নিউইয়র্ক স্টেটে নিম্নলিখিত কর্মসূচিগুলির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন ফরম সম্পূর্ণ করার নির্দেশাবলী:

- সরকারি সহায়তা
- সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)
- MEDICAID এবং সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM)
- MEDICAID এবং সরকারি সহায়তা (PUBLIC ASSISTANCE, PA)

আপনি অন্ধ বা দৃষ্টিশক্তি একদম হারিয়ে ফেললে এবং একটি আবেদন/পুনঃপ্রত্যয়ন করতে চাইলে বা এই নির্দেশাবলী অন্য কোনো পদ্ধতিতে প্রয়োজন হলে, আপনি আমার সামাজিক পরিষেবা ডিস্ট্রিক্টে (social services district, SSD) সেগুলির জন্য অনুরোধ করতে পারেন। নিম্নলিখিত বিকল্প ফরম্যাটগুলি উপলভ্য:

- বড় করে মুদ্রণ;
- ডেটা ফরম্যাট (স্ক্রিনে পাঠকের অ্যাক্সেসযোগ্য একটি ইলেকট্রনিক ফাইল);
- অডিও ফরম্যাট (নির্দেশাবলী বা আবেদন/পুনঃপ্রত্যয়নের প্রশ্নগুলির একটি অডিও ট্রান্সক্রিপশন); এবং ব্রেইলি, যদি আপনি দাবি করেন বিকল্প ফরম্যাটগুলির কোনোটিই আপনার জন্য সমানভাবে কার্যকর নয়।
-

আবেদন/পুনঃপ্রত্যয়নের ফরম এবং নির্দেশাবলী, বড় করে মুদ্রণ, ডেটা ফরম্যাট এবং অডিও ফরম্যাটে www.otda.ny.gov বা www.health.ny.gov থেকে ডাউনলোডের জন্যও উপলভ্য। অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করবেন যে অডিও ফরম্যাটে এবং ব্রেইলিতে উপলভ্য আবেদন/পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমগুলি শুধু তথ্যের জন্য। পুনঃপ্রত্যয়ন করার জন্য, আপনাকে অবশ্যই লিখিতভাবে, বিকল্পহীন পদ্ধতিতে একটি পুনঃপ্রত্যয়নের ফরম জমা করতে হবে।

আপনার যদি এমন কোনো প্রতিবন্ধকতা থাকে যা আপনাকে এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটি সম্পূর্ণ করতে এবং/অথবা ইন্টারভিউয়ের জন্য অপেক্ষা করতে বাধা সৃষ্টি করছে, অনুগ্রহ করে আপনার SSD কে জানান। আপনার প্রয়োজন পূরণ করতে ন্যায্য বন্দোবস্ত করার জন্য SSD যথাসাধ্য চেষ্টা করবে।

এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটি সম্পূর্ণ করতে আপনার অন্য কোনো বন্দোবস্ত বা প্রয়োজন হলে, অনুগ্রহ করে আপনার SSD-র সাথে যোগাযোগ করুন। একটি পেশাদার এবং সম্মানপূর্ণ উপায়ে আপনাকে সহায়তা এবং সমর্থন করার জন্য আমরা অঙ্গীকারবদ্ধ।

পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটি সম্পূর্ণ করার জন্য পরামর্শ

যখন আপনি পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের উপর "সরকারি সহায়তা" বা "PA" দেখবেন, তার অর্থ "পারিবারিক সহায়তা (Family Assistance) এবং/অথবা "সেফটি নেট সহায়তা (Safety Net Assistance)।" আমরা উভয় কর্মসূচিকেই "সরকারি সহায়তা" বলে থাকি। PA বা অন্যান্য কর্মসূচিগুলি যার জন্য আপনি এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরম ব্যবহার করে পুনঃপ্রত্যয়ন করতে পারেন সেগুলি প্রয়োজন আছে এমন ব্যক্তিবর্গকে সাময়িক সহায়তা প্রদান করার জন্য তৈরি করা হয়েছে। নির্দিষ্ট কিছু কর্মসূচি আপনার সহায়তা পাওয়ার সময়কালকে সীমিত করে, তাই যত শীঘ্র সম্ভব আপনার স্বয়ং-সম্পূর্ণতা অর্জন করাটা জরুরি। সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্ট (SSD) আপনাকে স্বয়ং-সম্পূর্ণতা অর্জন করতে সহায়তা করবে। আপনাকে সহায়তা করতে, আপনি কে এবং আপনার কী প্রয়োজন তা আমাদের অবশ্যই জানতে হবে। আর সেই কারণে আপনাকে একটি পুনঃপ্রত্যয়নের ফরম পূরণ করতেই হবে।

পুনঃপ্রত্যয়ন প্রক্রিয়ার অংশ হিসাবে, SSD আপনাকে আপনার এবং অন্য যে যাদের জন্য আপনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন তাদের সম্পর্কে তথ্য প্রদান এবং যাচাই করতে বলবে। প্রয়োজনীয় নথিপত্রের একটি তালিকা, যেটি এই নির্দেশাবলীর একদম শেষে পাওয়া যাবে, সেটি আপনার কী ধরনের তথ্য প্রদান করতে হতে পারে এবং এই তথ্য যাচাই করতে কী ধরনের নথিপত্রের প্রয়োজন হতে পারে তা বলা আছে। উদাহরণস্বরূপ, আপনি কে তা প্রমাণ করতে, সচিত্র পরিচয়পত্র, গাড়ি চালনার লাইসেন্স, মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের পরিচয়পত্র, নাগরিকত্ব লাভের সনদ, হাসপাতাল বা ডাক্তারের রেকর্ড, বা দত্তক গ্রহণের কাগজপত্র প্রদান করতে পারেন। উপরন্তু, পুনঃপ্রত্যয়ন প্রক্রিয়ার অংশ হিসাবে SSD আপনার সাক্ষাতকার নিতে পারে। যেখানে সম্ভব সেখানে SSD একাধিক কর্মসূচির জন্য সাক্ষাতকারগুলি একত্রিত করতে পারে।

আপনাকে সহায়তা করার জন্য পুনঃপ্রত্যয়নের ফরম এবং এই নির্দেশাবলী সেকশন দ্বারা চিহ্নিত। পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটি পূরণ করার সময় অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত বিষয়গুলি মাথায় রাখবেন:

- **অনুগ্রহ করে তথ্যাবলী স্পষ্টভাবে লিখুন।**
- **আবছা জায়গাগুলিতে লিখবেন না।**
- **যে ব্যক্তি (ব্যাক্তিবর্গের) জন্য আপনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন তার ক্ষেত্রে প্রাসঙ্গিক প্রতিটি সেকশন পূরণ করা নিশ্চিত করুন।**
- **অন্য কোনোভাবে নির্দেশ না থাকলে সবসময় বৈধ নাম ব্যবহার করুন।**
- আপনি কারোর প্রতিনিধি হিসাবে পুনঃপ্রত্যয়ন করলে, অনুগ্রহ করে সেই ব্যক্তি তথ্য প্রদান করুন, আপনার নয়। নিশ্চিত করুন যে আপনি এবং আপনি যে ব্যক্তির প্রতিনিধিত্ব করছেন, উভয়েই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের শেষ পৃষ্ঠাটিতে স্বাক্ষর করেছেন।
- এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের কোনো অংশ কিভাবে সম্পূর্ণ করতে হবে সে বিষয়ে নিশ্চিত না হলে, সহায়তার জন্য আপনার SSD কে জিজ্ঞাসা করুন।

LDSS-3174 এর সাথে: "নিউইয়র্ক স্টেটে নির্দিষ্ট কিছু সুবিধা এবং পরিষেবার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন," নিশ্চিত করুন যে আপনার কাছে SSD বা www.otda.ny.gov থেকে উপলভ্য নিম্নলিখিত তথ্যজ্ঞাপক বুকলেটগুলির কপি আছে:

- **LDSS-4148A: "বুক 1: আপনার অধিকার ও দায়িত্বসমূহ সম্পর্কে আপনার কী জানা উচিত"**
- **LDSS-4148B: "বুক 2: সামাজিক পরিষেবা কর্মসূচিসমূহ (Social Services Programs) সম্পর্কে আপনার কী জানা উচিত"**
- **বুক 1, LDSS-4148A এবং বুক 2, LDSS-4148B এর সম্পূরক: "Medicaid কর্মসূচিতে গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তনসমূহ"**
- **LDSS-4148C: "বুক 3: আপনার কোনো জরুরি পরিস্থিতিতে আপনার কী জানা উচিত"**

সংশোধনের ফরম এর মলাট

আপনি অন্ধ বা দৃষ্টিশক্তি একদম হারিয়ে ফেললে, আপনি যে কর্মসূচিগুলির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন সেগুলি সম্পর্কিত বিজ্ঞপ্তিগুলি আপনি অন্য কোনো পদ্ধতিতে পাওয়া বেছে নিতে পারেন। যদি আপনি দাবি করেন যে অন্যান্য বিকল্প ফরম্যাটগুলি আপনার কাছে সমানভাবে কার্যকর নয় তাহলে বিকল্প পদ্ধতিগুলি বড় করে প্রিন্ট করে, ডেটা CD, অডিও CD, বা ব্রেইলিতে পাওয়া যেতে পারে।

আপনি অন্ধ বা দৃষ্টিশক্তি একদম হারিয়ে ফেললে, আপনি কি একটি বিকল্প পদ্ধতিতে লিখিত বিজ্ঞপ্তিগুলি পেতে চান? আপনি অন্ধ বা দৃষ্টিশক্তি একদম হারিয়ে ফেললে, আপনি যে কর্মসূচি(কর্মসূচিগুলির) জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন সেগুলি সম্পর্কিত লিখিত বিজ্ঞপ্তিগুলি আপনি কিভাবে পেতে চান তা নির্দেশ করতে (✓) "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক চিহ্ন দিন।

হ্যাঁ হলে, আপনি যে ধরনের ফরম্যাটে পেতে চান তাতে টিক দিন: আপনি অন্ধ বা দৃষ্টিশক্তি একদম হারিয়ে ফেললে, আপনি যে কর্মসূচি(কর্মসূচিগুলির) জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন সেগুলি সম্পর্কিত লিখিত বিজ্ঞপ্তিগুলি আপনি কোন ফরম্যাটে পাওয়া পছন্দ করবেন তাতে (✓) টিক দিন: বড় করে প্রিন্ট, ডেটা CD, অডিও CD, বা ব্রেইলি। আপনি যদি দাবি করেন যে অন্যান্য বিকল্প পদ্ধতি আমার জন্য ব্রেইলির মতো কার্যকর নয় তাহলে একটি বিকল্প পদ্ধতি হিসাবে ব্রেইলি উপলভ্য।

এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটি সম্পূর্ণ করতে আপনার অন্য কোনো বন্দোবস্ত বা প্রয়োজন হলে, অনুগ্রহ করে আপনার SSD-র সাথে যোগাযোগ করুন।

সংশোধনের ফরমের পৃষ্ঠা 1

সেকশন 1: আপনি বা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য যে কর্মসূচিগুলির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন তার প্রত্যেকটিতে টিক দিন

আপনি বা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য যে কর্মসূচিগুলির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করতে চান তার প্রত্যেকটিতে টিক (✓) দিন।

Medicaid, Medicaid, প্রতিবন্ধকতাযুক্ত কর্মরত ব্যক্তিবর্গের জন্য Medicaid বাই-ইন (Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities), এবং পরিবার পরিকল্পনা বেনিফিট (Family Planning Benefit) কর্মসূচিগুলিকে অন্তর্ভুক্ত করে। আপনি যখন পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটি উপর "MA" দেখবেন, তার অর্থ "Medicaid," যাকে আগে বলা হত "চিকিত্সা বিষয়ক সহায়তা (Medical Assistance)।" আপনি একই সময়ে সরকারি সহায়তা (PA) বা সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) জন্য সংশোধন করলেই শুধু এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটি ব্যবহার করে MA-র জন্য আবেদন করতে পারবেন। আপনি Medicaid এবং SNAP এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করতে চাইলে, "Medicaid (MA) এবং SNAP" বক্সে টিক (✓) দিন। আপনি Medicaid এবং PA এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করতে চাইলে, "Medicaid (MA) এবং PA" বক্সে টিক (✓) দিন।

আপনি শুধু MA-র জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করতে চাইলে, আপনি অনলাইনে https://nystateofhealth.ny.gov/ এ গিয়ে করতে পারেন বা আরও তথ্যের জন্য বা পুনঃপ্রত্যয়িত করতে 1-855-355-5777 নম্বরে ফোন করতে পারেন। আপনি শুধু-চিকিৎসা সহায়তা (MA-only) কাগুজে আবেদনের ফরমও DOH-4220 ব্যবহার করতে পারেন, যা আপনার কর্মী আপনাকে দিতে পারবেন বা 1-800-541-2831 নম্বরে MA হেল্পলাইনে ফোন করুন। আপনি যদি শুধু মেডিকেয়ার সেভিংস প্রোগ্রাম (Medicare Savings Program, MSP) এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করতে চান, আপনাকে অবশ্যই ফরম DOH-4328 এর মাধ্যমে আবেদন করতে হবে, যা আপনার কর্মী আপনাকে প্রদান করবেন। আপনার অবিলম্বে ব্যক্তিগত পরিচর্যা পরিষেবার প্রয়োজন হলে, DOH-4220 MA আবেদন ফরম ব্যবহার করে আপনাকে অবশ্যই MA-র জন্য আলাদাভাবে আবেদন করতে হবে।

সেকশন 2

আপনার পছন্দের ভাষা কী?: আপনার প্রায়শ যে ভাষা ব্যবহার করেন সেটি নির্দেশ করতে "ইংরেজি" বা "স্পেনীয়" বা "অন্য" বক্সে টিক (✓) দিন। আপনি "অন্য" বক্সে টিক (✓) দিলে, আপনার পছন্দের ভাষা লিখুন।

আপনি কি বিজ্ঞপ্তি পেতে চান এই ভাষায়: আপনি যে কর্মসূচির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন সেই সম্পর্কে বিজ্ঞপ্তি পাবেন। আপনি কোন ভাষায় এই বিজ্ঞপ্তিগুলি পেতে চান তা নির্দেশ করতে "শুধু ইংরেজি" বা "ইংরেজি এবং স্পেনীয়" বক্সে টিক (✓) দিন।

সেকশন 3: আবেদনকারীর তথ্য

নাম: আপনার মূল নাম, মাঝের আদ্যক্ষর (middle initial, M.I.), এবং পদবীসহ আপনার নাম লিখুন।

বৈবাহিক অবস্থা: আপনি এখন অবিবাহিত, বিবাহিত, বিধবা/বিপত্নীক, আইনগত ভাবে আলাদা বা তালাকপ্রাপ্ত কিনা তা লিখুন। আপনি কখনো বিয়ে করে থাকলে যথাযথ অবস্থাটি লিখুন, "অবিবাহিত" লিখবেন না।

ফোন নম্বর: আপনাকে সবথেকে সহজে যে নম্বরে যোগাযোগ করা যাবে সেই ফোন নম্বরটি লিখুন। আপনার অঞ্চলের কোড অন্তর্ভুক্ত করুন।

বাড়ির ঠিকানা: রাস্তার ঠিকানা: আপনি যেখানে থাকেন সেখানকার বাড়ি বা বিল্ডিং নম্বর, স্ট্রিট, অ্যাভিনিউ, রোড, ইত্যাদি লিখুন।
অ্যাপার্টমেন্ট নং: প্রযোজ্য হলে, আপনার অ্যাপার্টমেন্টের নম্বর লিখুন।
শহর: আপনি যে শহরে থাকেন তার নাম লিখুন।
কাউন্টি: আপনি যে কাউন্টিতে থাকেন তার নাম লিখুন।
বলুন: আপনি যে স্টেটে থাকেন তার নাম লিখুন।
জিপ কোড: আপনার ঠিকানার জন্য জিপ কোড লিখুন।

প্রযত্নে: কেউ আপনার হয়ে আপনার চিঠি গ্রহণ করলে, ওই ব্যক্তির নাম লিখুন।

ডাক ঠিকানা: আপনি যেখানে থাকেন সেখানে ছাড়া অন্য কোনো জায়গায় আপনার চিঠি পেলে, সেই জায়গার রাস্তার ঠিকানা (এবং অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর, প্রযোজ্য হলে) বা পোস্ট অফিস বক্স, সিটি, কাউন্টি, স্টেট, এবং জিপ কোড লিখুন।

আপনি আপনার বর্তমান ঠিকানায় কতদিন ধরে আছেন?: আপনি আপনার বর্তমান ঠিকানায় যত বছর এবং/অথবা মাস ধরে আছেন সেই সংখ্যাটি লিখুন।

এটা কি একটি আশ্রয়? আপনি যেখানে থাকেন সেটি একটি আশ্রয় কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন।

অন্য কোনো ফোন নম্বর যেখানে আপনার সাথে যোগাযোগ করা যাবে: অন্য কোনো ফোন নম্বর যেখানে আপনার সাথে যোগাযোগ করা যাবে এবং, প্রযোজ্য হলে, নম্বরটি যে ব্যক্তির তার নাম। অঞ্চলের কোডটি অন্তর্ভুক্ত করুন।

বর্তমান ঠিকানার পথনির্দেশিকা: কিভাবে আপনার বাড়ি খুঁজে পাওয়া যাবে তার পথনির্দেশিকাগুলি লিখুন। সাধারণভাবে পরিচিত ল্যান্ডমার্কগুলি ব্যবহার করুন।

আগের ঠিকানা: আপনার বর্তমান ঠিকানায় চলে আসার আগে আপনি যে ঠিকানায় থাকতেন সেটি লিখুন।

বর্তমানে আপনার কোনো বাড়ি না থাকলে, এখানে টিক দিন: আপনার থাকবার কোনো জায়গা না থাকলে/কোনো ঠিকানা না থাকলে, এই বক্সে টিক (✓) দিন।

আবেদনকারী/যোগাযোগকারী ব্যক্তিকে সহায়তাকারী এজেন্সি: কেউ আপনাকে পুনঃপ্রত্যয়ন করতে সহায়তা করলে, সেই ব্যক্তির নাম, তাদের এজেন্সি, যদি কিছু থাকে, এবং সেই ব্যক্তির ফোন নম্বর লিখুন।

এই পুনঃপ্রত্যয়নের জন্য আপনার কি এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের MEDICAID অংশ এবং কোনো MEDICAID কভারেজ পাওয়ার সম্ভাবনাকে গোপন রাখতে হবে?: পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমে নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন এবং/অথবা আপনার পুনঃপ্রত্যয়ন এবং/অথবা আপনার পাওয়া কোনো Medicaid কভারেজ সম্পর্কিত যোগাযোগ গোপন রাখতে হবে কিনা তা আপনার কর্মীকে বলুন।

আপনার আবেদন বা শেষ পুনঃপ্রত্যয়নের পর থেকে যে বিষয়গুলি পরিবর্তিত হয়েছে সেগুলি তালিকাবদ্ধ করুন: আপনার আবেদন বা শেষ পুনঃপ্রত্যয়নের পর থেকে ঠিকানার পরিবর্তন, নতুন সন্তান, আয়ের পরিবর্তন, চাকরি হারানো, ইত্যাদির মতো যে বিষয়গুলি পরিবর্তিত হয়েছে সেগুলি তালিকাবদ্ধ করুন।

সেকশন 4: আপনি SNAP এর জন্য পুনরায় আবেদন করলে

পুনঃপ্রত্যয়নের সেকশন 4 এর বিবৃতিটি পড়ুন, এবং আপনার ক্ষেত্রে বা আপনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন এমন কারোর ক্ষেত্রে সেটি প্রযোজ্য হলে বিবৃতিটির নিচে স্বাক্ষর করে তারিখ দিন। এই সেকশনটি সম্পর্কে আপনার প্রশ্ন থাকলে অনুগ্রহ করে SSD-র সাথে যোগাযোগ করুন।

সেকশন 5: এগুলির মধ্যে কোনোটি কি আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য?

আপনার বা আপনি যার হয়ে পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন এমন কারোর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য প্রতিটি পরিস্থিতিতে টিক (✓) দিন.

পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের পৃষ্ঠা 2

সেকশন 6: পরিবারের তথ্য

নাম: আপনার বসবাসকারী, এমনকি তারা পুনঃপ্রত্যয়ন না করলেও, তাদের মূল নাম, মাঝের আদ্যক্ষর (M.I.), এবং পদবী লিখুন। তালিকার প্রথমে আপনাকে রাখুন।

এই ব্যক্তি যে কর্মসূচির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন: প্রত্যেক ব্যক্তি যে ধরনের সহায়তার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন তাতে টিক (✓) দিন: সরকারি সহায়তার জন্য PA, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির জন্য SNAP, Medicaid এর জন্য MA।

জন্ম তারিখ: পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন এমন প্রত্যেক ব্যক্তির জন্ম তারিখ।

লিঙ্গ পরিচয়: পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন এমন প্রত্যেক পুরুষদের জন্য "M" বা নারীদের জন্য "F" লিখুন।

আপনার সাথে সম্পর্ক: প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য, তাদের সম্পর্ক লিখুন (উদাহরণস্বরূপ: স্বামী/স্ত্রী, ছেলে, পালিত সন্তান, বন্ধু, রুমমেট, বোর্ডার, ইত্যাদি)।

পুনঃপ্রত্যয়নকারী পরিবারের সদস্যদের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: পুনঃপ্রত্যয়নকারী প্রত্যেক ব্যক্তির সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর লিখুন যদি-না সেই ব্যক্তি এগুলির মধ্যে কোনো একটি হন:

- একজন গর্ভবতী মহিলা যিনি Medicaid এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন;

সম্পূর্ণ করা সর্বোচ্চ স্কুল গ্রেড: পুনঃপ্রত্যয়নকারী প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য সর্বোচ্চ স্কুল গ্রেড (1 থেকে 12) লিখুন। 12 বছরের বেশি হলে, 13 লিখুন।

এই ব্যক্তি (নাবালক সন্তানসহ) কি খাদ্য ক্রয় করেন বা আপনার সাথে খাবার তৈরি করেন?: আপনার সাথে বসবাসকারী প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য, তারা পুনঃপ্রত্যয়ন করুন বা নাই করুন, এই প্রশ্নের পরিপ্রেক্ষিতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দেওয়া জরুরি। কখনো কখনো, যারা খাদ্য ক্রয় করেন এবং আলাদাভাবে খাবার তৈরি করেন, তারা আরও SNAP সুবিধা পেতে পারেন।

আপনি বা আপনার পরিবারের কেউ যে নামে পরিচিত, অনুগ্রহ করে সেই আগের বা অন্য নামগুলি তালিকাবদ্ধ করুন: এই সেকশনে তালিকাবদ্ধ, আগের যেকোনো নাম, বিবাহের আগের নাম, বা কারোর দ্বারা ব্যবহৃত অন্য নামগুলি লিখুন। মূল নাম, মাঝের আদ্যক্ষর (M.I.), এবং পদবী অন্তর্ভুক্ত করুন।

সেকশন 7: পরিবারের সদস্যে পরিবর্তন

গত বছরে কেউ আপনার পরিবারে এসে থাকলে বা পরিবার থেকে চলে গেলে এই সেকশনটি সম্পূর্ণ করুন।

পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের পৃষ্ঠা 3

সেকশন 8: জাতি/জাতিগত পরিচয়

পুনঃপ্রত্যয়নকারী প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য এই সেকশনটি সম্পূর্ণ করুন। ব্যক্তিটি হিসপ্যানিক এবং/অথবা ল্যাটিনো কিনা তা নির্দেশ করতে "H" কলামে "হ্যাঁ" বা "না" লিখুন। ব্যক্তিটির জাতিগত পরিচয়ের ব্যাকগ্রাউন্ড নির্দেশ করতে জাতি কলামের প্রতিটিতে "হ্যাঁ" বা "না" লিখুন:

- H = হিসপ্যানিক অথবা ল্যাটিনো
- I = নেটিভ আমেরিকান বা নেটিভ আলাস্কান
- A = এশিয়ান
- B = কৃষ্ণাঙ্গ বা আফ্রিকান আমেরিকান
- P = নেটিভ হাওয়াইয়ান বা প্রশান্তমহাসাগরীয় দ্বীপবাসী
- W = শ্বেতাঙ্গ
- U = অজানা

এই তথ্য প্রদান স্বেচ্ছামূলক। পুনঃপ্রত্যয়নকারী ব্যক্তিবর্গের যোগ্যতা বা প্রাপ্ত সুবিধাগুলির স্তরকে এটি প্রভাবিত করবে না। এই তথ্য অনুরোধ করার কারণ হল কর্মসূচিটির সুবিধাগুলি যে জাতি, বর্ণ, বা জাতীয় উত্স নির্বিশেষে বন্টন করা হয় তা নিশ্চিত করা।

পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের পৃষ্ঠা 4

সেকশন 9: নাগরিকত্ব/সন্তোষজনক অভিবাসন সুবিধাধারী অনাগরিক

আপনি বা আপনার পরিবারের কেউ সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (SNAP) এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করলে, আপনাকে অবশ্যই পরিবারের প্রত্যেককে তালিকাবদ্ধ করতে হবে, এমনকি তারা SNAP এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন না করলেও। সরকারি সহায়তার (PA) জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো বাচ্চাদের সাথে কোনো ভাইবোন বা পিতামাতা থাকলে আপনাকে তাদেরকেও অবশ্যই তালিকাবদ্ধ করতে হবে। পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন এমন একজন ব্যক্তির জন্য আপনি এই সেকশনটি সম্পূর্ণ না করলে, সেই ব্যক্তি সহায়তা নাও পেতে পারেন।

নাম: পুনঃপ্রত্যয়নকারী বা অবশ্যই তালিকাবদ্ধ করতে হবে এমন প্রত্যেক ব্যক্তির মূল নাম, মাঝের আদ্যক্ষর (MI) এবং পদবী লিখুন।

প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য হয় "নাগরিক/জাতীয়" বা "অনাগরিক" এ টিক দিন: প্রত্যেক ব্যক্তির নামের পরে, ওই ব্যক্তি একজন মার্কিন নাগরিক, নেটিভ আমেরিকান, বা জাতীয় কিনা নির্দেশ করতে "নাগরিক/জাতীয়" বক্সে, বা ব্যক্তিটি একজন মার্কিন নাগরিক, নেটিভ আমেরিকান, বা জাতীয় নন নির্দেশ করতে "অনাগরিক" বক্সে টিক (✓) দিন।

মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র নাগরিকত্ব এবং অভিবাসী পরিষেবা (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) নম্বর বা অনাগরিক নম্বর: ব্যক্তিটির মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র নাগরিকত্ব এবং অভিবাসী পরিষেবা (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) নম্বর বা অনাগরিক নম্বর লিখুন, প্রযোজ্য হলে।

সেকশন 10: প্রত্যয়ন

এই সেকশনের নিচে বিবৃতিগুলি যত্নসহকারে পড়ুন, তারপর নিম্নলিখিত যেকোনো কর্মসূচিতে পুনঃপ্রত্যয়নকারী প্রত্যেক ব্যক্তির নাগরিকত্ব বা সন্তোষজনক অভিবাসন সুবিধাধারী অনাগরিক হিসাবে সাক্ষ্য দিয়ে প্রত্যয়নটি স্বাক্ষর করে তারিখ দিন। পুনঃপ্রত্যয়নকারী কেউ, একজন মার্কিন নাগরিক, নেটিভ আমেরিকান, বা জাতীয় না হলে এবং তিনি সন্তোষজনক অভিবাসন সুবিধাধারী অনাগরিক হলে, সেই ব্যক্তি যে কর্মসূচির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন তাতে টিক (✓) দিন:

- সরকারি সহায়তা (PA);
- সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (SNAP); বা
- Medicaid (MA), যদিনা পুনঃপ্রত্যয়নকারী ব্যক্তি গর্ভবতী হন;

"সন্তোষজনক অনাগরিক অবস্থা" মানে একটি অনাগরিক অবস্থা যা ব্যক্তিটিকে একটি কর্মসূচির সুবিধা পেতে অযোগ্য করে না। অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করবেন যে বিভিন্ন কর্মসূচির বিভিন্ন অনাগরিক অবস্থার আবশ্যকতা আছে। LDSS-4148B, "Book 2: সামাজিক পরিষেবা কর্মসূচিসমূহ (Social Services Programs) সম্পর্কে আপনার কী জানা উচিত", এ সন্তোষজনক অনাগরিক অবস্থা সম্পর্কে আরও আছে। আরও তথ্যের জন্য আপনি আপনার SSD-র সাথেও যোগাযোগ করতে পারেন।

যেকোনো প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য বা অনুমোদিত প্রতিনিধি পরিবারের পুনঃপ্রত্যয়নকারী সকল সদস্যদের প্রত্যয়নটি স্বাক্ষর করতে পারেন। উদাহরণস্বরূপ, নাগরিকত্ব বা সন্তোষজনক অনাগরিক অবস্থা না থাকা একজন অভিভাবক, নাগরিকত্ব বা সন্তোষজনক অনাগরিক অবস্থা থাকা একটি সন্তানের জন্য স্বাক্ষর করতে পারবেন। পরিবারের কোনো পুনঃপ্রত্যয়নকারী সদস্যের বয়স 18 বছরের কম হলে (বা বয়স 18 বছর কিন্তু কোনো শারীরিক অসুবিধা বা প্রতিবন্ধকতার জন্য তার নিজের নাম স্বাক্ষর করতে অক্ষম),

18 বছর বা তার বেশি বয়সী পরিবারের একজন সদস্যকে অবশ্যই তার হয়ে স্বাক্ষর করতে হবে। পরিবারের অন্য সদস্যের হয়ে স্বাক্ষর করার সময়, আপনার নিজের নাম স্বাক্ষর করুন। উদাহরণস্বরূপ, মেরি ডো, জনি ডো নামক শিশুর হয়ে স্বাক্ষর করার সময়, তাকে "মেরি ডো" এর নাম স্বাক্ষর করতে হবে।

একটি বক্সে টিক করে প্রত্যয়নে স্বাক্ষর করার অর্থ এই যে, শপথভঙ্গের শাস্তি অনুযায়ী আপনি প্রত্যয়িত করছেন, যে আপনার/তার পুনঃপ্রত্যয়ন করা প্রতিটি কর্মসূচির জন্য, আপনি এবং/অথবা আপনি যার জন্য স্বাক্ষর করছেন তিনি একজন মার্কিন নাগরিক, নেটিভ আমেরিকান, জাতীয়, বা সন্তোষজনক অভিবাসন সুবিধাধারী অনাগরিক। আপনি বক্সগুলির একটিতে টিক না দিলে বা পুনঃপ্রত্যয়নকারীর একটি মার্কিন নাগরিকত্ব এবং অভিবাসন পরিষেবা (USCIS) নম্বর প্রদান না করলে, সেই ব্যক্তি সহায়তা নাও পেতে পারেন।

আপনার নিজের জন্য বা অন্য কোনো ব্যক্তি যিনি একজন মার্কিন নাগরিক, নেটিভ আমেরিকান, বা জাতীয় নন, বা যিনি সন্তোষজনক অভিবাসন সুবিধাধারী অনাগরিক নন তার জন্য আপনার স্বাক্ষর করা উচিৎ নয়। সন্তোষজনক অভিবাসন সুবিধাধারী অনাগরিক PA, SNAP সুবিধাসমূহ বা Medicaid এর জন্য যোগ্য নন (একজন গর্ভবতী নারি বা সংকটজনক অসুস্থতার চিকিত্সার জন্য Medicaid ছাড়া)। সেই ব্যক্তিবর্গ নির্দিষ্ট কিছু পরিষেবার (যেমন শিশু বা প্রাপ্তবয়স্ক প্রতিরোধমূলক/প্রতিরক্ষামূলক পরিষেবাসমূহ) জন্য অযোগ্য হতে পারেন।

আপনি USCIS এ আমাদের যে তথ্য দিয়েছেন তা জমা করে PA, SNAP সুবিধা, Medicaid, বা পরিষেবাসমূহের জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী পরিবারের যেকোনো বা সকল সদস্যদের অনাগরিক অবস্থা আমরা নিশ্চিত করতে পারি। USCIS থেকে পাওয়া তথ্য আপনার পরিবারের যোগ্যতা এবং সুবিধাসমূহের স্তরকে প্রভাবিত করতে পারে।

পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের পৃষ্ঠা 5

সেকশন 11: শিশু সহায়তা কার্যকরণ ইউনিটের (CHILD SUPPORT ENFORCEMENT UNIT) কাছে রেফারেল সংক্রান্ত তথ্য

আপনি শুধু Medicaid এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করলে এবং গর্ভবতী হলে, গত ষাট দিনের মধ্যে জন্ম দিয়ে থাকলে, বা শুধু 21 বছরের কম বয়সী বাচ্চাদের জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করে থাকলে আপনাকে এই সেকশনটি পূরণ করতে হবে না।

1. নিজের জন্যসহ আপনি 21 বছরের কম বয়সী, অবিবাহিত পিতামাতার কাছে জন্মানো, এবং পিতৃত্ব (অর্থাৎ আইনি পিতৃত্ব) প্রতিষ্ঠিত না হওয়া কোনো ব্যক্তির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করে থাকলে তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন।

2. নিজের জন্যসহ আপনি 21 বছরের কম বয়সী এবং পিতামাতাদের মধ্যে অন্তত একজন বাড়ির বাইরে বসবাস করা কোনো ব্যক্তির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করে থাকলে তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন।

এই দুইটি প্রশ্নের জন্য আপনি যদি "না" তে টিক (✓) দিয়ে থাকেন, তাহলে ছেড়ে দিয়ে সেকশন 12 তে চলে যান। আপনাকে সেকশন 11 এর বাকি অংশ সম্পূর্ণ করতে হবে না। আপনি দুটির একটি বা দুটিতেই "হ্যাঁ" তে টিক (✓) দিলে, আপনাকে অবশ্যই সেকশন 11 এর বাকি অংশ সম্পূর্ণ করতে হবে।

3. আপনি 21 বছরের কম বয়সী কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) করুন।

প্রশ্ন 3 এর পরের বিবৃতিটি মন দিয়ে পড়ুন এবং সেটি বুঝতে না পারলে আপনার SSD-র সাথে যোগাযোগ করুন।

21 বছরের কম বয়সী ব্যক্তির নাম: প্রশ্ন 1, 2, এবং/অথবা 3 এর জন্য আপনার "হ্যাঁ" তে টিক দেওয়া প্রত্যেক ব্যক্তির মূল নাম, মাঝের নাম এবং পদবী লিখুন।

ননকাস্টোডিয়াল পিতামাতা বা স্বীকৃত পিতার নাম এবং ঠিকানা, জন্ম তারিখ, এবং সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: জানা থাকলে, প্রশ্ন 1, 2, এবং/অথবা 3 এর জন্য আপনার "হ্যাঁ" তে টিক দেওয়া প্রত্যেক ব্যক্তির ননকাস্টোডিয়াল পিতামাতা বা স্বীকৃত পিতার মূল নাম; মাঝের নাম; এবং পদবী; ঠিকানা; জন্ম তারিখ; এবং সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর লিখুন। "স্বীকৃত পিতা" হল একজন পুরুষ যিনি শিশুটির পিতা হতে পারেন, কিন্তু যিনি শিশুটির জন্মের আগে শিশুর মা-কে বিয়ে করেননি এবং তিনি যে পিতা তা তিনি আদালতের কার্যধারায় বা পিতৃত্বের স্বীকৃতি দ্বারা প্রতিষ্ঠিত করেননি।

পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের পৃষ্ঠা 6

সেকশন 12: ট্যাক্স ফাইলিং/ডিপেনডেন্ট অবস্থা

পরিবারে থাকা প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য নিচের তথ্যগুলি লিখুন:

মূল নাম, মাঝের আদ্যক্ষর, পদবী: পরিবারে থাকা প্রত্যেক ব্যক্তির মূল নাম, মাঝের আদ্যক্ষর, পদবী লিখুন।

ট্যাক্স স্থিতি: পরিবারে থাকা প্রত্যেক ব্যক্তির যথাযথ ট্যাক্স ফাইলিং অবস্থাতে টিক (✓) দিন।

আপনার সাথে না থাকা এবং আপনি বা আপনার পরিবারের কেউ ট্যাক্স ডিপেনডেন্ট দাবি করেন, অনুগ্রহ করে এমন ব্যক্তিদের তালিকাবদ্ধ করুন। আপনি ট্যাক্স ফাইল না করলে, আপনি এই সেকশনটি ছেড়ে দিতে পারেন।

ট্যাক্স ডিপেনডেন্টের নাম: আপনার সাথে বসবাস করেন না, কিন্তু আপনি বা আপনার সাথে বসবাস করা কেউ একজন ট্যাক্স ডিপেনডেন্ট হিসাবে দাবি করেন এমন কোনো ব্যক্তির মূল নাম, মাঝের নাম, এবং পদবী লিখুন।

ট্যাক্স ফাইলকারীর নাম: তালিকাবদ্ধ প্রত্যেক ট্যাক্স ডিপেনডেন্টের জন্য, পরিবারে বসবাস করা ট্যাক্স ডিপেনডেন্ট দাবি করা ব্যক্তির মূল নাম, মাঝের নাম, এবং পদবী লিখুন।

সেকশন 13: নিরুদ্দেশ/মৃত স্বামী/স্ত্রীর তথ্য

পুনঃপ্রত্যয়নকারী ব্যক্তির নাম: পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তি যিনি বিবাহ করেছেন/করেছিলেন, কিন্তু যার স্বামী বা স্ত্রী তার সাথে থাকেন না বা মারা গেছেন, তার নাম লিখুন।

স্বামী বা স্ত্রীর নাম: কোনো বিবাহিত/পূর্বে বিবাহিত পুনঃপ্রত্যয়নকারী ব্যক্তি যার স্বামী বা স্ত্রী তাদের সাথে থাকেন না বা মারা গেছেন, সেই স্বামী বা স্ত্রীর নাম লিখুন।

স্বামী বা স্ত্রীর জন্ম তারিখ এবং স্বামী বা স্ত্রীর মৃত্যুর তারিখ, প্রযোজ্য হলে: কোনো বিবাহিত/পূর্বে বিবাহিত পুনঃপ্রত্যয়নকারী ব্যক্তি যার স্বামী বা স্ত্রী তাদের সাথে থাকেন না বা মারা গেছেন, সেই স্বামী বা স্ত্রীর জন্মের এবং মৃত্যুর (প্রযোজ্য হলে) মাস, দিন, বছর লিখুন।

স্বামী বা স্ত্রীর সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: কোনো বিবাহিত/পূর্বে বিবাহিত পুনঃপ্রত্যয়নকারী ব্যক্তি যার স্বামী বা স্ত্রী তাদের সাথে থাকেন না বা মারা গেছেন, সেই স্বামী বা স্ত্রীর সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর লিখুন।

স্বামী বা স্ত্রীর ঠিকানা, প্রযোজ্য হলে: কোনো বিবাহিত/পূর্বে বিবাহিত পুনঃপ্রত্যয়নকারী ব্যক্তি যার স্বামী বা স্ত্রী তাদের সাথে থাকেন না বা মারা গেছেন তার রাস্তার ঠিকানা, শহর, কাউন্টি, স্টেট এবং জিপ কোড লিখুন। অজানা থাকলে, স্বামী বা স্ত্রীর সর্বশেষ জানা ঠিকানাটি লিখুন।

সেকশন 14: নিরুদ্দেশ সন্তানের তথ্য

পুনঃপ্রত্যয়নকারী ব্যক্তির নাম: পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তি যার 21 বছরের কম বয়সী একটি সন্তান আছে যে তাদের সাথে থাকে না সেই ব্যক্তির নাম লিখুন।

নিরুদ্দেশ সন্তানের নাম এবং জন্ম তারিখ: পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তি যার 21 বছরের কম বয়সী একটি সন্তান যে তাদের সাথে থাকে না সেই সন্তানটির নাম এবং জন্মের মাস, দিন, এবং বছর লিখুন।

বাচ্চাটির ঠিকানা: পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তি যার 21 বছরের কম বয়সী একটি সন্তান যে তাদের সাথে থাকে না সেই জীবিত সন্তানটির রাস্তার ঠিকানা, শহর, কাউন্টি, স্টেট এবং জিপ কোড লিখুন।

পিতৃত্ব প্রতিষ্ঠা: পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তি যার 21 বছরের কম বয়সী একটি সন্তান যে তাদের সাথে থাকে না সেই সন্তানটির পিতৃত্ব (অর্থাৎ আইনি পিতৃত্ব) প্রতিষ্ঠিত হয়েছে কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন।

আপনি কি শিশু সহায়তা প্রদান করেন? পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তি যার 21 বছরের কম বয়সী একটি সন্তান যে তাদের

সাথে থাকে না তার জন্য সেই ব্যক্তি শিশু সহায়তা প্রদান করেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন।

সেকশন 15: কিশোর পিতা বা মাতার তথ্য

আপনি শুধু সরকারি সহায়তার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করলেই এই সেকশনটি সম্পূর্ণ করুন।

পরিবারে কি 18 বছরের কম বয়সী কোনো পিতা বা মাতা ("কিশোর পিতা বা মাতা") আছেন?: পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তি 18 বছরের কম বয়সী পিতা বা মাতা কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন।

নাম: পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তি যিনি 18 বছরের কম বয়সী পিতা বা মাতা, তার নাম লিখুন।

কিশোর পিতা বা মাতার সন্তানটি কি পরিবারে থাকে? পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তি যিনি 18 বছরের কম বয়সী পিতা বা মাতা আপনার সাথে থাকেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন।

কিশোর পিতা বা মাতার সন্তানের নাম: 18 বছরের কম বয়সী পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তির সন্তানের নামটি লিখুন।

পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের পৃষ্ঠা 7 এবং 8

সেকশন 16: আয়ের তথ্য

আপনি বা আপনার সাথে বসবাস করা কেউ অর্থ পেলে কার থেকে পান এবং কে পান তা নির্দেশ করুন: আপনি বা আপনার সাথে বসবাস করা কেউ তালিকাভুক্ত আয়ের ধরন থেকে অর্থ পেলে তা নির্দেশ করতে লাইন 1 থেকে 27 পর্যন্ত "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন, এবং প্রত্যেক "হ্যাঁ" উত্তরের জন্য, যে ব্যক্তি(ব্যক্তিবর্গ) অর্থটি পান তার/তাদের নাম(নামগুলি) লিখুন।

অর্থরাশি/পরিমাণ এবং ফ্রিকোয়েন্সি: প্রত্যেক "হ্যাঁ" উত্তরের জন্য, ডলার ($) অর্থের পরিমাণ বা মূল্যমান এবং যারা এটি পাচ্ছেন তাদের প্রত্যেকে কত ঘনঘন এই আয়টি পাচ্ছেন তা লিখুন। উদাহরণস্বরুপ, আপনি প্রতি সপ্তাহে বেকারত্ব বীমা সুবিধাতে 100 ডলার পেলে, "প্রতি সপ্তাহে 100 ডলার" বা "100 ডলার/সপ্তাহ" লিখুন।

সম্পূরক নিরাপত্তা আয় (SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME, SSI) সুবিধাসমূহ (স্টেট এবং যুক্তরাষ্ট্রীয় দুটি মিলিয়ে): আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ সম্পূরক নিরাপত্তা আয় (SSI) সুবিধাগুলির সাথে নিউইয়র্ক স্টেট সম্পূরক কর্মসূচির (State Supplement Program, SSP) সুবিধাগুলি পেলে, এই অর্থের পরিমাণ একত্রে যোগ করুন এবং SSI সুবিধাগুলির জন্য লাইন 2 এ অর্থের পরিমাণ/মূল্যমান এবং ফ্রিকোয়েন্সিতে সেগুলি লিখুন। আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ শুধু SSP সুবিধাগুলি পেলে, SSI সুবিধাগুলির জন্য লাইন 2 এ অর্থের পরিমাণ/মূল্যমান এবং ফ্রিকোয়েন্সিতে সেগুলি লিখুন।

প্রতিপালন পরিচর্যা পেমেন্ট (পাওয়া): আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ প্রতিপালন পরিচর্যা পেমেন্টগুলি পেলে, লাইন 17য় প্রতিপালন পরিচর্যা পেমেন্টে অর্থরাশি/পরিমাণ এবং ফ্রিকোয়েন্সিতে সেই অর্থরাশি লিখুন। আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ পালিত সন্তান বা প্রাপ্তবয়স্কের জন্য প্রতিপালন পরিচর্যা পেমেন্ট পেলে এবং আপনি সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করলে, আপনার কাছে দুটি বিকল্প থাকবে: আপনি আপনার SNAP সুবিধা পরিবারের প্রতিপালন পরিচর্যার বাচ্চা বা বড়কে এবং প্রতিপালন পরিচর্যা পেমেন্টগুলি অন্তর্ভুক্ত করাকে বেছে নিতে পারবেন বা আপনার SNAP সুবিধা পরিবারের প্রতিপালন পরিচর্যার বাচ্চা বা বড়কে এবং প্রতিপালন পরিচর্যা পেমেন্টগুলি অন্তর্ভুক্ত না করাকে বেছে নিতে পারবেন। কোন বিকল্পটি আপনাকে বেশি SNAP সুবিধা দেবে তা জানতে আপনার SSD কে জিজ্ঞাসা করুন।

শিশু সহায়তা পেমেন্ট (পাওয়া): আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ শিশু সহায়তার পেমেন্টগুলি পেয়ে থাকলে, "পাওয়ার ফরমের" লাইন 18 তে যিনি শিশু সহায়তা প্রদান করছেন তার নামটি লিখুন।

অন্যান্য আয়: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ অন্য কোনো অর্থ পেলে, কে অর্থটি পাচ্ছেন, কত পরিমাণ অর্থ পাচ্ছেন, এবং কতদিন অন্তর সেটি পাচ্ছেন তা লিখুন।

ছাড়সমূহ, কে, এবং অর্থের পরিমাণ/মূল্যমান এবং ফ্রিকোয়েন্সি: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ বর্তমান বছরের আয়কর রিটার্নে তালিকাবদ্ধ কোনো যুক্তরাষ্ট্রীয় কর ছাড় দাবী করছেন কিনা তা নির্দেশ করতে লাইন 1 থেকে 15-র জন্য "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন। প্রতিটি "হ্যাঁ" উত্তরের জন্য, ছাড়(ছাড়গুলি) দাবী করা ব্যক্তির(ব্যক্তিদের) নাম, এবং আয়কর রিটার্নে দাবীকৃত খরচের(খরচগুলির) অর্থের পরিমাণ বা মূল্যমান লিখুন।

অন্যান্য সমন্বয়: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ বর্তমান বছরের আয়কর রিটার্নে অন্য কোনো ফেডারেল কর ছাড় দাবী করলে, কে ছাড়(ছাড়গুলি) দাবী করছেন, আয়কর রিটার্নে দাবীকৃত খরচ(খরচগুলির) অর্থের পরিমাণ বা মূল্যমান এবং ফ্রিকোয়েন্সি সহ সেই ছাড়গুলি লিখুন।

সেকশন 17: সৎ-পিতামাতা/সন্তোষজনক অভিবাসী সুবিধাধারী অনাগরিকের স্পনসর তথ্য

আপনার সাথে বসবাসকারী কোনো বাচ্চার সৎ-পিতা বা মাতার কি কোনো সংস্থান আছে বা কোনো ধরনের আয় পান এবং কে পান: আপনি সহ, পুনঃপ্রত্যয়নকারী কারোর, আপনার সাথে বসবাস না করা একজন সৎ-পিতা বা মাতা যার আর্থিক সংস্থান আছে বা অন্য কোনো উৎস থেকে অর্থ পান, থাকলে তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন। (সৎ-পিতা বা মাতা আপনার সাথে থাকলে, সৎ-পিতা বা মাতার সংস্থান/আয়, আয়ের তথ্যের সেকশন 16 এ অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।) "হ্যাঁ" হলে সৎ-পিতা বা মাতার নাম লিখুন।

আপনার পরিবারে কি একজন সন্তোষজনক অভিবাসী সুবিধাধারী অনাগরিক আছেন যাকে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে প্রবেশের জন্য স্পনসর করা হয়েছে এবং তিনি কে?: আপনি বা আপনার পরিবারে সন্তোষজনক অভিবাসী সুবিধাধারী এমন কোনো অনাগরিক আছেন কিনা যাকে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে প্রবেশের জন্য কেউ স্পনসর করেছেন, তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন।

স্পনসরের নাম, ঠিকানা, এবং ফোন নম্বর: আপনি উপরে "হ্যাঁ" তে টিক দিলে, যে ব্যক্তি আপনাকে বা আপনার পরিবারের কাউকে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে প্রবেশের জন্য স্পনসর করেছেন তার নাম ঠিকানা এবং ফোন নম্বর লিখুন।

পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের পৃষ্ঠা 9 এবং 10

সেকশন 18: কর্মসংস্থানের তথ্য

আপনার জন্য এবং আপনার সাথে বসবাসকারী প্রত্যেকের জন্য এই সেকশনটি সম্পূর্ণ করুন। আপনি চাকরি করলেও আপনি সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারবেন। এই সেকশনটির জন্য, "চাকরির বয়স" মানে 18 বছর বা তার বেশি, বা যারা স্কুলে যায়নি তাদের জন্য 16 বছর বা তার বেশি।

আমি সম্প্রতি: আপনি চাকরি করছেন কিনা তা নির্দেশ করতে "নিযুক্ত," "স্বনিযুক্ত," বা "বেকার" এ টিক (✓) দিন, এবং তাই হলে, আপনি নিজের জন্য না অন্য কারোর জন্য চাকরি করেন।

মোট আয়: করের আগে আপনি প্রতি সপ্তাহে, প্রতি পনের দিন অন্তর, প্রতি মাসে (বছরে নয়) যে বেতন পান তা লিখুন, প্রযোজ্য হলে। সমস্ত মজুরি, বেতন, ওভারটাইম, কমিশন এবং বখশিশ অন্তর্ভুক্ত করবেন।

মাসে কাজ করা ঘন্টা: প্রতি মাসে আপনি যত ঘন্টা কাজ করেছেন তা লিখুন, প্রযোজ্য হলে।

বেতন পাওয়া: আপনি কতদিন অন্তর বেতন পান তা নির্দেশ করতে "প্রতি সপ্তাহে," "পনের-দিন অন্তর," বা "প্রতি মাসে" টিক (✓) করুন, প্রযোজ্য হলে।

সপ্তাহের কোন দিন বেতন পান: সপ্তাহের যে দিনটিতে আপনি বেতন পান সেই দিনটি লিখুন, প্রযোজ্য হলে।

নিয়োগকারীর নাম এবং ঠিকানা, ও ফোন নম্বর, প্রযোজ্য হলে: নিয়োগকারীর নাম এবং ঠিকানা, ও ফোন নম্বর লিখুন, প্রযোজ্য হলে। আপনি স্বনিযুক্ত হলে, "নিজের" এবং আপনার ব্যবসার ঠিকানা ও ফোন নম্বর লিখুন।

আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কি বর্তমানে নিযুক্ত বা স্বনিযুক্ত এবং কে?: আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কর্মরত হলে

"নিযুক্ত" বা "স্বনিযুক্ত" তে টিক (✓) দিন, এবং তার নাম লিখুন।

মোট আয়, মাসে কাজ করা ঘন্টা, বেতন, সপ্তাহের কোনোদিন বেতন পান, নিয়োগকারীর নাম এবং ঠিকানা, ও ফোন নম্বর: আপনার সাথে বসবাসকারী এবং উপরের নির্দেশিকা অনুযায়ী কাজ করেন এমন কোনো ব্যক্তির জন্য সম্পূর্ণ করুন।

আপনার নিয়োগকারীর মাধ্যমে কি স্বাস্থ্য বীমা উপলভ্য?: আপনি নিযুক্ত হলে, আপনার নিয়োগকারীর মাধ্যমে আপনার মেডিকেল কভারেজ আছে কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) করুন।

আপনার সাথে বসবাসকারী কারোর কি একজন নিয়োগকারীর সাথে স্বাস্থ্য বীমা আছে এবং কার আছে?: আপনার সাথে বসবাসকারী কারোর একজন নিয়োগকারীর সাথে স্বাস্থ্য বীমা থাকলে তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন, এবং "হ্যাঁ" হলে তার নাম লিখুন।

বীমা কোম্পানির নাম: আপনার স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানি এবং/অথবা আপনার সাথে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির নাম লিখুন, প্রযোজ্য হলে।

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কারোর কি কর্মসংস্থানের জন্য শিশু বা নির্ভরশীল পরিচর্যা খরচ আছে এবং কার আছে?: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কারোর কর্মসংস্থানের জন্য শিশু বা নির্ভরশীল পরিচর্যা খরচ (যেমন: বৃদ্ধ পিতা বা মাতার জন্য) থেকে থাকলে তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন এবং এই খরচগুলির সাথে ব্যক্তিটির নাম লিখুন।

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কারোর কি কর্মসংস্থান সম্পর্কিত অন্য খরচ আছে এবং কার আছে?: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কারোর কর্মসংস্থান সংক্রান্ত কোনো খরচ (যেমন: যাতায়াত, ইউনিফরম) থাকলে তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন এবং "হ্যাঁ" হলে, আপনার/তার নাম লিখুন।

নিযুক্ত না হলে, আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ শেষ কবে চাকরি করেছেন, কে, কখন, এবং কোথায়?: আপনি বা আপনার সাথে এমন কেউ বসবাস করেন যার কাজ করার বয়স হয়েছে কিন্তু তিনি বেকার, তাহলে আপনার/তার নাম(নামগুলি), আপনার/তার শেষ কবে চাকরি করেছেন তার তারিখ, এবং আপনি/সে কোথায় শেষ কাজ করেছেন তা লিখুন।

আপনি (বা তারা) কাজ করা বন্ধ করে দিয়েছেন কেন?: আপনি বা আপনার সাথে এমন কেউ বসবাস করেন যার কাজ করার বয়স হয়েছে কিন্তু তার বেকার থাকার কারণ(কারণগুলি) লিখুন।

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কি বেকারত্ব ফাইল করেছেন, কে, কখন, এবং ফাইলিং এর স্থিতি?: আপনি বা আপনার সাথে এমন কেউ বসবাস করেন যার কাজ করার বয়স হয়েছে সে বেকার থাকলে, আপনি/তিনি বেকারত্ব ফাইল করেছেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন। "হ্যাঁ" হলে, আপনার/তার নাম, আপনি/তিনি কখন বেকারত্ব ফাইল করেছেন, এবং ফাইলিং এর অবস্থা লিখুন।

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কি একটি ধর্মঘটে সামিল হয়েছেন এবং সেটি কে?: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ একটি ধর্মঘটে (অর্থাৎ একজন নিয়োগকারীর সিদ্ধান্ত বা চর্চার প্রতিবাদে কাজ বন্ধ করে দেওয়া) সামিল হয়ে থাকলে তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন, এবং "হ্যাঁ" হলে আপনার/তার নাম লিখুন।

ধর্মঘট কখন শুরু হয়েছিল: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ একটি ধর্মঘটে সামিল হয়ে থাকলে, আপনি/তিনি যে তারিখ থেকে ধর্মঘট শুরু করেছেন সেই তারিখটি লিখুন।

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কি একজন পরিযায়ী বা মৌসুমি খামার কর্মী, এবং কে?: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কর্মসূত্রে বিভিন্ন খামারে ভ্রমণ করলে বা শুধু ফসল হওয়ার ঋতুতে একটি খামারে কাজ করে থাকলে তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন, এবং "হ্যাঁ" হলে আপনার/তার নাম লিখুন।

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী অন্য কোনো প্রাপ্ত বয়স্ক সদস্যের কি এমন কোনো অসুস্থতা আছে যা কাজ করার ক্ষমতাকে বা যে ধরনের কাজ সম্পাদন করতে হবে তাকে সীমিত করেছে এবং কে?: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী অন্য কোনো প্রাপ্ত বয়স্ক সদস্যের এমন কোনো অসুস্থতা যা আপনাকে/তাকে পূর্ণ-সময় বা নির্দিষ্ট ধরনের কাজ করার ক্ষমতাকে সীমিত করেছে সেটি নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) করুন, এবং "হ্যাঁ" হলে, আপনার/তার নাম লিখুন।

সীমাবদ্ধতাগুলি বিবৃত করুন: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কাজ করার বয়সী অন্য কারোর এমন কোনো অসুস্থতা যা আপনাকে/তাকে পূর্ণ-সময় বা নির্দিষ্ট ধরনের কাজ করা থেকে বিরত করেছে, এমন থাকলে, আপনি/তিনি কি উপায়ে সীমিত তা ব্যাখ্যা করুন।

আপনি কি আজই একটি কাজের প্রস্তাব গ্রহণ করবেন, এবং না করলে, কেন?: আপনি আজই কোনো কাজের প্রস্তাব গ্রহণ করতে পারবেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন, এবং "না" হলে কেন তা ব্যাখ্যা করুন।

আপনি কী ধরনের কাজ করতে চান?: আপনি কী ধরনের কাজ করা উপভোগ করেন?

পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের পৃষ্ঠা 11

সেকশন 19: শিক্ষা/প্রশিক্ষণ

আপনার সম্পূর্ণ করা সর্বোচ্চ শিক্ষার স্তর কী? আপনি সম্পূর্ণ করা শিক্ষাস্তরের সাথে সবথেকে ভালো মানানসই বিবরণটিতে (✓) টিক দিন।

তাই হলে, সম্পূর্ণ করা শেষ গ্রেড? আপনি হাই স্কুল সম্পূর্ণ করে না থাকলে, আপনার সম্পূর্ণ করা অন্তিম গ্রেডটি লিখুন।

পরিবারের অন্য কারোর কি একটি হাই স্কুল ডিপ্লোমা, সাধারণ সমতুল ডিপ্লোমা (GENERAL EQUIVALENCY DIPLOMA, GED) বা টেস্ট অ্যাসেসিং সেকেন্ডারি কমপ্লিশন (TEST ASSESSING SECONDARY COMPLETION, TASC™), বা আরও উচ্চ স্তরের শিক্ষা আছে, কে, প্রাপ্ত ডিগ্রী, এবং সম্পূর্ণ করার তারিখ?: আপনার সাথে বসবাসকারী অন্য কারোর একটি হাই স্কুল ডিপ্লোমা, সাধারণ সমতুল ডিপ্লোমা (GED) বা টেস্ট অ্যাসেসিং সেকেন্ডারি কমপ্লিশন (TASC™), বা আরও উচ্চ স্তরের শিক্ষা আছে কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) করুন। "হ্যাঁ" হলে ব্যক্তিটির নাম, প্রাপ্ত ডিগ্রী, এবং ডিগ্রী পাওয়ার তারিখটি লিখুন।

পুনঃপ্রত্যয়নকারী বা সহায়তা পাচ্ছেন, আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী অন্য কারোর জন্য নিম্নলিখিত প্রশ্নগুলি সম্পূর্ণ করুন.

গত 12 মাসের মধ্যে কোনো প্রশিক্ষণ কর্মসূচিতে আছেন বা ছিলেন, কে, কোথায়, কর্মসূচি, অংশগ্রহণের তারিখগুলি, এবং সম্পূর্ণ করার তারিখগুলি?: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী অন্য কেউ যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন বা সহায়তা পাচ্ছেন, তিনি গত 12 মাসের মধ্যে একটি কর্ম প্রশিক্ষণ কর্মসূচিতে অংশগ্রহণ করেছেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন, এবং "হ্যাঁ" হলে ব্যক্তিটির নাম, ওই ব্যক্তিটি কোথায় প্রশিক্ষণ কর্মসূচিতে অংশগ্রহণ করেছেন, কর্মসূচিটির নাম বা সেটি কী ধরনের কর্মসূচি ছিল, এবং সেই ব্যক্তিটির কর্মসূচিতে অংশগ্রহণ এবং সম্পূর্ণ করার তারিখগুলি লিখুন।

16 বছর বা তার বেশি বয়সী এবং স্কুল বা কলেজে যাচ্ছেন, কে, এবং কোথায়?: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী অন্য কেউ যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন বা সহায়তা পাচ্ছেন, তিনি 16 বছর বা তার বেশি বয়সী এবং স্কুল বা কলেজে যাচ্ছেন কিনা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন, এবং "হ্যাঁ" হলে ওই ব্যক্তিটির নাম এবং তার স্কুল/কলেজের নাম লিখুন।

একটি প্রশিক্ষণ ভাতা পাচ্ছেন, কে, এবং পরিমাণ? আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন বা সহায়তা পাচ্ছেন, তিনি একটি প্রশিক্ষণ ভাতা পাচ্ছেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন। "হ্যাঁ" হলে ব্যক্তিটির(ব্যক্তিবর্গের) নাম এবং প্রাপ্ত অর্থরাশিটি লিখুন।

শিক্ষার জন্য কি অনুদান বা ঋণ পাচ্ছেন, কে এবং অর্থের পরিমাণ? আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন বা সহায়তা পাচ্ছেন, তিনি শিক্ষার জন্য অনুদান বা ঋণ পাচ্ছেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন। "হ্যাঁ" হলে ব্যক্তিটির(ব্যক্তিবর্গের) নাম এবং প্রাপ্ত অর্থের পরিমাণ লিখুন।

16 বছর বা তার কম বয়সী এবং স্কুল বা কলেজে যাচ্ছেন, কে, এবং কোন স্কুল?: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী অন্য কেউ যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন বা সহায়তা পাচ্ছেন, তিনি 16 বছর বা তার কম বয়সী এবং স্কুল বা কলেজে যাচ্ছেন কিনা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন, এবং "হ্যাঁ" হলে ওই ব্যক্তিটির নাম এবং তার/তাদের স্কুল(স্কুলগুলির) নাম লিখুন।

পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের পৃষ্ঠা 12

সেকশন 20: সম্পদের তথ্য

আপনি শুধু সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি সুবিধাসমূহের জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করলে, আপনার জীবনবীমা আছে কিনা তা নির্দেশ করতে হবে না।

আপনি বা আপনার সাথে বসবাস করা কেউ পুনঃপ্রত্যয়ন করলে তা নির্দেশ করুন: আপনি বা আপনার সাথে বসবাস করা সহায়তার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করা কারোর তালিকাবদ্ধ আর্থিক সম্পদগুলির মধ্যে কোনোটি আছে কিনা তা নির্দেশ করতে লাইন 1 থেকে 23 এ "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) করুন।

কে: প্রত্যেক "হ্যাঁ" উত্তরের জন্য, সম্পদ সহ ব্যক্তি(ব্যক্তিবর্গের) নাম(নামগুলি) লিখুন।

হ্যাঁ হলে, পরিমাণ/মূল্য: প্রত্যেক "হ্যাঁ" উত্তরের জন্য, ডলার ($) অর্থের পরিমাণ বা সম্পদটির মূল্য লিখুন। যৌথ মালিকানাধীন সম্পদ (যৌথ ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের মতো দুই বা তার বেশি ব্যক্তির মালিকানাধীন সম্পদ) তালিকাভুক্ত করা নিশ্চিত করুন। সরকারি সহায়তা বা Medicaid এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী সকলকে অবশ্যই আইন অনুযায়ী দায়িত্বপ্রাপ্ত আত্মীয়দের সম্পদগুলি অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। এরা হলেন সেই ব্যক্তিবর্গ আইন অনুযায়ী যাদের পুনঃপ্রত্যয়নকারীকে আর্থিকভাবে সহায়তা করতে হবে, যেমন স্বামী বা স্ত্রী বা, আপনি 21 বছরের কম বয়সী হলে, যেকোনো পিতা বা মাতা বা সৎ- পিতা বা মাতা যারা আপনার সাথে বা পুনঃপ্রত্যয়নকারী কারোর সাথে বসবাস করেন।

একটি মোটর গাড়ী (একাধিক মোটর গাড়ী) বা অন্য গাড়ী (গাড়িগুলির) মালিকানা বা নিবন্ধন, বছর, প্রস্তুতকর্তা/মডেল, এবং অন্য কিছু আছে: আপনার বা আপনার সাথে বসবাসকারী এবং যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন তার নামে কোনও মোটর গাড়ী বা অন্য গাড়ী থাকলে, লাইন 6 এ প্রতিটি গাড়ীর জন্য বছর, প্রস্তুতকর্তা এবং মডেল লিখুন। লাইন 6 এ "অন্যান্য" এর পরে ক্যাম্পার, স্নোমোবাইল, এবং নৌকার মতো সম্পদগুলি তালিকাবদ্ধ করুন।

উপরে তালিকাবদ্ধ সম্পদগুলি ছাড়া অন্য সম্পদ আছে: আপনি কোনো থোক অর্থ পেলে বা পাওয়ার কথা থাকলে অবিলম্বে আপনার SSD কে জানানো অত্যন্ত জরুরি। একটি থোক অর্থ হল এককালীন পেমেন্ট, যেমন বীমা নিষ্পত্তি, উত্তরাধিকারসূত্রে, বা একটি মামলার রায় থেকে পাওয়া অর্থ বা লটারি জেতা। LDSS-4148A দেখুন, "বুক 1: আপনার অধিকার ও দায়িত্বসমূহ সম্পর্কে আপনার কী জানা উচিত", থোক অর্থ সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য।

কেউ কি । । । অতীতে কখনো একটি ট্রাস্ট তৈরি করেছেন বা গত 60 মাসের মধ্যে একটি ট্রাস্টে কোনো সম্পদ ট্রান্সফার করেছেন?: আপনি বা আপনার স্বামী/স্ত্রী, আপনার নার্সিং ফেসিলিটি পাওয়া এবং Medicaid এর জন্য একটি আবেদন জমা করার মাসের প্রথমদিনের 36 মাসের মধ্যে কোনো সম্পদ দান বা ট্রান্সফার করে থাকলে (একটি ট্রাস্টে ট্রান্সফার করার ক্ষেত্রে 60 মাস), আপনি Medicaid কর্মসূচির অধীনে নার্সিং ফেসিলিটি পরিষেবাসমূহ বা হোম এবং কমিউনিটি-ভিত্তিক ওয়েভারের পরিষেবাসমূহ নাও পেতে পারেন।

আবেদনকারী আপনি বা অন্য কেউ, বা আপনার স্বামী/স্ত্রী বা অন্য কেউ (এমনকি যদি স্বামী/স্ত্রী আবেদন না করলে বা পরিবারে না থাকলে), গত পাঁচ বছরের মধ্যে একটি ট্রাস্ট তৈরি করলে বা একটি ট্রাস্টে অর্থ রাখলে, ট্রাস্টটি কবে তৈরি করা হয়েছে বা সেটিতে কবে অর্থ রাখা হয়েছে তা লাইন 23 এ লিখুন।

পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের পৃষ্ঠা 13 থেকে 15

সেকশন 21: চিকিৎসা বিষয়ক তথ্য

আপনি বা আপনার সাথে বসবাস করা কেউ পুনঃপ্রত্যয়ন করলে তা নির্দেশ করুন এবং হ্যাঁ হলে, কে?: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী, সহায়তার জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তির ক্ষেত্রে উপরে তালিকাবদ্ধ পরিস্থিতিগুলির কোনোটি প্রযোজ্য কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন। আপনার বা পুনঃপ্রত্যয়নকারী কারোর থাকা সমস্ত স্বাস্থ্য এবং হসপিটাল/দুর্ঘটনা বীমা তালিকাবদ্ধ করা নিশ্চিত করুন।

এই পুনঃপ্রত্যয়ন করার মাসের আগের তিন মাসের মধ্যে কোনো পরিশোধ করা বা বকেয়া মেডিকেল বিল আছে: আপনি

সহায়তার জন্য আবেদন করার তিন মাস আগে আপনার পরিচর্যার জন্য মেডিকেল বিলগুলি Medicaid প্রদান করব। আপনি ইতিমধ্যে বিলটি পরিশোধ করে থাকলে, আমরা যদি নির্ধারণ করি যে সেই সময় আপনি Medicaid এর জন্য যোগ্য ছিলেন তাহলে বিলটির জন্য আমরা আপনাকে অর্থ প্রদান করব। এমনকি ডাক্তার বা অন্যান্য পরিষেবা প্রদানকারী Medicaid স্বীকার না করলেও আমরা প্রদান করতে পারব, কিন্তু Medicaid এর যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করা উচিত সেই পরিমাণ অর্থ এবং বিলটি Medicaid এর আওতাভুক্ত পরিষেবাগুলির জন্য হলেই শুধু আমরা প্রদান করতে পারব।

গর্ভবতী: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কোনো পুনঃপ্রত্যয়নকারী গর্ভবতী হলে, লাইন 14-তে প্রসবের তারিখ এবং প্রত্যাশিত জন্মের সংখ্যা লিখুন।

হেলথ প্ল্যান নির্বাচন: Medicaid এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী যেকারোর জন্য এই সেকশনটি সম্পূর্ণ করুন। Medicaid এ নথিভুক্ত বেশিরভাগ ব্যক্তিবর্গের একটি পরিচালিত পরিচর্যা হেলথ প্ল্যানে যোগদান করতে হবে যদিনা তারা ছাড়প্রাপ্ত বিভাগে থাকেন। একটি হেলথ প্ল্যান বেছে নিতে এই সেকশনটি ব্যবহার করুন। কোন হেলথ প্ল্যান উপলভ্য আপনি তা না জানলে, আপনার কর্মীকে জিজ্ঞাসা করুন বা পরিচালিত পরিচর্যা Medicaid বিকল্প (Managed Care Medicaid Choice) হেল্প লাইনের 1-800-505-5678 নম্বরে ফোন করুন।

আপনি যে প্ল্যানে নথিভুক্ত হচ্ছেন তার নাম: Medicaid এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী কেউ যে হেলথ প্ল্যান(প্ল্যানগুলিতে) নথিভুক্ত হতে ইচ্ছুক সেগুলির নাম লিখুন। আপনার জন্য কোন হেলথ প্ল্যান উপলভ্য তা যদি আপনি না জানেন, তাহলে SSD কে জিজ্ঞাসা করুন।

পদবী এবং মূল নাম: Medicaid এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী প্রত্যেক ব্যক্তির পদবী এবং মূল নাম লিখুন।

জন্ম তারিখ: Medicaid এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী প্রত্যেক ব্যক্তির জন্মদিনের দুই-সংখ্যার মাস, দুই-সংখ্যার দিন, এবং দুই-সংখ্যার বছর লিখুন।

লিঙ্গ পরিচয়: Medicaid এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী প্রত্যেক ব্যক্তির লিঙ্গ পরিচয় নির্দেশ করতে "পুরুষের" জন্য "M" বা "নারির" জন্য "F" লিখুন।

ID# (MEDICAID কার্ড থেকে যদি আপনার সেই কার্ড থাকে): Medicaid এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী কারোর একটি Medicaid কার্ড থাকলে, এখানে Medicaid কার্ড শনাক্তকরণ নম্বরটি লিখুন।

সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: Medicaid এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী প্রত্যেক ব্যক্তির সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর লিখুন। ব্যক্তিটি গর্ভবতী হলে এটা ঐচ্ছিক।

প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী বা স্বাস্থ্য কেন্দ্র (বর্তমান প্রদানকারী হলে বক্সে টিক দিন): Medicaid এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী কেউ ব্যবহার করতে চাইলে প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী (অর্থাৎ সাধারণ চিকিত্সক বা পারিবারিক ডাক্তার) বা স্বাস্থ্য কেন্দ্রের নাম লিখুন। এটি ইতিমধ্যে এই ব্যক্তির দ্বারা ব্যবহৃত প্রদানকারী হলে, বক্সটিতে টিক (✓) দিন। চিকিত্সা পরিচর্যা পাওয়ার আগে আপনাকে অবশ্যই নিশ্চিত হতে হবে যে প্রদানকারী বা কেন্দ্রটি Medicaid গ্রহণ করে।

OB/GYN এর নাম এবং ID নম্বর (বর্তমান প্রদানকারী হলে বক্সে টিক দিন): Medicaid এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নকারী কারোর ধাত্রী/স্ত্রীরোগবিশারদ (OB/GYN) পরিচর্যা এবং পরিষেবা প্রয়োজন হলে, আবেদনকারী যে OB/GYN ব্যবহার করতে চান তার নাম লিখুন। আবেদনকারী ইতোমধ্যে এই OB/GYN ব্যবহার করলে, বক্সে টিক (✓) দিন। চিকিত্সা পরিচর্যা পাওয়ার আগে আপনাকে অবশ্যই নিশ্চিত হতে হবে যে প্রদানকারী বা কেন্দ্রটি Medicaid গ্রহণ করে।

চিকিত্সা পরিচর্যা পাওয়ার <u>আগে</u> আপনাকে অবশ্যই নিশ্চিত হতে হবে যে, যে ডাক্তার বা চিকিত্সা প্রদানকারীকে আপনি দেখাবেন, তিনি Medicaid গ্রহণ করেন।

সেকশন 22: বাসস্থানের তথ্য

আপনার বাড়িওয়ালার নাম, ঠিকানা, এবং ফোন নম্বর কী? আপনার বাড়িওয়ালা থাকলে, বাড়িওয়ালার নাম, ঠিকানা, এবং ফোন নম্বর লিখুন।

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কারো কি ভাড়া, বন্ধকী বা অন্যান্য বাসস্থানের খরচ আছে? আপনি বা আপনার

সাথে বসবাসকারী কারো ভাড়া, বন্ধকী, বা অন্য বাসস্থান সম্পর্কিত (যেমন, থাকা খাওয়া) খরচ নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন, এবং "হ্যাঁ" হলে আপনি/তিনি প্রতি মাসে যে অর্থরাশি প্রদান করেন তা লিখুন। আপনার বন্ধকী পেমেন্ট থাকলে, সম্পত্তি কর এবং বাড়ির মালিকের বীমার পরিমাণটি (অগ্নিবীমাসহ) অন্তর্ভুক্ত করুন।

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কারো আপনার ভাড়া বা অন্য বাসস্থান খরচের থেকে আলাদা হিট বিল আছে? আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ, ভাড়া, একটি বন্ধকী, বা অন্য বাসস্থান সম্পর্কিত (যেমন, থাকা খাওয়া) খরচ ছাড়াও হিটের জন্য আলাদাভাবে অর্থপ্রদান করলে তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন, এবং "হ্যাঁ" হলে আপনি/তিনি প্রতি মাসে যে অর্থ প্রদান করেন তা লিখুন।

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কারোর কি আপনার ভাড়া, বা অন্যান্য বাসস্থানের খরচ থেকে আলাদা নিম্নলিখিত খরচগুলি আছে?: লাইন 1 থেকে 8 এর জন্য, আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কারোর ভাড়া, একটি বন্ধকী, বা অন্য বাসস্থান সম্পর্কিত খরচের বাইরে তালিকাবদ্ধ খরচগুলির মধ্যে আলাদা কোনো খরচ থাকলে তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন, এবং "হ্যাঁ" হলে আপনি/তিনি প্রতি মাসে যে অর্থ প্রদান করেন তা লিখুন। লাইন 9 থেকে 11 পর্যন্ত প্রশ্নগুলির জন্য, আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কোনো পুনঃপ্রত্যয়নকারীর এই বন্দোবস্তগুলির মধ্যে কোনোটি আছে কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন।

সেকশন 23: অন্যান্য খরচ

আপনি বা আপনার সাথে বসবাস করা কেউ পুনঃপ্রত্যয়ন করলে তা নির্দেশ করুন এবং হ্যাঁ হলে, অর্থের পরিমাণ: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কোনো পুনঃপ্রত্যয়নকারীর তালিকাবদ্ধ পেমেন্টগুলির কোনোটি করেছেন কিনা, বা লাইন 1 থেকে 6 এ তালিকাভুক্ত নয় এমন কোনো খরচ আছে কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন। তালিকাভুক্ত নয় এমন কোনো খরচ লাইন 6 এ শনাক্ত করুন। প্রতিটি "হ্যাঁ" উত্তরের জন্য, পেমেন্ট বা খরচের অর্থের পরিমাণ এবং কত ঘনঘন পেমেন্ট করা হয়েছে (যেমন, প্রতি সপ্তাহে 100 ডলার বা 100 ডলার/সপ্তাহ) তা লিখুন।

আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কোনো পুনঃপ্রত্যয়নকারীর কি 21 বছরের কম বয়সী একটি সন্তানের জন্য কমপক্ষে চার মাসের শিশু সহায়তা বকেয়া আছে: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কোনো পুনঃপ্রত্যয়নকারীর চার মাস বা তার বেশি সময়ের শিশু সহায়তা বাকি আছে কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন।

পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের পৃষ্ঠা 16

সেকশন 24: অন্যান্য তথ্য

আপনি কি একটি হোম ডেলিভারি বা কমিউনাল ডাইনিং পরিষেবা থেকে খাবার ক্রয় করেন বা ক্রয় করার পরিকল্পনা আছে?: আপনি বা কোনো পুনঃপ্রত্যয়নকারীর বর্তমানে একটি হোম ডেলিভারি (যেমন, মিলস অন হুইলস) বা কম্যুনাল ডাইনিং পরিষেবা (যেমন, আপনি যে বিল্ডিংয়ে থাকেন সেখানকার একটি ক্যাফেটেরিয়া) থেকে খাবার ক্রয় করেন বা ক্রয় করার পরিকল্পনা আছে কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন।

আপনি কি বাড়িতে খাবার রান্না বা তৈরি করতে সক্ষম?: বাড়িতে রান্না করার মতো জায়গা আছে কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন।

লাইন 10 থেকে 12 পর্যন্ত প্রশ্নগুলির জন্য, "মার্কিন সেনাবাহিনী" মানে বোঝায়:

- মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের স্থলসেনা (আর্মি)
- মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নৌসেনা (নেভি)
- মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের উপকূলরক্ষী (কোস্ট গার্ড)
- মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের মেরিন কর্পস
- মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বিমান বাহিনী (এয়ার ফোর্স)
- দ্বিতীয় বিশ্ব যুদ্ধের সময় মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের মার্চেন্ট মেরিন

আপনি বা আপনার পরিবারের কেউ কি কখনো মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের সেনাবাহিনীতে ছিলেন এবং কে ছিলেন?: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ কখনো উপরে তালিকাবদ্ধ সেনাবাহিনীর কোনো শাখায় ছিলেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন, এবং "হ্যাঁ হলে তার নাম লিখুন।

আপনার স্বামী/স্ত্রী কি কখনো মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের সেনাবাহিনীতে ছিলেন? আপনার স্বামী/স্ত্রী কখনো মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের সেনাবাহিনীর কোনো শাখায় ছিলেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন।

আপনার পরিবারের কারোর উপর নির্ভরশীল কেউ কি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের সেনাবাহিনীতে আছেন বা ছিলেন এবং কে ছিলেন?: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কারোর উপর আর্থিকভাবে নির্ভরশীল কোনো ব্যক্তি কখনো উপরে তালিকাবদ্ধ সেনাবাহিনীর কোনো শাখায় ছিলেন কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন, এবং "হ্যাঁ হলে নির্ভরশীল ব্যক্তির নাম লিখুন।

আপনি বা আপনার সাথে বসবাস করা কেউ পুনঃপ্রত্যয়ন করলে তা নির্দেশ করুন এবং কে: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কারোর ক্ষেত্রে পরের নয়টি প্রশ্নে বর্ণিত পরিস্থিতিগুলি প্রযোজ্য কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" তে টিক (✓) দিন, "হ্যাঁ" হলে যে ব্যক্তির ক্ষেত্রে পরিস্থিতিটি প্রযোজ্য তার নাম লিখুন। আপনি এই প্রশ্নগুলি না বুঝতে পারলে, আপনার SSD কে বুঝিয়ে দিতে বলুন। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে সরকারি সহায়তা, Medicaid, SNAP সুবিধাসমূহ, শিশু পরিচর্যা সহায়তা, বা পরিষেবাসমূহ পাওয়ার জন্য বাস্তব ঘটনা গোপন করলে বা সত্য না বললে নিউইয়র্ক স্টেট আইন একজন ব্যক্তিকে অপরাধী গণ্য করে এবং তাকে জরিমানা, কারাদণ্ড বা উভয় শাস্তিই প্রদান করে।

সম্পত্তি হস্তান্তরের অবস্থা: আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কোনো পুনঃপ্রত্যয়নকারী সরকারি সহায়তা বা SNAP সুবিধাগুলি পাওয়ার জন্য কোনো সম্পত্তি বিক্রয়, হস্তান্তর, বা দান করে থাকলে তা নির্দেশ করতে "আমি করেছি" বা "আমি করিনি" বক্সটিতে টিক (✓) দিন। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে সরকারি সহায়তা, Medicaid, SNAP সুবিধাসমূহ, শিশু পরিচর্যা সহায়তা, বা পরিষেবাসমূহ পাওয়ার জন্য বাস্তব ঘটনা গোপন করলে বা সত্য না বললে নিউইয়র্ক স্টেট আইন একজন ব্যক্তিকে অপরাধী গণ্য করে এবং তাকে জরিমানা, কারাদণ্ড বা উভয় শাস্তিই প্রদান করে।

পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমের পৃষ্ঠা 17 থেকে 23

বিজ্ঞপ্তি, আরোপ, অনুমোদন, এবং সম্মতিসমূহ

এই সেকশনের <u>সমস্ত</u> তথ্য মনোযোগ সহকারে পড়ুন বা কাউকে পড়ে শোনাতে বলুন। এই সেকশনে সহায়তা পাওয়া সংক্রান্ত আপনার অধিকার ও দায়িত্ব, সেইসাথে এই সেকশন অনুযায়ী আপনার দায়িত্ব পালন না করলে আপনার যে শাস্তি হতে পারে (যেমন, জরিমানা ও/বা কারাদণ্ড) সে সম্পর্কে গুরুত্বপূর্ণ তথ্য আছে। একটি পুনঃপ্রত্যয়নের ফরম স্বাক্ষর ও জমা করার দ্বারা, আপনি নির্দেশ করছেন যে আপনি এই সেকশনের বিবৃতিগুলি বুঝেছেন এবং তাতে সম্মত হয়েছেন।

সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি অনুমোদিত প্রতিনিধি: আপনি যদি চান যে আপনার হয়ে সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (SNAP) সুবিধাগুলির জন্য কেউ পুনঃপ্রত্যয়ন করুক এবং/অথবা আপনার সাথে বসবাস না করা কেউ আপনার হয়ে SNAP সুবিধাগুলি পাক এবং/অথবা আপনার জন্য খাদ্য ক্রয়ে সেগুলি ব্যবহার করুক। তাহলে বক্সটিতে সেই ব্যক্তির নাম, ঠিকানা, এবং ফোন নম্বর লিখুন। এই ব্যক্তি হলেন আপনার "অনুমোদিত প্রতিনিধি।" অনুমোদিত প্রতিনিধিকে অবশ্যই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটির শেষে স্বাক্ষর সেকশনে স্বাক্ষর করে তারিখ দিতে হবে। আপনার পরিবার একটি প্রতিষ্ঠানে না থাকলে, আপনার পরিবারের একজন দায়িত্ববান প্রাপ্তবয়স্ক সদস্যকেও অবশ্যই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটি স্বাক্ষর করে তারিখ দিতে হবে, যদি-না আপনার পরিবার লিখিতভাবে অনুমোদিত প্রতিনিধিকে তা করার জন্য অন্য কোনোভাবে নিয়োজিত না করে।

চিকিত্সা বিষয়ক তথ্যের প্রকাশ: আইনের অনুমোদন অনুযায়ী আপনি আপনার এবং/অথবা পুনঃপ্রত্যয়নকারী পরিবারের সদস্যদের এই চিকিত্সা বিষয়ক তথ্য প্রকাশ করতে না চাইলে "HIV/AIDS তথ্য প্রকাশ করবেন না", "মানসিক স্বাস্থ্যের তথ্য প্রকাশ করবেন না", এবং/অথবা "মাদক ও অ্যালকোহলের তথ্য প্রকাশ করবেন না" তে টিক (✓) দিন।

স্বাক্ষর বিভাগ: এই সেকশনটি মনযোগ সহকারে পড়ুন বা কাউকে পড়ে শোনাতে বলুন। সরকারি সহায়তা, Medicaid, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি সুবিধাসমূহ, শিশু পরিচর্যা সহায়তা, বা পরিষেবাসমূহ পাওয়ার জন্য বাস্তব ঘটনা গোপন করলে বা সত্য না বললে নিউইয়র্ক স্টেট আইন একজন ব্যক্তিকে অপরাধী মনে করে এবং একটি জরিমানা, কারাদণ্ড বা উভয় শাস্তিই প্রদান করে। **একটি পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমে স্বাক্ষর করা এবং জমা দেওয়ার মাধ্যমে, আপনি নির্দেশ করছেন যে আপনি এই সেকশনের বিবৃতিগুলি বুঝেছেন এবং তাতে সম্মত হয়েছেন, এবং এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমে আপনি যে তথ্য প্রদান করেছেন বা ভবিষ্যতে SSD কে প্রদান করবেন তা আপনার সর্বোচ্চ জ্ঞান অনুসারে সম্পূর্ণ এবং সঠিক।**

আবেদনকারীর স্বাক্ষর এবং স্বাক্ষর করার তারিখ: আপনার নাম স্বাক্ষর করুন এবং যে তারিখে পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটি স্বাক্ষর করেছেন সেটি লিখুন, যদিনা পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমে আপনি একজন সম্পুরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (SNAP) অনুমোদিত

প্রতিনিধি নিয়োজিত না করেন এবং আপনি একটি প্রতিষ্ঠানে থাকেন, যে ক্ষেত্রে অনুমোদিত প্রতিনিধি পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটি স্বাক্ষর করতে এবং তারিখ দিতে পারবেন। আপনি কোনো প্রতিষ্ঠান–ভূক্ত না হলে, আপনাকে এবং অনুমোদিত প্রতিনিধি উভয়কেই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটি স্বাক্ষর করে তারিখ দিতে হবে, যদি–না আপনি আগে লিখিতভাবে SNAP অনুমোদিত প্রতিনিধিকে তা করার জন্য নিয়োজিত করে থাকেন। আপনি কারোর জন্য পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটি পূরণ করলে, আপনি যার প্রতিনিধিত্ব করছেন সেই ব্যক্তির নাম স্বাক্ষর না করে আপনার নাম স্বাক্ষর করুন, এবং স্বাক্ষর করার তারিখটি লিখুন।

স্বামী/স্ত্রী বা রক্ষাকারী প্রতিনিধির স্বাক্ষর এবং স্বাক্ষরের তারিখ: আপনি বিবাহিত হলে এবং সরকারি সহায়তা বা Medicaid এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করলে, আপনার স্বামী/স্ত্রীকে অবশ্যই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমে স্বাক্ষর করতে হবে। আপনি বিবাহিত হলে এবং শুধু সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি সুবিধাসমূহের জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করলে, শুধু স্বামী বা স্ত্রী যেকোনো একজনকে অবশ্যই স্বাক্ষর করে তারিখ দিতে হবে। আপনার একজন রক্ষাকারী প্রতিনিধি থাকলে, সেই ব্যক্তিকে অবশ্যই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটি স্বাক্ষর করে তারিখ দিতে হবে।

অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর এবং স্বাক্ষর করার তারিখ: পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটি আপনি একজন SNAP অনুমোদিত প্রতিনিধি নিয়োজিত করলে, সেই ব্যক্তিকে অবশ্যই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটি স্বাক্ষর করে তারিখ দিতে হবে।

আমি আমার কেসটি বন্ধ করার অনুরোধ করছি কারণ: আপনি একটি পুনঃপ্রত্যয়ন জমা করতে চাইলে, বক্সগুলির কোনোটিতে টিক দেবেন না, বা এই সেকশনটিতে স্বাক্ষর করবেন না বা তারিখ দেবেন না। আপনি এক বা তার বেশি কর্মসূচির জন্য আপনার কেসটি বন্ধ করতে চাইলেই শুধু এই সেকশনটিতে টিক দিন। আপনার কেসটি বন্ধ করার অনুরোধ জানাতে, ওই কর্মসূচির পরের বক্সটিতে টিক (✓) দিন, এবং যেখানে বলা হয়েছে সেখানে স্বাক্ষর করে তারিখ দিন। অনুগ্রহ করে অনুরোধটির একটি কারণ প্রদান করুন।

ভোটদাতার নিবন্ধন ফরম: এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফরমটির শেষ দুই পৃষ্ঠা ভোটদাতার নিবন্ধনের ফরম। নিবন্ধন করার জন্য ফরমটি ব্যবহার করা বা ভোট দেওয়ার জন্য নিবন্ধন প্রত্যাখান করা সুবিধাগুলির জন্য আপনার পুনঃপ্রত্যয়ন সম্পর্কে নেওয়া সিদ্ধান্তকে, বা আপনি যে সহায়তা পাবেন তার পরিমাণকে প্রভাবিত করবে না। ভোটার রেজিস্ট্রেশন ফরম পূরণ করতে আপনার কোনও সাহায্যের প্রয়োজন হলে, আপনার SSD কে বলুন।

তথ্য সংক্রান্ত উদ্দেশ্য নথির

প্রয়োজনীয়তা

যোগ্যতা নির্ণায়ক এবং নথির প্রয়োজনীয়তা শুধু নিম্নলিখিত তথ্যগত উদ্দেশ্যে। আপনার SSD আপনাকে জানাবে হবে যে যোগ্যতার কোন নির্ণায়কগুলি আপনাকে প্রমাণ করতে হবে। আপনি নীচে তালিকাভুক্ত নয় এমন অন্যান্য যোগ্যতার নির্ণায়ক প্রমাণ করতে বলা হতে পারে। আপনি এই যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তা প্রমাণ করতে নিচে তালিকাভুক্ত নেই এমন নথিপত্র প্রদান করতে সক্ষম হতে পারেন। আপনার যদি নথির প্রয়োজনীয়তা সংক্রান্ত কোন প্রশ্ন থাকে, আপনার SSD যোগাযোগ করুন অনুগ্রহ করে।

যোগ্যতার নির্ণায়ক	**এই ফ্যাক্টর প্রমাণ করতে, এগুলি প্রদান করুন:** ✓**নিম্নলিখিত একটি** **বা**	✓ **নিম্নলিখিতগুলির দুটি** (আপনি যদি **কেবল** স্ন্যাপ বেনিফিট বা মেডিকেডের জন্য আবেদন করেন, তাহলে চিহ্নিত প্রতিটি যোগ্যতার ফ্যাক্টরের জন্য আপনাকে **শুধু** একটি ফরম আনতে হবে।)
☐ **পরিচয়** আপনি অবশ্যই প্রমাণ করতে হবে আপনি কে।	ফটো আইডি ড্রাইভারের লাইসেন্স মার্কিন পাসপোর্ট প্রাকৃতিকীকরণ সার্টিফিকেট হাসপাতাল / ডাক্তারের রেকর্ড দত্তকের কাগজ	অন্য ব্যক্তির কাছ থেকে বিবৃতি যাচাইকৃত সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর জন্ম/ব্যাপটিসমাল সনদ
☐ **বৈবাহিক অবস্থা** আপনি বিবাহিত, তালাকপ্রাপ্ত, পৃথক, বা বিধবা যদি হন, আপনাকে তা প্রমাণ করতে হবে।	বিয়ে/মৃত্যু সনদ বিচ্ছেদের চুক্তি বিবাহবিচ্ছেদের ডিক্রি সোশ্যাল সিকিউরিটি রেকর্ডসমূহ VA রেকর্ডসমূহ	ধর্মীয় জরিপ রেকর্ডের বিবৃতি সংবাদপত্রের নোটিশ অন্য কোনো ব্যক্তির কাছ থেকে বিবৃতি
☐ **বাড়ি** আপনি কোথায় বাস করেন তা আপনাকে প্রমাণ করতে হবে।	বাড়িওয়ালার কাছ থেকে বিবৃতি বর্তমান ভাড়ার রসিদ বা মোর্টগেজের রেকর্ড	অন্য ব্যক্তির বর্তমান মেইল থেকে বিবৃতি স্কুল রেকর্ড
☐ **গৃহস্থালীর গঠন/আয়তন** আপনাকে অবশ্যই প্রমাণ করতে হবে আপনার সাথে কারা বসবাস করছেন।	অনাত্মীয়ের বাড়ীর মালিকের স্কুল রেকর্ড থেকে বিবৃতি	অন্যান্য ব্যক্তিদের কাছ থেকে বিবৃতি
☐ **বয়স** আপনাকে সহায়তার জন্য আবেদনকারী প্রতিটি ব্যক্তির বয়স অবশ্যই প্রমাণ করতে হবে, যেখানে উপযুক্ত।	জন্মসনদ বাপটিস্মাল সনদ হাসপাতালের রেকর্ড দত্তকের রেকর্ড প্রাকৃতিকরণ সার্টিফিকেট ড্রাইভার্স লাইসেন্স	বীমার পলিসি জরিপ রেকর্ড স্কুল রেকর্ড অন্য কোনো ব্যক্তির কাছ থেকে বিবৃতি চিকিৎসকের বিবৃতি SSA-র থেকে সরকারি চিঠি
☐ **অনুপস্থিত বাবা-মা** আপনার বাড়ির কোন শিশুর পিতামাতা যদি আপনার সাথে বসবাস না করেন তাহলে আপনাকে অবশ্যই তা প্রমাণ করতে হবে।	মৃত্যুর সার্টিফিকেট সার্ভাইভারের বেনিফিট হাসপাতালের রেকর্ড VA বা সামরিক রেকর্ড বিবাহবিচ্ছেদের কাগজপত্র পুনর্বিবাহের প্রমাণ	সংবাদপত্রের নোটিশ বীমা কোম্পানির রেকর্ড প্রতিষ্ঠানীক রেকর্ড এজেন্সির কেস রেকর্ড এবং অন্ত্যেষ্টিক্রিয়ার অর্থ প্রদানের ফাইল অন্য ব্যক্তির কাছ থেকে বিবৃতি
☐ **অনুপস্থিত পিতামাতার তথ্য** আপনার কাছে থাকা কোনো তথ্য আপনাকে অবশ্যই প্রদান করতে হবে: নাম, ঠিকানা, সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর, জন্ম তারিখ, চাকরির তথ্য	বেতনের স্টাব ট্যাক্স রিটার্ন সোশ্যাল সিকিউরিটি বা VA রেকর্ড আর্থিক নির্ধারণের চিঠি আইডি কার্ড (স্বাস্থ্য বীমা) ড্রাইভারের লাইসেন্স বা নিবন্ধন	

যোগ্যতার নির্ণায়ক	**এই নির্ণায়কটি প্রমাণ করতে নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে একটি প্রদান করুন:**
☐ **সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (Social Security Number, SSN):** (সরকারি সহায়তা, সাপ্লিমেন্টাল নিউট্রিশন অ্যাসিস্টেন্স প্রোগ্রাম (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) সুবিধাবলী এবং মেডিকেডের জন্য **শুধু**, আপনাকে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরের (SSN) প্রমাণ প্রদান করতে হবে **না** যদি না আপনি যে SSN দিচ্ছেন তা সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেটেশনের (Social Security Administration, SSA) রেকর্ডের সাথে না মেলে অথবা এজেন্সি যদি তা যাচাই করতে না পারে।)	সোশ্যাল সিকিউরিটি কার্ড SSA-র থেকে সরকারি চিঠি অ-নাগরিকরা যারা সঙ্কটকালীন চিকিৎসার জন্য শুধু মেডিকেইড চান অথবা শুধু মেডিকেড চান, তাদের ক্ষেত্রে সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরের প্রয়োজন নেই যে আবেদনকারীরা গর্ভবতী।
☐ **নাগরিকত্ব বা বর্তমান** অ নাগরিকত্বের **স্থিতি –** মার্কিন নাগরিকরা সরকারী সহায়তা, SNAP এবং মেডিকেডের জন্য যোগ্য। সরকারী সহায়তা, SNAP বা মেডিকেডের যোগ্যতা অর্জনের জন্য অ-নাগরিকদের অবশ্যই সন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতিতে থাকতে হবে। অভিবাসন স্থিতি গর্ভবতী মহিলাদের বা চাইল্ড হেলথ প্লাস বি এর জন্য আবেদনকারী অভিবাসী শিশুদের জন্য যোগ্যতার ফ্যাক্টর নয়। অনথিভুক্ত অভিবাসীরা এবং অস্থায়ী অ-অভিবাসীরা কেবল জরুরি চিকিৎসার জন্য যোগ্য।	জন্মসনদ ব্যাপটিসম্যাল সনদ হাসপাতালের রেকর্ড মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের পাসপোর্ট সামরিক পরিষেবার রেকর্ড প্রাকৃতিকীকরণের সার্টিফিকেট মার্কিন নাগরিকত্ব এবং অভিবাসন পরিষেবা (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) ডকুমেন্টেশন 1/1/72 এর আগে থেকে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের টানা বাস করার প্রমাণ।
☐ **উপার্জিত আয়** নিয়োগকর্তার থেকে ☐ স্ব-নিযুক্তকরণ থেকে ☐ ভাড়া বা রুম/বোর্ড থেকে আয়	বর্তমান মজুরির স্টাবগুলি বেতনের খাম লটারহেডে প্রতি ঘন্টায় বেতন হার; ঘন্টা প্রতি সপ্তাহে করা কাজ; প্রথম বেতনের তারিখ, যদি নতুন হন এবং নিয়োগকর্তার ফোন নম্বর ও পরিচিতি তার ব্যবসায়িক রেকর্ডসহ করের রেকর্ডসমূহ স্ব-নিযুক্তিকরণের উপার্জন এবং খরচ সম্পর্কিত রেকর্ড এবং তদসম্পর্কিত উপকরণসমূহ বর্তমান আয়করের রিটার্ন একসাথে বসবাসকারীর প্রদত্ত অর্থ, বোর্ডার, ভাড়াটে আয়কর রেকর্ডসমূহ
☐ **অনুপার্জিত আয়** শিশু সহায়তা ☐ বেকারত্ব বীমার সুযোগ সুবিধা (Unemployment Insurance Benefits, UIB) ☐ সোশ্যাল সিকিউরিটির সুবিধা সাপ্লিমেন্টারি সিকিউরিটি ইনকাম (Supplemental Security Income, SSI) সহ অবসরপ্রাপ্ত সেনার সুবিধাসমূহ	পারিবারিক আদালত থেকে বিবৃতি সহায়তা প্রদানকারী ব্যক্তির বিবৃতি স্টাবগুলি পরীক্ষা করুন কারেন্ট আওয়ার্ড সার্টিফিকেট কারেন্ট বেনিফিট চেক নিউ ইয়র্ক স্টেট শ্রম বিভাগের (NYS Dept. of Labor) সাথে সরকারি চিঠিপত্র কারেন্ট আওয়ার্ড সার্টিফিকেট কারেন্ট বেনিফিট চেক SSA-র থেকে সরকারি চিঠিপত্র কারেন্ট আওয়ার্ড সার্টিফিকেট কারেন্ট বেনিফিট চেক VA-র থেকে সরকারি চিঠিপত্র

যোগ্যতার নির্ণায়ক	এই নির্ণায়কটি প্রমাণ করতে নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে একটি প্রদান করুন:
☐ **অনুপার্জিত আয় (চলছে)**	
☐ কর্মচারির ক্ষতিপূরণ	আওয়ার্ড লেটার চেক স্টাব
☐ শিক্ষার অনুদান এবং ঋণ	ব্যাংকের বিবৃতি স্কুলের বিবৃতি আওয়ার্ড লেটার
☐ সুদ/ডিভিডেন্ড/রয়্যালটি	ব্যাংক বা ক্রেডিট ইউনিয়ন থেকে বিবৃতি ব্রোকার/এজেন্টের থেকে বিবৃতি
☐ ব্যক্তিগত পেনশন/বার্ষিক ভাতা	কারেন্ট আওয়ার্ড লেটার কারেন্ট সুবিধার চেক সরকারি চিঠিপত্র আয়ের উত্স থেকে
☐ অন্যান্য	
☐ **সম্পদ**	গৃহস্থ থেকে বিবৃতি নার্সিং হোম থেকে বিবৃতি
☐ ব্যাংক আকাউন্ট (চেকিং, সেভিংস, অবসর (একক অবসরের আকাউন্ট (IRA এবং কিওগ))	বর্তমান ব্যাংক রেকর্ড বর্তমান ক্রেডিট ইউনিয়ন রেকর্ড
☐ স্টক, বন্ড, সার্টিফিকেট	স্টক সার্টিফিকেট বন্ড আর্থিক প্রতিষ্ঠান থেকে বিবৃতি
☐ জীবন বীমা	বীমা পলিসি বীমা প্রতিষ্ঠানের বিবৃতি
☐ অন্ত্যেষ্টি সংক্রান্ত ট্রাস্ট বা ফান্ড অন্ত্যেষ্টি ক্রিয়ার জমি বা অন্ত্যেষ্টি ক্রিয়ার চুক্তি	ব্যাংকের রেকর্ড অন্ত্যেষ্টি ক্রিয়ার চুক্তি অন্ত্যেষ্টি ক্রিয়ার জমির চুক্তি অন্ত্যেষ্টিক্রিয়ার পরিচালকের বিবৃতি
☐ আয়কর রিটার্ন বা অর্জিত আয়কর ক্রেডিট (Earned Income Tax Credit, EITC)	কর ফেরত ট্যাক্স অফিস থেকে বিবৃতি
☐ বাসস্থান ছাড়া অন্য ভূসম্পত্তি	দলিল রিয়েল এস্টেট ব্রোকারের বিবৃতি ব্রোকার দ্বারা বর্তমান মান মূল্যায়ন/অনুমান
☐ মোটর যান	নিবন্ধন (পুরানো মডেল) মালিকানার টাইটেল ডিলার দ্বারা বর্তমান মান মূল্যায়ন অর্থায়নের তথ্য
☐ থোক পেমেন্ট	পেমেন্টের উৎস থেকে বিবৃতি

যোগ্যতার নির্ণায়ক	এই নির্ণায়কটি প্রমাণ করতে নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে একটি প্রদান করুন:
☐ অন্যান্য ______	
☐ **আশ্রয়ের খরচ** আপনি যেখানে থাকেন সেখানে বাস করতে কত খরচ হয় তা আপনাকে প্রমাণ করতে হবে (আশ্রয়ের ব্যয়ের **প্রতিটি** আইটেমের জন্য আপনাকে পৃথক নথিপত্র সরবরাহ করতে হবে।) মেডিকেইডের জন্য **আশ্রয়ের খরচ সংক্রান্ত ডকুমেন্টেশন প্রয়োজন হয় না।**	বর্তমান ভাড়ার রসিদ বর্তমান লিজ মর্টগেজ বই/রেকর্ড সম্পত্তি এবং স্কুল ট্যাক্স রেকর্ড বাড়ীর মালিকের বিবৃতি নিকাশী এবং পানির বিল বাড়ীর মালিকের বীমার রেকর্ড জ্বালানির বিল গরম করার জন্য নয় এমন ইউটিলিটির বিল টেলিফোনের বিল
☐ **চিকিৎসার বিল**	চিকিৎসার বিলের কপি (প্রদান করা এবং বকেয়া)
☐ **স্বাস্থ্য বিমা** যদি আপনি বা অন্য কেউ যে আবেদন করছেন তার যদি স্বাস্থ্য বীমার কভারেজ থাকে (এমনকি যদি অন্য কেউ এর অর্থ প্রদান করে থাকেন), আপনাকে অবশ্যই এটি প্রমাণ করতে হবে।	বীমা পলিসি বীমা কার্ড কভারেজ প্রদানকারীর বিবৃতি **মেডিকেয়ার** কার্ড
☐ **অক্ষম /চলশক্তিরোহিত /গর্ভবতী** আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কেউ যদি অসুস্থ বা গর্ভবতী হন তাহলে আপনাকে অবশ্যই তার প্রমাণ প্রদান করতে হবে।	গর্ভাবস্থা যাচাই করে এমন চিকিৎসাগত পেশাদারের বিবৃতি এবং মেডিকেল থেকে প্রত্যাশিত জন্ম তারিখের বিবৃতি পেশাদার অক্ষমতা বা অন্ধত্বের জন্য SSA বা SSI সুবিধার প্রমাণ
☐ **বকেয়া বিলসমূহ** ভাড়া, ইউটিলিটি	প্রদেয় পরিমাণ, পরিষেবার মেয়াদ এবং প্রদানকারীর নাম দেখায় এমন প্রতিটি বিলের অনুলিপি
☐ **রেফারেল** ড্রাগ/অ্যালকোহল চিকিৎসার প্রোগ্রাম ☐ কর্মসংস্থান পরিষেবা	চিকিৎসা প্রদানকারীর থেকে বিবৃতি কর্মসংস্থান পরিষেবা থেকে বিবৃতি
☐ **অন্যান্য ব্যয়/ নির্ভরশীলের পরিচর্যার খরচ** আপনাকে প্রমাণ দিতে হবে যদি আপনি আদালতের নির্দেশিত সহায়তা, শিশু পরিচর্যা, পুনরাবৃত্ত ঋণ, অথবা গৃহ স্বাস্থ্য সহায়ক বা পরিচর্যাকারীর পরিষেবার জন্য **অর্থ প্রদান** করেন।	আদালতের আদেশ ডে কেয়ার সেন্টার বা অন্যান্য শিশু পরিচর্যা প্রদানকারীর বিবৃতি সহকারি বা পরিচারকের থেকে বিবৃতি বাতিল করা চেক বা রসিদ
☐ **স্কুলে উপস্থিতি** আপনাকে অবশ্যই প্রমাণ করতে হবে কে স্কুলে আছে	স্কুল রেকর্ড (বর্তমান রিপোর্ট কার্ড) স্কুল/উচ্চশিক্ষা প্রতিষ্ঠান থেকে বিবৃতি
☐ **অন্যান্য:**	