सहायताको लागि आवेदन

स्वास्थ्य र मानव सेवा विभाग डीएचएचएस)),

परिवार सहायता खण्ड मा तपाईंलाई स्वागत छ (डीएफए)

हामीले प्रदान गरेका कार्यक्रम र सेवाहरू लागि आवेदन गर्न, तपाईंले यो *सहायताको लागि आवेदन* भर्नुपर्छ त्यसपछि एउटा साक्षात्कारमा भाग लिनुपर्छ, र हामीलाई आफ्नो घरको परिस्थितिमा बारेमा प्रमाण दिनुपर्छ। कृपया तपाईंलाई दिइएको जानकारी सबै पढ्नुहोस् र तपाईंले सकेसम्म सबै प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्। ***तपाईंले नबुझेका प्रश्नहरूको जवाफ नदिनुहोस्।*** तपाईंलाई यो *आवेदन* भर्न मद्दत चाहिन्छ *भने,* हामीलाई भन्नुहोस्। ***तपाईंसंग आवेदनको नाम र ठेगाना र घरको जिम्मेवार सदस्य वा घरपेटीको प्रतिनिधिको अधिकृत हस्ताक्षर छ भने आवेदन फाइल गर्ने अधिकार छ ।*** तर, तपाईंले सम्पूर्ण *आवेदन* पूरा गरेमा हामीले छिट्टै नै तपाईंले लाभ प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ कि हुँदैन भन्ने अन्दाज लगाउन सक्नेछौं। तपाईंले खाद्य टिकट लाभ मात्र चाहनुहुन्छ र पूर्ण *आवेदन* भर्दै हुनुहुन्छ भने, कृपया धारा । बाहेक सबै धारा पूरा गर्नुहोस्।

डीएफए सहायता तपाईंको आयमा आधारित हुन्छ। केही डीएफए कार्यक्रमहरूको लागि तपाईं हाम्रो कुनै कार्यक्रमको लागि योग्य हुनुहुन्छ कि भनेर हेर्दा तपाईंसंग भएको "सम्पत्ति"को नगद मूल्यमा पनि हेर्न सकिन्छ।

खाद्य टिकट (एफएस) का लाभहरू

खाद्य टिकट कार्यक्रमले कम आय भएका मानिसहरूलाई राम्रो स्वास्थ्यको लागि आवश्यक खानेकुरा किन्न मद्दत गर्छ। तपाईं यो कार्यक्रमको लागि योग्य हुनुहुन्छ भने डीएचएचएस कामदारसंग एउटा साक्षात्कार गर्न आवश्यक पर्नेछ। तपाईंको एफएस लाभ तपाईंले पूरा गरेको आवेदन जिल्ला कार्यालयमा बुझाएको मितिमा आधारित हुनेछ। तपाईंले संस्थालाई छोड्नु अघि एसएसआई र खाद्य टिकट लाभको लागि संयुक्त रूपमा आवेदन गरेका संस्थाको निवासी हुनुहुन्छ भने, तपाईंका आवेदनको दाखिला मिति संस्थाबाट निस्केको मिति हुनेछ। पहिचान पश्चात तल दिएका कुराहरू पुगेमा तपाईलाई 7 दिन भित्र आपतकालीन एफएस लाभ प्राप्त हुन सक्छ:

- तपाईंको मासिक सकल आय $150 भन्दा कम र तरल साधनहरूमा $100 भन्दा कम छ भने;
- तपाईंको आश्रय लागत आफ्नो सकल आय र तरल स्रोतहरू भन्दा बढी छ भने; **वा**
- तपाईं 7 CFR 273.10(e)(3) मा परिभाषित घरबारविहीन प्रवासी वा मौसमी खेत कामदार हुनुहुन्छ भने।

सामाजिक सुरक्षा नम्बर (एस एस एन)

1974को संघीय गोपनीयता ऐन संशोधनको अनुसार हामीले सहायताको लागि अनुरोध गर्ने सबै व्यक्तिहरूलाई आफ्नो एसएसएन लागि अनुरोध गर्न सक्छौंतपाईंले त्यो दिनु आवश्यक , छ कि छैनआदि भन्नु , पर्नेछ। एसएसएनहरू तल दिएका कार्यक्रमहरूको लागि आवश्यक छ। प्रत्येक कार्यक्रम पछि यी एसएसएनहरू माग्न हाम्रो आवश्यक व्यवस्था वा नियम छ:

- एफएएनएफ: 42 USC 405(c)(2), 45 CFR 205.52, RSA 167:4-c, & RSA 167:79,iii(h).
- खाद्य टिकट: RSA 167:4-c, खाद्य एवं पोषण ऐन 2008 (अगाडि खाद्य टिकट ऐन), संशोधन गरेर, 7 USC 2011-2036, 7 CFR 273.2(b)(4)(i), & 7 CFR 273.6.
- चिकित्सा र अन्य वित्तीय सहायता: RSA 167:4-c, Section 2651 of PL 98-369, 42 CFR 435.910,42 CFR 435.920, & 42 USC 1320b-7.

माथिको कार्यक्रमबाट सहयोग चाहने प्रत्येक व्यक्तिले एसएसएन बुझाउनु पर्छ वा सामाजिक सुरक्षा प्रशासन एसएसए))मा एसएसएनको लागि आवेदन गर्नु पर्छ। लाभको लागि आवेदन गर्न नचाहने तपाईंका घरको सदस्यले एसएसएन बुझाउनु आवश्यक छैन। तपाईंले अभिभावक भएर मात्रै एउटा बच्चाको लागि चिकित्सा सहायता जस्तो सहायता आफ्नो परिवारका कुनै सदस्यहरूको लागि मात्र आवेदन गर्दै हुनुहुन्छ भने, तपाईंले हामीलाई मात्रै एसएसएन दिनु आवश्यक पर्नेछ। तपाईं हामीलाई आफ्नो बच्चाको एसएसएन मात्र दिनुभयो भने चिकित्सा कवरेजको लागि आफ्नो बच्चाको योग्यतालाई प्रभावित पार्ने छैन। सूचीकृत कार्यक्रमको लागि आवेदन गर्ने प्रत्येक व्यक्तिको लागि एसएसएन प्रदान गरिएको छैन भने, तपाईंको आवेदन अस्वीकृत हुनेछ वा तपाईंलाई कम लाभ प्राप्त हुन सक्छ। कसैले एसएसएनको लागि मद्दत प्राप्त गर्न चाहन्छ भने, 1-800-772-1213 मा कल गर्नुहोस् वा socialsecurity.gov जानुहोस्। TTY: 1-800-325-0778।

मात्र बाल हेरविचार चाहने आवेदकहरुलाई एसएसएन प्रदान गर्नु आवश्यक छैन, तर एसएसएन प्रदान गरिन्छ भने, यसबाट योग्यता प्रमाणिकरण प्रक्रिया छोट्याउन मद्दत गर्न सकिन्छ। हामीले तपाईंको पहिचान, हामीलाई दिने जानकारी स्रोत र कमाएको र नकमाएको आय प्रमाणित गर्नको लागि एसएसएनको लागि अनुरोध गर्दछौं। यो देहायसंग साझा गरेर प्रमाणित गरिन्छ:

- संघीय, राज्य र स्थानीय संस्थाहरू;
- संघीय व्यवस्थाले अनुमति दिएका डीएचएचएस अन्तर्गतका कार्यालयहरू;
- रोजगारी र बेरोजगारी डेटाबेस;
- आंतरिक राजस्व सेवा र एसएसए;
- वित्तीय संस्थाहरू; र
- अन्य कम्प्युटर मिल्दा कार्यक्रमहरू।

जानकारीको प्रयोग गरिनेछ:

- तपाईंले अनुरोध गरेका सहायताको लागि तपाईं योग्य हुनुहुन्छ वा योग्य भई नै रहनु हुनेछ भन्ने;
- तपाईंको लाभ वा योग्यताको लागि लाभ वा त्रुटिहरूको मात्रा को आँकडा निकाल्न; र
- कार्यक्रम व्यवस्था वा नियमहरूको आशङ्का दुरुपयोगको छानबिनमा।

अनलाइन लागू गर्न WWW.NHEASY.NH.GOV जाने!

यो आधिकारिक परीक्षाको लागि संघीय र राज्य एजेन्सीहरूलाई ,कानून प्रवर्तन अधिकारीहरुलाई व्यवस्थाको उल्लंघन गरेर भाग्ने व्यक्तिलाई पक्रिने उद्देश्यको लागि लागि प्रकट गर्न सकिन्छ। तपाईंको घर विरुद्ध खाद्य टिकट दावी खडा भयो भने, सबै एसएसएनहरू सहित यो आवेदनका सबै जानकारी दावा संग्रह कार्यको लागि संघीय र राज्य एजेन्सीहरूमा र साथै निजी दावी संग्रह एजेन्सीहरूमा उल्लेख गर्न सकिन्छ।

हामीले अमेरिकी नागरिकता र अध्यागमन सेवा) युएससीआइएस), वा कार्यक्रमसंग सीधा नजोडिएका र वा डीएचएचएसद्वारा प्रस्तावित / आवेदकहरुको -सेवासंग नजोडिएको कुनै पनि अन्य एजेन्सीलाई गैर एसएसएन वा त्यस सन्दर्भमा कुनै पनि अन्य जानकारी दिने छैनौं।

गैरनागरिकका लागि आपतकालीन- मेडिकऐड (Medicaid)

आपतकालीन मेडिकऐड (Medicaid) गर्भवती र प्रसव सहित केही आपतकालीन सेवाहरू ढाक्न, अध्यागमन स्थिति नभएका केही गैर-नागरिकहरूलाई पनि उपलब्ध हुन सक्छ। ***आपतकालीन मेडिकऐड (Medicaid) लागि आवेदन गर्न सामाजिक सुरक्षा नम्बर आवश्यक पर्दैन।***

नागरिकता र पहिचान

तपाईंले सहायताको लागि आवेदन गर्ने प्रत्येक परिवारका सदस्यको नागरिकता वा गैरनागरिकता स्थितिको घोषणा र प्रमाणीकरण गर्नुपर्छ।- आपतकालीन मेडिकऐड (Medicaid) बाहेक सहायताको लागि आवेदन गर्ने गैरनागरिकले- योग्य विदेशी स्थितिको युएससीआइएस दस्तावेज प्रदान गर्नुपर्छ। युएससीआइएस दस्तावेज प्रमाणित गरिनेछ र आवेदन गर्ने घरेलू सदस्यहरूको गैरनागरिक स्थिति युएससीआइएसमा आवेदकले - जानकारी पेश्की गरे मार्फत प्रमाणिकरण हुनेछ, र युएससीआइएस प्राप्त आवेदनको जानकारीले योग्यता र लाभमा असर गर्न सक्छ।

तेस्रो पार्टी बीमा वा मेडिकल भुक्तानी

तपाईं चिकित्सा सहायताको लागि आवेदन गर्दै हुनुहुन्छ भने, यस्तो सहायताको प्राप्ति कुनै पनि अन्य फारममा हस्ताक्षर गर्नु नपरिकन , तेस्रो पक्ष बीमा वा चिकित्सा भुक्तानी गर्ने तपाईंका अधिकारको डीएचएचएस जिम्मेवारी छ। डीएचएचएसले भुक्तानी गर्नु अघि सबै उपलब्ध दललाई बिल गर्नु पर्नेछ र त्यसपछिको सबै चिकित्साको लागतको भुक्तानी गर्नपर्छ। साथै, तपाईंले उत्तरदायी तेस्रो पार्टीबा कुनै निप्टारा वा पुरस्कार प्राप्त गर्नुभयो भने, हामीले चिकित्सा सेवाको लागि भुक्तानी गरेको डीएचएचएस फिर्ता गर्नुपर्छ। आरएसए 167: 14-a

त्रुटिबाट प्राप्त लाभ

तपाईंले प्रदान गरेको, वा हामीलाई प्रदान गर्न असफल भएको तपाईंको जानकारीमा गल्ती भएर त्रुटिबाट प्राप्त कुनै पनि लाभ वा सेवाहरूको फिर्ता भुक्तानी गर्नु आवश्यक छ। तपाईंले खाद्य टिकटहरु प्राप्त गर्नुभयो भने पनि तपाईंले आफ्नो मामला प्रशोधनको लागि गल्ती वा त्रुटिले गर्दा प्राप्त कुनै पनि लाभ फिर्ता गर्नुपर्छ।

वित्तीय वा बाल चिकित्सा समर्थन

तपाईं TANF नगद भुक्तानीको लागि आवेदन गर्दै हुनुहुन्छ भने, यस्तो सहायता प्राप्तिमा तपाईंको बाल वित्तीय सहायताको लागि तपाईंको अधिकारको डीएचएचएस जिम्मेवारी छ। अन्य कुनै पनि फारममा हस्ताक्षर नगरिकन, तपाईंले डीएचएचएसलाई बालबच्चाको वित्तीय बच्चा समर्थन सङ्कलन र भुक्तानी गर्ने अधिकार प्रदान गर्नुभयो। आरएसए 161-C :22

डीएचएचएसले तपाईं भुक्तान गरिएको नगद सहयोगको रकमलाई आंशिक अफसेट गर्न संकलन र सहायता गर्दछ। सहायताको भुक्तानी हामीले दिएको भुक्तानीको रकम बराबर वा त्योभन्दा धेर छ भने तपाईंको नगद सहयोग मामिला बन्द हुनेछ र तपाईंलाई सहायता भुक्तानी पठाइने छ।

बच्चाहरूको Medicaid प्राप्त गर्नु बाल चिकित्सा सहायता अधिकारको जिम्मेवारी हो। यसको अर्थ यो हो कि तपाईंले बालबच्चाको लागि बाल चिकित्सा सहायता आवेदन गर्न डीएचएचएसलाई सहयोग गर्नुपर्छ। बाल चिकित्सा सहायताले सामान्यतया अनुपस्थित अभिभावकद्वारा प्रदान स्वास्थ्य बीमा बुझाउँछ, र यसले अन्य अभिभावकद्वारा तपाईंलाई आफ्ना बच्चाहरुको स्वास्थ्य बीमा खरीद गर्न अनुमति दिएर आर्थिक सहायता दिने पनि हुन सक्छ।

तपाईंले चिकित्सा बीमा खरिद गर्न पैसा प्राप्त गर्नुभयो भने र तपाईंले आफ्नो बच्चाको लागि Medicaid पनि प्राप्त गर्नुभयो भने त्यो रकम राज्य र संघीय सरकारको भुक्तानी फिर्ता गर्न प्रयोग गरिनेछ। Medicaid प्राप्त भएका बालबच्चाको पितृत्व स्थापित गरिएको छैन भने, तपाईंले पनि डीएचएचएसलाई कानुनी रूपमा पितृत्व स्थापित गर्न सहयोग गर्नुपर्छ।

समर्थन अधिकारको जिम्मेवारी एउटा आवश्यकता हो। तपाईंको अधिकार र जिम्मेवारी र राम्रो कारण बिना नै नगरेको लागि दण्ड, तपाईंले आफ्नो जिल्ला कार्यालय कामदारलाई भेटेर स्पष्ट गर्न सक्नुहुन्छ।

मेडिकऐड) Medicaid(योग्यताका लागि सुरु गर्ने मिति

तपाईंको Medicaid योग्यता साधारण रूपमा तपाईं स्रोत सीमा सहित आवेदन कार्यक्रमको लागि सबै आवश्यकताहरू पूरा गरेको दिन सुरु हुन्छ।

एजेन्सीको प्रयोगको लागि मात्र

यो तपाईंका आवेदनको रेकर्ड हो र स्वास्थ्य र मानव सेवा विभागको कामदारबाट पूरा भएपछि तपाईंलाई फर्काइन्छ। डीएफएले _____

को लागि _____ बाट _____ मा एउटा पूरा गरेको आवेदन प्राप्त गरेको छ

जिल्ला कार्यालय	कार्यकर्ताको हस्ताक्षर

स्वास्थ्य र मानव सेवा डी) एच एच एस) को एन एच विभाग
परिवार सहायता खण्ड (डी एफ ए)

xfs लागि बताईएको ☐ हो ☐ होइन
हस्ताक्षर : _____

डी एफ ए फारम 800NE
06/16

सहायताको लागि आवेदन

अ. कृपया तपाईं को हुनुहुन्छ र कहाँ बस्नुहुन्छ भन्ने जानकारी हामीलाई दिनुहोस्।

पूर्ण कानूनी नाम: _____ प्राथमिक भाषा: _____

वर्तमान निवास स्थान: ☐ आफु घर ☐ नर्सिङ सुविधा ☐ वयस्क परिवार घर ☐ बृद्धाश्रम बैठक

☐ भेला आवास ☐ घरबिहिन ☐ अस्पताल ☐ होटल मोटल / ☐ आवासीय हेरचाह सुविधा ☐ अन्य

स्ट्रीटको ठेगाना: _____ पत्राचार ठेगाना: _____

शहर :जिप / राज्य / _____ (यदि भिन्नै छ भने(_____

घरको फोन: _____ कामको फोन: _____ सेल :संदेश / _____

इमेल ठेगाना: _____ ☐ मेरो ईमेल ठेगाना छैन-

तपाईंको परिवारमा कसैको मेडीकेयर (Medicare) भाग ए वा बी छ? ☐ छ ☐ छैन

तपाईंलाई किन हाम्रो सहयोग चाहिन्छ? _____

सूचना प्रदायक: _____

(यदि आवेदक होइन भने(नाम ठेगाना फोन #

आ. कृपया तपाईंसंग बस्ने मानिसहरूको बारेमा हामीलाई भन्नुहोस्। आफैंबाट सुरु गर्नुहोस् र तपाईंसंग बस्ने सबै मान्छेको नाम दिनुहोस्। *तपाईंले सहायताको लागि आवेदन नगर्ने कुनै व्यक्तिको नागरिकता स्थिति वा सामाजिक सुरक्षा नम्बर दिनु पर्ने आवश्यकता छैन।*

पूर्ण कानूनी नाम	एस एस एन	जन्म मिति	तपाईंको सम्बन्ध	अमेरिकी नागरिक?	विद्यार्थी (हो वा होइनयदि हो भने ,, ग्रेड पनि लगाउनुहोस्(	आर आइ डी (डी एफ ए प्रयोगको लागि मात्र(
1.			स्वयं	☐ हो ☐ होइन		
2.				☐ हो ☐ होइन		
3.				☐ हो ☐ होइन		
4.				☐ हो ☐ होइन		
5.				☐ हो ☐ होइन		
6.				☐ हो ☐ होइन		

इ. म आवेदन गर्न चाहन्छु (अनुरोध गरेका सहायताको प्रकार:(

☐ सबै कार्यक्रम ☐ नगद ☐ खाद्य टिकटहरु ☐ बाल हेरविचार

☐ घर र समुदायमा आधारित हेरविचार)HCBC) ☐ मेडीकेयर (Medicare) बचत कार्यक्रम)MSP) [QMB / QWDI / SLMB / SLMB135]

☐ नर्सिङ सुविधा)NF) सेवा :सुविधाको नाम - _____

☐ चिकित्सा सहायता -तपाईंलाई बच्चागर्भवती महिला ,, वा अभिभावक एउटा बच्चाको स्याहार गर्ने / आफन्त आवश्यक छ भने, तपाईं पनि हकदार *बच्चाहरु, गर्भवती महिला लागि चिकित्सा सहायता* सम्मिलित पूरा गर्नु *पर्छ, र अभिभावक स्याहार गर्ने / आफन्तको* लागि चिकित्सा सहायता चाहिएको छ भने, *सम्मिलित गर्नुहोस्*

ई. *देहाय जानकारी सबैलाई जातिरङ्ग ,, वा राष्ट्रिय मूललाई आधार नबनाई सेवा प्रदान गरिएको छ भन्ने निश्चित गर्नको लागि संकलन गरिएको छ। तपाईंका जवाफ स्वैच्छिक छन्। प्रदान गरेको जानकारीले तपाईंको योग्यता वा लाभको रकमलाई प्रभावित गर्ने छैन।*

तपाईं हिस्पानिक वा ल्याटिनो हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन

तपाईं हुनुहुन्छ: सेतो? ☐ हो ☐ होइन एशियाली? ☐ हो ☐ होइन हवाईको मूल निवासी वा अन्य प्यासिफिक आइल्यान्डर? ☐ हो ☐ होइन

कालो वा अफ्रिकी अमेरिकी? ☐ हो ☐ होइन अमेरिकी भारतीय वा अलास्का निवासी? ☐ हो ☐ होइन

एजेन्सीको प्रयोगको लागि मात्र:

आरएफए # _____ मामिला # _____ दिइएको फारम: 725 177

नगद_____	खुल्ला	बन्द	अस्वीकार	मिति: _____	उही: _____
खाद्य टिकटहरु	खुल्ला	बन्द	अस्वीकार	मिति: _____	उही: _____
एमए_____	खुल्ला	बन्द	अस्वीकार	मिति: _____	उही: _____
सीएम / एमसीपीडब्ल्यू	खुल्ला	बन्द	अस्वीकार	मिति: _____	उही: _____
बाल हेरविचार	खुल्ला	बन्द	अस्वीकार	मिति: _____	उही: _____
इबीटी कार्डको स्थिति:	कुनै पनि छैन		सक्रिय	निष्कृय गरियो	रद्द गरियो

डी एफ ए एस आर 16-15
(3YC)

कृपया पछाडिपट्टि हस्ताक्षर गर्नुहोस्!

उ. कृपया आफ्नो घरका सबैको सबै आय बारेमा बताउनुहोस्।

तपाईंको ज्याला: $ ☐ साप्ताहिक ☐ द्विसाप्ताहिक- ☐ मासिक

अन्य ज्याला: $ ☐ साप्ताहिक ☐ द्विसाप्ताहिक- ☐ मासिक

अन्य ज्याला: $ ☐ साप्ताहिक ☐ द्विसाप्ताहिक- ☐ मासिक

कसैले हालै काम गुमाएको छ? ☐ हो ☐ होइन

हो भने, कसले?_____ कहिले?____/____/____

एसएसए / एसएसडीआई: $ जोडीको समर्थन: $

एसएसआई: $ बेरोजगारी: $

भीए: $ बाल समर्थन: $

पेन्सन: $ अन्य: $

ऋ. तपाईंको व्यय:

किराया (मासिक): $

बन्धकी (मासिक): $

देशमा भाडामा / कॉडमिनीयम भाडामा (मासिक): $

कर (वार्षिक:($

आश्रितको हेरविचार: $

चिकित्सा व्यय: $

व्यापारको लागत: $

तपाईंले यो महिना वा पछिल्लो 12 महिनामा इन्धन सहयोगमा $20 भन्दा बढी पाउनुभएको छ? ☐ हो ☐ होइन

तपाईंले देहायका उपयोगिताहरूको लागि भुक्तानी गर्नुभएको छतपाईंको भाडा वा बन्धकदेखि बाहेक ,?

Heat: ☐ हो ☐ होइन

Phone: ☐ हो ☐ होइन

Electric: ☐ हो ☐ होइन

Other: ☐ हो ☐ होइन

ऊ. कृपया आफ्नो घरका सबैको सबै सम्पत्ति बारे हामीलाई भन्नुहोस्।

जाँच :बचत / $ अन्य सीएचके / बचत: $

शेयर:सीडीहरू / बन्ड / $ आइ आर ए: $

तपाईंको वा जोडीको जीउनी: $ अन्य सम्पत्ति: $

ट्रस्ट: $ जीवन बीमा: $

सवारी साधन (साल / मॉडेल): सवारी साधन (साल / मॉडेल):

ए. कृपया सबै प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।

1. तपाईं एउटा प्रवासी वा मौसमी खेती कामदार हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन
2. **तपाईंले वा तपाईंको परिवारमा कसैले यो महिनाको लागि खाद्य टिकट सहायता प्राप्त गर्यो?** ☐ हो` ☐ होइन
3. तपाईं हाल पस्त व्यक्तिहरूको आश्रयमा बस्नुभएको हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन
4. **तपाईंको घरमा कोही अन्धो वा असक्षम छ?** ☐ हो ☐ होइन
5. तपाईंले विगत 5 वर्षमा सम्पत्ति बेचेको वा हन्तान्तरण गर्नुभएको छ? ☐ हो ☐ होइन
6. **तपाईंको परिवारमा कसैले हाल अन्य राज्यबाट सहयोग प्राप्त गर्दैछ?** ☐ हो ☐ होइन

   हो भने, कुन राज्यबाट? कस्तो सहायता?

ऐ. तपाईंलाई मात्र खाद्य टिकटहरु चाहिन्छ? यसो हो भने, तपाईंले खण्ड जे छोड्न सक्नुहुन्छ। तपाईंलाई नगद, चिकित्सा वा बाल हेरविचार मद्दत चाहिन्छ भने, कृपया यो खण्डका सबै प्रश्नहरू खण्ड जे मा अघि बढ्नु अघि जवाफ दिनुहोस्

1. तपाईंको परिवारमा कोही गर्भवती छ वा कसैले पछिल्लो 3 महिनामा जन्म दिएको छ? ☐ हो ☐ होइन
2. **तपाईंलाई तिर्न चाहेको गत 3 महिनादेखिको कुनै नतिरेको चिकित्सा बिल छ?** ☐ हो ☐ होइन
3. तपाईं खाँचोमा परेका परिवारलाई वित्तीय सहायता एफएएनएफ))को लागि आवेदन गर्दै हुनुहुन्छ भने, के बच्चाहरूको जन्म प्रमाणपत्रमा बाबुको नाम खाली छ वा केही भनिएको छैन? ☐ हो ☐ होइन
4. **एफ ए एन एफ (FANF) को लागि आवेदन गर्नुहुन्छ भने, अनुपस्थित आमाबाबु कतिजना छन्?** _____
5. तपाईं वा अन्य कुनै पनि घरेलू सदस्यको Medicaid देखि बाहेक स्वास्थ्य बीमा छ? ☐ हो ☐ होइन

   यदि छ भने, बीमा कम्पनीको नाम? नीति नम्बर:

ओहस्ताक्षर .

म झूटो कसम खाने दण्ड अन्तर्गत स्थिति विदेशी सदस्यहरूको अनि नागरिकता गर्दा आवेदन लागि सहायताको र गरें अवलोकन पुन आवेदनको यो सहित जानकारी सबै संलग्न , गरें प्राप्त जानकारी विषयमा, मेरो ज्ञान सर्वश्रेष्ठ साँचो र पूर्ण छ। म मेरो योग्यता निर्धारण गर्नु अघि एउटा पूर्ण वित्तीय अनि चिकित्सा योग्यताको लागि साक्षात्कार संचालित गर्न आवश्यक पर्न सक्छ।

_____ _____

आवेदकको हस्ताक्षर **मिति**

_____ _____ _____

आवेदकको मद्दत गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर **मिति** **आवेदक संगको सम्बन्ध**

मैले आफ्नो आवेदन फिर्ता लिएँ ,
:किनकि

☐ नगद ☐ चिकित्सा सहायता ☐ खाद्य टिकटहरु ☐ बाल हेरविचार ☐ एच सी बी सी / एन एफ (**HCBC/NF)**
☐ एम एस पी (**MSP)**

हस्ताक्षर

मिति

म माथि उल्लेखित व्यक्ति लाई मैले यो आवेदनको (हरू)समीक्षा गर्ने मौका दिएको छु भनेर प्रमाणित गर्दछु। म यो पनि प्रमाणित गर्दछु कि अनुरोध गरिएको भएमा, यो फारमको प्रतिलिपि प्रदान गरेको छ।

मुद्रित नाम र हस्ताक्षर

शीर्षक एजेन्सी /

मिति

आवेदनतपाईंको अधिकार र जिम्मेवारी :

समय सीमा

तपाईंले आफ्नो जीवनकालमा 60-महिना खाँचोमा परेका परिवारको लागि वित्तीय सहायता प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं बालक छँदा प्राप्त गरेको सहयोग जीवनकालको सीमामा गणना हुँदैन। तपाईं वयस्क भए पश्चात प्राप्त भएका लाभबाट समय सीमा सुरु हुन्छ। **राज्य पूरक कार्यक्रम, चिकित्सा सहायता, खाद्य टिकट लाभ, वा बाल हेरविचार सहायताको कुनै समय सीमा छैन।**

प्रशासनिक अपील

डीएचएचएसले गरेको कुनै पनि निर्णयको सन्दर्भमा चित्त बुझेन भने तपाईं वा तपाईंको प्रतिनिधित्व गर्ने कसैले प्रशासनिक पुनरावेदनको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। प्रशासनिक पुनरावेदनमा तपाईंको लागि प्रतिनिधित्व गर्नको लागि आफन्त वा मित्र सहित, वकील, आफैं, वा अर्को व्यक्तिले प्रतिनिधित्व गर्न सक्छ। डीएचएचएसले कुनै पनि कानुनी सेवाको लागत तिर्ने छैन, तर एनएचमा निःशुल्क र कम लागतका कानुनी सेवाहरू उपलब्ध छन्। तपाईंले तल दिएको ठेगानामा प्रशासनिक पुनरावेदनको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ वा मौखिक वा लिखित रूपमा जिल्ला कार्यालयमा वा DHHS, 105 Pleasant Street, Concord, NH 03301-6521. टेलिफोन (603) 271-4292 वा 1-800-852-3345 ext 4292; TDD Access: रिले NH 1-800-735-2964 or 711.

गुणस्तर नियन्त्रण

तपाईंको मामिला गुणस्तर नियन्त्रण वा अन्य सरकारी समीक्षाको लागि चयन गर्न सकिन्छ। यस्तो समीक्षाले तपाईंको परिवारको वित्तीय वा चिकित्सा अवस्था, जीउने व्यवस्था र अन्य परिस्थितिको गहन छानबिन गर्दछ। हामीले तपाईंको घर परिवारको र तपाईंले डीएचएचएसलाई गरेको बयान विषयमा ब्याङ्क, हाकिम, कम्पनीहरु, व्यापारीहरू, बाल हेरविचार प्रदायकहरू, र अन्य उपयुक्त स्रोतहरूसंग सम्पर्क गर्न सक्छौं। **तपाईंले यी समीक्षाहरूमा सहयोग गर्नुभएन भने लाभ प्राप्त नहुन सक्छ।**

परिवर्तनहरू प्रतिवेदन

तपाईंले समय समयमा आफ्ना परिस्थितिहरूको एउटा समीक्षा तयार गर्न आवश्यक पर्नेछ। तपाईंले फारम पूरा भरेर अन्तिम मितिसम्ममा फिर्ता नगरेमा र व्यक्तिगत साक्षात्कारमा भाग नलिनु भएमा चिकित्सा सहायताको लागि तपाईंको योग्यतामा असर गर्न सक्छ, तपाईंको नगद, बाल हेरविचार र खाद्य टिकट बन्द हुन सक्छ।

तपाईंले मात्र खाद्य टिकट लाभ गर्नुभएको छ र 4, 5, वा 6 महिना योग्यताको अवधि छ भने, तपाईंले मात्र घरेलू परिस्थितिमा ती परिवर्तनहरू रिपोर्ट गर्न आवश्यक छ जसले तपाईंको घरेलु आय गरिबी स्तरदेखि 130% माथि पुग्नेछ।

तपाईंले नगद, बाल हेरविचार, चिकित्सा सहायता प्राप्त गर्नुभयो भने, वा आफ्नो खाद्य टिकट योग्यता अवधि 4, 5, वा 6 महिना छ भने, तपाईंले विभागमा 10 दिन भित्र परिवर्तन योग्यता असर पार्ने कारकमा परिवर्तनको लागि सूचित गर्नुपर्छ, जस्तै:

- आयको स्रोत
- एकजना घरेलू सदस्यद्वारा काम गरेको समय;
- आफ्नो परिवारमा कुनै पनि सदस्यको आयको राशि;
- विवाह, सम्बन्ध विच्छेद, नयाँ च्चा, आदि सबै घरेलू परिवर्तनहरू;
- बाल हेरविचार प्रदायक;
- स्रोतहरू जस्तै), नगद, स्टक, तमसुक, वा ब्याङ्क वा बचत पैसा खाता(;
- कुनै पनि मोठ योगफलका भुक्तानी वा बन्दोबस्तको रसिद;
- निवास, वा आश्रयको लागत; वा
- निर्भरका हेरविचारको लागत, बाल सहायताको भुक्तानी वा चिकित्सा कटौतीको, वा तपाइँको घरेलू लाभमा असर गर्न सक्ने अन्य परिवर्तनहरू।

सामाजिक सुरक्षा लाभग्राहीको लागि चिकित्सा

तपाईंले ओएए, एएनबी, वा एपीटीडी कार्यक्रम अन्तर्गत नगद सहयोग प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ भने, र एउटा सामाजिक सुरक्षा जीवन लागतमा वा अन्य आयमा वृद्धिले गर्दा संयुक्त भएको यस वृद्धिले तपाईंलाई वित्तीय सहायताको लागि अयोग्य बनाउँछ, तर तपाईं अझै पनि अचार संशोधन नीति अन्तर्गत चिकित्सा सहायताको लागि हकदार हुन सक्नुहुन्छ।

एकपटक तपाईंले अचार संशोधन अन्तर्गत मेडिकल सहायता प्राप्त गर्न सुरु गर्नुभयो भने, भविष्यमा सामाजिक सुरक्षा जीवन लागत बढेर तपाईंको योग्यतामा असर पार्ने छैन। तर, तपाईंको परिस्थितिका अन्य परिवर्तनहरूले अझै तपाईंलाई चिकित्सा सहायताको लागि अयोग्य बनाउन सक्छ।

तपाईं माथिका कार्यक्रमहरू मध्ये कुनै एउटाबाट पैसा भुक्तानी प्राप्त गर्नुभयो भने, तर भुक्तानी प्राप्त गर्न चाहनुभएन भने, तपाईं अचार संशोधन अन्तर्गत आफ्नो चिकित्सा सहायताको यो सुरक्षा हकदार हुनु **हुनेछैन**।

परिवार आप्रवासी गर्न नोटिस

तपाईंले स्वास्थ्य हेरविचार वा खाद्य टिकटहरुको मद्दत प्राप्त गर्नुभयो भने, यसले तपाईंको अध्यागमन स्थितिलाई प्रभावित पार्ने छैन। तपाईं वा तपाईंको परिवारका सदस्यले Medicaid वा खाद्य टिकटहरु प्राप्त वा प्रयोग गर्नुभयो भने, यसले तपाईंलाई वा तपाईंको परिवारका सदस्यहरूको अमेरिकी नागरिक बन्ने क्षमतालाई प्रभावित पार्ने छैन।

तथापि, तपाईंले TANF जस्तो नगद सहायता प्राप्त गर्नुहुन्छ वा नर्सिङ होम हेरविचारको लागतको लागि मद्दत पाउनु भयो भने, र विशेष गरेर यो लाभ तपाईंका परिवारको एकमात्र आय हो भनेयसले तपाईंलाई , अमेरिकी नागरिक बन्नमा समस्या सिर्जना हुन सक्छ। तपाईंले आवेदन गर्नु अघि, तपाईं कानुनी प्रश्नहरूको माध्यमले आप्रवासीहरूको मद्दत गर्ने एजेन्सी वा अमेरिकी नागरिकता र अध्यागमन सेवा युएससीआइएस))संग सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ।

डी एफ ए एस आर 16-15
(एन ए)

सावधान!

तपाईंले हामीलाई भनेको वा दिएको केही पनि प्रमाणित गरिनेछ:

- **संघीय, राज्य र स्थानीय स्तरमा; र पनि**
- **जमानत सम्पर्क मार्फत र वा / युएससीआइएस, IEVS, अत्यावश्यक रेकर्ड, एसएसए, वित्तीय संस्थाहरूर रोजगार डेटाबेस मात्र नभएर अन्य , इलेक्ट्रोनिक प्रमाणिकरण उपकरणहरूसंग कम्प्युटर मिलान ।**

हामीले तपाईंलाई कार्यक्रमको लागि योग्यताको पुष्टि गर्न र लाभ निर्धारण गर्न यो सबै गर्दछौं। हामीले यी स्रोतहरूको प्रयोग गरेर प्राप्त कुनै पनि जानकारी तपाईंले हामीलाई प्रदान गरेको जानकारीसंग मिलेन भने तपाईंको सहायता अस्वीकार गर्न सकिन्छलाभमा परिवर्तन हुन सक्छ ,, र तपाईंलाई जानिजानि गलत जानकारी प्रदान गर्नाले आपराधिक मामिला लाग्न सक्छ। तपाईंका घरको कुनै पनि सदस्यले केही उद्देश्यको लागि यी नियमहरूको खण्डन गरेमा नगद सहयोग, बाल हेरविचार सहयोग र खाद्य टिकट कार्यक्रममा एक वर्ष देखि लिएर स्थायी समयको लागि सहभागी हुनबाट वंचित गर्न सकिन्छ। खाद्य टिकट कार्यक्रममा, तपाईंलाई $2,50,000 सम्म दण्ड, 20 वर्षको जेल, वा दुवै र खाद्य टिकट ऐनको उल्लंघनको कारण राज्य र संघीय व्यवस्था अन्तर्गत अभियोजनको विषय बन्नु हुनेछ। तपाईं दोषी हुनुभयो भने, अदालतले तपाईंलाई कैद गराउनु मात्र नभएर अर्को 18 महिनाको लागि कार्यक्रममा सहभागी हुनबाट पनि वंचित गराउन सक्छ।

नगर्नुहोस्

- झूटा जानकारी नदिनुहोस् वा प्राप्त गर्न वा लाभ प्राप्त गर्न जारी राख्न जानकारी **नलुकाउनुहोस्।**
- व्यापार वा तपाईंको परिवारले प्रयोग गर्ने अधिकार नदिएका कुनै पनि खाद्य टिकट (एफएस(लाभ **नबेच्नुहोस्।**
- अयोग्य वस्तुहरू किन्न एफएस लाभ प्रयोग **नगर्नुहोस्।**
- तपाईंको परिवारले प्राप्त गर्न नपाउने कुनै पनि लाभ प्रयोग **नगर्नुहोस्।**
- कसैलाई आफ्नो इबीटी कार्डको पिन **नदिनुहोस्।**
- डीएचएचएसद्वारा अनुमोदित नगरिएका रोजगार सम्बन्धी गतिविधिहरुमा डीएचएचएस बाल हेरविचार सेवाहरु नगदको लागि प्रयोग **नगर्नुहोस्।**
- आफ्नो इबीटी कार्डबाट ती पसलहरूमा नगदको लागि इबीटी कार्डको प्रयोग **नगर्नुहोस्** जसमा सूचीको 50% भन्दा बढी रक्सी छ, वा त्यो मुख्यतया शरीर छेड्नु पर्ने कार्यहरू भएका, ब्रान्डिङ, वा गोदना, खेल प्रतिष्ठान, सिगार, पाइप, धुवाँ, वा सुर्ती पसलहरु पसलहरूमा / स्टप /, गाँजा औषधी पसल, वा देखिने सूचीको 50% भन्दा बिक्री वा भाडामा लिएका कारोबार वयस्कउन्मुख - मनोरञ्जनको लागि।
- तपाईंसंग खानेकुरा किन्ने समयमा आफ्नो इबीटी कार्ड साथैमा नहुञ्जेल आफ्नो एफएस लाभले खानेकुरा किन्ने प्रयास **नगर्नुहोस्।** तपाईंले 1 दिन खानेकुरा किनेर अर्को दिन आफ्नो इबीटी एफएस लाभबाट यसको लागि तिर्नु हुने छैन।

पहिचान र निवास

डीएचएचएस प्राप्त गर्ने कुनै पनि व्यक्तिले एकै समयमा धेरै लाभ प्राप्त गर्नको लागि पहिचान वा निवास स्थान सही नदिएर शङ्कास्पद कथन वा प्रतिनिधित्व गरेर दोषी पाइएको 10 वर्ष वित्तीय सहायता र खाद्य टिकट लाभको लागि अयोग्य हुनेछ।

तस्करी खाद्य टिकट (एफएस) लाभ

अदालतमामा दोषी पाइएको कुनै पनि व्यक्ति:

- एफएस लाभको लागि विनिमयमा कुनै नियन्त्रित पदार्थको व्यापार गर्नेलाई एफएस कार्यक्रममा सहभागी देखि पहिलो दोषको लागि महिना र दोस्रो 24 दोषको लागि स्थायी रूपमा निषेध गरिनेछ।
- एफएस लाभको लागि विनिमयमा गोला, बारूद, हातहतियार, वा विस्फोटक पदार्थको व्यापार, वा एफएसमा $500 भन्दा बढीको कुनै पनि तस्करी गरेमा एफएस लाभको लागि स्थायी रूपमा अयोग्य हुनेछ।
- एफएस कार्यक्रममा एफएस लाभबाट खरीद वा बिक्रीको लागि प्रथम दोषको लागि 1 वर्षको लागि, दोस्रो दोषको लागि 2 वर्ष, र तेस्रोको लागि स्थायी रूपमा निलम्बित हुनेछ।

चिकित्सा सहायतामा ठगी

सामाजिक सुरक्षा ऐनको धारा 1128बी ले चिकित्सा सहायता लाभको लागि तपाईंको आवेदन वा प्राप्ति सम्बन्धमा शङ्कास्पद कार्य र झूटा रिपोर्टिङको लागि संघीय पेनाल्टी प्रदान गर्दछ।

एउटा व्यक्तिलाई झूटा मानिने र जानिजानि गरेको झूटा बयानको लागि संघीय अदालतमा मुद्दा लाग्न सक्छ र यसले चिकित्सा सहायता कार्यक्रम अन्तर्गत कुनै पनि लाभ वा भुक्तानीको लागि योग्यतामा असर गर्छ।

एक व्यक्तिलाई कुनै पनि कुरा लुकाएको कारण वा कुनै पनि लाभ वा भुक्तानी वा उद्देश्यदेखि बाहेक प्रयोग गरेको रूपान्तरण गर्दा असर गर्छसाथै , कुनै पनि घटनाको खुलासा गर्न असफल भएमा मुद्दा लाग्न सक्छ। व्यवस्थाले चिकित्सा सहायताको प्रस्तुत सन्दर्भमा घूस, अनैतिकता वा छूटको लागि दण्ड दिन्छ।

एक अवधि 1 वर्ष भन्दा बढी छैन लागि चिकित्सा सहायता लाभको हानि गर्न सक्नुहुन्छ। पेनाल्टी छैन थप 5 वर्ष, वा दुवै लागि जरिवाना अप $ 25,000 वा कैद छन्।

जानिजानि झूटो बयान / कार्यक्रम उल्लङ्घन (आइपीभी)

जानीबुझी कसैले झूटा बयान गर्दछ वा उसको परिस्थिति बिगार्ने वा आफ्नो सम्पत्ति, ज्याला, आय वा स्रोतहरूको प्राप्ति र यिनीहरूमा असर पार्ने परिस्थितिको केही परिवर्तनमा खुलासा गर्न असफल भएमा र जसले सहायताको लागि उसको प्रारम्भिक वा जारी योग्यतामा दोष फेला परेमा त्यसलाई राज्य व्यवस्थाको उल्लङ्घन मानिन्छ। यी पेनाल्टीहरू हुनए वर्गको : कसूर जसमा मौद्रिक वासामान वा सेवाहरूको मूल्य $1,000 नाघ्नेछ; वर्ग बी को कसूर जहाँ मूल्य $100 भन्दा बढी; र दुराचार दण्ड जहाँ $100 भन्दा बढी दण्ड छैन। आरएसए 167: 17-बी र 17-सी।

खाद्य टिकट कार्यक्रममा जानिजानि कार्यक्रम उल्लंघन आइपीभी)) गर्ने कसैले पनि पहिलो उल्लंघनको लागि मह 12िना दोस्रो उल्लंघनको लागि ,24 महिनाको र तेस्रो उल्लंघनको लागि स्थायी रूपमा लाभ प्राप्त गर्न सक्दैन।

आवेदन सारांशबुझ बयान :

हस्ताक्षर

सबै कार्यक्रमहरू

म प्रमाणित गर्दछु कि मैले "तपाईंको अधिकार र उत्तरदायित्व" पढें र बुझें। _____

मैले बुझें कि डीएचएचएसले मेरो योग्यता र मामिलाको जानकारी गोपनीय राख्नेछौं र डीएचएचएस कार्यक्रम प्रशासनमा संलग्न वा संघीय विनियम वा राज्य व्यवस्थाबाट अनुमति राख्नेले यसको समीक्षा गर्नेछ। _____

मैले बुझें कि निशुल्क विद्यालय भोजनको लागि स्वतः योग्यता निर्धारण गर्न सकिन्छ भन्ने गोपनीयता र अन्य नियमहरू भए तापनि, खाद्य टिकट र / वा एफएएनएफ घरपरिवारका बालबच्चाहरूको नाम विद्यालयमा जारी गर्न आवश्यक छ। _____

मैले बुझें कि मैले मेरो परिवारको अवस्था, मैले आवेदनमा लेखेको कुरा र मैले डीएचएचएसलाई भनेको कुराको प्रमाण दिनुपर्छ। _____

मैले बुझें कि मैले प्रदान गरेको जानकारी जमानत सम्पर्क र वा संघीय /, राज्य, र स्थानीय अधिकारीहरूद्वारा प्रमाणित हुनेछ र कुनै पनि जानकारी झूठा वा गलत भएमा, वा मैले अहिले वा भविष्यमा जानीजानी सहायता सम्बन्धित जानकारी लुकाएँ भने मैले आफ्नो लाभ गुमाउन सक्छु र ठगीको लागि मुद्दा लाग्न सक्छ। _____

मैले बुझें कि तल र वा आवेदनमा मेरो / हस्ताक्षरले म वा मेरो सहायता समूह का कसैले सहायताको लागि योग्यताका आवश्यकताहरू पूरा गर्ने (एजी) प्रमाणिकरण प्राप्त गर्न डीएचएचएसलाई अधिकार प्रदान गर्दछौं, र डीएचएचएसलाई जानकारीको लागि अधिकार प्रदान गर्दछौं। डीएचएचएसलाई जानकारी जारी गर्न सक्ने मेरो प्राधिकरण त्यति समयसम्मको लागि प्रभावमा रहन्छ जतिसम्म मलाई वा मेरो एजी कसैलाई डीएचएचएसबाट कुनै पनि प्रकारको सहायताको प्राप्त हुन्छ। _____

मैले बुझें कि तल **रवा /** आवेदनमा गरेको मेरो हस्ताक्षरले डीएचएचएसले र कुनै अनुबंधित तेस्रो पक्ष एकाइले मेरो आय, पहिचान, र सम्पत्ति, र मैले अनुरोध गरेको आय र सहायता लागि योग्यता निर्धारण गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि अन्य व्यक्तिको आय, पहिचान, र सम्पत्ति प्रमाणित गर्न सक्छ। यी प्रमाणीकरणको लागि सञ्चालन गर्न अनुमति दिन इन्कार गरेमा वा प्रमाणीकरणहरू सञ्चालन अनुमति रद्द गरेमा सहायता रोकिनेछ वा सहायताको अन्त हुनेछ । _____

नगद र खाद्य टिकट (एफएस) कार्यक्रम

मैले प्रमाणित गरें कि मैले एफएएनएफको लागि आवेदन गरें भने, घरेलु हिंसा विकल्प मलाई बुझाइएको छ, र मैले यसको बारेमा बुझें। _____

मैले प्रमाणित गरें कि मैले एफएएनएफको लागि आवेदन गरें भने, मैले सकल आयको बारेमा जानकारी लिखित रूपमा प्राप्त गरें। _____

मैले बुझें कि मैले TANF नगद सहयोग प्राप्त गरेकोमा बच्चा र जोडीको सहयोग गर्न प्रत्येक प्रापकको अधिकारमा डीएचएचएसको जिम्मेवारी छ। _____

मैले बुझें कि मैले डीएचएचएसबाट नगद सहायता प्राप्त गरें भने, मैले प्राप्त गरेको नगदको कारण मेरो एफएस लाभ अन्त हुन वा कम हुन सक्छ। मैले यो पनि बुझें कि यदि यस्तो भएमा मलाई यस परिवर्तनको अग्रिम सूचना प्राप्त हुँदैन। _____

मैले बुझें कि कुनै पनि डीएफए कार्यक्रमबाट नगद भुक्तानी प्राप्त गर्नको लागि म नगदको सम्पूर्ण भुक्तानी प्राप्त गर्न अवधिको हरेक दिन योग्य हुनुपर्छ। म नगद प्राप्तिको लागि भुक्तानी अवधिको कुनै पनि समय योग्य नभएमा मलाई नगद भुक्तानी गरिने छैन। _____

म बुझें कि एनएचमा, मेरो परिवारको कुनै सदस्यले केही कसूर गरेर अभियोजन नगर्न भागिरहेको छ, वा परीक्षाधीन वा जमानीको अवस्था उल्लङ्घन गरेको छ, उसको कानुनी दायित्व पूरा नभएसम्म कसूर वा परीक्षाधीन वा जमानीमा उल्लंघनको मामिला नमिलेसम्म त्यस व्यक्तिले नगद वा एफएस लाभ प्राप्त गर्न सक्दैन। मेरो तल लगाएको हस्ताक्षरले यो बुझाउँछ कि यस समय मेरो परिवारको कुनै पनि सदस्यले कसूर गरेर भागिरहेको वा परीक्षाधीन वा जमानीमाको अवस्था उल्लङ्घन गरेको छैन। _____

मैले बुझें कि मेरो एफएस वा नगद लाभको लागि प्रयोग गरिने इलेक्ट्रनिक लाभ स्थानान्तरण इबीटी)) कार्ड मेरो 4 अंकको व्यक्तिगत पहिचान नम्बर द्वारा नियन्त्रित छ र म इबीटी(पिन) कार्ड र पिनको सुरक्षाको लागि जिम्मेवार छु र मैले यसलाई सक्रिय गरेपछि अरू कसैले मेरो कार्ड प्रयोग गरेमा मेरो लाभ प्रतिस्थापन गरिने छैन। _____

मैले बुझें कि मेरो इबीटी कार्ड वा नगद ती पसलहरूमा प्रयोग गर्न सकिंदैन जसको सूचीमा 50% भन्दा बढी रक्सी छ वा जो मुख्यतया शरीर भेदनमा संलग्न छन्, ब्रान्डिङ, वा गोदना, खेल प्रतिष्ठान, वा सिगार, पाइप, धुवाँ, वा सुर्ती गोदामहरु पसलहरूमा / स्ट्याण्ड /, सबै गाँजा दोकानहरू, वा ती पसलहरूमा जसको सूचीमा 50% भन्दा बढी बिक्रीको वा भाडामा दिने सामान वा कारोबार आरएसए 650:1,III को अनुसार वयस्कउन्मुख मनोरञ्जन -,छ र आरएसए 167: 7-ख र He-W- PART 608 को अनुसार यदि मैले आफ्नो इबीटी कार्ड वा नगद यी ठाउँहरू मध्ये कुनैमा प्रयोग गरें भने मलाई नगद जरिवाना लाग्नेछ। _____

कृपया पछाडिपट्टि हस्ताक्षर गर्नुहोस्

नगद र खाद्य टिकट (एफएस) कार्यक्रममा नगर्नुपर्ने

हस्ताक्षर

मैले बुझें कि मैले लगातार 365 दिनसम्म मेरो इबीटी कार्डको मेरो एफएस लाभ प्रयोग गरिन भने, मैले ती लाभहरू गुमाउन सक्छु र तिनीहरूलाई फिर्ता गर्न सक्ने छैन। मैले लगातार 90 दिन मेरो नगद लाभ प्रयोग गरिन भने, मैले ती लाभ गुमाउनेछु र तिनीहरूलाई फिर्ता प्राप्त गर्न सक्ने छैन। मैले बुझें कि मैले अवैध उद्देश्यका लागि मेरो इबीटी कार्ड प्रयोग गरेमा एफएस कार्यक्रमबाट अयोग्य हुन सक्छु र मलाई मुद्दा लाग्न सक्छ। यी अवैध गतिविधिहरुमा मेरो कार्ड र नगद, लागू पदार्थ वा अन्य वस्तुहरू, वा खुद्रा विक्रेताबाट नगदको लागि एफएस लाभ साटासाट गर्नु र पिन बिक्री समावेश छन्।

मैले बुझें कि एफएस लाभको लागि, बाल हेरविचार खर्चको कटौती प्राप्त गर्न, भाडा वा धितोको भुक्तानी, उपयोगिता वा अन्य आश्रय खर्च, कुनै गैर-घरेलू सदस्यको लागि दिइएको बाल सहायता वा चिकित्सा खर्च(केवल वृद्ध वा अक्षमहरूको लागिको लागि (**,** मैले यी खर्चहरू बारे डीएचएचएसलाई बताउनु **पर्छ** र त्यसपछि तिनीहरूलाई प्रमाण दिनु पर्छ। माथि सूचीबद्ध कुनै पनि खर्चको लागि, वा इन्धन सहायताको प्राप्तिको रिपोर्ट वा प्रमाणित गर्न विफल भएमा मलाई प्रत्येक महिना कम्ति एफएस लाभ प्राप्त हुनेछ, र सूचित नगरिएका वा अप्रमाणित खर्चको लागि मेरो परिवारले कटौती प्राप्त गर्न चाहँदैन भन्ने मेरो कथन प्राप्त गर्नु हुनेछ।

चिकित्सा सहायता

मैले बुझें कि चिकित्सा सहायताको मेरो प्राप्तिको अर्थ डीएचएचएसले चिकित्सा प्रदायकहरूबाट चिकित्सा रेकर्ड प्राप्त गर्न सक्षम हुनु पर्छ। तल र वा / आवेदनमा मेरो हस्ताक्षरले डीएचएचएसलाईमेरा परिवारका चिकित्सा प्रदायकहरूलाई कुनै पनि रेकर्ड जारी गर्न अधिकार प्रदान गर्दछ।

मैले बुझें कि यदि म एउटा नर्सिङ होममा छु भने, सर्वश्रेष्ठ कार्यक्रमको संचालनको लागि डीएचएचएसले नर्सिङ होमसंग योग्यताको जानकारी आदान प्रदान गर्न सक्षम हुनु पर्छ। तल र वा / आवेदनमा मेरो हस्ताक्षरले विनिमय अधिकार प्रदान गर्दछ र जबसम्म म नर्सिङ होममा हेरविचारको लागि बस्दछुतबसम्म डीएचएचएस , सहायता प्राप्त गर्ने प्रभाव रहिरहन्छ।

मैले बुझें कि दीर्घकालीन हेरविचार सेवाहरू को लागि(नर्सिङ सुविधा वा घर र समुदायमा आधारित हेरविचार), मैले मेरी पत्नी वा पतिका साथै कुनै चासो छ कि भन्ने डीएचएचएससंग खुलासा गर्न आवश्यक छ।

मैले बुझें कि या त मेरो जोडीले वा मैले दीर्घकालीन हेरविचार सेवाहरूको लागि अनुरोध गरेको छ भने, फेब्रुअरी 8, 2006 वा त्योभन्दा पछि मेरो जोडी वा मैले कुनै पनि वार्षिकीको खरिद वा परिमार्जन गरेको भएमा, दीर्घकालीन हेरविचार सेवाको लागि दिइएको मेडिकेड रकमको लागि मात्र भएपनि राज्य लाभग्राही नभएसम्म त्यसलाई बजार मूल्य भन्दा कमको सम्पत्ति स्थानान्तरण मानिनेछ।

मैले बुझें कि एनएच स्वास्थ्य संरक्षण कार्यक्रम अन्तर्गत चिकित्सा सहायताको मेरो लाभ प्राप्तिको लागि मैले बेरोजगार छु भने रोजगार फेला पार्ने उद्देश्यले एनएच रोजगार सुरक्षासंग सम्पर्क गर्नु आवश्यक छ।

मैले बुझें कि चिकित्सा सहायताको मेरो प्राप्तिको अर्थ डीएचएचएसले चिकित्सा प्रदायकहरूबाट चिकित्सा रेकर्ड प्राप्त गर्न सक्षम हुनु पर्छ। तल र वा / आवेदनमा मेरो हस्ताक्षरले डीएचएचएसलाई मेरा परिवारका चिकित्सा प्रदायकहरूलाई कुनै पनि रेकर्ड जारी गर्न अधिकार प्रदान गर्दछ।

एनएच बाल हेरविचार छात्रवृत्ति

मैले बुझें कि मैले डीएचएचएसद्वारा अनुमोदित ती रोजगारसम्बन्धित गतिविधिहरूको लागि डीएचएचएसद्वारा भुक्तानी गरिएका बाल हेरविचार सेवाहरु - मात्र प्रयोग गर्नुपर्छ। मैले अन्य, गैरअनुमोदित गतिविधिमा संलग्न भएको समयमा गरेका भुक्तानीको लागि डीएचएचएस- फर्काउनु पर्नेछ।

हस्ताक्षर

म प्रणाणित गर्दछु कि शपथ नलिएको मिथ्याकरण आरएसए 641:3 बमोजिमको दण्ड अन्तर्गत, मैले माथि उल्लेखित जानकारी र मेरो साक्षात्कार सारांशको जानकारीको समीक्षा गरें, र यो मेरो ज्ञानको अनुसार साँचो र पूर्ण छ।

आवेदकको हस्ताक्षर | मिति

आवेदकलाई मद्दत गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर | मिति | आवेदक संग सम्बन्ध

म प्रमाणित गर्दछु कि माथि हस्ताक्षर गरिएका व्यक्ति लाई मैले यो कागजातको समीक्षा गर्ने मौका दिएको छु र मैले पूर्ण व्याख्या गरेर (हरू) तिनीहरूलाई अधिकार र उत्तरदायित्व सूचनाको प्रतिलिपि दिएको छु। म यो पनि प्रमाणित गर्दछु कि अनुरोध गरिएको थियो भने, यो पृष्ठको प्रतिलिपि तिनीहरूलाई दिएको छु।

मुद्रित नाम र हस्ताक्षर | शीर्षक एजेन्सी / | मिति

गैर भेदभाव बयान

यो संस्थालाई जाति, रङ्ग, राष्ट्रिय मूल, अशक्तता, उमेर, लिंग र केही अवस्थामा धर्म र राजनीतिक विश्वासको आधारमा भेदभावदेखि निषेध गरिएको छ।

अमेरिकी कृषि विभाग ले पनि रोजगारीको विषयलाई लिएर आफ्ना ग्राहकहरु(यूएसडीए), कर्मचारीहरु, र आवेदकहरुको विरुद्ध जाति, रङ्ग, राष्ट्रिय मूल, उमेर, अशक्त, सेक्स, लिङ्ग पहिचान, धर्म, प्रतिशोधको आधारमा, र लागू भएमा राजनीतिक विश्वास, वैवाहिक स्थिति, पारिवारिक वा अभिभावकको स्थिति, यौन झुकाव वा व्यक्तिगत आय विभागद्वारा कुनै पनि सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमबाट लिइएको सबै वा केही आय, वा आनुवंशिक जानकारी सुरक्षित रोजगार वा कुनै पनि कार्यक्रम वा गतिविधि सञ्चालन वा आर्थिक सहायताको भागको अनुसार भेदभाव निषेध गर्दछ। (सबै कार्यक्रम र वा रोजगार गतिविधिहरुको लागि सबै निषेधित आधारहरू लागू / (हुने छैनन्।

तपाईंले यूएसडीएमा भेदभावको विषयलाई लिएर नागरिक अधिकार कार्यक्रम उजुरी गर्न चाहनुहुन्छ भने, अनलाइन www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, मा पाइने यूएसडीए कार्यक्रम भेदभाव उजुरी फारम पूरा गर्नुहोस्, वा कुनै पनि यूएसडीए कार्यालयमा, वा)866) 632- 9992मा फोन गरेर फारमको लागि अनुरोध गर्नुहोस्। तपाईंले फारममा अनुरोध गरिएको सबै जानकारी समावेश गरेर पत्र पनि लेख्न सक्नुहुन्छ। तपाईंको भरेको उजुरी फारम वा पत्र हामीलाई मेलद्वारा फ्याक्स)202) 690-7442 मा वा US Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 वा program.intake@usda.gov मा इमेल गर्नुहोस्।

बहिरा, कान कम सुन्ने, वा बोल्न नसक्ने व्यक्तिहरूले यूएसडीएलाई)800) 877-8339मा; वा)800) 845-6136 (स्पेनिशमा संघीय (रिले सेवा मार्फत सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ।

पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम)SNAP) मामिलाहरूको विषयलाई लिएर कुनै पनि अन्य जानकारीको लागि, व्यक्तिले (800) 221-5689 यूएसडीए (स्पेनिसमा पनि छ)SNAP हटलाइन नम्बरमा सम्पर्क गर्नुपर्छ वा राज्य सूचना राज्य) हटलाइन नम्बर कल / (अनुसार सूचीको लागि हटलाइन नम्बरको यो लिंक प्रयोग गर्नुहोस्; अनलाइनwww.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm मा पनि उपलब्ध छ।

स्वास्थ्य अमेरिकी विभाग र मानव सेवा)HHS) मार्फत संघीय वित्तीय सहायता प्राप्त हुने कार्यक्रमको सन्दर्भमा भेदभावको लागि उजुरी गर्न यो ठेगानामा पत्र लेख्नुहोस् :HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 वा (202) 619-0403 (आवाज) वा (800) 537-7697 (TTY) मा कल गर्नुहोस्।

यूएसडीए र HHS बराबर मौका प्रदान गर्नेहरू र नियोक्ताहरू हुन।

तपाईंले Ombudsman, NH DHHS, 129 Pleasant St., Concord, NH 03301-3857 मा पत्र लेख्न सक्नुहुन्छ वा (603) 271-6941 वा 1-800-852-3345 ext 6941 मा कल गर्नु सक्नुहुन्छ। TDD पहुँच: रिले NH 1-800-735-2964 वा 711.

डी एफ ए एस आर 14-33
08/14

DECLARACIÓN DE NO-DISCRIMINACIÓN

Esta institución tiene prohibido discriminar basado en la raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y en algunos la religión y las creencias políticas.

El Departamento de agricultura de los Estado Unidos (US Department of Agriculture o USDA) también prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo basado en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y donde sea aplicable, creencias políticas, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual, o si la totalidad o parte de los ingresos de un individuo se deriva de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el Departamento. (No todas las prohibiciones se aplicarán a todos los programas y / o actividades de empleo.)

Si desea presentar una queja de al Programa de quejas por discriminación Derechos Civiles con USDA, complete el Formulario del USA para quejas por discriminación, que se encuentra en www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. Tan bien puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en l el formulario. Envíe su formulario o carta de queja por correo al US Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas o con dificultades auditivas, o con discapacidades del habla pueden comunicarse al USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339; ó (800) 845-6136 (en español).

Para cualquier otra información que trata con cuestiones del Programa asistencial de nutrición suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program o SNAP), las personas deben comunicarse a la línea de ayuda de USDA SNAP al (800) 221-5689, el cual también está disponible en español o llame a los números de Información estatal / Líneas de ayuda (utilice este enlace para encontrar números de línea de ayuda por estado); que se encuentra en línea al www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja de discriminación respecto a un programa recibiendo Asistencia financiera federal por medio del Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos (US Department of Health and Human Services o HHS), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ó llame al (202) 619-0403 (voz) ó (800) 537-7697 (TTY).

USDA y HHS son proveedores y empleadores que ofrecen oportunidades equitativas.

También puede usted escribir a Ombudsman, NH DHHS, 129 Pleasant St., Concord, NH 03301-3857 ó llamar al (603) 271-6941 ó 1-800-852-3345 ext 6941. Acceso TDD: Retransmisión NH 1-800-735-2964 ó 711.

यसले एउटा गाउँ नै लिन्छ

तपाईं हातमुख जोड्नको लागि संघर्ष गर्दै गर्दा आफु एक्लै छैन भनेर सम्झना गर्न गाह्रो हुन्छ। तपाईंको मद्दत गर्न सक्ने धेरै समूह र सेवाहरू छन् , !तिनीहरूको एउटा पूरै गाउँ नै छ यहाँ दिइएका कार्यक्रम तपाईंको परिवारलाई उपयोगी हुन सक्छन्। हामीले तिनीहरूलाई सम्पर्क गर्नको लागि जानकारी सूचीबद्ध गरेका छौंतर कुनै कार्यक्रम खोज्न तपाईलाई मद्दत चाहिन्छ भने ,, वा यदि कुनै प्रश्न छन् भने, 1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS) मा कल गर्नुहोस्।

चिकित्सा

एनएच औषधी साँघु कार्यक्रम - मान्छेहरूलाई आवश्यक औषधीहरु प्राप्त गर्न मद्दत गर्छ।
603-415-4297
http://www.healthynh.com/medication-bridge.html

हेवन - घरेलू र यौन हिंसा पीडितको लागि सेवा।
1-603-994-SAFE (7233) [24 घण्टे गोप्य हटलाइन]
www.havennh.org/

आवास

एनएच आवास वित्त प्राधिकरण सहयोगी आवास विभाग - एनएच मा परिवारहरूलाई किफायती आवास पाउन मद्दत गर्ने।

800-439-7247 **राम्ररी नसुन्नेको लागि TDD लाईन:** (603) 472-2089
www.nhhfa.org/

बेघर आउटरीच हस्तक्षेप
800-852-3345 ext 9196 **TDD पहुँच रिले** (800) 735-2964
www.dhhs.nh.gov/dcbcs/bhhs/homelessness.htm

ऊर्जा र योजनाको एनएच कार्यालय - संघर्षरत परिवारलाई गर्मीको लागि भुक्तानी गर्छ।
603-271-8317 वा (603) 271-2685
http://www.nh.gov/oep/energy/programs/fuel-assistance/index.htm

कानूनी सहायता

एनएच कानूनी सहायता - कम आयका परिवार र वरिष्ठ नागरिकलाई कम वा कुनैलागत बिनै कानुनी सहायता प्रदान- गर्दछ।
www.nhla.org/

बर्लिन	पोर्ट्समाउथ	कन्कर्ड
800-698-8969	800-334-3135	800-921-1115

म्यान्चेस्टर	क्लेअरमन्ट
800-562-3174	800-562-3994

रोजगार

एनएच रोजगार सुरक्षा - मान्छेहरूलाई लाभको लागि काम फेला पार्न र फाइल गर्न मद्दत गर्दछ।
800-266-2252 TDD पहुँचरिले : NH 1-800-735-2964
www.nh.gov/nhes/

परिवार

2-1-1 एनएच -आफ्नो समुदायमा उपलब्ध सेवाहरूमा मान्छेहरूलाई निःशुल्क जोड्दछ।
राज्यमा, टोल फ्री डायल-गर्नुहोस् **2-1-1** वा 866-444-4211 **टिटिवाइ नम्बर**: 603-634-3388
www.211nh.org/

अलअनोन- / अलातिन
603-369-6930
www.nhal-anon.org

जँड्याहा बेनामी
800-593-3330
www.nhaa.net/

बाल र परिवार सेवा – परिवार र बालबच्चाको लागि मद्दत प्रदान गर्दछ।
800-640-6486
www.cfsnh.org/

एनएच बाल हेरविचार सजगता – परिवारहरूलाई बाल हेरविचार बारेमा शिक्षा र सहायता गर्दछ।
855-393-1731 Ext. 31
http://nh.childcareaware.org/

उपभोक्ता ऋण परामर्श सेवा – परिवारहरूलाई पैसाको व्यवस्थापन गर्नबिल तिर्न , र बचाउन सहायता गर्छ।
800-550-1961
http://www.greenpath.com/cccs-of-new-hampshire-and-vermont.htm

घरेलु हिंसा हटलाइन – घरेलु हिंसा पीडितको लागि सेवा प्रदान गर्दछ।
866-644-3574
http://www.nhcadsv.org/crisis_centers.cfm

खाद्य भण्डार खाँचोमा परेका परिवारलाई खाना प्रदान गर्दछ। -
603-669-9725
http://www.nhfoodbank.org/Agency-Listings.aspx

घुमाउने भोजन घरेलु -व्यक्तिहरूलाई भोजन प्रदान गर्दछ।

http://mealcall.org/us/

एनएच सामुदायिक ऋण फन्ड कम आय भएका परिवारको लागि घर -, कलेजवा व्यापार सुरु गर्न बचतको लागि मद्दत गर्छ। ,
http://www.communityloanfund.org/

एनएच राज्य वृद्ध परिषद - वृद्धहरु र आश्रयीको लागि लाभ प्राप्त गर्न सहायता गर्दछ।
800-622-9230 **TDD Access**: Relay NH 1-800-735-2964
www.nh.gov/nhveterans/

पाल्तु पशुलाई खसी पार्ने प्रतिनिधिहरू कम आय भएका पालतु पशुका मालिकहरूलाई आफ्नो पाल्तु जनावर खसी पार्न - वा नपुंसक बनाउन मद्दत गर्दछ।
(603) 271-3697

कान नसुन्नेहरूको लागि रिले सेवा
800-735-2964 or 711

सेवा लिंक - वयोवृद्धहरू, विकलांग वयस्क र तिनीहरूका परिवारको लागि सहायता गर्दछ।
866-634-9412
www.servicelink.nh.gov/index.htm

सामाजिक सुरक्षा प्रशासन एसएसए)) -असक्षम, सेवानिवृत्त र जीवित परिवार सदस्यहरूलाई लाभ प्रदान गर्दछ।
800-772-1213 TTY: 800-325-0778
www.ssa.gov/

महिला, शिशुहरु र बच्चाहरु)WIC) - गर्भवती महिला, आमाहरू, र बालबच्चाहरूलाई शिक्षा र खाद्य प्रदान गर्दछ।
800-942-4321 **TDD पहुँच रिले** (800) 735-2964
www.dhhs.nh.gov/dphs/nhp/wic/index.htm