



## سپلیمنٹل نیوٹریشن اسسٹنس پروگرام (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP) کی درخواست / دوبارہ تصدیق

یہ درخواست صرف SNAP کے لیے درخواست دینے یا ری سرٹیفائی کرنے کے لیے استعمال کی جاسکتی ہے

اگر آپ نا بینا ہیں یا شدید طور پر بصارتی نقص کے شکار ہیں اور آپ کو یہ درخواست کسی متبادل شکل میں چاہیے تو آپ اپنی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے اس کے لیے درخواست کر سکتے ہیں۔ دستیاب فارمیٹس کی اقسام اور آپ کسی متبادل فارمیٹ میں درخواست کی التماس کیسے کر سکتے ہیں اس بارے میں اضافی معلومات کے لیے، انسٹرکشن بک (LDSS-4826A)، یا [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) ملاحظہ کریں۔

اگر آپ نابینا ہیں یا آپ کی نگاہ بہت زیادہ کمزور ہے تو کیا آپ تحریری نوٹسز متبادل فارمیٹ میں حاصل کرنا پسند کریں گے/گی؟ \_\_\_\_\_ ہاں \_\_\_\_\_ نہیں

اگر ہاں، تو فارمیٹ کی مطلوبہ قسم پر نشان لگائیں: \_\_\_\_\_ بڑا پرنٹ \_\_\_\_\_ ڈیٹا سی ڈی \_\_\_\_\_ آڈیو سی ڈی \_\_\_\_\_ بریل، اگر آپ سمجھتے ہیں کہ دیگر متبادل فارمیٹس میں سے کوئی بھی آپ کے لیے اس جتنا مؤثر نہیں ہوگا۔

اگر آپ کو کوئی دیگر سہولت درکار ہو تو براہ مہربانی اپنے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے رابطہ کریں۔

اگر آپ صرف SNAP کے لیے درخواست دے رہے ہیں یا ری سرٹیفائی کر رہے ہیں تو آپ یہ درخواست استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر آپ دوسری مراعات جیسے ٹمپریری اسسٹنس، نگہداشت اطفال کی معاونت، ہوم انرجی اسسٹنس یا Medicaid کے لیے درخواست دینا چاہتے ہیں تو براہ مہربانی ایک مختلف درخواست طلب کریں۔

### جب آپ SNAP کے لیے درخواست دے رہے ہوں

- آپ اس کے موصول ہونے کے دن ہی درخواست جمع کروا سکتے ہیں۔ اگر کم از کم سطح پر آپ کی درخواست میں آپ کا نام، پتہ (اگر آپ کے پاس ہو) اور دستخط ہوں تو ہمیں اسے قبول کرنا ہوگا۔ یہ معلومات آپ کی درخواست جمع کروانے کی تاریخ طے کریں گی۔
- آپ کو درخواست کا عمل مکمل کرنا ہوگا، جس میں اپنی اہلیت کے تعین کے لیے انٹرویو دینا اور درخواست/ری سرٹیفیکیشن کے صفحہ 7 پر دی گئی سرٹیفیکیشن اسٹیٹمنٹ پر دستخط کرنا شامل ہیں۔ اگر آپ اہل ہیں تو بینیفٹس ماضی میں آپ کے درخواست جمع کروانے کی تاریخ سے فراہم کیے جائیں گے۔
- آپ گھرانے کے اہل ممبر (ممبرز) کے لیے SNAP کی درخواست دے سکتے ہیں اور حاصل کر سکتے ہیں چاہے آپ یا آپ کے گھرانے کے کچھ دیگر ممبرز تارک وطن کی حیثیت کی وجہ سے بینیفٹس کے لیے اہل نہ ہوں۔ مثلاً، نا اہل غیر شہری والدین اپنے بچوں کے لیے SNAP کے لیے درخواست دے سکتے ہیں اور اپنے اہل بچوں کے لیے مراعات حاصل کر سکتے ہیں۔
- اگر آپ کی عارضی اعانت کی وقت کی حدود پوری ہو چکی ہوں تب بھی آپ SNAP کی درخواست دے سکتے ہیں اور اس کے لیے اہل ہو سکتے ہیں۔

## SNAP کے لیے ری سرٹیفائی کرنے وقت

- آپ کو انٹرویو سے پہلے ری سرٹیفیکیشن کی دستخط شدہ درخواست جمع کرانا ہوگی۔
- اگر آپ اپنا انٹرویو نہیں دے پاتے تو یہ آپ کی ذمہ داری ہے کہ آپ انٹرویو کا وقت تبدیل کروانے کے لیے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے رابطہ کریں۔

### فوری طور پر SNAP کے فوائد درکار ہیں؟ آپ اپنی SNAP درخواست پر تیز رفتار کارروائی کے اہل ہو سکتے ہیں:

اگر آپ کے گھرانے کی آمدنی یا نقد وسائل کم ہوں یا بالکل نہ ہوں یا اگر آپ کے کرائے اور یوٹیلیٹی کے اخراجات آپ کی آمدنی اور نقد وسائل سے زیادہ ہوں یا اگر درخواست دیتے وقت آپ تارک وطن یا موسمی کھیت مزدور ہوں جن کی آمدنی یا وسائل کم ہیں یا بالکل نہیں ہیں، تو آپ درخواست دینے کی تاریخ کے 7 کلینڈرنوں کے اندر SNAP حاصل کرنے کے اہل ہو سکتے ہیں۔ جب کسی ادارے کا کوئی رہائشی ادارے کو چھوڑنے سے پہلے SSI اور SNAP کے لیے مشترکہ طور پر درخواست دے رہا ہو تو درخواست کی ریکارڈ کردہ جمع کروانے کی تاریخ درخواست دہندہ کے ادارے کو چھوڑنے کی تاریخ ہوتی ہے۔

### آپ SNAP کے لیے کہاں درخواست دے سکتے ہیں

اگر آپ نیو یارک سٹی سے باہر رہتے ہیں تو آپ myBenefits.ny.gov پر آن لائن درخواست دے سکتے ہیں یا جہاں آپ رہتے ہیں اس کاؤنٹی کے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے کال کر کے یا جا کر درخواست کا پیکج طلب کر سکتے ہیں، جسے اس ہی متعلقہ دفتر میں بذریعہ ڈاک یا خود جا کر پہنچایا جا سکتا ہے۔ آپ اپنی کاؤنٹی کے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کا پتہ اور فون نمبر 1-800-342-3009 پر مفت کال کر کے حاصل کر سکتے ہیں۔

اگر آپ نیویارک سٹی میں رہتے ہیں اور آپ اس کے ساتھ عارضی معاونت کے لیے درخواست نہیں دے رہے ہیں، تو آپ <https://www.nyc.gov/hra> پر آن لائن درخواست دے سکتے ہیں یا SNAP کے کسی دفتر کو کال کر کے یا وہاں جا کر درخواست کا پیکج طلب کر سکتے ہیں۔ آپ 1-718-557-1399 پر یا مفت نمبر 1-800-342-3009 پر کال کر کے پتہ اور فون نمبر حاصل کر سکتے ہیں۔

### SNAP انٹرویوز عام طور پر ٹیلی فون پر کیے جاتے ہیں۔ اگر آپ دفتر جا کر انٹرویو دینے کو ترجیح دیتے ہیں، تو آپ کو اپنے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے اس کی درخواست کرنا ہوگی۔

**عدم امتیاز کا نوٹس** - وفاقی شہری حقوق کے قانون (Federal civil rights law) اور امریکی محکمہ زراعت (U.S. Department of Agriculture, USDA) کے شہری حقوق کے قواعد و ضوابط اور پالیسیوں کے مطابق اس ادارے کے لیے ممنوع ہے کہ نسل، رنگ، قومی اصلیت، جنس (بشمول صنفی شناخت اور جنسی رجحان)، مذہبی مسلک، معذوری، عمر، سیاسی افکار یا شہری حقوق کی کسی سابق سرگرمی کی بنیاد پر امتیازی سلوک کرے۔

پروگرام کی معلومات انگریزی کے علاوہ دیگر زبانوں میں بھی دستیاب کروائی جا سکتی ہیں۔ ایسے معذور افراد جنہیں پروگرام کی معلومات حاصل کرنے کے لیے رابطے کے متبادل ذرائع کی ضرورت پڑتی ہے (مثلاً بریل، بڑا پرنٹ، آڈیو ٹیپ، امریکی اشاروں کی زبان) انہیں چاہیے کہ وہ اس ایجنسی (ریاستی یا مقامی) سے رابطہ کریں جہاں انہوں نے مراعات کے لیے درخواست دی ہے۔ سماعت سے محروم، اونچا سننے والے یا بولنے میں مشکل پیدا کرنے والے مسائل کا شکار افراد فیڈرل ریلے سروس کے ذریعے 877-8339 (800) پر USDA سے رابطہ کر سکتے ہیں۔

پروگرام میں امتیازی سلوک ہونے کی شکایت درج کرانے کے لیے، شکایت کنندہ فارم AD-3027، USDA پروگرام میں امتیازی شکایت کا فارم پُر کریں جو <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> پر آن لائن، USDA کے کسی بھی دفتر سے 620-1071 (833) پر کال کر کے یا USDA کے نام خط لکھ کر حاصل کیا جا سکتا ہے۔

اس خط میں شکایت کنندہ کا نام، پتہ، ٹیلی فون نمبر اور مبینہ امتیازی کارروائی کی تحریری تفصیل اتنی وضاحت سے درج ہونی چاہیے کہ اسسٹنٹس سکریٹری برائے شہری حقوق (Assistance Secretary for Civil Rights, ASCR) شہری حقوق کی مبینہ خلاف ورزی کی نوعیت اور تاریخ سے آگاہ ہو جائیں۔ مکمل شدہ AD-3027 فارم یا خط یہاں جمع کروانا لازمی ہے:

(1) ڈاک: Food and Nutrition Service, USDA

1320 Braddock Place, Room 334

Alexandria, VA 22314; یا

(2) فیکس: 256-1665 (833) یا 690-7442 (202); یا

(3) بذریعہ ای میل: [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

یہ یکساں موقع فراہم کرنے والا ادارہ ہے۔

نیو یارک اسٹیٹ آفس آف ٹمپریری اینڈ ٹس ایبلٹی اسسٹنس  
SNAP کی درخواست / دوبارہ سرٹیفیکیشن

درخواست کی تاریخ	انٹرویو کی تاریخ	سیٹر/دفتر	یونٹ	کارکن	کیس کی قسم	کیس نمبر	رجسٹری نمبر	ورژن	زبان
									ری سرٹیفائی کریں <input type="checkbox"/> درخواست دیں <input type="checkbox"/>

قانونی نام: \_\_\_\_\_ ٹیلی فون نمبر: \_\_\_\_\_ کوئی دوسرا فون جس پر آپ سے رابطہ کیا جا سکتا ہو: \_\_\_\_\_  
 رہائش کا پتہ: \_\_\_\_\_ اپارٹمنٹ # \_\_\_\_\_ شہر \_\_\_\_\_، نیویارک کا زپ کوڈ \_\_\_\_\_  
 ڈاک کا پتہ (اگر مختلف ہو) \_\_\_\_\_ اپارٹمنٹ # \_\_\_\_\_ شہر \_\_\_\_\_، نیویارک کا زپ کوڈ \_\_\_\_\_  
 کسی دوسرے نام سے جانے جاتے ہیں: \_\_\_\_\_  
 کیا آپ:  درخواست دے رہے ہیں یا  ری سرٹیفائی کر رہے ہیں آپ کس زبان میں نوٹسز وصول کرنا چاہتے ہیں:  ہسپانوی اور انگریزی یا  صرف انگریزی

دستخط کرنے کی تاریخ

2

درخواست گزار/ نمائندے کے دستخط

اگر آپ کی درخواست میں کم از کم آپ کا نام، پتہ (اگر پتہ موجود ہے) اور اس خانے میں دستخط موجود ہوں تو ہمارے لیے آپ کی درخواست قبول کرنا لازم ہے۔

اپنے ساتھ رہنے والے ہر فرد کا نام درج کریں چاہے وہ درخواست نہ دے رہے ہوں۔ پہلے اپنا نام درج کریں۔

L N	پہلا نام	M I	آخری نام	درخواست دینے والے رکن کا سوشل سیکورٹی نمبر (SSN) (اگر نہیں ہے تو "NONE" لکھیں)	تاریخ پیدائش	ازدواجی حیثیت	جنس مرد، عورت یا X	کیا یہ فرد درخواست دے رہے ہیں؟		آپ سے رشتہ	کیا آپ ان فرد کے ساتھ کھانا خریدتے اور/یا تیار کرتے ہیں؟		ہسپانوی یا لاطینی؟		ہر نسل کے لیے Y (ہاں) یا N (نہیں) درج کریں* (کوڈز کی تعریف نیچے دی گئی ہے)					
								ہاں	نہیں		ہاں	نہیں	ہاں	نہیں	W	P	B	A	I	
1								✓	✓	خود	✓									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

3

\* نسل/آبائیت کے کوڈز: I – مقامی امریکی یا مقامی الاسکن، A – ایشیائی، B – سیاہ فام یا افریقی امریکی، P – ہوائی کے مقامی یا پیسفاک جزیرے کے باشندے، W – سفید فام  
 ان معلومات کی فراہمی رضاکارانہ ہے۔ اس سے درخواست کرنے والے اشخاص کی اہلیت یا موصولہ فوائد کی سطح متاثر نہیں ہوگی۔ اس معلومات کی وجہ اس بات کو یقینی بنانا ہے کہ پروگرام کی مراعات نسل، رنگ یا قومیت سے قطع نظر تقسیم کیے جائیں۔

4

کیا آپ اور آپ کے ساتھ رہنے والے ہر فرد امریکی شہری ہیں؟  ہاں  نہیں، اگر نہیں، تو کون شہری نہیں ہیں؟ \_\_\_\_\_  
 کیا آپ یا آپ کے گھر کے کوئی فرد کسی دوسری جگہ سے SNAP یا ٹمپریری اسسٹنس کے لیے درخواست دے رہے یا وصول کر رہے ہیں؟  ہاں  نہیں

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کوئی فرد سابق فوجی ہیں؟  ہاں  نہیں، اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_  
 کیا آپ یا کوئی اور فرد منشیات یا الکحل کے علاج کے مرکز، ریاست سے تصدیق شدہ گروپ لیونگ فیسیلٹی یا ریاست سے تصدیق شدہ زیر نگرانی/معاونتی اپارٹمنٹ میں رہتے ہیں؟  ہاں  نہیں

اگر آپ SNAP کے لیے دوبارہ تصدیق کر رہے ہیں تو صفحہ 9 پر درج کریں کہ آپ کی آخری درخواست یا دوبارہ تصدیق کے بعد کیا تبدیل ہوا ہے (جیسے منتقل ہونا، بچے کی ولادت، کوئی آپ کے گھر میں منتقل ہوا یا گھر چھوڑ کر کہیں اور گیا)۔

## آمدنی

اپنی تمام آمدنی اور اپنے ساتھ رہنے والے ہر فرد کی آمدنی درج کریں۔ اس میں یہ شامل ہیں، لیکن یہ ان تک محدود نہیں، اجرت، ذاتی کام سے حاصل ہونے والی آمدنی جس میں سے ذاتی کام کرنے کی لاگت (مثلاً: بچوں کی دیکھ بھال، صفائی، کمرے میں رہنے والے یا بورڈر سے آمدنی) نکال دی جائے، اعانت اطفال، پنشن، سابق فوجیوں کی مراعات، معذوری، سوشل سیکورٹی یا SSI، کرائے یا کھانے کے لیے گرانٹس یا وظائف، ٹمپریری اسسٹنس اور دوستوں یا رشتہ داروں سے آمدنی۔

آمدنی حاصل کرنے والے فرد کا نام	آمدنی کا ذریعہ	فی مہینہ کتنے گھنٹے کام کرتے ہیں	یہ کتنی بار موصول ہوتی ہے؟ (مثلاً ہفتہ وار، دو ہفتے میں ایک بار، ماہانہ)	کٹوتیوں سے پہلے موصول ہونے والی مجموعی رقم

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی فرد کی ملازمت یا ٹریننگ سے متعلق بچے/زیر کفالت فرد کی دیکھ بھال کے کوئی اخراجات ہیں؟  ہاں  نہیں اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_

5 کتنی رقم ادا کرتے ہیں \$ \_\_\_\_\_ کتنی بار ادائیگی کرتے ہیں (مثلاً ہفتہ وار، ماہانہ) \_\_\_\_\_  
کیا آپ نے یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی فرد نے پچھلے 30 دنوں میں ملازمت تبدیل کی یا چھوڑی ہے یا ان کی کسی بھی قسم کی آمدنی میں کمی ہوئی ہے - بشمول کام کے اوقات یا آمدنی میں کمی؟  
 ہاں  نہیں

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی فرد کی کوئی ممکنہ آمدنی ہے جو ابھی تک موصول نہیں ہوئی ہے؟  ہاں  نہیں اگر ہاں، تو صفحہ 9 پر وضاحت کریں۔

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کوئی فرد ہڑتال میں حصہ لے رہے ہیں؟  ہاں  نہیں اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہائش پذیر کوئی فرد آپ کی 18 ویں سالگرہ پر فوسٹر نگہداشت میں رہ رہے تھے؟  ہاں  نہیں

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والوں میں سے کوئی بورڈر، فوسٹر بچہ، یا فوسٹر بالغ ہیں؟  ہاں  نہیں

اگر ہاں، تو بورڈر کے لیے B یا فوسٹر کے لیے F پر نشان لگائیں اور ان کا نام لکھیں۔  B  F نام: \_\_\_\_\_

## وسائل

وسائل SNAP کے لیے درخواست دینے والے زیادہ تر گھرانوں کی اہلیت کو متاثر نہیں کرتے ہیں۔ تاہم، کچھ وسائل کی معلومات کا استعمال اس بات کا تعین کرنے کے لیے کیا جاتا ہے کہ آیا آپ اپنی درخواست کی تیز رفتار کارروائی کے لیے اہل ہیں۔

آپ کے گھر کے ہر فرد کے پاس کتنے پیسے ہیں؟ (مثلاً، آپ کے اپنے پاس؛ آپ کے گھر میں، چیکنگ اور سیونگر اکاؤنٹس میں یا دیگر مقامات پر، بشمول مشترکہ طور پر رکھے گئے اکاؤنٹس میں) \$ \_\_\_\_\_ کے ہیں۔

دیگر مالیاتی اثاثے؟ (مثلاً اسٹاکس، بانڈز، ریٹائرمنٹ اکاؤنٹس، سیونگر بانڈز، میچوئل فنڈز، IRAs، ٹرسٹ فنڈز، منی مارکیٹ سرٹیفکیٹس)  ہاں  نہیں

اگر ہاں تو رقم \_\_\_\_\_ \$ قسم \_\_\_\_\_ مالک \_\_\_\_\_

آپ یا آپ کے گھر میں کسی کے پاس کتنی کاریں، ٹرک یا دیگر گاڑیاں ہیں؟

#1 سال \_\_\_\_\_ تیار کنندہ \_\_\_\_\_ ماٹل \_\_\_\_\_ مالک \_\_\_\_\_

#2 سال \_\_\_\_\_ تیار کنندہ \_\_\_\_\_ ماٹل \_\_\_\_\_ مالک \_\_\_\_\_

6 کیا آپ یا درخواست دینے والوں میں سے کوئی فرد آپ کے اپنے گھر سمیت کسی جائیداد کے مالک ہیں؟  ہاں  نہیں اگر ہاں تو جائیداد کو فہرست زد کریں \_\_\_\_\_ مالک \_\_\_\_\_

کیا درخواست دینے والے کسی شخص نے SNAP کے لیے کوالیفائی کرنے کے لیے پچھلے تین ماہ میں نقد یا جائیداد فروخت کی، کسی کو دی یا منتقل کی؟  ہاں  نہیں

### تعلیم/ٹریننگ اور زبان

خود سمیت گھرانے کے درخواست دینے والے 16 سال یا اس سے زیادہ عمر کے ہر فرد کا نام درج کریں۔ ہر فرد کے لیے ذیل میں دکھائے گئے تعلیم اور ٹریننگ کوڈز کا استعمال کرتے ہوئے، "تعلیم کا اعلیٰ ترین درجہ" والے حصے میں خانہ پر "X" کا نشان لگائیں۔ فی فرد صرف ایک خانے پر نشان لگائیں۔ اگر آپ کسی فرد کے لیے "0" کالم میں "X" درج کرتے ہیں، (اس بات کی نشاندہی کرنے کے لیے کہ ان کے پاس ہائی اسکول ڈپلومہ یا ہائی اسکول کے مساوی ڈپلومہ نہیں ہے)، تو "مکمل کیا گیا اسکول کا اعلیٰ ترین درجہ" والے خانے میں ان کا مکمل کردہ اسکول کا سب سے بڑا گریڈ درج کریں۔ (مثلاً - اگر کوئی شخص 10 ویں جماعت میں ہے، تو "مکمل کیا گیا اسکول کا اعلیٰ ترین درجہ" والے خانے میں "9" درج کریں)۔ اگر ہائی اسکول میں یا ہائی اسکول کے مساوی ڈپلومہ حاصل کرنے والے کسی فرد کے لیے "0" کالم پر نشان نہیں لگایا گیا ہے تو "مکمل کیا گیا اسکول کا اعلیٰ ترین درجہ" والے خانے کو خالی چھوڑ دیں۔

مزید برآں، براہ مہربانی SNAP کے گھرانے کے 16 سال یا اس سے زیادہ عمر کے ہر فرد کے لیے، بولی جانے والی اولین زبان کی نشان دہی کریں - اولین زبان وہ زبان ہے جو یہ فرد سب سے زیادہ بولتے ہیں۔

ان فرد کی بولی جانے والی اولین زبان کونسی ہے؟	تکمیل شدہ اعلیٰ ترین اسکول کا درجہ (ذیل میں معلومات دیکھیں)	تعلیم کا اعلیٰ ترین درجہ*							نام (پہلا اور آخری)
		(کوڈز کی تعریف نیچے دی گئی ہے)							
		8	5	4	3	2	1	0	
7									

\* تعلیم اور ٹریننگ کے کوڈز: 0 - ہائی اسکول ڈپلومہ سے کم یا مساوی؛ 1 - ہائی اسکول ڈپلومہ یا ہائی اسکول کے مساوی ڈپلومہ؛ 2 - ایسوسی ایٹس ڈگری (2 سالہ کالج ڈگری)؛ 3 - بیچلرز ڈگری (4 سالہ کالج ڈگری)؛ 4 - گریجویٹ ڈگری (ماسٹرز یا اس سے زیادہ)؛ 5 - انفرادی تعلیمی منصوبے (Individualized Education Plan, IEP) کی تکمیل؛ 8 - نامعلوم

نوٹ: تعلیم کی اعلیٰ ترین سطح، اسکول کے اعلیٰ ترین گریڈ اور بولی جانے والی اولین زبان سے متعلق معلومات کی فراہمی رضاکارانہ ہے۔ اس سے درخواست کرنے والے اشخاص کی اہلیت یا موصولہ فوائد کی سطح متاثر نہیں ہوگی۔ اس معلومات کی وجہ وفاقی رپورٹنگ کے تقاضے پورا کرنا ہے۔

### رہائش کے انتظامات اور اخراجات

ان تمام بیانات پر نشان لگائیں جو آپ کے گھر پر لاگو ہوتے ہیں:

اپنا گھر یا گھر کے لیے ادائیگی  کرائے پر لیا  مہاجر/موسمی کھیت مزدور  کوئی مستقل رہائش نہیں  رشتہ داروں یا دوستوں کے ساتھ رہتے ہیں

اخراجات کی فہرست:

ماہانہ کرائے یا مارگیج کی ادائیگی \$ \_\_\_\_\_ گھر پر سالانہ ٹیکس \$ \_\_\_\_\_ گھر کا سالانہ بیمہ \$ \_\_\_\_\_

حرارت کے لیے الگ سے ادائیگی کرتے ہیں؟  ہاں  نہیں اگر ہاں، تو حرارت کی قسم بتائیں:  گیس  بجلی  تیل  لکڑی  کونلہ  پروپین  دیگر (درج کریں) \_\_\_\_\_

بیٹ کمپنی کا نام \_\_\_\_\_ بیٹ کمپنی کا اکاؤنٹ نمبر \_\_\_\_\_

اینر کنڈیشننگ کے لیے اپنے الیکٹرک بل میں یا الگ فیس کے طور پر ادائیگی کرتے ہیں؟  ہاں  نہیں

یوٹیلیٹیز (بٹنگ/کولنگ کے علاوہ) کے لیے الگ سے ادائیگی کرتے ہیں؟  ہاں  نہیں (مثال کے طور پر، روشنیاں، کھانا پکانے والی گیس، کوڑا/کچرا، پانی، یوٹیلیٹیز کی ابتدائی تنصیب)۔

کیا کوئی اور آپ کے ان اخراجات میں سے کسی کی ادائیگی کرتا ہے (کچھ مثالیں سیکشن 8 کا یا کوئی دیگر سبسڈی پروگرام ہیں)؟

ہاں  نہیں اگر ہاں، تو کون کس چیز کی ادائیگی کرتا ہے؟ \_\_\_\_\_

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کوئی فرد اعانت اطفال کی قانونی طور لازمی ادائیگی کر رہے ہیں؟  ہاں  نہیں اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_

بچے (بچوں) کا/کے نام جن کے لیے اعانت کی ادائیگی کی جا رہی ہے \_\_\_\_\_

ادائیگی کی رقم \$ \_\_\_\_\_ ادائیگیوں کی تعداد (مثلاً، ہفتہ وار، دو ہفتے بعد، ماہانہ) \_\_\_\_\_

کیا آپ، اور/یا آپ کے ساتھ رہنے والے کوئی فرد، معذور یا کم از کم 60 سال کی عمر کے ہیں؟  ہاں  نہیں اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_

اگر ایسا ہے تو کیا ان فرد کے پاس طبی رسیدیں ہیں؟  ہاں  نہیں اگر ہاں، تو صفحہ 9 پر درج کریں کہ یہ کس لیے ہیں، کتنی مالیت کی ہیں اور ادائیگی کے لیے کون نمہ دار ہے۔

8

### رہائش کے انتظامات اور اخراجات (جاری ہے)

کیا آپ اور/یا آپ کے ساتھ رہنے والے کوئی فرد اسپینڈ ڈاؤن والے Medicaid پر ہیں؟  ہاں  نہیں اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_ رقم \_\_\_\_\_ \$  
 کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی فرد (جن کی عمر 16 یا 17 سال ہو) نے اسکول میں یا کسی ٹریننگ کے لیے داخلہ لیا ہے؟  
 ہاں  نہیں اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_ اسکول/ٹریننگ پروگرام کا نام \_\_\_\_\_  
 کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کوئی فرد، جن کی عمر 18 سے 49 سال کے درمیان ہے، اسکول یا کسی ٹریننگ پروگرام (ہائی اسکول سے اوپر) میں شرکت کر رہے ہیں؟  
 ہاں  نہیں، اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_  
 اسکول/ٹریننگ پروگرام کا نام \_\_\_\_\_  
 گُل وقتی (FT)  ہاں  نہیں آمدنی  ہاں  نہیں اخراجات  ہاں  نہیں

8

کیا گھر میں 16 سال اور اس سے زیادہ عمر کے ایسے بالغ افراد موجود ہیں (بشمول درخواست گزار) جو کہ:

حمل سے ہیں؟  ہاں  نہیں اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_  
 ایسی طبی کیفیات میں مبتلا ہیں جو ان کی کام کرنے کی صلاحیت کو یا جتنی قسم کے کام وہ کر سکتے ہیں اس کو محدود کرتی ہیں؟  ہاں  نہیں، اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_

### ان سوالات کے جوابات دیں:

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کوئی فرد پروبیشن یا پیرول کی کسی شرط کی خلاف ورزی کر رہے ہیں یا کسی ایسے جرم کے لیے عدالتی کارروائی، حراست یا قید سے بچنے کے لیے فرار ہیں جس پر اس وقت قانون نافذ کرنے والے اداروں کی کارروائی جاری ہے؟  ہاں  نہیں اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_  
 کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کوئی فرد عدالت کی نظر میں پروبیشن یا پیرول کی خلاف ورزی کر رہے ہیں؟  ہاں  نہیں اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_  
 کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی فرد کو کبھی دھوکہ دہی یا پروگرام کی جان بوجھ کر خلاف ورزی کی وجہ سے SNAP وصول کرنے سے نااہل قرار دیا گیا ہے؟  
 ہاں  نہیں، اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی فرد کو 22 ستمبر 1996 کے بعد آتشیں ہتھیاروں، اسلحہ یا دھماکہ خیز مواد یا منشیات کے بدلے SNAP کی مراعات کا تبادلہ کرنے کا مجرم قرار دیا گیا ہے؟  
 ہاں  نہیں، اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی فرد کو 22 ستمبر 1996 کے بعد، \$500 یا اس سے زیادہ کی مجموعی رقم کی SNAP کی مراعات خریدنے یا بیچنے کا مجرم قرار دیا گیا ہے؟  ہاں  نہیں  
 اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی فرد کو 22 ستمبر 1996 کے بعد کسی بھی ریاست میں دھوکہ دہی سے SNAP کی مراعات حاصل کرنے کا مجرم قرار دیا گیا ہے؟  ہاں  نہیں  
 اگر ہاں، تو کون \_\_\_\_\_

اگر آپ کو مزید جگہ کی ضرورت ہو یا کوئی اور معلومات ہوں جن کی آپ کے خیال میں ہمیں ضرورت ہو سکتی ہے تو آپ صفحہ 9 استعمال کر سکتے ہیں۔

### نیچے دی گئی اہم معلومات پڑھیں

SNAP کے جرمانے کا انتباہ - SNAP کے لیے اپنی درخواست کے سلسلے میں آپ جو بھی معلومات فراہم کریں گے اس کی وفاقی، ریاستی اور مقامی حکام کے ذریعے تصدیق کی جائے گی۔ اگر کوئی معلومات غلط ہونی تو آپ کو SNAP سے انکار کیا جا سکتا ہے۔ اگر آپ جان بوجھ کر غلط معلومات فراہم کرتے ہیں جس سے اہلیت یا فوائد کی مقدار متاثر ہوتی ہے تو آپ کو مجرمانہ قانونی چارہ جونی کا سامنا ہو سکتا ہے۔ پروبیشن یا پیرول کی کسی شرط کی خلاف ورزی کرنے والے کوئی فرد یا کوئی بھی شخص جو کسی جرم کے لیے قانونی چارہ جونی، حراست یا قید سے بچنے کے لیے فرار ہیں اور قانون نافذ کرنے والے ادارے فعال طور پر ان کا تعاقب کر رہے ہیں، SNAP کی مراعات حاصل کرنے کے اہل نہیں ہیں۔

9

- اگر SNAP والے گھرانے کے کسی رکن نے جان بوجھ کر پروگرام کی خلاف ورزی (Intentional Program Violation, IPV) کا ارتکاب کیا ہے تو، یہ رکن اس مدت کے لیے SNAP کی مراعات حاصل نہیں کر سکیں گے۔
  - پہلی SNAP-IPV کے لیے 12 ماہ؛
  - دوسری SNAP IPV کے لیے 24 ماہ؛
  - اس پہلی SNAP-IPV پر 24 ماہ، جس کی بنیاد عدالت کا یہ طے کرنا ہو کہ اس فرد نے ایک ایسے لین دین میں SNAP کی مراعات استعمال یا وصول کی جس میں ایک کنٹرول شدہ مادہ کی فروخت شامل تھی۔ (کنٹرول شدہ مادہ یعنی غیر قانونی ادویات یا کچھ ادویات جن کے لیے ڈاکٹر کا نسخہ درکار ہوتا ہے۔)
  - 120 ماہ اگر آپ اس حوالے سے قصوروار پائے جائیں کہ آپ نے بیک وقت متعدد SNAP بینیفٹس پانے کے لیے اپنی ذات یا اپنی جانے رہائش کے بارے میں جھوٹا بیان دیا ہے، ماسوائے کہ تیسری IPV کے لیے مستقل طور پر نا اہل قرار دے دیا گیا ہو۔
- مزید برآں، عدالت کسی فرد کو اضافی 18 ماہ کے لیے SNAP میں شرکت سے روک سکتی ہے۔

## نیچے دی گئی اہم معلومات پڑھیں (جاری ہے)

کسی فرد کی مستقل نااہلی بوجہ:

- پہلی SNAP-IPV جس کی بنیاد عدالت کے یہ طے کرنے پر ہو کہ آتشیں ہتھیاروں، اسلحے یا دھماکہ خیز مواد کی فروخت کے لین دین میں SNAP کی مراعات استعمال یا وصول کی گئیں۔
- پہلی SNAP-IPV جس کی بنیاد مجموعی طور پر \$500 سے زائد مالیت کی SNAP کی مراعات کی غیر قانونی تجارت پر عدالت سے سزا یافتہ ہونا ہے (غیر قانونی تجارت میں SNAP آتھرانیزیشن کارڈ یا رسائی کے آلات کا غیر قانونی استعمال، منتقلی، حصول، تبدیلی یا قبضے میں رکھنا شامل ہے)۔
- دوسری SNAP-IPV جس کی بنیاد عدالت کا یہ طے کرنا ہے کہ کسی فرد نے کنٹرول شدہ مادے کی فروخت پر مشتمل ٹرانزیکشن میں SNAP کی مراعات کو استعمال یا وصول کیا۔ (کنٹرول شدہ مادہ یعنی غیر قانونی ادویات یا کچھ ادویات جن کے لیے ڈاکٹر کا نسخہ درکار ہوتا ہے)۔
- تمام تیسری SNAP-IPV جان بوجھ کر کی گئی پروگرام کی خلاف ورزیاں۔

SNAP آتھرانیزیشن کارڈ یا رسائی کے آلات کو دانستہ طور پر استعمال کرنے، منتقل کرنے، حاصل کرنے، ان میں رد و بدل کرنے یا اپنے پاس رکھنے کے جرم میں سزا یافتہ کسی شخص کی سزا \$250,000 تک جرمانہ، 20 سال تک قید یا دونوں ہو سکتی ہے۔ ان فرد پر قابل اطلاق وفاقی اور ریاستی قوانین کے تحت قانونی چارہ جونی بھی کی جا سکتی ہے۔

آپ کو SNAP کے لیے نااہل یا IPV کا مرتکب قرار دیا جا سکتا ہے اگر:

- آپ مراعات کے لیے اہل ہونے یا مزید مراعات حاصل کرنے کے لیے غلط یا گمراہ کن بیان دیں، یا غلط بیانی کریں، حقائق کو چھپائیں ہیں یا ان کو خود تک محدود رکھیں؛ یا
- آپ جان بوجھ کر مصنوعات کو ضائع کر کے ڈپازٹ کی رقم کے لیے کنٹینر واپس کر کے نقد رقم حاصل کرنے کے ارادے سے SNAP کی مراعات سے ایک پروڈکٹ خریدیں؛ یا
- آپ الیکٹرانک بینیفٹ ٹرانسفر (Electronic Benefit Transfer, EBT) نظام کے حصے کے طور پر استعمال ہونے والی SNAP کی مراعات، آتھرانیزیشن کارڈز یا دوبارہ قابل استعمال دستاویزات کے استعمال، پیش کرنے، منتقل کرنے، حاصل کرنے، وصول کرنے، پاس رکھنے یا اسمگل کرنے کے مقصد سے وفاقی یا ریاستی قانون کی خلاف ورزی کا ارتکاب یا کوشش کرتے ہیں۔

مزید برآں، درج ذیل کی اجازت نہیں ہے اور، آپ کو SNAP کی مراعات حاصل کرنے سے نااہل قرار دیا جا سکتا ہے اور/یا ان اقدامات کے لیے سزائیں دی جا سکتی ہیں جن میں شامل ہیں:

- کارڈ کے مالک کی رضامندی کے بغیر ایسے EBT کارڈز استعمال کرنا یا اپنے پاس رکھنا جو آپ کے اپنے نہیں ہیں؛ یا
- خوراک کے علاوہ اشیاء، جیسے الکحل یا سگریٹ خریدنے کے لیے یا ادھار پر خریدے گئے کھانے کی ادائیگی کے لیے SNAP کی مراعات کا استعمال؛ یا
- کسی اور کو نقدی، آتشیں ہتھیاروں، اسلحے، دھماکہ خیز مواد یا منشیات کے بدلے اپنا الیکٹرانک بینیفٹ ٹرانسفر (EBT) کارڈ استعمال کرنے کی اجازت دینا، یا ایسے افراد کے لیے کھانا خریدنا جو SNAP کے گھرانے کے ارکان نہیں ہیں۔

اگر آپ کو اس سے زیادہ SNAP کی مراعات مل جاتی ہیں جتنی آپ کو ملنی چاہئیں (فاضل ادائیگی) تو، آپ پر انہیں واپس ادا کرنا ضروری ہے۔ اگر آپ کا کیس فعال ہے تو، آئندہ آپ کو SNAP کی جو مراعات ملیں گی ان سے ہم فاضل ادائیگی کی رقم واپس لے لیں گے۔ اگر آپ کا کیس بند ہو گیا ہے تو آپ زائد ادائیگی کو اپنے اکاؤنٹ میں باقی ماندہ SNAP کے غیر استعمال شدہ بینیفٹ سے واپس ادا کر سکتے ہیں یا آپ نقد ادا کر سکتے ہیں۔

اگر آپ کے پاس ایسی فاضل ادائیگی ہے جو واپس ادا نہیں کی گئی ہے تو، اسے کلیکشن، بشمول وفاقی حکومت کی جانب سے خود کار کلیکشن کے لیے ریفر کیا جائے گا۔ وفاقی بینیفٹس (جیسے کہ سوشل سیکیورٹی) اور جو ٹیکس ریفرنڈز آپ پانے کے حقدار ہیں انہیں فاضل ادائیگی کی واپسی ادائیگی کے لیے لے لیا جائے گا۔ قرضہ کارروائی کے چارجز کا بھی مستوجب ہوگا۔

آپ کے EBT اکاؤنٹ سے محو کردہ SNAP کی مراعات کو موجودہ فاضل ادائیگیاں کم کرنے کے لیے استعمال کیا جائے گا۔ اگر آپ SNAP کے لیے دوبارہ درخواست دیتے ہیں، اور آپ نے اپنے اوپر بقایا رقم واپس ادا نہیں کی ہے اور وہ آپ کو دوبارہ ملنا شروع ہو جاتی ہیں تو، SNAP کی آپ کی مراعات کو کم کر دیا جائے گا۔ اس وقت، کم کرنے کے بعد جو بینیفٹس آپ کو ملیں گے اس کی مقدار سے آپ کو مطلع کر دیا جائے گا۔

**رضامندی -** میں جانتا/جانتی ہوں کہ اس درخواست فارم پر دستخط کر کے میں ریاست نیو یارک کے دفتر برائے عارضی اور معذوری کی امداد یا اپنے مقامی سماجی خدمات کے ڈسٹرکٹ کی جانب سے تحقیقات کیے جانے سے اتفاق کر رہا ہوں تاکہ میری فراہم کردہ معلومات یا ان کی جانب سے SNAP کی مراعات کی درخواست کے سلسلے میں کسی بھی تحقیقات کی تصدیق یا جانچ کی جا سکے۔ اضافی معلومات طلب کیے جانے پر میں اسے فراہم کروں گا/گی۔ میں SNAP کوالٹی کنٹرول ریویو میں ریاستی اور وفاقی عملے کے ساتھ بھی تعاون کروں گا/گی۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس درخواست سرٹیفیکیشن پر دستخط کر کے، میں ہوم انرجی معاونتی پروگرام (Home Energy Assistance Program, HEAP) کے بینیفٹس کے تعلق سے اپنی طرف سے دی گئی کسی بھی معلومات کی توثیق اور تصدیق کے لیے کسی بھی مجاز حکومتی ایجنسی کی طرف سے ان پر کسی بھی قسم کی تفتیش اور دیگر کے لیے رضامند ہوں۔ میں اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات کو دستیاب ویچھرانیزیشن معاونتی پروگرامز اور میری بوٹیلٹی کمپنی کے کم آمدنی والے پروگرامز میں استعمال کے لیے بھی رضامند ہوں۔ میں یہ بات بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ریاست میری سوشل سیکیورٹی نمبر کو و منے ہونے پر ایجنسی وینڈرز کی HEAP رسید کی توثیق کرنے کے لیے کرے گا۔ اس اجازت دہندگی میں دفتر برائے عارضی اور معذوری سے متعلق اعانت اور مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ اور ریاستہائے متحدہ کے محکمہ برائے صحت و انسانی خدمات کو کم آمدنی والے ہوم انرجی اسسٹنس پروگرام (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) کی کارکردگی کی پیمائش کے لیے گھریلو توانائی کے میرے کسی بھی وینڈر (بشمول بوٹیلٹی) کو اعداد و شمار سے متعلق بعض معلومات، بشمول لیکن بلا تحدید، میرے سالانہ بجلی کے استعمال، بجلی کی لاگت، ایندھن کی کھپت، ایندھن کی قسم، ایندھن کی سالانہ لاگت اور ادائیگی کی سرگزشت جاری کرنے کی اجازت بھی شامل ہے۔

**بے روزگاری بیمہ (UNEMPLOYMENT INSURANCE, UI) کی خفیہ معلومات کی فراہمی کے لیے رضامندی -** میں ریاست نیو یارک محکمہ محنت (Department of Labor, DOL) کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ، DOL کے پاس بے روزگاری بیمہ (Unemployment Insurance, UI) کے مقاصد کے لیے جمع کی گئی معلومات، ریاست نیو یارک دفتر برائے عارضی اور معذوری امداد (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) کو فراہم کرے۔ اس معلومات میں UI فوائد کے دعوے اور اجرت کے ریکارڈ شامل ہیں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کے دفاتر میں کام کرنے والے ریاستی اور مقامی ایجنسی کے ملازمین کے ساتھ OTDA اس درخواست میں اپلائی کیے گئے SNAP فوائد کی اہلیت اور مقدار طے کرنے یا ان کی توثیق کرنے نیز یہ تعین کرنے کے لیے UI کی معلومات استعمال کریں گے کہ آیا مجھے وہ فوائد ملے ہیں جن کا/کی میں حقدار نہیں ہوں۔

## نیچے دی گئی اہم معلومات پڑھیں (جاری ہے)

**معلومات کا اشتراک کرنے سے متعلق نیو یارک سٹی کی ہاؤسنگ اتھارٹی کے رہائشی کی رضامندی -** اگر آپ نیو یارک سٹی میں معاونت کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو یہ رضامندی نیو یارک سٹی کی ہاؤسنگ اتھارٹی (New York City Housing Authority, NYCHA) کو نیو یارک سٹی ہوم ریورسز ایڈمنسٹریشن/محکمہ سماجی خدمات (Human Resources Administration/Department of Social Services, HRA) کے ساتھ آپ کے بارے میں معلومات کا اشتراک کرنے کی اجازت دے گی تاکہ آپ اور آپ کے گھر والوں کو تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) اور/یا HRA کی مالی معاونت، جس میں کرانے کے بقایا جات کی ادائیگی بھی شامل ہو سکتی ہے، کے تحت معاونت کے لیے درخواست دینے میں مدد ملے۔

اگر آپ ذیل میں اس درخواست پر دستخط کرتے ہیں تو، NYCHA آپ کے نام، پتہ، تاریخ پیدائش اور کرایہ اور یوٹیلٹی کی ادائیگی کی معلومات (جیسے ماہانہ کرائے کی رقم، کرائے کی ادائیگی کی سابقہ تفصیلات، بقایا کرایہ اور اپلاننس کی فیس) سمیت SNAP اور/یا مالی معاونت کی مراعات کے لیے آپ کی اہلیت، یا اس کی سطح سے متعلقہ معلومات کا اشتراک HRA کے ساتھ کر سکتا ہے۔ اضافی طور پر، ذیل میں اس درخواست پر دستخط کر کے، آپ اس درخواست میں درج نابلغ بچوں کی جانب سے رضامندی کا اختیار حاصل ہونے کی تماندگی کرتے ہیں اور آپ NYCHA کو اس بچے کے نام، پتے اور تاریخ پیدائش کا اشتراک HRA کے ساتھ کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔

HRA کسی بھی ایسی معلومات جو کہ NYCHA شیئر کرتا ہے خفیہ رکھے گا اور اس معلومات کو صرف مقامی، ریاستی اور وفاقی ایجنسیوں کے ساتھ شیئر کرے گا جو HRA کے SNAP اور مالی معاونت کے فوائد کے پروگرامز کی نگرانی کرتی ہیں۔

**تعلیمی ریکارڈز کی فراہمی -** میں نیو یارک سٹی کے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو اپنے اور/یا اپنے نابلغ بچے (بچوں) کے تعلیمی ریکارڈز درج ذیل مقاصد کے لیے حاصل کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں: (1) SNAP کے لیے میری اہلیت کی توثیق کرنا؛ (2) ایسے جائزے یا تحقیقات کرنا جو اہلیت کے عمل کے حصے کے طور پر فراہم کردہ متضاد معلومات کے نتیجے میں ہوں اور ؛ (3) متعلقہ وفاقی حکومتی ایجنسی کو فقط آڈٹ کے مقصد کے لیے اس معلومات تک رسائی فراہم کرنا۔

**خدمت فراہم کنندگان کو معلومات کی فراہمی -** میں سوشل سروسز ڈسٹرکٹ اور ریاست نیو یارک کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ عوامی معاونت یا تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام کی ان مراعات جو مجھے یا گھرانے کے کسی ایسے فرد کو وصول ہوئی ہیں جن کی طرف سے میں قانونی طور پر اجازت دے سکتا/سکتی ہوں، کی معلومات ریاستی یا مقامی ٹھیکیدار کے ذریعہ فراہم کردہ پروگرام کی انتظام کاری سے متعلق خدمات اور ادائیگیوں کے لیے میری اہلیت کی تصدیق کرنے کے مقاصد کی خاطر فراہم کریں۔ اس طرح کی خدمات میں مجھے یا میرے گھر کے افراد کو ملازمت حاصل کرنے اور اسے برقرار رکھنے میں مدد کرنے کے لیے ملازمت پر رکھنا یا تربیتی خدمات کی فراہمی شامل ہو سکتی ہیں، لیکن یہ ان تک محدود نہیں ہیں۔

**SUA (اسٹیٹنرٹھ یوٹیلٹی الاؤنس) کی معلومات -** میں جاننا/جانتی ہوں کہ SNAP وصول کنندگان ہوم انرجی اسسٹنس منصوبے (HEAP) کے لیے آمدنی کے حوالے سے واضح طور پر اہل ہیں۔ اگر مجھے موجودہ ماہ یا گزشتہ 12 ماہ میں \$20 سے زائد کا HEAP فائدہ یا دیگر مماثل ایجنسی معاونت پروگرام کے فوائد موصول نہیں ہوئے ہیں تو مجھے حرارت، اینر کنڈشنگ یا یوٹیلٹی کے اخراجات کے لیے علیحدہ طور پر ادائیگی کرنی ہوگی تاکہ معیاری یوٹیلٹی الاؤنس مل سکے۔

**تبدیلیاں -** میں اپنی ضروریات میں کسی بھی تبدیلی، آمدنی، جائیداد، رہائش کے بندوبست، بغیر زیر کفالت افراد کے صحت مند جسم والے بالغ (able-bodied adult without dependents, ABAWD) کی حیثیت میں کسی بھی تبدیلی بشمول اس کے کہ اگر میرے کام کے اوقات فی ماہ 80 گھنٹے سے کم ہو جاتے ہیں، زچگی کی حیثیت یا پتہ میں تبدیلی، کے حوالے سے اپنی بہترین معلومات یا یقین نیز اپنے رپورٹنگ کے تقاضوں کے مطابق ایجنسی کو فوراً آگاہ کرنے سے متفق ہوں۔

**گھریلو اخراجات کی رپورٹ/تصدیق کی شرط -** میں جاننا/جانتی ہوں کہ ان اخراجات کے لیے SNAP کی کٹوتی حاصل کرنے کے لیے میرے گھر والوں کو بچوں کی دیکھ بھال اور یوٹیلٹی کے اخراجات رپورٹ کرنا ہوں گے۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرے گھرانے کو گھرانے سے باہر کے کسی فرد کو ادا کردہ کرایہ/رہن کی ادائیگیوں، جائیداد کے ٹیکسز، بیمہ، طبی اخراجات اور اعانت اطفال کی اطلاع دینی ہوگی اور توثیق کرنی ہوگی تاکہ ان اخراجات کے لیے SNAP کی کٹوتی حاصل کی جا سکے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مذکورہ بالا اخراجات کی اطلاع دینے/توثیق کرنے میں ناکامی کو میرے گھرانے کی طرف سے ایک ایسے بیان کے طور پر دیکھا جائے گا کہ میں/ہم ان اطلاع نہ دیے گئے/غیر توثیق شدہ اخراجات کے لیے کٹوتیاں حاصل کرنا نہیں چاہتے۔ ان اخراجات کے لیے کیے جانے والی کٹوتی مجھے SNAP کے لیے اہل بنا سکتی ہے یا میرے SNAP فوائد میں اضافہ کر سکتی ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں مستقبل میں کسی بھی وقت ان اخراجات کی اطلاع دے سکتا/سکتی ہوں/توثیق کر سکتا/سکتی ہوں۔ اس کے بعد آئندہ مہینوں میں اس کٹوتی کو SNAP کے حساب کے لیے تبدیلی کی اطلاع دی اور کارروائی میں تبدیلیوں کے مطابق لاگو کیا جائے گا۔

SNAP کے لیے درخواست دینے وقت میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ سماجی خدمات کا ڈسٹرکٹ میری درخواست کی چھان بین کے لیے انکم اینڈ ایلیجیبیلیٹی ویریفیکیشن ٹیسٹ کے ذریعے دستیاب معلومات کی درخواست کرے گا اور انہیں استعمال کرے گا، اور تضاد پائے جانے کی صورت میں کولینٹرل رابطوں کے ذریعے اس معلومات کی تصدیق کر سکتا ہے۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس طرح کی معلومات SNAP کے لیے میری اہلیت اور/یا مجھے موصول ہونے والے SNAP فوائد کی سطح کو متاثر کر سکتی ہیں۔

**پرائیویسی ایکٹ اسٹیٹمنٹ - سوشل سیکورٹی نمبر (SSN) کا حصول اور استعمال -** SNAP کے ضمن میں گھرانے کے ہر ممبر کے لیے SSN حاصل کرنا 2008 کے فوڈ اینڈ نیوٹریشن ایکٹ کے مطابق اجازت یافتہ ہے۔ ہمارے ذریعے جمع کی جانے والی معلومات اس بات کے تعین کے لیے ہوں گی کہ آیا آپ کا گھرانہ معاونت یا فوائد کا اہل ہے یا انہیں جاری رکھنے کا اہل ہے۔ ہم کمپیوٹر کے میچنگ پروگرامز کے ذریعے اس معلومات کی توثیق کریں گے۔ ان معلومات کو پروگرام کے ضوابط کے ساتھ تعمیل کرنے کی نگرانی کے لیے اور پروگرام کے نظم کے لیے بھی استعمال کیا جائے گا۔ یہ معلومات دیگر سرکاری جانچ کے لیے دیگر ریاستی اور وفاقی ایجنسیوں کے سامنے اور قانون سے بچ کر فرار ہونے والے اشخاص کو گرفتار کرنے کے لیے نفاذ قانون کے اہلکاران کے سامنے افشا کی جا سکتی ہیں یہ معلومات شناخت چیک کرنے اور کمائی گئی اور نہ کمائی گئی آمدنی کی توثیق کرنے کے لیے استعمال کی جائیں گی۔

اگر اس درخواست پر آپ کے گھرانے کے خلاف SNAP کلیم سامنے آئے تو اس درخواست میں شامل معلومات بشمول تمام SSNs کو وفاقی اور ریاستی ایجنسیوں، اس کے ساتھ ساتھ، کلیم جمع کرنے کے مقصد سے نجی کلیم جمع کرنے والی ایجنسیوں کے پاس بھیجی جا سکتی ہیں۔ SNAP کے لیے درخواست دینے والے کسی بھی شخص کو SSN فراہم کرنا ہوگا۔ نابل ممبرز کے SSNs کو مذکورہ بالا طریقے سے بھی استعمال اور افشا کیا جائے گا۔ اگر درخواست دینے/دوبارہ تصدیق کروانے والے کسی شخص کے پاس SSN نہ ہو تو سماجی سیکورٹی کی انتظامیہ (SSA.gov) کو SSN کی درخواست کی جانی چاہیے۔

ہمیں آپ کی فراہم کردہ معلومات کو اس طریقے سے استعمال کرنے کے علاوہ، ریاست ہذا ہوم انرجی اسسٹنس پروگرام سے بینیفٹس حاصل کرنے والے سبھی افراد کے بارے میں اعداد و شمار تیار کرنے کے لیے بھی یہ معلومات استعمال کر سکتی ہے۔ یہ معلومات ریاست کے ذریعے اس بات کو یقینی بنانے کے لیے استعمال کی جاتی ہے کہ مقامی ڈسٹرکٹس جو بہترین کام کر سکتے ہیں کر رہے ہیں۔ اسے یہ یقینی بنانے کے لیے کہ آپ کا توانائی سپلائر کون ہے اور اس طرح کے وینڈرز کو مخصوص ادائیگیاں کرنے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔



### نیچے دی گئی اہم معلومات پڑھیں (جاری ہے)

شہریت/امیگریشن کی حیثیت - میں غلط بیانی کی سزا کے قوانین کو سمجھتے ہوئے یقین دہانی کروانا/کرواتی ہوں اور/یا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے اپنی اور اپنے ساتھ رہنے والے ہر شخص کی شہریت اور امیگریشن کی حیثیت کے بارے میں جو معلومات فراہم کی ہیں وہ سچی اور درست ہیں۔ میں جاننا/جانتی ہوں کہ SNAP کے لیے درخواست دینے والے کسی بھی شخص کی امیگریشن کی حیثیت کی تصدیق کے لیے میں جو بھی معلومات فراہم کروں گا/گی ان کی سچائی کی تصدیق امریکہ کی سٹیزن اینڈ امیگریشن سروسز سے کی جا سکتی ہے۔

9

**SNAP کے لیے**، شہریت کی دستاویزات صرف اس صورت میں ہونی چاہئیں اگر اس حوالے سے کوئی شک ہو۔

**مجاز نمائندہ** - آپ اپنے گھریلو حالات سے واقف کسی شخص کو اجازت دے سکتے ہیں کہ وہ SNAP کے لیے آپ کی درخواست جمع کروائیں۔ آپ اپنے گھرانے سے باہر کے کسی شخص کو بھی اختیار دے سکتے ہیں کہ وہ آپ کے لیے غذا خریدنے کے لیے مجاز نمائندے کا EBT کارڈ حاصل کریں۔ اگر آپ کسی دوسرے شخص کو مجاز بنانا چاہتے ہیں تو آپ کو تحریری طور پر ایسا کرنا ہو گا۔ آپ ذیل میں اس شخص کا نام، پتہ اور فون نمبر درج کر کے ایسا کر سکتے ہیں۔ جب کوئی مجاز نمائندہ کسی ایسے SNAP گھرانے کی طرف سے درخواست دے رہا ہو جو کسی ادارے میں نہ رہتا ہو، تو مجاز نمائندے اور SNAP گھرانے کے ایک ذمہ دار بالغ رکن دونوں کو اس صفحے کے نچلے حصے میں دستخط کر کے تاریخ درج کرنا ہو گا، ماسوائے کہ مجاز نمائندے کو اس گھرانے کی طرف سے اس کے علاوہ تحریری طور پر نامزد کیا گیا ہو۔

10

اگر آپ کسی کو اجازت دینا چاہتے ہیں تو اس شخص کا نام، پتہ اور ٹیلی فون نمبر درج کریں، اور نیچے دستخط کریں۔

نام \_\_\_\_\_ پتہ \_\_\_\_\_ فون \_\_\_\_\_

اگر آپ چاہتے ہیں کہ آپ کے مجاز نمائندے کو آپ کے لیے خوراک حاصل کرنے کے لیے EBT کارڈ ملے تو اس خانے کو نشان زد کریں۔

تصدیق: میں نے مذکورہ بالا نوٹسز کو پڑھا ہے اور انہیں سمجھتا/سمجھتی ہوں۔ میں اوپر درج شرائط، اجازتوں اور رضامندیوں کو سمجھتا/سمجھتی ہوں اور ان سے متفق ہوں۔ میں غلط بیانی کی سزا کے قوانین کو سمجھتے ہوئے یقین دہانی کروانا/کرواتی ہوں اور/یا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے جو معلومات مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو دی ہیں یا دوں گا/گی وہ درست ہیں۔ درخواست کے عمل کو مکمل کرنے کے لیے ذیل میں آپ کے دستخط کی ضرورت ہے۔

11	دستخط کرنے کی تاریخ	درخواست گزار (یا گھرانے کے ذمہ دار بالغ رکن) کے دستخط
		X
	دستخط کرنے کی تاریخ	مجاز نمائندے کے دستخط
		X

اگر آپ نے کسی اور کے لیے اس درخواست / تصدیق نامے کو مکمل کرنے میں مدد کی ہے، تو اپنا نام اور پتہ یہاں درج کریں۔ آپ رضاکارانہ طور پر اپنا ٹیلی فون نمبر بھی درج کر سکتے ہیں۔

نام \_\_\_\_\_ پتہ \_\_\_\_\_ فون \_\_\_\_\_

مزید معلومات کے لیے یہ جگہ استعمال کریں۔

کون: \_\_\_\_\_ وضاحت:

کون: \_\_\_\_\_ وضاحت:

کون: \_\_\_\_\_ وضاحت:

12

میں اپنی درخواست/اری سرٹیفیکیشن واپس لینے پر رضامند ہوں۔ میں جانتا/جانتی ہوں کہ میں کسی بھی وقت دوبارہ درخواست دے سکتا/سکتی ہوں۔

دستخط

تاریخ

13

صرف ایجنسی کے استعمال کے لیے

اہلیت متعین کنندہ \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

اہلیت کی معلومات حاصل کرنے والے فرد کے دستخط: \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

وجہ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ واپس لینا  انکار  ری سرٹیفیکیشن۔ اختتام 

اہلیت کی منظوری از \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

SNAP کی اجازت کی مدت: از \_\_\_\_\_ تا \_\_\_\_\_

 شخصی طور پر انٹرویو  ٹیلیفون پر انٹرویو

تبصرے:



# NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- NO** because I choose not to register **OR**
- I am already registered at my current address **OR**
- I asked for and received a mail registration form

*If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.*

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Please Print Name \_\_\_\_\_

### Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

## VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink**  Yes, I would like to be an Election Day worker

<b>1</b>	<b>Are you a U.S. citizen?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form</small>	<b>2</b>	<b>A) Will you be 18 years old on or before election day?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.</small>	<b>For Board Use Only</b>		
<b>3</b>	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____					
<b>4</b>	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____					
<b>5</b>	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____					
<b>6</b>	Date of Birth _____	<b>7</b>	Gender (optional) _____	<b>8</b>	Telephone (optional) _____	Email (optional) _____
<b>10</b>	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		<b>9</b>	<b>ID Number</b> (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number	
<b>11</b>	<b>Political Party</b> <b>I wish to enroll in a political party</b> <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ <b>I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter</b> <input type="checkbox"/> No party				<b>12</b>	<b>Affidavit: I swear or affirm that</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• I am a citizen of the United States.</li><li>• I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.</li><li>• I will meet all requirements to register to vote in New York State.</li><li>• This is my signature or mark on the line below.</li><li>• The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years.</li></ul> Signature or Mark in ink _____ Date _____ / _____ / _____

### (Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name		
First Name	Middle Initial	Suffix
Address		
Apt Number	City/Town/Village	Zip Code
Birth Date	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Eye Color	Height _____ Ft. _____ In.	
Email	DMV or ID NYC Number	

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health hospitals upon your death.



Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Qualifications for Registration

## Important!

### You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

### To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;

or visit our web site - [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov)

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

---

## Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

## To complete this form:

**It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.**

*Box 9:* You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

*Box 10:* If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

*Box 11:* Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.