत अयोग्य ठहरिएँ भने, त्यस व्यक्तिलाई प्रस्तुत गर्नको लागि उपयुक्त व्यक्ति नभएसम्म म AR को रूपमा कार्य गर्न सक्दिन।
- **म बुझ्छु** कि यदि मैले सहायता गरिरहेको व्यक्तिको इच्छा अनुसार काम गरिरहेको छैन भन्ने प्रमाणित भयो भने AR को रूपमा काम गर्नको लागि DHHS ले मेरो दक्षता समाप्त गर्न सक्छ।
- **म बुझ्छु** कि यदि म लागूऔषध तथा मदिरा उपचार केन्द्र वा अर्को सामूहिक आवास व्यवस्थापनको फुड स्ट्याम्प प्राप्त गर्ने व्यक्ति हुँ, र मैले गलत जानकारी दिँए जसले गर्दा मैले प्रतिनिधित्व गराएको निवासीको लागि धेरै लाभांशहरू प्राप्त गर्छ भने, यी सुविधाहरू मैले प्रतिनिधित्व गराएको निवासीबाट मात्र नभइ, उपचार केन्द्रबाट वा सामूहिक आवास व्यवस्थापन समूहबाट जफत गरिनेछ, र केन्द्रले 7 CFR 273.11(e)(7) अनुसार USDA SNAP लाइसेन्सिङमा जानकारी गराउँनेछ।

आधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको **मुद्रित** नाम	मिति

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

Return to: Centralized Scanning Unit (CSU), P.O. Box 181, Concord, NH 03301