

## নডি ইয়র্কস্টেট EBT - পরিবারের আবেদন

otda.ny.gov/SummerEBT-এ আপননিঅলাইনে এই আবেদনটি সম্পূর্ণ করতে পারবেন। নঅলাইনে আবেদন করা, আবেদন করার দ্রুততম এবং সহজতম উপায়!

এই আবেদনটি আপনার শিশু(শিশুরা) সামার ইবিটি (Summer EBT)-র সুবিধাদির জন্য যোগ্যতা লাভ করতে পারবে কিনা তা নির্ধারণ করার জন্য। এই ফর্মটি আপনার শিশুরা/কম মূল্যের খাবারের যোগ্যতার জন্য নয়। পৃষ্ঠা 4-এ নির্দেশাবলী পড়ুন, আপনার পরিবারের জন্য একটি মাত্র ফর্ম সম্পূর্ণ করুন, আপনার নাম স্বাক্ষর করুন এবং নীচের ঠিকানায় সেটি ফেরত পাঠান। প্রয়োজন হলে, পরিবারের বাইরের একজন সদস্যকে অনুমোদিত প্রতিনিধি হিসেবে মনোনীত করা যেতে পারে। আবেদন জমা দেওয়ার শেষ তারিখ সহ, Summer EBT সম্পর্কে আরো তথ্যের জন্য otda.ny.gov/SummerEBT দেখুন।

পুরণকৃত ফর্মটি এই ঠিকানায় ফেরত পাঠান:  
NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Summer EBT  
40 North Pearl Street, 9<sup>th</sup> Floor  
Albany, NY 12243

### পার্ট 1. আপনার পরিবারের স্কুলে যাওয়া সমস্ত শিশুকে তালিকাভুক্ত করুন (প্রয়োজনে অতিরিক্ত পাতা সংযুক্ত করুন):

| শিক্ষার্থীর নাম<br>(মূল নাম এবং পদবী) | জন্মতারিখ<br>(মাস/দিন/বছর)<br>উদাহরণ: 10/15/2016 | শিক্ষার্থীর আইডি<br>নম্বর<br>(ঐচ্ছিক) | 2023-24 স্কুল বছরে যে স্কুলে গেছে তার নাম | 2023-24 স্কুল বছরে শিশু নিম্নলিখিত কোনোটি পেলেই শুধুমাত্র<br>বক্সটিতে টিক দিন। |  |   | ঐচ্ছিক<br>জাতি/ জাতিগত<br>পরিচয়*<br>নীচের থেকে<br>অক্ষর লিখুন |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|---|--|--|---|--|
|                                       |  |                                       |   | লালনপালন   | গৃহহীন/<br>পালিয়ে<br>যাওয়া/<br>অভিবাসী<br>কর্মসূচি | SNAP<br>সাময়িক সহায়তা/TA (ক্যাশ)<br>Medicaid<br>টিক দিলে, পার্ট 2 সম্পূর্ণ<br>করুন। |  |
|                                       |  |                                       |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>  |  |
|                                       |  |                                       |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>  |  |
|                                       |  |                                       |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>  |  |
|                                       |  |                                       |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>  |  |
|                                       |  |                                       |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>  |  |
|                                       |  |                                       |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>  |  |

\*জাতি/ জাতিগত পরিচয় - শিক্ষার্থীকে সবচেয়ে ভালো করে বিবৃত করে এমন শ্রেণীর পরে তালিকাভুক্ত অক্ষরটি লিখুন। এই বিভাগের উত্তর দেওয়া ঐচ্ছিক এবং Summer EBT-র জন্য আপনার শিশুর যোগ্যতাকে প্রভাবিত করে না।  
হিস্প্যানিক বা ল্যাটিনো (H) নেটিভ আমেরিকান ভারতীয় বা আলাস্কা নেটিভ (I) এশিয়ান (A), কৃষ্ণাঙ্গ বা আফ্রিকান আমেরিকান (B), নেটিভ হাওয়াইয়ান বা প্রশান্ত মহাসাগর দ্বীপপুঞ্জবাসী (P) শ্বেতাঙ্গ (W) অজানা বা  
দেবনি (U)।

পৃষ্ঠা 2 এ অবিরত রাখুন

**পার্ট 2. SNAP/TA/Medicaid/FDPIR সুবিধাদি:**

শিক্ষার্থীটি SNAP, সাময়িক (নগদ) সহায়তা (Temporary Assistance, TA) বা ভারতীয় সংরক্ষণে খাদ্য বিতরণ (Food Distribution on Indian Reservation, FDPIR) সুবিধাদি পেলে, শিক্ষার্থীর নাম তালিকাবদ্ধ করুন, সে কোন কর্মসূচিটি পায় তা বৃত্তাকার করুন এবং ওই কর্মসূচির জন্য কেস নম্বর তালিকাবদ্ধ করুন। তারপর পার্ট 4-এ চলে যান এবং আবেদনটি স্বাক্ষর করুন।

|            |      |    |          |       |             |
|------------|------|----|----------|-------|-------------|
| নাম: _____ | SNAP | TA | Medicaid | FDPIR | কেস # _____ |
| নাম: _____ | SNAP | TA | Medicaid | FDPIR | কেস # _____ |
| নাম: _____ | SNAP | TA | Medicaid | FDPIR | কেস # _____ |
| নাম: _____ | SNAP | TA | Medicaid | FDPIR | কেস # _____ |
| নাম: _____ | SNAP | TA | Medicaid | FDPIR | কেস # _____ |

**পার্ট 3. পরিবারের গ্রস আয়:**

সমস্ত প্রাপ্তবয়স্ক, উপরে তালিকাবদ্ধ প্রত্যেক শিশু এবং স্কুলে না যাওয়া এরকম কোনো শিশু সহ, আপনার পরিবারে বসবাসকারী **সমস্ত ব্যক্তিকে** তালিকাবদ্ধ করুন। যে কোনো ধরনের আয় সহ প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য, তারা কত এবং কতদিন অন্তর (**সাপ্তাহিক, এক সপ্তাহ অন্তর, মাসে দুই বার, মাসিক**) তা পান তা তালিকাবদ্ধ করুন। আয়ের জায়গাটা খালি রাখবেন না। কোনো আয় না থাকলে, বক্সে টিক দিন। আপনি উপরে একটি লালনপালন করা শিশুকে তালিকাবদ্ধ করলে, আপনাকে অবশ্যই তার ব্যক্তিগত আয় রিপোর্ট করতে হবে।

| পরিবারের সদস্যের নাম | কাজ থেকে আয়<br>ডিডাকশনের আগে<br><b>অর্থরাশি/কতবার</b> | শিশু সহায়তা, খোরপোষ<br><b>অর্থরাশি/কতবার</b> | পেনশন, রিটায়ারমেন্ট<br>পেমেন্ট<br><b>অর্থরাশি/কতবার</b> | অন্যান্য আয়<br><b>অর্থরাশি/কতবার</b> | কোনো আয়<br>নেই          |
|----------------------|--|---|--|---------------------------------------|--------------------------|
|                      | \$ _____ / _____                                       | \$ _____ / _____                              | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____                      | <input type="checkbox"/> |
|                      | \$ _____ / _____                                       | \$ _____ / _____                              | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____                      | <input type="checkbox"/> |
|                      | \$ _____ / _____                                       | \$ _____ / _____                              | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____                      | <input type="checkbox"/> |
|                      | \$ _____ / _____                                       | \$ _____ / _____                              | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____                      | <input type="checkbox"/> |
|                      | \$ _____ / _____                                       | \$ _____ / _____                              | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____                      | <input type="checkbox"/> |
|                      | \$ _____ / _____                                       | \$ _____ / _____                              | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____                      | <input type="checkbox"/> |
|                      | \$ _____ / _____                                       | \$ _____ / _____                              | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____                      | <input type="checkbox"/> |
|                      | \$ _____ / _____                                       | \$ _____ / _____                              | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____                      | <input type="checkbox"/> |

**পার্ট 4. স্বাক্ষর:** পরিবারের একজন প্রাপ্তবয়স্ক সদস্যকে অবশ্যই এই আবেদনটি স্বাক্ষর করতে হবে।

নীচে আমার নাম লিখে, আমি প্রত্যয়িত করছি (প্রতিশ্রুতি দিচ্ছি) যে আমার প্রদত্ত সমস্ত তথ্য সত্য এবং সঠিক এবং প্রদত্ত তথ্য যাচাই করার যে কোনো প্রচেষ্টায় আমি সহযোগিতা করতে রাজি আছি। আমি বুঝি যে এটি একটি বিনামূল্যের/কম মূল্যের স্কুলের খাবারের জন্য আবেদন নয় এবং আমার প্রদত্ত তথ্য শুধুমাত্র Summer EBT খাদ্য সুবিধাদির জন্য আমার শিশুর যোগ্যতা নির্ধারণে ব্যবহার করা হবে। আমি আরো প্রত্যয়িত করছি যে এই আবেদনে থাকা শিশু/শিশুরা অন্য কোনো স্টেটে Summer EBT সুবিধাদি পাচ্ছে না। এই আবেদনটি ফেডারেল ফান্ড পাওয়ার জন্য বানানো হয়েছে এবং আমি উদ্দেশ্য প্রণোদিতভাবে মিথ্যা তথ্য দিলে, আমার শিশু/শিশুরা Summer EBT-র জন্য যোগ্য নাও হতে পারে এবং আমি প্রযোজ্য স্টেট এবং ফেডারেল ফৌজদারি আইন অনুযায়ী বিচার সাপেক্ষ হতে পারি।

আবেদনটি সম্পূর্ণ করা পরিবারের প্রাপ্তবয়স্ক সদস্যের (বা অনুমোদিত প্রতিনিধির) নাম লিখুন, স্বাক্ষর করুন এবং যোগাযোগের তথ্য দিন। ঠিকানা এবং ইমেল ঠিকানা Summer EBT-র যোগ্যতা এবং Summer EBT সুবিধাদির কার্ডগুলি সম্পর্কে তথ্য পাঠানোর জন্য ব্যবহার করা হবে। অনুগ্রহ করে নিশ্চিত করুন যে এই তথ্য সম্পূর্ণ এবং স্পষ্টভাবে প্রিন্ট করা হয়েছে।

নাম প্রিন্ট করুন: \_\_\_\_\_

স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

তারিখ: \_\_\_\_\_

ইমেল ঠিকানা (ঐচ্ছিক): \_\_\_\_\_

প্রাথমিক ফোন: \_\_\_\_\_

রাস্তার ঠিকানা: \_\_\_\_\_

অ্যাপার্টমেন্ট/ফ্লোর/ইউনিট নম্বর: \_\_\_\_\_

সিটি/স্টেট/জিপ: \_\_\_\_\_

## Summer EBT আবেদনের নির্দেশাবলী

**পার্ট 1 সমস্ত পরিবারকে শিক্ষার্থীর তথ্য অবশ্যই সম্পূর্ণ করতে হবে। আপনার পরিবারের জন্য একটির বেশি ফর্ম পূরণ করবেন না।**

- (1) লালনপালন করা শিশু, যার জন্য আপনি একটি ফর্মে আবেদন করছেন, সেটি সহ, শিশুদের নামগুলি প্রিন্ট করুন।
- (2) প্রত্যেক শিশুর জন্য, জন্ম তারিখ, স্কুলের নাম এবং শিক্ষার্থীর আইডি নম্বর তালিকাভুক্ত করুন। শিক্ষার্থীর আইডি নম্বর ঐচ্ছিক কিন্তু আপনার আবেদন আরো দ্রুত এবং নির্ভুলভাবে প্রক্রিয়া করতে সহায়তা করবে। এই নম্বরটি আপনার শিশুর স্কুলের তরফ থেকে তাকে বরাদ্দ করা হয়েছে এবং সেটি 9 অঙ্ক পর্যন্ত একটি সংখ্যা। আপনার এই নম্বরটি প্রয়োজন হলে, আপনি আপনার শিশুর স্কুলের কাছে সেটি চাইতে পারেন। যোগ্যতা লাভ করতে শিক্ষার্থীদের অবশ্যই এমন একটি স্কুলে পড়তে হবে যেটি ন্যাশনাল স্কুল লাঞ্চ প্রোগ্রাম (National School Lunch Program, NSLP)-এ অংশগ্রহণ করে।
- (3) শিশুটি একটি লালনপালন করা শিশু; পালিয়ে যাওয়া, অভিবাসী বা গৃহহীন কর্মসূচিতে থাকা; SNAP/TA বা Medicaid পায় কিনা তা নির্দেশ করতে বক্সটিতে টিক দিন; এবং জাতি/জাতিগত উৎপত্তি ঐচ্ছিক প্রশ্ন।

**পার্ট 2 SNAP, TA, MEDICAID, বা FDPIR পাওয়া শিশুদের পার্ট 2 সম্পূর্ণ করতে হবে, পার্ট 3 এড়িয়ে যেতে হবে এবং পার্ট 4 স্বাক্ষর করতে হবে।**

- (1) আপনার পরিবারে বসবাসকারী যে কোনো কারোর জন্য একটি বর্তমান SNAP, TA, Medicaid, বা FDPIR কেস নম্বর তালিকাভুক্ত করুন। আপনার বেনিফিট কার্ডে 16-অঙ্কের নম্বর ব্যবহার করবেন না। কেস নম্বরটি আপনার সুবিধাদির পত্রে দেওয়া আছে।
- (2) পরিবারের একজন প্রাপ্তবয়স্ক সদস্যকে অবশ্যই পার্ট 4-এ ফর্মটি স্বাক্ষর করতে হবে। কোনো শিশুর SNAP, TA, Medicaid, বা একটি FDPIR কেস নম্বর থাকলে পার্ট 3 ছেড়ে যান।

**পার্ট 3 ও 4 অন্য সমস্ত পরিবারকে অবশ্যই পার্ট 3 এবং 4 সম্পূর্ণ করতে হবে।**

- (1) আপনার পরিবারের সকলের নাম লিখুন, তাদের আয় থাকুক বা না থাকুক। নিজেকে, সমস্ত শিশুদের জন্য আপনি ফর্মটি সম্পূর্ণ করছেন, অন্য সমস্ত শিশু আপনার স্ত্রী/সোমি, ঠাকুরদা ঠাকুমা/দাদু দিদা এবং আপনার পরিবারে বসবাসকারী অন্যান্য সম্পর্কযুক্ত বা সম্পর্কহীন ব্যক্তি ছত্ত্বর্গকে অন্তর্ভুক্ত করুন। দি আপনার আরো জায় পরয়োজন হয় তাহলে আর একটি কাগজ ব্যবহার করুন।
- (2) ট্যাকেসর আগে বা কোনো কিছুনিয়মে নেওয়ার আগে, পরিবারের পরত্যেক সদস্যের বর্তমান আয়ের পরিমাণ এবং এই আয় উপার্জন, কল্যাণ, পেনশন এবং অন্যান্য আয় (সামান্য ছত্ত্বর্গ নিরাপত্তা, বেকারতবে বীমা সুবিধাদি, সন্তান, বিনিয়োগ, রিস্ট অ্যাকাউন্ট এবং শিরি খাবারের জন্য অর্থ পরদানের জন্য উপলব্ধ অন্যান্য সংসতান সহ কোনো উৎস থেকে পরাপত বা উত্তেতালিত নগদ অর্থরাশি) এর থেকে এসেছে কিনা তা লিখুন। বর্তমান আয় সত্তোভাবিকের থেকে বেশি বা কম হলে, সেই ব্যক্তি ছত্ত্বর্গ সত্তোভাবিক আয় লিখুন। **এই আয়টি কতবার পাওয়া যায় তা নির্দিষ্ট করুন: সাপ্তাহিক একসপ্তাহ অন্তর (পনের নিদ অন্তর বা বছরে 26 বার), মাসে দু বার (বছরে 24 বার), বা মাসিক সট্টে নট্টে আয় না তেলে, ব সট্টিতে টিকনিদ।** Summer EBT-র জন্য যোগ্যতা লাভ করতে পরিবারবর্গকে অবশ্যই আয়ের নিদেশনা পূরণ করতে হবে (আরো তথ্যের জন্য [otda.ny.gov/SummerEBT](http://otda.ny.gov/SummerEBT) দেখুন)।
- (3) পরোজ্য হলে, ঠিকানায় Summer EBT কার্ডটি পাঠানো হবে আপনার বাড়ির সেই ঠিকানাটি তালিকাভুক্ত করুন। আপনি অন্যতর চলে তে চাইলে, অথবা সমস্ত রতি নিউ ইয়র্ক স্টেটের বাইরে চলে গেলে, আপনার শিরি স্টেটে স্কুল বছর সম্পূর্ণ করবে অথবা গরীত্বের ছট্টির ঠিক আগে তে খানে সে স্কুল বছরটি সম্পূর্ণ করেছে, আপনাকে সেখানে Summer EBT সুবিধাদির জন্য আবেদন করতে হবে।

### তথ্য বিবৃতির ব্যবহার

দ্যা রিচার্ড বি. রাসেল ন্যাশনাল স্কুল লাঞ্চ আইন (The Richard B. Russell National School Lunch Act) এর আবশ্যিকতা অনুযায়ী কারা Summer EBT সুবিধাদির জন্য যোগ্যতা লাভ করে তা নির্ধারণ করতে আমরা এই আবেদন থেকে তথ্য ব্যবহার করি। আমরা শুধু সম্পূর্ণ ফর্মগুলি অনুমোদন করি। আপনার পরিবারকে কর্মসূচির সুবিধাসমূহ সরবরাহ করতে সহায়তা করার জন্য আমরা আপনার যোগ্যতার তথ্য শিক্ষা, স্বাস্থ্য এবং পুষ্টির কর্মসূচিগুলির সাথে শেয়ার করতে পারি। কর্মসূচির নিয়মাবলী যে পূরণ করা হয়েছে কিনা তা নিশ্চিত করতে ইন্সপেক্টর (পরিদর্শক) এবং আইন প্রণেতাও আপনার তথ্য ব্যবহার করতে পারেন। কিছু শিশু একটি আবেদন ছাড়াই Summer EBT-র জন্য যোগ্যতা লাভ করতে পারে। একটি লালনপালন করা শিশুর জন্য এবং গৃহহীন, অভিবাসী বা পালিয়ে যাওয়া শিশুদের জন্য Summer EBT পেতে অনুগ্রহ করে আপনার স্টেট বা ITO-র সাথে যোগাযোগ করুন।

### USDA বৈষম্যহীনতার বিবৃতি

ফেডারেল নাগরিক অধিকারের আইন (Federal civil rights law) এবং মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের কৃষি বিভাগের (United States Department of Agriculture, USDA) নাগরিক অধিকার আইন ও নীতিমালা অনুযায়ী এই সংস্থা জাতি, বর্ণ, জাতীয় উৎস, লিঙ্গ (লিঙ্গ পরিচয় এবং যৌন অভিমুখিতা সহ), প্রতিবন্ধকতা, বয়স, বা আগের নাগরিক অধিকারগুলির ক্রিয়াকলাপের জন্য প্রতিহিংসা বা প্রতিশোধের উপর ভিত্তি করে বৈষম্যমূলক আচরণ করা থেকে নিষিদ্ধ। কর্মসূচি সংক্রান্ত তথ্য ইংরেজি ছাড়া অন্যান্য ভাষায় উপলব্ধ করা যেতে পারে। কর্মসূচির তথ্য পাওয়ার জন্য বিকল্প যোগাযোগ মাধ্যম (যেমন ব্রেইল, বড় আকারে মুদ্রিত অক্ষর, অডিও টেপ, আমেরিকান ইশারা ভাষা, ইত্যাদি) ব্যবহার করার প্রয়োজন হওয়া প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের, কর্মসূচি পরিচালনা করা, দায়িত্বপ্রাপ্ত স্টেট বা স্থানীয় এজেন্সির সাথে অথবা (202) 720-2600 (ভয়েস ও TTY) নম্বরে USDA-এর TARGET সেন্টারের সাথে অথবা (800) 877-8339 নম্বরে ফেডারেল রিলে সার্ভিসের মাধ্যমে USDA-এর সাথে যোগাযোগ করা উচিত।

## Summer EBT আবেদনের নির্দেশাবলী

কর্মসূচি সংক্রান্ত একটি বৈষম্যের অভিযোগ দায়ের করতে, একটি অভিযোগকে একটি ফর্ম AD-3027, USDA প্রোগ্রাম বৈষম্যের অভিযোগ জানানোর ফর্ম পূরণ করতে হবে যেটি অনলাইনে এখানে পাওয়া যেতে পারে: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, যে কোনও USDA অফিস থেকে, (866) 632-9992 নম্বরে কল করে, বা USDA সম্বোধন করে একটি চিঠি লিখে। নাগরিক অধিকারের সহকারী সচিবকে (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) একটি অভিযুক্ত নাগরিক অধিকার লঙ্ঘনের ধরন এবং তারিখ জানাতে চিঠিটিতে অবশ্যই অভিযোগকারীর নাম, ঠিকানা, টেলিফোন নম্বর এবং পর্যাপ্ত বিশদ সহ অভিযুক্ত বৈষম্যমূলক আচরণের একটি লিখিত বিবরণ থাকতে হবে। সম্পূর্ণ করা AD-3027 ফর্ম বা চিঠিটি অবশ্যই USDA-এ এভাবে জমা দিতে হবে: (1) ডাকযোগে: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) ফ্যাক্স: (833) 256-1665 বা (202) 690-7442; বা (3) ইমেল: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)।

এই প্রতিষ্ঠানটি একটি সমান সুযোগ প্রদানকারী সংস্থা।

নিউ ইয়র্ক স্টেট অতিরিক্ত ভাবে, আইন জাতি, ধর্ম, বর্ণ, জাতীয় উৎস, নাগরিকতা বা অভিবাসন স্থিতি, যৌন অভিমুখিতা, লিঙ্গ পরিচয় বা প্রকাশ, সামরিক পদমর্যাদা, লিঙ্গ, বৈবাহিক স্থিতি, গার্হস্থ্য সহিংসতার একজন শিকারের স্থিতির উপর ভিত্তি করে বৈষম্যমূলক আচরণ করা নিষিদ্ধ করে।