



درج ذیل کے لیے نیو یارک ریاست کی درخواست مکمل کرنے کی ہدایات:

- عوامی معاونت
- عوامی معاونت کے عوض چائلڈ کیئر
- تکملاتی غذائی اعانت کا پروگرام
- MEDICAID اور تکملاتی غذائی اعانت کا پروگرام
- MEDICAID اور عوامی معاونت
- خدمات، بشمول فوسٹر کیئر
- چائلڈ کیئر معاونت
- فقط ہنگامی اعانت

اگر آپ نا بینا ہیں یا سنگین طور پر ضعف بصارت کے شکار ہیں اور آپ کو کوئی درخواست یا یہ ہدایات کسی متبادل شکل میں درکار ہوں تو آپ اپنے سوشل سروس ڈسٹرکٹ (Social Services District, SSD) سے ان کی درخواست کر سکتے ہیں۔ درج ذیل متبادل فارمیٹس دستیاب ہیں:

- بڑا پرنٹ
- ڈیٹا فارمیٹ (ایک اسکرین ریڈر – قابل رسائی الیکٹرانک فائل)
- آڈیو فارمیٹ (ہدایات یا درخواست کے سوالات کا ایک آڈیو ٹرانسکرپشن)
- بریل، اگر آپ اصرار کرتے ہیں کہ مذکورہ بالا کوئی بھی متبادل فارمیٹس آپ کے لیے یکساں طور پر بیکار ہیں

درخواستیں اور ہدایات ڈاؤن لوڈ کرنے کے لیے www.otda.ny.gov یا www.health.ny.gov سے بڑے پرنٹ، ڈیٹا فارمیٹ اور آڈیو فارمیٹ میں بھی دستیاب ہیں۔ براہ کرم نوٹ کر لیں کہ درخواستیں آڈیو فارمیٹ اور بریل میں کلی طور پر اطلاعاتی مقاصد کے لیے دستیاب ہیں۔ درخواست دینے کے لیے، آپ کو تحریری، غیر متبادل شکل میں ایک درخواست جمع کرانی ہوگی۔

اگر آپ کو ایسی معذوریاں لاحق ہیں جو آپ کے یہ درخواست مکمل کرنے اور / یا انٹریو کیے جانے کا انتظار کرنے میں مانع ہیں تو براہ کرم اپنے SSD کو مطلع کریں۔ SSD آپ کی ضروریات پوری کرنے کے لیے معقول رہائش فراہم کرنے کی ہر ممکن کوشش کرے گا۔

اگر آپ کو کوئی اور رہائش درکار ہو یا اس درخواست کو مکمل کرنے میں دیگر مدد مطلوب ہو تو براہ کرم اپنے SSD سے رابطہ کریں۔ ہم ایک پیشہ ورانہ اور محترم انداز میں آپ کی اعانت اور مدد کے لیے پابند عہد ہیں۔

درخواست مکمل کرنے کے لیے تجاویز

جب کبھی آپ دوبارہ تصدیق کا فارم پر ”عوامی معاونت“ یا ”PA“ دیکھیں تو اس کا مطلب ہے ”خاندانی معاونت“ اور / یا ”سیفٹی نیٹ معاونت“۔ ہم دونوں پروگراموں کو ”حکومتی معاونت“ کہتے ہیں۔ PA اور دیگر پروگرامز جن کے لیے آپ اس درخواست کا استعمال کرتے ہوئے درخواست کر سکتے ہیں ضرورت مندوں کو عارضی مدد دینے کے لیے تیار کیے گئے تھے۔ مخصوص پروگرامز میں مدد حاصل کرنے کی آپ کی مدت محدود ہوتی ہے لہذا آپ کے لیے جلد از جلد خود کفیل بن جانا ضروری ہے۔ خود کفیل بننے میں آپ کی مدد کے لیے SSD حاضر ہے۔ اس امر کی انجام دہی کے لیے ہمیں لازمی طور پر یہ جاننا ہوگا کہ آپ کون ہیں اور آپ کی ضروریات کیا ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ آپ کے لیے کوئی فارم پُر کرنا لازمی ہے۔

درخواست کی کارروائی کے ایک حصہ کے طور پر، SSD آپ سے خود کے بارے میں اور دیگر ان لوگوں کے بارے میں جن کے لیے آپ درخواست دے رہے ہیں معلومات فراہم اور تصدیق کرنے کو کہے گا۔ ضروری کاغذات کی ایک فہرست جو کہ ان ہدایات کے اخیر میں مذکور ہیں ان معلومات کی نوعیتوں کو ظاہر کرتی ہے جو آپ کو فراہم کرنی پڑ سکتی ہیں اور ان کاغذات کی نوعیتیں جو ان معلومات کی تصدیق کر سکتی ہیں۔ مثال کے طور پر، یہ ثابت کرنے کے لیے کہ آپ کون ہیں، آپ با تصویر شناختی دستاویز، کوئی ڈرائیونگ لائسنس، ریاستہائے متحدہ کا کوئی پاسپورٹ، شہریت کی کوئی سند، ہسپتال یا ڈاکٹر کے ریکارڈز، یا گود لیے جانے کے کاغذات فراہم کر سکتے ہیں۔ اس کے علاوہ، SSD درخواست کی کارروائی کے حصہ کے طور پر آپ کا انٹرویو کرے گا۔ SSD ممکن ہونے کی صورت میں مختلف پروگراموں کے لیے انٹرویوز کو ضم کر دے گا۔

آپ کی سہولت کے لیے درخواست اور ان ہدایات کو سیکشن کے لحاظ سے نمبر تفویض کیا گیا ہے۔ براہ کرم درخواست پُر کرتے وقت درج ذیل باتیں ذہن نشین رکھیں:

- براہ کرم صاف صاف تحریر کریں۔

- شیڈ والے حصوں میں نہ لکھیں۔

- براہ کرم اس شخص (ان اشخاص) سے متعلق ہر ایک حصہ کو مکمل کرنے کو یقینی بنائیں جن کے لیے آپ درخواست دے رہے ہیں۔

- ہمیشہ قانونی نام استعمال کریں، سوائے اس کے کہ اس کے بر خلاف کی ہدایت ہو۔

- اگر آپ کسی شخص کے نمائندہ کی حیثیت سے درخواست دے رہے ہوں تو اپنے بجائے اس شخص کی معلومات فراہم کریں۔ براہ کرم یقینی بنائیں کہ آپ اور جس شخص کی آپ نمائندگی کر رہے ہیں دونوں درخواست کے آخری صفحہ پر دستخط کرتے ہیں۔

- اگر آپ اس بارے میں پر یقین نہ ہوں کہ درخواست کے کسی حصہ کو کس طرح مکمل کرنا ہے تو مدد کے لیے اپنے SSD سے دریافت کریں۔

LDSS-2921 کے علاوہ، ”نیو یارک ریاست کی درخواست برائے مخصوص فوائد وخدمات،“ اس بات کو یقینی بناتے ہیں کہ آپ کے پاس مذکورہ ذیل معلوماتی کتابچوں کی نقول موجود ہیں، جو کہ SSD یا www.otda.ny.gov سے حاصل کی جا سکتی ہیں۔

- LDSS-4148A: ”کتاب 1: اپنے حقوق و واجبات کے بارے میں آپ کو کیا معلوم ہونا چاہیے“

- LDSS-4148B: ”کتاب 2: سماجی خدمات کے پروگراموں کے بارے میں آپ کو کیا معلوم ہونا چاہیے“

- کتاب 1، LDSS-4148A اور کتاب 2 LDSS-4148B کا ضمیمہ: ”Medicaid پروگرام میں اہم تبدیلیاں“

- LDSS-4148C: ”کتاب 3: اگر آپ کو کسی ایمرجنسی کا سامنا ہو تو آپ کو کیا معلوم ہونا چاہیے“

درخواست کے لیے گور پیج

اگر آپ نا بینا ہے یا سنگین ضعف بصارت کے شکار ہے تو آپ اس پروگرام (ان پروگراموں) سے متعلق نوٹسوں موصول کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں جس (جن) کے لیے آپ کسی متبادل فارمیٹ میں درخواست دیتے ہیں/ اندراج کراتے ہیں۔ متبادل فارمیٹس بڑے پرنٹ، ڈیٹا کامپیکٹ ڈسک (Compact Disc, CD)، آڈیو CD، یا بریل میں دستیاب ہیں اگر آپ اصرار کرتے ہیں کہ کوئی بھی دیگر متبادل فارمیٹ یکساں طور پر آپ کے لیے بیکار ہیں۔

اگر آپ نا بینا ہیں یا شدید طور پر بصارتی معذوری کے شکار ہیں، کیا آپ تحریری اطلاعات کسی متبادل شکل میں موصول کرنا چاہتے ہیں؟ اگر آپ نا بینا ہیں یا سنگین طور پر ضعف بصارت کے شکار ہیں تو اس بات کے اظہار کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ اس پروگرام (ان پروگراموں) سے متعلق کسی متبادل فارمیٹ میں تحریری نوٹسوں موصول کرنا چاہتے ہیں جس (جن) کے لیے آپ درخواست دیتے ہیں/ اندراج کراتے ہیں۔

اگر ہاں تو اس فارمیٹ کی نوعیت کو نشان زد کریں جو آپ پسند کرتے ہیں: اگر آپ نا بینا ہوں یا سنگین طور پر ضعف بصارت کے شکار ہوں اور کسی متبادل فارمیٹ میں اس پروگرام (ان پروگراموں) سے متعلق نوٹسوں موصول کرنا چاہتے ہوں جن کی آپ دوبارہ تصدیق فراہم کرتے ہیں تو اس فارمیٹ کی نوعیت کو (✓) نشان زد کریں جسے آپ پسند کرتے ہیں: بڑا پرنٹ، ڈیٹا CD، آڈیو CD، یا بریل۔ بریل ایک متبادل فارمیٹ کے طور پر دستیاب ہے اگر آپ اصرار کرتے ہیں کہ کوئی بھی دیگر متبادل فارمیٹس آپ کے لیے بریل جتنا مؤثر نہیں ہوں گے۔

اگر آپ کو کوئی اور رہائش درکار ہو یا اس درخواست کو مکمل کرنے میں دیگر مدد مطلوب ہو تو براہ کرم اپنے SSD سے رابطہ کریں۔

درخواست کا صفحہ 1

سیکشن 1: ہر ایک پروگرام کو نشان زد کریں جس کے لیے آپ یا گھرانے کا کوئی فرد درخواست دے رہے ہوں

ہر ایک پروگرام کے لیے باکس کو (✓) نشان زد کریں جس کے لیے آپ یا گھرانے کا کوئی فرد درخواست دے رہے ہوں۔

Medicaid میں Medicaid پروگرام، Medicaid کے ساتھ کام کرنے والے لوگوں کے لیے خریدو معذوری، اور فیملی پلاننگ بینیفٹ پروگرامز شامل ہیں۔ جہاں کہیں درخواست میں آپ کو "MA" نظر آئے تو اس کا مطلب "Medicaid" ہے جسے پہلے "طبی اعانت" کہا جاتا تھا۔ آپ اس درخواست کا استعمال کرتے ہوئے MA کے لیے صرف اس صورت میں درخواست دے سکتے ہیں جبکہ آپ عوامی معاونت (Public Assistance, PA) یا تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) کے لیے بھی بیک وقت درخواست جمع کرا رہے ہوں۔ اگر آپ Medicaid اور SNAP کے لیے درخواست دینا چاہتے ہوں تو "Medicaid (MA) اور SNAP" باکس کو (✓) نشان زد کریں۔ اگر آپ Medicaid اور PA کے لیے درخواست دینا چاہتے ہوں تو "Medicaid (MA) اور PA" باکس کو (✓) نشان زد کریں۔

اگر آپ صرف MA کے لیے درخواست دینا چاہتے ہوں تو آپ <https://nystateofhealth.ny.gov/> پر آن لائن جا سکتے ہیں یا مزید معلومات یا درخواست کرنے کے لیے 1-855-355-5777 پر کال کریں، یا آپ صرف MA والی کاغذی درخواست، فارم DOH-4220 استعمال کر سکتے ہیں، جو کہ آپ کا کارکن آپ کو دے سکتا ہے، یا MA ہیلپ لائن کو 1-800-541-2831 پر کال کریں۔ اگر آپ صرف میڈیکر سیونگس پروگرام (Medicare Savings Program, MSP) کے لیے درخواست دینا چاہتے ہیں تو آپ کو DOH-4328 فارم کے ذریعے درخواست دینی ہوگی، جو آپ کا کارکن آپ کو فراہم کر سکتا ہے۔ اگر آپ کو شخصی نگہداشت خدمات کی کوئی فوری ضرورت ہو تو آپ کو DOH-4220 MA درخواست فارم کا استعمال کرتے ہوئے MA کے لیے الگ سے درخواست دینی چاہیے۔

اگر آپ عوامی معاونت کے مستحق ہوں لیکن فیصلہ کرتے ہیں کہ آپ کو صرف چائلڈ کیئر معاونت کی ضرورت ہے تو "PA کی بجائے چائلڈ کیئر" باکس کو (✓) نشان زد کریں۔ اگر آپ کا ذہن بدل جاتا ہے اور آپ فیصلہ کرتے ہیں کہ آپ کو عوامی معاونت کی ضرورت ہے تو آپ اس پروگرام کے لیے کبھی بھی درخواست کر سکتے ہیں۔

اگر آپ صرف ہنگامی معاونت ("Emergency Assistance Only, EMRG") باکس کو (✓) نشان زد کرتے ہیں تو آپ اس بات کا اظہار کر رہے ہیں کہ آپ صرف یکبارگی ایمرجنسی پیمنٹ کے لیے درخواست دے رہے ہیں اور کسی اور پروگرام کے لیے اہلیت کا کوئی تعین انجام نہیں دیا جائے گا۔

سیکشن 2

آپ کی اصل زبان کیا ہے؟ "انگریزی"، "ہسپانوی"، یا "دیگر" باکس کو اس زبان کے اظہار کے لیے (✓) نشان زد کریں جس کا استعمال آپ انتہائی کثرت سے کرتے ہوں۔ اگر آپ "دیگر" باکس کو (✓) نشان زد کرتے ہیں تو اپنی پسندیدہ زبان تحریر کریں۔

کیا آپ اس زبان میں اطلاعات موصول کرنا چاہتے ہیں: آپ ان پروگراموں سے متعلق نوٹسوں موصول کریں گے جن کے لیے آپ درخواست کرتے ہیں/ اندراج کراتے ہیں۔ ”فقط انگریزی“ یا ”انگریزی اور ہسپانوی“ باکس کو اس زبان (ان زبانوں) کے اظہار کے لیے (✓) نشان زد کریں جس میں آپ یہ نوٹسوں موصول کرنا چاہتے ہیں۔

سیکشن 3: درخواست دہندہ کی معلومات

نام: اپنا نام تحریر کریں، بشمول اپنے پہلے نام، درمیانی نام کا ابتدائی حرف (M.I, middle initial) اور آخری نام۔

ازدواجی حیثیت: تحریر کریں کہ آیا آپ ابھی تنہا، شادی شدہ، بیوہ/رنڈوا، قانونی طور پر علیحدہ یا طلاق شدہ ہیں۔ اگر کبھی آپ کی شادی ہوئی ہے تو درست حیثیت تحریر کریں، ”تنہا“ نہ لکھیں۔

فون نمبر: وہ فون نمبر تحریر کریں جس پر آپ سے باآسانی رابطہ کیا جا سکتا ہو۔ اپنا ایریا کوڈ شامل کریں۔

رہائشی پتہ: اسٹریٹ پتہ: ہاؤس یا بلڈنگ نمبر، اسٹریٹ، اوینو، روڈ، وغیرہ تحریر کریں جہاں آپ رہتے ہیں
 اپارٹمنٹ نمبر: اپنے اپارٹمنٹ کا نمبر تحریر کریں، اگر قابل اطلاق ہو۔
 شہر: اس شہر کا نام تحریر کریں جس میں آپ رہتے ہیں۔
 کاؤنٹی: اس کاؤنٹی کا نام تحریر کریں جس میں آپ رہتے ہیں۔
 ریاست: اس ریاست کا نام پرنٹ کریں جس میں آپ رہتے ہیں۔
 ژپ کوڈ: اپنے پتہ کے لیے ژپ کوڈ تحریر کریں۔

معرفت کا نام: اگر کوئی اور شخص آپ کی طرف سے آپ کا ڈاک موصول کرتا ہے تو اس شخص کا نام تحریر کریں۔

مراسلت کا پتہ: اگر آپ اپنا ڈاک اپنی رہائش کے علاوہ کہیں اور منگاتے ہیں تو اسٹریٹ پتہ (اور اپارٹمنٹ نمبر، اگر قابل اطلاق ہو) یا پوسٹ آفس باکس، سٹی، کاؤنٹی، ریاست، اور اس مقام کا ژپ کوڈ تحریر کریں۔

آپ اپنے موجودہ پتہ پر کب سے رہ رہے ہیں؟: ان سالوں اور / یا مہینوں کی تعداد تحریر کریں جب سے آپ اپنے موجودہ پتہ پر رہ رہے ہیں۔

کیا یہ کوئی شیئر ہے؟: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا جس جگہ آپ رہ رہے ہیں وہ ایک شیئر ہے۔

دوسرا فون جس پر آپ سے رابطہ کیا جا سکتا ہو: دوسرا فون نمبر تحریر کریں جس پر آپ سے رابطہ کیا جا سکتا ہو اور، اگر قابل اطلاق ہو تو اس شخص کا نام جس کا وہ نمبر ہے۔ ایریا کوڈ شامل کریں۔

موجودہ پتہ کی رہنمائیاں: اس بابت رہنمائیاں تحریر کریں کہ آپ کے گھر تک کیسے پہنچا جا سکتا ہے۔ عام طور پر معروف لینڈ مارکس کا استعمال کریں۔

سابقہ پتہ: وہ پتہ تحریر کریں جہاں آپ اپنے موجودہ پتہ پر منتقل ہونے سے پہلے رہا کرتے تھے۔

اگر آپ فی الحال بغیر کسی گھر کے ہیں تو یہاں چیک کریں: اگر آپ کے پاس رہنے کے لیے کوئی جگہ نہیں ہے / کوئی پتہ نہیں ہے تو اس باکس کو (✓) نشان زد کریں۔

درخواست دہندہ کی معاون ایجنسی/ رابطہ کا شخص: اگر کوئی شخص درخواست مکمل کرنے میں آپ کی مدد کر رہا ہے تو اس شخص کا نام، ان کی ایجنسی، اگر کوئی ہو، اور اس شخص کا فون نمبر تحریر کریں۔

کیا آپ کا مطالبہ ہے کہ اس درخواست کے MEDICAID حصہ اور کسی MEDICAID کوریج کی ممکنہ وصولی کو خفیہ رکھا جائے؟: درخواست پر یہ ظاہر کرنے اور / یا اپنے کارکن کو بتانے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آپ کا مطالبہ ہے کہ آپ کی درخواست اور / یا کوئی Medicaid کوریج حاصل کرنے سے متعلق مراسلت کو خفیہ رکھا جائے۔

سیکشن 4: اگر آپ SNAP کے لیے درخواست دے رہے ہیں

سیکشن 4 میں درج بیان کو پڑھیں اور اس بیان کے ذیل میں دستخط کر کے تاریخ ڈال دیں اگر آپ پر یا کسی اور شخص پر جس کے لیے آپ درخواست دے رہے ہیں اس کا اطلاق ہوتا ہو۔ براہ کرم اگر آپ کے پاس اس سیکشن سے متعلق سوالات ہوں تو SSD سے رابطہ کریں۔

سیکشن 5: کیا ان میں سے کسی ایک کا آپ پر اطلاق ہوتا ہے؟

ہر اس حالت کو (✓) نشان زد کریں جس کا آپ پر یا اس شخص پر جس کے لیے آپ درخواست دے رہے ہیں اطلاق ہوتا ہو

درخواست کا صفحہ 2**سیکشن 6: گھرانے کی معلومات**

نام: ہر اس شخص کا پہلا نام، درمیانی نام کا پہلا حرف (M.I.)، اور آخری نام تحریر کریں جو آپ کے ساتھ رہتا ہو، خواہ وہ درخواست دے رہے ہوں۔ سب سے پہلے خود کو فہرست میں ذکر کریں۔

یہ شخص درج ذیل کے لیے درخواست دے رہا ہے: اس معاونت کی نوعیت (نو عیتوں) کو (✓) نشان زد کریں جس کے لیے ہر ایک شخص درخواست دے رہا ہے: PA برائے عوامی معاونت، SNAP برائے تکملاتی غذائی اعانت کا پروگرام، MA برائے Medicaid، CC برائے چائلڈ کیئر معاونت، FC برائے فوسٹر کیئر، S برائے خدمات (جیسے بچہ یا بالغ فرد کی حفاظتی/محافظ خدمات)، EMRG صرف برائے ایمرجنسی معاونت۔

تاریخ پیدائش: ہر اس شخص کی تاریخ پیدائش تحریر کریں جو درخواست دے رہا ہے۔

صنف اور جنس کی شناخت: نیو یارک ریاست صنف، جنسی شناخت یا نظر آنے کی حالت سے قطع نظر ریاستی فوائد اور / یا خدمات تک رسائی کے آپ کے حق کو یقینی بناتی ہے۔ آپ کو لازمی طور پر اپنی صنف اور گھرانے کے تمام افراد کی صنف بطور مرد یا عورت کے بتانا چاہیے، خواہ آپ کے برتھ سرٹیفیکیٹ میں آپ کی جنس کی شناخت بطور "X" کی گئی ہو۔ براہ کرم مرد کے لیے "M" یا عورت کے لیے "F" ذکر کریں، جو کہ ریاستہائے متحدہ کے سوشل سیکورٹی ایڈمنسٹریشن کے یہاں فائل میں موجودہ صنفی شناخت کے ساتھ ہم آہنگ ہو۔ آپ جو صنف ذکر کریں گے وہ آپ کی درخواست پر کارروائی کے لیے ضروری ہے۔ یہ ممکنہ طور پر آپ کو حاصل ہونے والے کسی بینیفٹ کارڈ یا کسی دیگر عوامی رسائی والی دستاویز میں ظاہر نہیں ہوگی۔

صنفی شناخت یہ ہے کہ آپ خود کو کس طرح سمجھتے ہیں اور آپ خود کو کیا نام دیتے ہیں۔ آپ کی صنفی شناخت پیدائش کے وقت جو تفویض کی گئی تھی وہی یا اس سے مختلف ہو سکتی ہے۔ اس درخواست کے لیے صنفی شناخت کی ضرورت نہیں ہے۔ اگر آپ کی صنفی شناخت یا آپ کے گھرانے میں کسی بھی شخص کی جنسی شناخت اس صنف سے مختلف ہے جو آپ اس شخص کے لیے بتاتے ہیں اور آپ اس شخص کی صنفی شناخت فراہم کرنا چاہتے ہیں تو فراہم کردہ خالی جگہ میں "مرد"، "عورت"، "نان بائری"، "X"، "ٹرانس جینڈر"، یا "مختلف شناخت" تحریر کریں۔ اگر آپ "مختلف شناخت" تحریر کرتے ہیں تو آپ فراہم شدہ خالی جگہ میں اس شخص کی صنفی شناخت کی مزید وضاحت کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں۔ یہ معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے۔ یہ درخواست دہندہ (دہندگان) کی اہلیت یا موصول کیے جانے والے بینیفٹس کی سطح کو متاثر نہیں کرے گا۔

آپ سے رشتہ: ہر ایک شخص کے لیے، اپنے ساتھ ان کا رشتہ تحریر کریں (مثال کے طور پر: میاں بیوی، بیٹا، فوسٹر چائلڈ، دوست، کمرے کا ساتھی، بورڈر، وغیرہ)۔

گھرانے کے درخواست دہندہ افراد کا سوشل سیکورٹی نمبر: ہر اس شخص کے لیے سوشل سیکورٹی نمبر تحریر کریں جو درخواست دے رہا ہے سوائے اس کے کہ وہ شخص:

- ایک حاملہ عورت ہو جو صرف Medicaid کے لیے درخواست دے رہی ہو؛
- ایک غیر ملکی باشندہ ہو جو صرف Medicaid یا بینیفٹس کے لیے کسی ایمرجنسی طبی حالت کی وجہ سے درخواست دے رہا ہو؛
- ایک بالغ شخص ہو جو کہ صرف بالغ افراد کی محافظ خدمات کے لیے درخواست دے رہا ہو؛ یا
- صرف چائلڈ کیئر معاونت کے لیے درخواست دے رہا ہو۔ اگر وہ شخص چائلڈ کیئر معاونت اور معانتی خدمات کے لیے یا عوامی معاونت کے عوض درخواست دے رہا ہو تو اس شخص کا سوشل سیکورٹی نمبر تحریر کریں۔

دیگر خدمات، جیسے فوسٹر کیئر، بچوں کی محافظ خدمات، بچوں کی روک تھام کی خدمات، اور کاؤنسلنگ کے لیے مالی تعاون مختلف وسائل سے فراہم کیا جاتا ہے، جن میں سے بیشتر اس بات کا تقاضا کرتے ہیں کہ کوئی سوشل سیکورٹی نمبر فراہم کیا جائے۔ اگرچہ بعض خدمات کے لیے درخواست دہندگان سے کوئی سوشل سیکورٹی نمبر فراہم کرنے کا تقاضا نہیں کیا جاتا ہے، اگر آپ کوئی سوشل سیکورٹی نمبر فراہم نہیں

کرتے ہیں تو یہ خدمات غیر دستیاب ہو سکتی ہیں۔ لہذا ہم لوگ تمام درخواست دہندگان سے ان خدمات کے لیے ایک سوشل سیکورٹی نمبر کی درخواست کر رہے ہیں تاکہ وہ تمام بینیفٹس حاصل کرنے میں ان کی مدد کر سکیں جن کے لیے وہ اہل ہو سکتے ہیں۔

مکمل کردہ اعلیٰ ترین اسکول گریڈ: درخواست دینے والے ہر شخص کے لیے مکمل کردہ اعلیٰ ترین اسکول کا گریڈ (1 تا 12) درج کریں۔ اگر 12 سالوں سے زیادہ ہو تو 13 درج کریں۔ اگر رسمی تعلیم نہیں ہوئی ہے تو 0 درج کریں۔ اگر آپ صرف خدمات کے لیے درخواست دے رہے ہوں تو آپ کو اس سوال کا جواب دینے کی ضرورت نہیں ہے۔

کیا یہ شخص (بشمول نا بالغ بچوں کے) آپ کے ساتھ غذائیں خریدتا یا کھانے تیار کرتا ہے؟: ہر اس شخص کے لیے جو آپ کے ساتھ رہتا ہے خواہ وہ درخواست دے رہے ہوں یا نہ دے رہے ہوں اس سوال میں ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کرنا ضروری ہے۔ بعض اوقات، وہ لوگ جو علیحدہ غذائیں خریدتے اور تیار کرتے ہیں انہیں SNAP کے زیادہ بینیفٹس مل سکتے ہیں۔

براہ کرم شادی سے پہلے کا یا دیگر نام ذکر کریں جس سے آپ یا آپ کے گھرانے میں کوئی اور شخص معروف رہا ہے: شادی سے پہلے کے کوئی نام، کسی سابقہ شادی سے ماخوذ نام، یا دیگر نام تحریر کریں جو اس سیکشن میں درج کسی بھی شخص کے ذریعہ استعمال کیا جاتا ہے۔ پہلا نام، درمیانی نام کا پہلا حرف (M.I.)، اور آخری نام شامل کریں۔

درخواست کا صفحہ 3

سیکشن 7: نسل / نسلیت

درخواست دینے والے ہر شخص کے لیے اس سیکشن کو مکمل کریں۔ ”ہاں“ کے لیے ”Y“ یا ”نہیں“ کے لیے ”N“ اس کالم میں درج کریں جس پر ”H“ کا لیبل ہے یہ ظاہر کرنے کے لیے کہ آیا متعلقہ شخص ہسپانوی اور / یا لاطینی ہے۔ ”ہاں“ کے لیے ”Y“ یا ”نہیں“ کے لیے ”N“ نسل کے ہر ایک کالم میں یہ ظاہر کرنے کے لیے درج کریں کہ ہر ایک شخص کا نسلی پس منظر حسب ذیل ہے:

- H = ہسپانوی یا لاطینی
- I = مقامی امریکی یا الاسکا کا مقامی باشندہ
- A = ایشیائی
- B = سیاہ فام یا افریقی امریکی
- P = مقامی ہوائین یا پیسیفک آئی لینڈ کا باشندہ
- W = سفید فام
- U = نا معلوم

یہ معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے۔ یہ درخواست دہندہ (دہندگان) کی اہلیت یا موصول کیے جانے والے بینیفٹس کی سطح کو متاثر نہیں کرے گا۔ ان معلومات کی درخواست کرنے کی وجہ اس بات کو یقینی بنانا ہے کہ پروگرام کے بینیفٹس نسل، رنگ، یا قومی بنیاد سے صرف نظر کر کے تقسیم کیے جائیں۔

درخواست کا صفحہ 4

سیکشن 8: شہریت/ غیر ملکی شہری مع اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت

اس سیکشن کو ہر اس شخص کے لیے مکمل کریں جو مندرجہ ذیل کسی بھی پروگراموں کے لیے درخواست دے رہا ہو:

- چائلڈ کیئر معاونت؛
- فوسٹر کیئر؛ یا
- دیگر خدمات

اس کے علاوہ، اگر آپ یا آپ کے گھرانے کا کوئی شخص تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے لیے درخواست دے رہا ہے تو آپ کو لازماً فہرست میں گھرانے کے ہر شخص کو ذکر کرنا چاہیے، خواہ وہ SNAP کے لیے درخواست نہ دے رہے ہوں۔ آپ کو لازمی طور پر فہرست میں کسی بھی بھائی بہن اور والدین کا بھی ذکر کرنا چاہیے جو عوامی معاونت (PA) کے لیے درخواست دینے والے کسی بچوں کے ساتھ رہتے ہوں۔ اگر آپ صرف چائلڈ کیئر معاونت یا فوسٹر کیئر کے لیے درخواست دے رہے ہوں تو اس سیکشن کو صرف ان بچوں کے لیے مکمل کریں جنہیں چائلڈ کیئر یا فوسٹر کیئر کی ضرورت ہے۔ اگر آپ کسی ایسے شخص کے لیے اس سیکشن کو مکمل نہیں کرتے ہیں جو کہ درخواست دے رہا ہے تو اس شخص کو معاونت حاصل نہیں ہو سکے گی۔

نام: ہر ایک شخص کا پہلا نام، درمیان نام کا ابتدائی حرف (MI)، اور آخری نام تحریر کریں جو درخواست دے رہا ہے یا جسے لازماً فہرست میں مذکور ہونا چاہیے۔

ہر ایک شخص کے لیے ”شہری / ملک کا باشندہ“ یا ”غیر شہری“ کو نشان زد کریں: ہر ایک شخص کے نام کے سامنے، یہ ظاہر کرنے کے لیے کہ وہ شخص امریکہ کا شہری، مقامی امریکی، یا قومی باشندہ ہے یا تو ”شہری / ملک کا باشندہ“ باکس کو (✓) نشان زد کریں یا یہ ظاہر کرنے کے لیے ”غیر شہری“ باکس کو کہ وہ شخص کوئی امریکی شہری، مقامی امریکی یا ملک کا باشندہ نہیں ہے۔

USCIS نمبر (غیر ملکی کا رجسٹریشن نمبر) یا غیر ملکی شہری کا نمبر: شخص کا امریکی شہریت اور امیگریشن خدمات (U.S.Citizenship and Immigration Services, USCIS) یا غیر ملکی شہری کا نمبر درج کریں، اگر قابل اطلاق ہو۔

سیکشن 9: تصدیق نامہ

اس سیکشن کے ذیل میں درج بیانات کو دھیان سے پڑھیں، پھر تصدیق نامہ پر دستخط کر کے تاریخ ڈال کر ہر اس شخص کی شہریت یا غیر ملکی شہری مع اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت کی تصدیق کریں جو درج ذیل کسی بھی پروگرام کے لیے درخواست دے رہا ہے۔ (اگر صرف چائلڈ کیئر معاونت یا فوسٹر کیئر کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو اس سیکشن کو صرف ان بچوں کے لیے مکمل کریں جنہیں چائلڈ کیئر یا فوسٹر کیئر کی ضرورت ہے۔) اگر کوئی درخواست دہندہ امریکی شہری، مقامی امریکی، یا ملک کا باشندہ نہیں ہے تو ان پروگراموں کو (✓) نشان زد کریں جن کے لیے وہ شخص درخواست دے رہا ہے اور جو غیر ملکی باشندہ مع اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت کا حامل ہے:

- عوامی معاونت (PA)؛
- تکملاتی غذائی اعانت کا پروگرام (SNAP)؛
- (MA) Medicaid، سوائے اس کے کہ درخواست دہندہ حاملہ ہو؛
- چائلڈ کیئر معاونت (Child Care, CC)؛
- فوسٹر کیئر (Foster Care, FC)؛
- دیگر خدمات (S)؛ اور / یا
- ایمرجنسی معاونت (EMRG)

”اطمینان بخش غیر ملکی باشندہ کی حیثیت“ سے مراد غیر ملکی باشندہ کی ایک ایسی حیثیت ہے جو اس شخص کو کسی مخصوص پروگرام کے فوائد کے لیے نا اہل قرار نہ دیتی ہو۔ براہ کرم نوٹ کر لیں کہ مختلف پروگراموں میں مختلف غیر ملکی باشندہ کی شرائط ہوتی ہیں۔ LDSS-4148B، ”کتاب 2: سماجی خدمات کے پروگراموں کے بارے میں آپ کو کیا معلوم ہونا چاہیے“، میں اطمینان بخش غیر ملکی شہری کی حیثیتوں کے بارے میں مزید معلومات درج ہیں۔ آپ مزید معلومات کے لیے اپنے SSD سے بھی رابطہ کر سکتے ہیں۔

گھرانے کا کوئی بھی بالغ فرد یا مجاز نمائندہ گھرانے کے درخواست گزار جملہ افراد کے لیے تصدیق نامہ پر دستخط کر سکتا ہے۔ مثال کے طور پر بغیر شہریت یا غیر ملکی باشندہ کی اطمینان بخش حیثیت کے حامل والدین شہریت یا اطمینان بخش غیر ملکی باشندہ کی حالت والے کسی بچہ / بچی کے لیے تصدیق نامہ پر دستخط کر سکتے ہیں۔ اگر درخواست دینے والا گھرانے کا فرد 18 برس سے کم عمر کا ہے (یا عمر 18 برس یا زیادہ ہے مگر طبی خرابی یا معذوری کی وجہ سے اپنے خود کے نام کے دستخط نہیں کر سکتا ہے) تو گھرانے کا کوئی ایسا فرد جس کی عمر 18 برس یا اس سے زیادہ ہے لازمی طور پر ان کی طرف سے دستخط کرے گا۔ گھرانے کے دوسرے فرد کی طرف سے دستخط کرتے وقت، اپنے خود کے نام کے دستخط کریں۔ مثال کے طور پر، شیر خوار Johnny Doe کی طرف سے دستخط کرتے وقت Mary Doe کو ”Mary Doe“ کے دستخط کرنے چاہئیں۔

کسی باکس کو نشان زد کرنے اور تصدیق نامہ پر دستخط کرنے کا مطلب ہے کہ آپ دروغ گوئی کے جرم کے لیے جرمانے کے اقرار کے تحت اس بات کی تصدیق کرتے ہیں کہ آپ اور / یا وہ شخص (اشخاص) جس کے / جن کے لیے آپ دستخط کر رہے ہیں امریکی شہری، مقامی امریکی، ملک کا باشندہ، یا غیر ملکی باشندہ مع اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت والے ہیں، ہر ایک پروگرام کے لیے جس کے لیے آپ / وہ درخواست دے رہے ہیں۔ اگر آپ کسی باکس کو نشان زد نہیں کرتے ہیں یا امریکی شہریت اور امیگریشن خدمات (USCIS) کا نمبر درخواست دینے والے کسی غیر ملکی شہری کے لیے نشان زد نہیں کرتے ہیں تو وہ شخص معاونت وصول نہیں کر سکے گا۔

آپ کو خود کے لیے یا دیگر کسی بھی ایسے شخص کے لیے تصدیق نامہ پر دستخط نہیں کرنے چاہئیں جو کہ امریکی شہری، مقامی امریکی یا ملک کا باشندہ نہیں ہے، یا جس کے پاس غیر ملکی شہری مع اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت نہیں ہے۔ غیر ملکی شہری جن کے پاس اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت نہیں ہے وہ PA، SNAP، کے فوائد، یا Medicaid (جس سے کسی حاملہ عورت کے لیے Medicaid یا کسی ہنگامی طبی حالت کا علاج مستثنیٰ ہے) کے لیے اہل نہیں ہے۔ اس طرح کے لوگ مخصوص خدمات کے لیے نا اہل بھی ہو سکتے ہیں۔

ہم آپ کے ذریعہ فراہم کردہ معلومات کو USCIS میں جمع کر کے PA، SNAP، بینیفٹس، Medicaid یا خدمات کے لیے درخواست دینے والے گھرانے کے سبھی یا کسی کی غیر ملکی شہری کی حیثیت کی تصدیق کر سکتے ہیں۔ USCIS سے موصولہ معلومات آپ کے گھرانے کی اہلیت اور فوائد کی سطح کو متاثر کر سکتی ہیں۔

درخواست کا صفحہ 5

سیکشن 10: جانڈ سپورٹ انفورسمنٹ یونٹ کے ریفرل سے متعلق معلومات

اگر آپ صرف Medicaid کے لیے درخواست دے رہی ہیں اور آپ حمل سے ہیں، گزشتہ 60 دنوں میں کسی بچے کو جنم دیا ہے، یا صرف 21 برس سے کم عمر بچوں کے لیے درخواست دے رہی ہیں، یا اگر آپ صرف جانڈ کیئر معاونت کے لیے درخواست دے رہی ہیں تو آپ کو یہ سیکشن مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

1. اس بات کے اظہار کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ کسی ایسے شخص کے لیے درخواست دے رہے ہیں، بشمول خود آپ کے، جس کی عمر 21 برس سے کم ہے، جو غیر شادی شدہ والدین کے یہاں پیدا ہوا تھا، اور جس کے لیے قانونی ولدیت ثابت نہیں کی گئی ہے۔

2. اس بات کے اظہار کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ کسی ایسے شخص کے لیے درخواست دے رہے ہیں، بشمول خود آپ کے، جس کی عمر 21 برس سے کم ہے اور اس شخص کے والدین میں سے کم از کم ایک گھر سے باہر رہتا / رہتی ہے۔

اگر آپ نے ان دونوں سوالوں کے لیے ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کیا ہے تو چھوڑ کر سیکشن 11 میں جائیں۔ آپ کو سیکشن 10 کا بقیہ حصہ مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ اگر آپ نے ان میں سے ایک یا دونوں کے لیے ”ہاں“ کو (✓) نشان زد کیا ہے تو آپ کو سیکشن 10 کا بقیہ حصہ لازمی طور پر مکمل کرنا چاہیے۔

3. اس بات کے اظہار کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ کی عمر 21 برس سے کم ہے۔

سوال 3 کے بعد درج بیان دھیان سے پڑھیں اور اگر آپ کو سمجھ میں نہ آئے تو اپنے SSD سے رابطہ کریں۔

21 سال سے کم عمر فرد کا نام: ہر اس شخص کا پہلا، درمیانی اور آخری نام تحریر کریں جن کے لیے آپ نے سوال 1، 2، اور / یا 3 کے لیے ”ہاں“ کو نشان زد کیا ہے۔

نان کسٹوڈیل پیرنٹ یا میٹہ پیرنٹ کا نام اور پتہ، تاریخ پیدائش، اور سوشل سیکورٹی نمبر: ہر اس شخص کے نان کسٹوڈیل پیرنٹ یا میٹہ پیرنٹ کا پہلا، درمیانی، اور آخری نام، پتہ، تاریخ پیدائش، اور سوشل سیکورٹی نمبر تحریر کریں، اگر معلوم ہو، جس کے لیے آپ نے سوال 1، 2، اور / یا 3 کے لیے ”ہاں“ کو نشان زد کیا ہے۔ ”میٹہ پیرنٹ“ وہ شخص ہے جو کہ بچے کا پیرنٹ ہو سکتا ہے لیکن بچے کی پیدائش سے قبل انہوں نے بچے کے دوسرے پیرنٹ سے شادی نہیں کی ہے اور کسی عدالتی کارروائی میں یا قانونی ولدیت کے کسی اقرار نامے کے تحت قانونی ولدیت ثابت نہ کی گئی ہو۔

درخواست کا صفحہ 6

سیکشن 11: ٹیکس فائل کرنا / منحصر کی حیثیت

ہر ایک فرد کے لیے مندرجہ ذیل معلومات تحریر کریں جو کہ گھرانے میں رہ رہا ہے:

پہلا نام، درمیانی نام کا پہلا حرف، اور آخری نام: ہر ایک فرد کا پہلا نام، درمیانی نام کا ابتدائی حرف، اور آخری نام تحریر کریں جو کہ گھرانے میں رہتا ہے:

ٹیکس کی حالت: ہر ایک فرد کے لیے ٹیکس فائل کرنے کی موزوں حالت کو (✓) نشان زد کریں جو گھرانے میں رہتا ہے۔

براہ کرم ایسے ٹیکس پر منحصر اشخاص کی فہرست بنائیں جو آپ کے ساتھ رہائش پذیر نہیں ہیں اور آپ کے گھرانے میں آپ کے یا کسی دوسرے شخص کے ذریعے دعویٰ کیے جاتے ہیں اگر آپ ٹیکس فائل نہیں کرتے ہیں تو آپ ان سوالوں کو چھوڑ کر آگے بڑھ سکتے ہیں۔

ٹیکس منحصر کا نام: کسی بھی ایسے شخص کا پہلا نام، درمیانی نام، اور آخری نام تحریر کریں جو آپ کے ساتھ نہیں رہتا ہے لیکن جس کے ساتھ آپ یا کوئی بھی شخص جس کے ساتھ آپ رہتے ہیں ایک ٹیکس منحصر کی حیثیت سے دعویٰ پیش کرتا ہے۔

ٹیکس فائل کرنے والا کا نام: فہرست میں مذکور ہر ایک ٹیکس منحصر کے لیے، گھرانے میں رہ رہے اس شخص کا پہلا نام، درمیانی نام کا ابتدائی حرف اور آخری نام تحریر کریں جو ٹیکس منحصر کا دعویٰ کرتا ہے۔

سیکشن 12: غیر حاضر / فوت شدہ میاں بیوی کی معلومات

درخواست دینے والے شخص کا نام: درخواست دینے والے کسی بھی شخص کا نام تحریر کریں جو شادی شدہ ہے / تھا لیکن جس کا / کی شریک حیات ان کے ساتھ نہیں رہتا / رہتی ہے یا وفات پا چکا / چکی ہے۔

شریک حیات کا نام: درخواست دینے والے کسی شادی شدہ / سابقہ شادی شدہ شخص کے / کی شریک حیات کا نام تحریر کریں جس کا / کی شریک حیات ان کے ساتھ نہیں رہتا / رہتی ہے یا فوت شدہ ہے۔

شریک حیات کی تاریخ پیدائش اور شریک حیات کی تاریخ وفات، اگر قابل اطلاق ہو: کسی بھی ایسے شادی شدہ / سابقہ شادی شدہ شخص کا / کی شریک حیات کی پیدائش اور (اگر قابل اطلاق ہو تو) وفات کا ماہ، دن اور سال تحریر کریں جو درخواست دے رہا ہے جس کا / کی شریک حیات ان کے ساتھ نہیں رہتا / رہتی ہے یا فوت شدہ ہے۔

شریک حیات کا سوشل سیکورٹی نمبر: درخواست دینے والے کسی بھی ایسے شادی شدہ / سابقہ شادی شدہ شخص کے / کی شریک حیات کا سوشل سیکورٹی نمبر تحریر کریں جس کا / کی شریک حیات ان کے ساتھ نہیں رہتا / رہتی ہے یا فوت شدہ ہے۔

شریک حیات کا پتہ اگر قابل اطلاق ہو: درخواست دینے والے کسی بھی ایسے شادی شدہ شخص کے / کی شریک حیات کا اسٹریٹ پتہ، شہر، کاؤنٹی، ریاست اور ڈپ کوڈ تحریر کریں جس کا / کی شریک حیات ان کے ساتھ نہیں رہتا / رہتی ہے۔ اگر نا معلوم ہو تو شریک حیات کا آخری معلوم پتہ تحریر کریں۔

سیکشن 13: غیر حاضر بچہ کی معلومات

درخواست دینے والے شخص کا نام: درخواست دینے والے کسی بھی شخص کا نام تحریر کریں جس کے پاس ایک 21 سال سے کم عمر کوئی بچہ ہو جو ان کے ساتھ نہیں رہتا ہے۔

غیر حاضر بچہ کا نام اور تاریخ پیدائش: 21 سال سے کم عمر کسی بھی بچہ کا نام، اور پیدائش کا مہینہ، دن اور سال تحریر کریں جو کسی ایسے شخص کے ساتھ نہیں رہتا ہے جو درخواست دے رہا ہے۔

بچہ کا پتہ: 21 سال سے کم عمر کسی بھی زندہ بچہ کا اسٹریٹ پتہ، شہر، کاؤنٹی، ریاست، اور ڈپ کوڈ تحریر کریں جو درخواست دینے والے کسی شخص کے ساتھ نہیں رہتا ہے۔

قانونی ولدیت ثابت کی گئی؟: اس بات کے اظہار کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا 21 برس سے کم عمر کسی ایسے بچے کے لیے قانونی ولدیت ثابت کی گئی ہے جو درخواست دینے والے کسی شخص کے ساتھ نہیں رہتا ہے۔

کیا آپ چائلڈ سپورٹ ادا کرتے ہیں؟: اس بات کے اظہار کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا 21 برس سے کم عمر کسی ایسے بچے کے لیے درخواست دینے والا کوئی شخص چائلڈ سپورٹ ادا کرتا ہے جو ان کے ساتھ نہیں رہتا ہے۔

سیکشن 14: نو عمر والدین کی معلومات

اس سیکشن کو صرف اسی صورت میں مکمل کریں جبکہ آپ عوامی معاونت کے لیے درخواست دے رہے ہوں۔

کیا گھرانے میں 18 سال سے کم عمر (”نو عمر والدین“) کوئی ماں یا باپ ہے؟: اس بات کے اظہار کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا درخواست دینے والا کوئی شخص 18 سال سے کم عمر کوئی ماں یا باپ ہے۔

نام: درخواست دینے والے کسی بھی ایسے شخص کا نام تحریر کریں جو کہ 18 سال سے کم عمر کوئی ماں یا باپ ہے۔

کیا نو عمر والدین کا بچہ گھرانے میں رہتا ہے؟: اس بات کے اظہار کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا درخواست دینے والے 18 سال سے کم عمر کسی شخص کا بچہ آپ کے ساتھ رہتا ہے۔

نو عمر والدین کے بچہ کا نام: درخواست دینے والے 18 سال سے کم عمر کسی شخص کے بچہ کا نام تحریر کریں۔

درخواست کا صفحہ 7 اور 8

سیکشن 15: آمدنی کی معلومات

بتائیں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے وہ کس سے رقم حاصل کرتا ہے اور وہ کون ہے: اس بات کے اظہار کے لیے سطریں 1 تا 27 کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے مذکورہ کسی بھی طرح کی رقم وصول کرتا ہے، اور ہر ایک ”ہاں“ جواب کے لیے، اس شخص کا نام یا ان اشخاص کے نام تحریر کریں جو رقم وصول کرتا ہے کرتے ہیں۔

رقم/ قیمت اور تعدد: ہر ایک "ہاں" جواب کے لیے، ڈالر (\$) میں رقم یا قیمت تحریر کریں اور کتنی کثرت سے اس طرح کی آمدنی ہر ایک وصول کرنے والے شخص کے ذریعہ وصول کی جاتی ہے۔ مثال کے طور پر، اگر آپ ہر ہفتہ بے روزگاری بیمہ کے بینیفٹس میں \$100 وصول کرتے ہیں تو "\$100 فی ہفتہ" یا "\$100/ہفتہ واری" تحریر کریں۔

سپلیمنٹل سیکورٹی انکم (SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME, SSI) (ریاستی اور وفاقی کل): اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے نیو یارک ریاست کا تکملاتی پروگرام (State Supplement Program, SSP) کے فوائد تکملاتی سیکورٹی انکم (SSI) کے علاوہ حاصل کرتے ہیں تو ان رقم کو ایک ساتھ جوڑ کر انہیں سطر 2 میں SSI کے فوائد کے لیے رقم/ قیمت اور تعدد کے کالم میں درج کریں۔ اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے صرف SSP کے فوائد حاصل کرتے ہیں تو انہیں سطر 2 میں SSI کے فوائد کے لیے رقم/ قیمت اور تعدد کے کالم میں درج کریں۔

فوسٹر کیئر کی ادائیگیاں (وصول کی گئیں): اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے فوسٹر کیئر کی ادائیگیاں وصول کرتا ہے تو سطر 17 میں فوسٹر کیئر کے لیے ادائیگیاں رقم/ قیمت اور تعدد کے کالم میں یہ رقم درج کریں۔ اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے کسی فوسٹر بچہ یا بالغ شخص کی دیکھ بھال کے لیے فوسٹر کیئر کی ادائیگیاں وصول کرتا ہے اور آپ تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے فوائد کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو آپ کے پاس دو اختیارات ہیں: آپ اپنے SNAP بینیفٹس کے گھرانے میں فوسٹر کیئر بچہ یا بالغ شخص اور فوسٹر کیئر کی ادائیگیاں شامل کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں یا آپ اپنے SNAP بینیفٹس کے گھرانے میں فوسٹر کیئر بچہ یا بالغ شخص اور فوسٹر کیئر کی ادائیگیاں شامل نہیں کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں۔ اپنے SSD سے دریافت کریں کہ کون سا اختیار آپ کو SNAP کے زیادہ فوائد عطا کرے گا۔

چائلڈ سپورٹ کی ادائیگیاں (وصول کی گئیں): اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے چائلڈ سپورٹ کی ادائیگیاں وصول کرتا ہے تو اس شخص کا نام جو چائلڈ سپورٹ کے لیے ادائیگی کرتا ہے سطر 18 میں "وصول شدہ از" کے بعد تحریر کریں۔

دیگر آمدنی: کسی بھی دیگر رقم کی وضاحت کریں جو آپ کے ذریعہ یا کسی بھی ایسے شخص کے ذریعہ وصول کی گئی جو آپ کے ساتھ رہتا ہے، بشمول اس شخص کے جو رقم وصول کرتا ہے، کتنی زیادہ وہ وصول کرتے ہیں، اور کتنی کثرت سے وہ وصول کرتے ہیں۔

کٹوتیاں، کون، اور رقم/ قیمت اور تعدد: اس بات کے اظہار کے لیے سطر 1 تا 15 کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے سال رواں کے انکم ٹیکس ریٹرن میں ذکر کردہ کسی وفاقی ٹیکس کٹوتیوں کے لیے کلیم کرے گا۔ ہر ایک "ہاں" جواب کے لیے، اس شخص کا نام (ان اشخاص کے نام) تحریر کریں جو کٹوتی (کٹوتیوں) کے لیے کلیم کریں گے، اور اخراجات کی رقم یا قیمت اور تعدد جسے انکم ٹیکس ریٹرن میں کلیم کیا جائے گا۔

دیگر ایڈجسٹمنٹ: کسی دیگر وفاقی ٹیکس کٹوتیوں کی وضاحت کریں جو آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے سال رواں کے انکم ٹیکس ریٹرن میں کلیم کرے گا، بشمول ان لوگوں کے جو کٹوتیاں کلیم کریں گے، اور رقم یا قیمت اور اخراجات کا تعدد جس کا دعویٰ انکم ٹیکس ریٹرن میں کیا جائے گا۔

سیکشن 16: سوتیلے والدین / غیر ملکی شہری مع اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت والے اسپانسر کی معلومات

کیا کسی بچوں کے سوتیلے والدین جو آپ کے ساتھ رہتے ہیں ان کے پاس کوئی وسائل ہیں یا وہ کسی طرح کی آمدنی وصول کرتے ہیں؟ اور وہ کون ہیں: اس بات کے اظہار کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا درخواست دینے والے کسی شخص کا، بشمول آپ کے، سوتیلا والد یا سوتیلی والدہ ہے جو آپ کے ساتھ نہیں رہتا یا نہیں رہتی ہے اور جس کے پاس مالی وسائل ہیں یا جو کسی بھی ذریعہ سے رقم وصول کرتا یا کرتی ہے۔ (اگر سوتیلا والد یا سوتیلی والدہ آپ کے ساتھ رہتا یا رہتی ہے تو سوتیلے ماں باپ کے ذرائع / آمدنی انکم سیکشن 15، آمدنی کی معلومات، میں شامل کیے جانے چاہئیں)۔ اگر "ہاں" تو سوتیلے ماں باپ کا نام تحریر کریں۔

کیا آپ کے گھرانے میں کوئی شخص غیر ملکی باشندہ مع اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت کا حامل ہے جس کو ریاستہائے متحدہ میں داخلہ کے لیے اسپانسر کیا گیا تھا اور وہ کون ہے؟ اس بات کے اظہار کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا آپ کے گھرانے میں کوئی شخص کوئی غیر ملکی باشندہ مع اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت کا حامل موجود ہے جس کو ریاستہائے متحدہ میں داخلہ کے لیے کسی شخص نے اسپانسر کیا تھا ہے۔ اگر "ہاں" تو اس شخص کا نام تحریر کریں جس نے اسپانسر کیا تھا۔

اسپانسر کا نام، پتہ، اور فون نمبر: اگر "ہاں" تو اس شخص کا نام تحریر کریں جس نے آپ کو یا آپ کے گھرانے میں کسی بھی شخص کو ریاستہائے متحدہ میں داخلہ کے لیے اسپانسر کیا تھا، اسپانسر کا پتہ، اور اسپانسر کا فون نمبر۔

درخواست کا صفحہ 9 اور 10

سیکشن 17: ملازمت کی معلومات

یہ سیکشن خود کے لیے اور ہر اس شخص کے لیے مکمل کریں جو آپ کے ساتھ رہتا ہے۔ اگر آپ ملازم ہیں تو آپ اب بھی معاونت کے لیے اہل ہو سکتے ہیں۔ اس سیکشن کے مقاصد کے لیے، ”کام کرنے کی عمر“ سے مراد 18 سال یا اس سے زیادہ عمر ہے، یا کسی بھی ایسے شخص کے لیے 16 سال یا اس سے زیادہ جو اسکول نہیں جاتا ہے۔

میں فی الحال: اس بات کے اظہار کے لیے ”ملازم“، ”خود بر سر روزگار“، یا ”بے روزگار“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ کام کر رہے ہیں، اور اگر ہاں تو آیا آپ خود کے لیے یا کسی اور کے لیے کام کرتے ہیں۔

مجموعی آمدنی: وہ رقم تحریر کریں جو آپ ٹیکسوں کی منہائی سے پہلے ہفتہ واری، ہفتہ میں دو بار، یا ماہانہ (سالانہ نہیں) بنیاد پر حاصل کرتے ہیں، اگر قابل اطلاق ہو۔ تمام اجرتیں، تنخواہ، اور وراثت کی اجرت، کمیشن، اور ٹپس شامل کریں۔

ماہانہ کام کیے گئے گھنٹے: ہر ایک ہفتہ آپ جتنے گھنٹے کام کرتے ہیں ان کی تعداد تحریر کریں، اگر قابل اطلاق ہو۔

ادا کردہ: اس بات کے اظہار کے لیے ”ہفتہ واری“، ”ہفتہ میں دو بار“، یا ”ماہانہ“ کو (✓) نشان زد کریں کہ کتنی کثرت سے آپ کو ادائیگی کی جاتی ہے، اگر قابل اطلاق ہو۔

ہفتہ کا وہ دن جس میں ادائیگی کی جاتی ہے: ہفتہ کا وہ دن تحریر کریں جس میں آپ کو ادائیگی کی جاتی ہے، اگر قابل اطلاق ہو۔

آجر کا نام اور پتہ اور فون نمبر: اپنے آجر کا نام، پتہ اور فون نمبر تحریر کریں، اگر قابل اطلاق ہو۔ ”خود“ اور اپنے کاروبار کا پتہ اور فون نمبر تحریر کریں اگر آپ خود بر سر روزگار ہوں۔

کیا کوئی اور شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے فی الحال ملازم یا خود بر سر روزگار ہے اور کون: اگر کوئی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے کام کر رہا ہے تو ”ملازم“ یا ”خود بر سر روزگار“ کو (✓) نشان زد کریں، اور ان کا نام تحریر کریں۔

مجموعی آمدنی، ماہانہ کام کیے گئے گھنٹے، ہفتے کا وہ دن جس میں ادائیگی کی جاتی ہے، آجر کا نام اور پتہ، اور فون نمبر: مذکورہ بالا احکامات کے مطابق کسی بھی ایسے شخص کے لیے مکمل کریں جو آپ کے ساتھ رہتا اور کام کرتا ہے۔

کیا آپ کے آجر کے ذریعہ صحت بیمہ دستیاب ہے؟: اگر آپ ملازم ہیں تو یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ کے پاس آپ کے آجر کے معرفت میڈیکل کوریج دستیاب ہے۔

کیا کسی ایسے شخص کا جو آپ کے ساتھ رہتا ہے کسی آجر کے پاس صحت بیمہ ہے؟ اور وہ کون ہے: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا کوئی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس کا کسی آجر کے معرفت میڈیکل کوریج ہے، اور اگر ”ہاں“ تو ان کا نام تحریر کریں۔

بیمہ کمپنی کا نام: اپنی صحت بیمہ کمپنی اور / یا کسی ایسے شخص کی صحت بیمہ کمپنی کا نام تحریر کریں جو آپ کے ساتھ رہتا ہے، اگر قابل اطلاق ہو۔

کیا آپ کے پاس یا کسی بھی ایسے شخص کے پاس جو آپ کے ساتھ رہتا ہے ملازمت کی وجہ سے بچہ یا منحصر شخص کی دیکھ بھال کے اخراجات ہیں؟ اور وہ کون ہیں: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس پر بچہ کی دیکھ بھال یا منحصر شخص کی دیکھ بھال (مثال کے طور پر کوئی ضعیف والدین) کے اخراجات ملازم ہونے کے نتیجے میں ہیں اور ان اخراجات والے شخص کا نام تحریر کریں۔

کیا آپ پر یا کسی اور شخص پر جو آپ کے ساتھ رہتا ہے ملازمت سے وابستہ دیگر اخراجات ہیں؟ اور وہ کون ہیں: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس پر ملازمت سے وابستہ کوئی اخراجات (مثال کے طور پر نقل و حمل، یونیفارم) ہیں، اور اگر ہاں تو اپنا / ان کا نام تحریر کریں۔

اگر ملازم نہ ہوں تو آخری بار کب آپ نے یا کسی ایسے شخص نے جو آپ کے ساتھ رہتا ہے کام کیا تھا؟، کون، کب، اور کہاں: اگر آپ یا کام کرنے کی عمر کا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے بے روزگار ہے تو اپنا / ان کا نام، وہ تاریخیں جب آپ نے / انہوں نے آخری بار ملازمت کی تھی، اور کہاں آپ / وہ لوگ آخری بار ملازم تھے تحریر کریں۔

کیوں آپ نے (یا انہوں نے) کام کرنا چھوڑ دیا؟: وہ وجہ (وجوہات) تحریر کریں جس کے لیے آپ یا کام کرنے کی عمر کا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے بے روزگار ہے۔

کیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے بے روزگاری کے مد نظر درخواست دیتے ہیں؟، کون، کب، اور درخواست دینے کی حالت: اگر آپ یا کام کرنے کی عمر کا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے بے روزگار ہے تو یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ / ان لوگوں نے بے روزگاری کے مد نظر درخواست دی ہے۔ اگر ”ہاں“ تو اپنا / ان کا نام، کب آپ نے / انہوں نے بے روزگاری کے لیے فائل کیا، اور فائلنگ کی حالت تحریر کریں۔

کیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے کسی اسٹرانک میں حصہ لے رہا ہے؟ اور وہ کون ہیں: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اسٹرانک پر ہیں (یعنی کسی آجر کے فیصلہ یا کام کے طریقوں کے خلاف احتجاج میں کام کرنا چھوڑ دیا ہے) اور اگر ”ہاں“ تو اپنا / ان کا نام تحریر کریں۔

اسٹرانک کب شروع ہوا: اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اسٹرانک پر ہیں تو وہ تاریخ تحریر کریں جس میں آپ / وہ اسٹرانک پر چلے گئے۔

کیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے کوئی تارک وطن یا موسمی فارم ورکر ہے؟ اور وہ کون ہیں: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے کام کے لیے مختلف فارمز کا سفر کرتا ہے یا فارم میں صرف بوائے کے موسم میں کام کرتا ہے، اور اگر ”ہاں“ تو اپنا / ان کا نام تحریر کریں۔

کیا آپ یا کوئی دیگر بالغ شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس کے پاس کوئی ایسے طبی عوارض ہیں جو کام کرنے کی صلاحیت یا اس کام کی نوعیت کو محدود کرتے ہیں جو کہ انجام دیے جا سکتے ہیں؟ اور وہ کون ہیں: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کام کرنے کی عمر کا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس کے یہاں کوئی ایسی حالت ہے جو آپ کو / انہیں کل وقت کام کرنے سے یا مخصوص طرح کے کام کرنے سے باز رکھتی ہے، اور اگر ”ہاں“ تو اپنا / ان کا نام تحریر کریں۔

بندشوں کی وضاحت کریں: اگر آپ یا کام کرنے کی عمر کا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس کے پاس کوئی ایسی حالت ہے جو آپ کو / انہیں کل وقت کام کرنے سے یا مخصوص طرح کے کام کرنے سے باز رکھتی ہے تو ان طریقوں کی وضاحت کریں جن میں آپ / وہ لوگ محدود ہیں۔

کیا آپ آج کوئی ملازمت قبول کر سکتے ہیں؟ اور اگر نہیں تو کیوں؟: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ دستیاب ہونے کی صورت میں آج کوئی کام قبول کر سکتے ہیں، اور اگر ”نہیں“ تو اسباب بیان کریں۔

آپ کس طرح کا کام کرنا پسند کرتے ہیں؟: آپ کو کس طرح کا کام کرنا اچھا لگے گا؟

درخواست کا صفحہ 11

سیکشن 18: تعلیم / ٹریننگ

آپ کی مکمل شدہ تعلیم کی اعلیٰ ترین سطح کیا ہے؟: اس وضاحت کو (✓) نشان زد کریں کہ جو اس بات سے بہترین مطابقت رکھتی ہے کہ آپ نے کتنی زیادہ تعلیم مکمل کی ہے۔

اگر ایسا ہے تو مکمل شدہ آخری گریڈ؟: اگر آپ نے ہائی اسکول مکمل نہیں کیا ہے تو وہ آخری گریڈ تحریر کریں جو آپ نے مکمل کیا ہے۔

کیا گھرانے میں کسی اور کے پاس کوئی ہائی اسکول ڈپلوما، جنرل اکیولینسی ڈپلوما (GENERAL EQUIVALENCY DIPLOMA, GED) یا ٹیسٹ اسیسنگ سیکنڈری کمپلشن (TASC™, TEST ASSESSING SECONDARY COMPLETION) یا اس سے اعلیٰ سطح کی تعلیم ہے؟، کون، حاصل کردہ ڈگری، اور مکمل کرنے کی تاریخ: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس کے پاس ہائی اسکول ڈپلوما، جنرل اکیولینسی ڈپلوما (GED) یا ٹیسٹ اسیسنگ سیکنڈری کمپلشن (TASC™) یا اس سے اعلیٰ سطح کی تعلیم ہے اگر ”ہاں“ تو اس شخص کا نام، حاصل کردہ ڈگری، اور حاصل کرنے کی تاریخ تحریر کریں۔

خود کے لیے یا کسی بھی ایسے شخص کے لیے جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ معاونت حاصل کرنے کے لیے درخواست دے رہا ہے مندرجہ ذیل سوالات مکمل کریں:

کیا کسی ٹریننگ پروگرام میں ہے یا رہا ہے؟، کون، کہاں، پروگرام، شرکت کرنے کی تاریخیں، اور مکمل کرنے کی تاریخیں: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو معاونت کے حصول کے لیے درخواست دے رہا ہے اس نے ملازمت کے کسی ٹریننگ پروگرام میں شرکت کی ہے، اور اگر ”ہاں“ تو اس شخص کا نام، اس شخص نے ٹریننگ پروگرام میں کہاں شرکت کی، پروگرام کا نام یا یہ کہ کس طرح کا پروگرام تھا، اور وہ تاریخیں جس میں اس شخص نے شرکت کی اور پروگرام کو مکمل کیا تحریر کریں۔

کیا عمر 16 سال یا زیادہ ہے اور اسکول یا کالج میں زیر تعلیم ہے؟، کون، اور کہاں: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو معاونت کے حصول کے لیے درخواست دے رہا ہے اس کی عمر 16 برس یا زیادہ ہے اور اسکول یا کالج میں زیر تعلیم ہے، اور اگر ”ہاں“ تو اس شخص اور ان کے اسکول یا کالج کا نام تحریر کریں۔

کیا عمر 16 برس سے کم ہے اور وہ اسکول میں زیر تعلیم ہے؟، کون، اور اسکول: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو معاونت کے حصول کے لیے درخواست دے رہا ہے اس کی عمر 16 برس سے کم ہے، اور اگر ”ہاں“ تو اس طرح کے کسی بھی شخص (اشخاص) اور ان کے اسکول کے نام تحریر کریں۔

درخواست کا صفحہ 12

سیکشن 19: ذرائع کی معلومات

اگر آپ فوسٹر کیئر اور / یا چائلڈ کیئر معاونت کے برخلاف صرف خدمات کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو آپ کو یہ سیکشن مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

اگر آپ صرف تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام کے فوائد کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو آپ کو یہ بتانے کی ضرورت نہیں ہے کہ آیا آپ کے پاس زندگی کا بیمہ ہے۔

اس بات کا اشارہ دیں کہ آیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص درج ذیل کی درخواست دے رہا ہے: سطریں 1 تا 23 کے لیے، یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ معاونت کے لیے درخواست دے رہا ہے ان کے پاس فہرست میں ذکر کردہ کوئی مالی ذرائع ہیں۔

کون: ہر ایک ”ہاں“ جواب کے لیے، اس شخص (اشخاص) کا نام (کے نام) تحریر کریں جن کے پاس ذرائع ہیں۔

اگر ہاں تو رقم/ قیمت: ہر ایک ”ہاں“ جواب کے لیے، ڈالر (\$) میں ذریعہ کی رقم یا قیمت تحریر کریں۔ کسی بھی مشترک املاک کو ضرور ذکر کریں (یعنی ایسے ذرائع جن کا تعلق دو یا زیادہ لوگوں سے ہے، مثال کے طور پر، مشترکہ بینک کھاتے)۔ کوئی بھی شخص جو عوامی معاونت یا Medicaid کے لیے درخواست دے رہا ہے اس کے لیے کسی بھی قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ داروں کے ذرائع کو شامل کرنا لازمی ہے۔ یہ وہ لوگ ہیں جو از روئے قانون آپ کو یا کسی بھی درخواست گزار کو مالی مدد دینے کے پابند ہیں جیسے کوئی شریک حیات یا، اگر آپ کی عمر 21 برس سے کم ہے تو کوئی بھی والدین یا سوتیلے والدین جو آپ کے ساتھ یا کسی بھی درخواست گزار شخص کے ساتھ رہتے ہیں۔

موثر گاڑی (گاڑیوں) یا دیگر گاڑی (گاڑیوں) کا حق ملکیت یا رجسٹریشن ہے، سال، بناوٹ/ ماڈل، اور دیگر: اگر آپ کا نام یا کسی بھی ایسے شخص کا نام جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ درخواست دے رہا ہے وہ کسی کار یا دیگر گاڑی کے لیے مالک کی حیثیت سے مذکور ہے، سطر 6 میں ہر ایک گاڑی کے لیے سال، بناوٹ، اور ماڈل تحریر کریں۔ سطر 6 میں ”دیگر“ کے بعد، ذرائع کی فہرست ذکر کریں، جیسے کیمپرس، اسنو موبائلز، اور کشتیاں۔

مذکورہ بالا کے علاوہ دیگر ذرائع ہیں: اگر آپ کوئی مجموعی رقم حاصل کرتے ہیں یا حاصل کرنے کی توقع کر رہے ہیں تو اپنے SSD کو فوراً بتانا انتہائی ضروری ہے۔ مجموعی رقم بیکارگی ادائیگی ہوتی ہے، جیسے کسی بیمہ کا تصفیہ، میراث، یا کسی مقدمہ کا ایوارڈ یا لائٹری جیتنا۔ مجموعی رقم کے بارے میں مزید معلومات کے لیے دیکھیں LDSS-4148A، ”کتاب 1: اپنے حقوق اور ذمہ داریوں کے بارے میں آپ کو کیا معلوم ہونا چاہیے“۔

کیا کسی نے ... ماضی میں کبھی کوئی ٹرسٹ قائم کیا ہے یا گزشتہ 60 مہینوں کے اندر کسی ٹرسٹ میں کوئی اثاثے منتقل کیے ہیں؟: اگر آپ یا آپ کا شریک حیات اس مہینہ کے پہلے دن سے قبل 36 مہینوں کے اندر کوئی اثاثے منتقل یا عطیہ کرتے ہیں (کسی ٹرسٹ کو منتقل کرنے کے لیے یہ مدت 60 ماہ ہے) جس میں آپ نرسنگ سہولت کی خدمات وصول کرتے ہیں اور آپ نے Medicaid کے لیے کوئی درخواست جمع کرا رکھی ہے تو آپ نرسنگ سہولت کی خدمات یا Medicaid پروگرام کے تحت گھر پر یا کمیونٹی پر مبنی رعایتی خدمات حاصل کرنے کے مجاز نہیں ہوں گے۔

اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو درخواست دے رہا ہے یا آپ کا یا کسی اور کا شریک حیات درخواست دے رہا ہے (خواہ اگر شریک حیات درخواست نہیں دے رہا ہے یا گھرانے میں نہیں رہ رہا ہے)، اس نے کوئی ٹرسٹ قائم کیا ہے یا گزشتہ پانچ سالوں میں کسی ٹرسٹ کے اندر کوئی رقم لگائی ہے تو سطر 23 میں تحریر کریں کہ ٹرسٹ کب قائم کیا گیا تھا یا رقم کب لگائی گئی تھی۔

درخواست کا صفحہ 13 تا 15

سیکشن 20: طبی معلومات

ذکر کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ درخواست دے رہا ہے اور اگر ہاں تو وہ کون ہے: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا مذکورہ کوئی بھی حالتیں آپ پر یا کسی بھی ایسے شخص پر منطبق ہوتی ہیں جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ تعاون کے لیے درخواست دے رہا ہے، اور اگر "ہاں" تو اس شخص کا نام تحریر کریں جس پر ہر ایک حالت کا اطلاق ہوتا ہے۔ تمام صحت اور ہسپتال / ایکسیڈنٹ بیمہ کی فہرست ضرور ذکر کریں جو آپ کے پاس ہیں یا جو کسی بھی ایسے شخص کے لیے دستیاب ہے جو درخواست دے رہا ہے۔

اس کے پاس اس درخواست کے مہینہ سے قبل والے 3 مہینوں کے اندر ادا شدہ یا غیر ادا شدہ طبی بل ہیں: Medicaid آپ کو مدد کے لیے جس ماہ میں آپ درخواست دیتے ہیں اس سے قبل تین ماہ کے اندر آپ کو فراہم کی گئی نگہداشت کے لیے طبی بلوں کے عوض ادائیگی کر سکتا ہے۔ اگر آپ پہلے ہی بل ادا کر چکے ہیں تو ہم آپ کو بلوں کے عوض ادائیگی کر سکتے ہیں اگر ہم یہ طے کرتے ہیں کہ آپ اس وقت Medicaid کے لیے اہل رہے ہوں گے۔ ہم آپ کو اس صورت میں بھی ادائیگی کر سکتے ہیں جبکہ ڈاکٹر یا کوئی اور فراہم کنندہ Medicaid قبول نہیں کرتا ہے، لیکن ہم آپ کو صرف وہی رقم ادا کر سکتے ہیں جو کہ Medicaid آپ کو ادا کرتا اور صرف اس صورت میں جبکہ بل ان خدمات کے لیے ہو جن کے لیے Medicaid نے ادائیگی کی ہوتی۔

حاملہ ہیں: اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتی ہے جو کہ درخواست دے رہی ہے حاملہ ہیں تو سطر 14 میں ولادت کی متوقع تاریخ نیز ولادتوں کی متوقع تعداد تحریر کریں۔

صحت بیمہ کا انتخاب: اس سیکشن کو ہر اس شخص کے لیے مکمل کریں جو Medicaid کے لیے درخواست دے رہا ہے۔ Medicaid میں اندراج یافتہ بیشتر لوگوں سے ایک زیر انتظام نگہداشت کے صحت بیمہ میں شامل ہونے کا تقاضا کیا جاتا ہے سوائے اس کے کہ وہ لوگ کسی مستثنیٰ زمرے میں آتے ہوں۔ کسی صحت کے منصوبے کو منتخب کرنے کے لیے اسے استعمال کریں۔ اگر آپ کو پتہ نہیں ہے کہ کون سے صحت بیمے دستیاب ہیں تو اپنے کارکن سے دریافت کریں یا مینجڈ کیئر Medicaid ایڈ جوائس کی ہیلپ لائن کو 1-800-505-5678 پر کال کریں۔

اس منصوبہ کا نام جس میں آپ اندراج کرا رہے ہیں: اس صحت منصوبہ (منصوبوں) کا نام تحریر کریں جس میں Medicaid کے لیے درخواست دینے والا کوئی بھی شخص اندراج کرانا چاہتا ہے۔ اگر آپ کو پتہ نہیں ہے کہ آپ کے لیے کون سے صحت منصوبے دستیاب ہیں تو SSD سے دریافت کریں۔

آخری نام اور پہلا نام: ہر اس شخص کا آخری نام اور پہلا نام تحریر کریں جو Medicaid کے لیے درخواست دے رہا ہے۔

تاریخ پیدائش: ہر اس شخص کی تاریخ پیدائش کا مہینہ، دن اور سال تحریر کریں جو Medicaid کے لیے درخواست دے رہا ہے۔

جنس: ہر اس شخص کی صنف ظاہر کرنے کے لیے "مرد" کے لیے "M" اور "عورت" کے لیے "F" تحریر کریں جو Medicaid کے لیے درخواست دے رہا ہے۔

آئی ڈی نمبر (MEDICAID کارڈ سے اگر آپ کے پاس کوئی موجود ہے): اگر Medicaid کی درخواست دینے والے کسی شخص کے پاس Medicaid کارڈ موجود ہے تو Medicaid کارڈ کا شناختی نمبر یہاں تحریر کریں۔

سوشل سیکورٹی نمبر: Medicaid کی درخواست دینے والے ہر شخص کا سوشل سیکورٹی نمبر تحریر کریں۔ اگر وہ شخص حاملہ ہے تو یہ اختیاری ہے۔

بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ یا ہیلتھ سنٹر (اگر موجودہ فراہم کنندہ ہو تو باکس کو نشان زد کریں): بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ (یعنی جنرل پریکٹیشنر یا فیملی ڈاکٹر) یا ہیلتھ سنٹر کا نام تحریر کریں جسے Medicaid کے لیے درخواست دینے والا کوئی شخص استعمال کرنا چاہتا ہے۔ اگر یہ وہی فراہم کنندہ یا سنٹر ہے جسے وہ شخص پہلے ہی سے استعمال کرتا ہے تو باکس کو (✓) نشان زد کریں۔ طبی نگہداشت وصول کرنے سے پہلے آپ کے لیے اس بات کو یقینی بنانا لازمی ہے کہ فراہم کنندہ یا سنٹر Medicaid کو قبول کرتا ہے۔

OB/GYN نسوان کا نام اور آئی ڈی نمبر (اگر موجودہ فراہم کنندہ ہو تو باکس کو نشان زد کریں): اگر Medicaid کی درخواست دینے والے کسی شخص کو ماہر تولید / ماہر امراض نسوان (OB/GYN, obstetrician/gynecologist) کی نگہداشت اور خدمات کی ضرورت ہو تو اس OB/GYN کا نام تحریر کریں جن کی خدمات درخواست دہندہ استعمال کرنا چاہتی ہے۔ اگر درخواست دہندہ پہلے ہی اس OB/GYN کی خدمات وصول کرتی ہے تو باکس کو (✓) نشان زد کریں۔ طبی نگہداشت وصول کرنے سے پہلے آپ کے لیے اس بات کو یقینی بنانا لازمی ہے کہ فراہم کنندہ یا سنٹر Medicaid کو قبول کرتا ہے۔

قبل اس کے کہ آپ طبی نگہداشت وصول کریں آپ کے لیے اس بات کو یقینی بنانا لازمی ہے کہ کوئی ڈاکٹر یا طبی فراہم کنندہ جو آپ کا معائنہ کرتا ہے اسے Medicaid قبول ہے۔

سیکشن 21: شیلٹر کی معلومات

آپ کے لیے اس سیکشن کو پر کرنا ضروری نہیں ہے اگر آپ فوسٹر کیئر اور / یا چائلڈ کیئر معاونت کو چھوڑ کر خدمات کے لیے درخواست دے رہے ہیں۔

آپ کے مالک مکان کا نام، پتہ اور فون نمبر کیا ہے؟: اگر آپ کا کوئی مالک مکان ہے تو اپنے مالک مکان کا نام، پتہ اور فون نمبر تحریر کریں۔

کیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس کے پاس کوئی کرایہ، مارگیج یا شیلٹر کے دیگر اخراجات ہیں؟: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے وہ کرایہ، یا کوئی مارگیج یا شیلٹر (مثال کے طور پر کمرہ اور بورڈ) کے دیگر اخراجات ادا کرتا ہے، اور اگر "ہاں" تو وہ رقم تحریر کریں جو آپ / وہ لوگ ہر ماہ ادا کرتے ہیں۔ اگر آپ پر کوئی مارگیج پیمنٹ ہے تو پراپرٹی ٹیکسوں اور مکان مالک کے بیمہ (بشمول فائر انشورنس) کی رقم شامل کریں۔

کیا آپ پر یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس پر آپ کے کرایہ سے علیحدہ حرارت کا کوئی بل یا شیلٹر کے دیگر اخراجات ہیں؟: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے وہ آپ کے کرایہ، مارگیج، یا شیلٹر کے دیگر اخراجات سے علیحدہ حرارت کے لیے ادائیگی کرتا ہے، اور اگر "ہاں" تو وہ رقم تحریر کریں جو آپ / وہ ہر ماہ ادا کرتے ہیں۔

کیا آپ پر یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس پر آپ کے کرایہ یا شیلٹر کے دیگر اخراجات سے علیحدہ مندرجہ ذیل اخراجات ہیں؟: سطریں 1 تا 8 کے لیے، یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے وہ آپ کے کرایہ، مارگیج یا شیلٹر کے دیگر اخراجات کے علاوہ مذکورہ کسی بھی اخراجات کے لیے ادائیگی کرتا ہے، اور اگر "ہاں" تو وہ رقم تحریر کریں جو آپ / وہ لوگ ہر ماہ ادا کرتے ہیں۔ سطریں 9 تا 11 پر درج سوالات کے لیے، یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا درخواست دینے والا کوئی بھی شخص ان میں سے کسی انتظامات میں رہتا ہے۔

سیکشن 22: دیگر اخراجات

ذکر کریں اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ درخواست دے رہا ہے اور اگر ہاں تو رقم: سطریں 1 تا 6 پر، یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ درخواست دے رہا ہے مذکورہ کوئی بھی ادائیگیاں کرتے ہیں، یا ان پر کوئی بھی ایسے اخراجات ہیں جو مذکور نہیں ہیں۔ سطر 6 پر کسی بھی ایسے اخراجات کی نشاندہی کریں جو فہرست میں مذکور نہیں ہیں۔ ہر ایک "ہاں" جواب کے لیے، ادائیگی یا اخراجات کی رقم تحریر کریں، اور یہ کتنی کثرت سے ادا کی جاتی ہے (مثال کے طور پر \$100 فی ہفتہ یا \$100/ہفتہ واری)۔

کیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ درخواست دے رہا ہے اس پر کم از کم 21 برس سے کم عمر کسی بچے کے لیے سپورٹ کے چار مہینوں کا بقایا ہے؟: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ درخواست دے رہا ہے اس پر بچے کے سپورٹ کے چار مہینوں یا زیادہ کا بقایا ہے۔

درخواست کا صفحہ 16

سیکشن 23: دوسری معلومات

کیا آپ کسی ہوم ڈیلیوری سے یا کمیونل ڈائننگ سروس سے کھانے خریدتے ہیں یا خریدنے کا منصوبہ رکھتے ہیں؟: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو درخواست دے رہا ہے فی الحال کسی ہوم ڈیلیوری (مثال کے طور پر، پیپوں پر کھانا) یا کمیونل ڈائننگ (مثال کے طور پر، اس بلڈنگ میں کوئی کیفیٹی ریاست میں آپ رہتے ہیں) سروس سے کھانے خریدتے ہیں یا خریدنے کا منصوبہ رکھتے ہیں۔

کیا آپ گھر پر کھانے پکانے یا تیار کرنے کے قابل ہیں؟: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آپ کے گھر میں کوئی ایسی جگہ موجود ہیں جہاں آپ کھانا پکا سکتے ہیں۔

سطریں 10 تا 12 میں درج سوالوں کے مقاصد کے لیے، "امریکی فوج" سے مراد ذیل ہے:

- امریکی آرمی
- امریکی نیوی
- امریکی کوسٹ گارڈ
- امریکی مرین کورپس
- امریکی ایئر فورس
- دوسری عالمی جنگ کے دوران امریکی مرچینٹ مرین

کیا آپ یا آپ کے گھرانے کا کوئی بھی شخص امریکی فوج میں رہا ہے؟ اور کون: یہ ظاہر کرنے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی اور شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے کبھی فوج کے کسی مذکورہ بالا شعبوں میں رہے ہیں، اور اگر "ہاں" تو ان کا نام تحریر کریں۔

کیا آپ کا شریک حیات کبھی امریکی فوج میں رہا ہے؟ یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ کا شریک حیات کبھی فوج کے کسی مذکورہ بالا شعبہ میں رہا ہے۔

کیا آپ کے گھرانے میں کوئی شخص کسی ایسے شخص پر منحصر ہے جو امریکی فوج میں ہے یا تھا؟ اور کون: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے مالی طور پر کسی ایسے شخص پر منحصر ہے جو مذکورہ بالا فوج کے کسی شعبہ سے منسلک ہے یا کبھی رہا ہے، اور اگر ”ہاں“ تو منحصر شخص کا نام تحریر کریں۔

کیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے فی الحال معاونت یا خدمات موصول کرتا ہے؟ اگر ہاں تو، کون؟ اور معاونت کی نوعیت: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے فی الحال عوامی معاونت، Medicaid، تکملاتی غذائی اعانت کا پروگرام (SNAP؛ سابقاً ”فوڈ اسٹامپ“) کے بینیفٹس، چائلڈ کیئر معاونت، یا خدمات موصول کرتے ہیں۔ اگر ”ہاں“ تو اس شخص کا نام اور موصولہ معاونت کی نوعیت تحریر کریں۔

کیا آپ نے یا کسی اور نے جو آپ کے ساتھ رہتا ہے ماضی میں معاونت یا خدمات موصول کی ہیں؟ اگر ہاں تو، کون؟ اور معاونت کی نوعیت: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ نے یا کسی اور نے جو آپ کے ساتھ رہتا ہے ماضی میں عوامی معاونت، Medicaid، SNAP، بینیفٹس، چائلڈ کیئر معاونت یا خدمات موصول کی ہیں۔ اگر ”ہاں“ تو اس شخص کا نام اور موصولہ معاونت کی نوعیت تحریر کریں۔

دیگر معلومات (جاری): یہ ظاہر کرنے کے لیے ”ہاں“ یا ”نہیں“ کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا اگلے نو سوالوں میں بیان کردہ حالتوں کا اطلاق آپ پر یا کسی اور شخص پر جو آپ کے ساتھ رہتا ہے ہوتا ہے، اور اگر ”ہاں“ تو اس شخص کا نام تحریر کریں جس پر اس حالت کا اطلاق ہوتا ہے۔ اگر آپ ان سوالوں کو نہیں سمجھتے ہیں تو وضاحت کے لیے اپنے SSD سے کہیں۔ براہ کرم نوٹ کر لیں کہ نیو یارک ریاست کے قانون میں ایسے شخص کے لیے تاوان یا جیل یا دونوں کا التزام ہے جسے حقائق کو چھپانے یا حقیقت نہ بتانے کی وجہ سے عوامی معاونت، Medicaid، SNAP، بینیفٹس، چائلڈ کیئر معاونت یا خدمات حاصل کرنے کا مجرم پایا گیا ہو۔

پراپرٹی ٹرانسفر کی حالت: یہ ظاہر کرنے کے لیے ”میں نے کیا“ یا ”میں نے نہیں کیا“ باکس کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ نے یا درخواست دینے والے کسی اور شخص نے عوامی معاونت یا SNAP بینیفٹس موصول کرنے کی غرض سے کوئی پراپرٹی فروخت، ٹرانسفر یا عطیہ کیا ہے۔ براہ کرم نوٹ کر لیں کہ نیو یارک ریاست کے قانون میں ایسے شخص کے لیے تاوان یا جیل یا دونوں کا التزام ہے جسے حقائق کو چھپانے یا حقیقت نہ بتانے کی وجہ سے عوامی معاونت، Medicaid، SNAP، بینیفٹس، چائلڈ کیئر معاونت یا خدمات حاصل کرنے کا مجرم پایا گیا ہو۔

درخواست کے صفحات 18 تا 24

اطلاعات، تفویضات، اجازتیں اور رضامندیاں

اس سیکشن میں درج جملہ معلومات کو دھیان سے پڑھیں یا کسی اور شخص سے کہیں کہ وہ انہیں آپ کے لیے پڑھ دیں۔ اس سیکشن میں معاونت وصول کرنے سے متعلق آپ کے حقوق اور ذمہ داریوں، نیز ان جرمانوں کی معلومات ہیں جو آپ پر لگائے جا سکتے ہیں (مثال کے طور پر کوئی تاوان اور / یا جیل) اگر آپ اس سیکشن کے تحت اپنی ذمہ داریاں پوری نہیں کرتے ہیں۔ کسی درخواست پر دستخط کرنے کے بعد اسے جمع کر کے آپ اس بات کا اظہار کرتے ہیں کہ آپ اس سیکشن میں درج معلومات کو سمجھتے ہیں اور ان سے اتفاق رکھتے ہیں۔

تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام کا مجاز نمائندہ: اگر آپ چاہتے ہیں کہ کوئی شخص آپ کے لیے تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے بینیفٹس کی درخواست دے اور / یا آپ چاہتے ہیں کہ کوئی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے وہ آپ کے لیے SNAP بینیفٹس حاصل کرے اور / یا انہیں آپ کے لیے غذائیں خریدنے میں استعمال کرے تو باکس میں اس شخص کا نام، پتہ اور فون نمبر تحریر کریں۔ یہ شخص آپ کا ”مجاز نمائندہ“ ہے۔ مجاز نمائندے کو لازمی طور پر اس درخواست کے اخیر میں دستخط کے صفحہ پر دستخط کر کے تاریخ ڈالنی چاہیے۔ اگر آپ کا گھرانہ کسی ادارے میں رہائش پذیر نہیں ہے تو آپ کے گھرانے کے ایک ذمہ دار بالغ فرد کو بھی درخواست پر دستخط کر کے تاریخ ڈالنی چاہیے، سوائے اس کے کہ آپ کے گھرانہ نے اس کے برخلاف مجاز نمائندہ کو یہ کام کرنے کے لیے تحریری طور پر نامزد کیا ہو۔

طبی معلومات کا اجراء: ”HIV/AIDS کی معلومات ظاہر نہ کریں“، ”ذہنی صحت کی معلومات ظاہر نہ کریں“ اور / یا ”منشیات اور الکحل کی معلومات ظاہر نہ کریں“ کو (✓) نشان زد کریں اگر آپ اپنے بارے میں اور یا درخواست دینے والے فیملی ممبران کے بارے میں یہ طبی معلومات ظاہر کیے جانے سے اتفاق نہ کرتے ہوں جیسا کہ قانون کی رو سے اجازت ہے۔

دستخط کا سیکشن: اس سیکشن کو دھیان سے پڑھیں یا کسی اور شخص سے کہیں کہ وہ انہیں آپ کے لیے پڑھ دیں۔ نیو یارک ریاست کے قانون میں ایسے شخص کے لیے تاوان یا جیل یا دونوں کا التزام ہے جسے حقائق کو چھپانے یا حقیقت نہ بتانے کی وجہ سے عوامی معاونت، Medicaid، تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام کے بینیفٹس، چائلڈ کیئر معاونت یا خدمات حاصل کرنے کا مجرم پایا گیا ہو۔ کسی درخواست پر دستخط کے بعد جمع کرا کر آپ اس بات کا اظہار کرتے ہیں کہ آپ اس سیکشن میں درج بیانات کو سمجھتے ہیں اور ان سے متفق ہیں، اور یہ کہ وہ تمام معلومات جو آپ نے اس درخواست میں فراہم کی ہیں یا آئندہ SSD کو فراہم کریں گے وہ آپ کی بہترین معلومات کی حد تک مکمل اور درست ہیں۔

دستخط دیندہ کے دستخط اور دستخط کرنے کی تاریخ: اپنے نام کے دستخط کریں اور جس دن آپ نے درخواست پر دستخط کیے ہیں وہ تاریخ ڈال دیں سوائے اس کے کہ آپ نے تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے کسی مجاز نمائندہ کو درخواست پر نامزد کر دیا ہو اور آپ کسی انسٹی ٹیوشن میں رہتے ہوں، تو اس صورت میں مجاز نمائندہ درخواست پر دستخط کر کے تاریخ ڈال سکتا ہے۔ اگر آپ کسی انسٹی ٹیوشن میں نہیں رہتے ہیں تو آپ اور مجاز نمائندہ دونوں کو لازماً درخواست پر دستخط کر کے تاریخ ڈالنا چاہیے سوائے اس کے کہ آپ نے پہلے ہی SNAP کے مجاز نمائندہ کو اس کام کے لیے تحریری طور پر نامزد کر دیا ہو۔ اگر آپ نے کسی اور کے لیے درخواست بھرا ہے تو اپنے نام کے دستخط کریں، نہ کہ اس شخص کے نام کے جس کے لیے آپ نے درخواست دی ہے، اور دستخط کرنے کی تاریخ تحریر کر دیں۔

شریک حیات یا محافظ نمائندہ کے دستخط اور دستخط کرنے کی تاریخ: اگر آپ شادی شدہ ہیں اور عوامی معاونت، Medicaid، چائلڈ کیئر معاونت، یا خدمات کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو آپ کے شریک حیات کے لیے درخواست پر دستخط کر کے تاریخ ڈالنا ضروری ہے۔ اگر آپ شادی شدہ ہیں اور صرف تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام کے بینیفٹس کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو شریک حیات میں سے صرف ایک کو درخواست پر دستخط کر کے تاریخ ڈالنا چاہیے۔ اگر آپ کا کوئی محافظ نمائندہ ہے تو اس کے لیے درخواست پر دستخط کر کے تاریخ ڈالنا ضروری ہے۔

مجاز نمائندہ کے دستخط: اگر آپ نے درخواست پر SNAP کا کوئی مجاز نمائندہ نامزد کیا ہے تو اس شخص کے لیے درخواست پر دستخط کر کے تاریخ ڈالنا ضروری ہے۔

میں اپنی درخواست واپس لینے کے لیے رضامند ہوں: کسی باکسوں کو نشان زد نہ کریں، نہ ہی اس سیکشن پر دستخط یا تاریخ ثبت کریں، اگر آپ کوئی درخواست جمع کرانا چاہتے ہیں۔ اس سیکشن کو صرف اسی صورت میں نشان زد کریں جبکہ آپ ایک یا ایک سے زیادہ پروگراموں کے لیے اپنی درخواست واپس لینا چاہتے ہوں۔ کسی پروگرام کے لیے اپنی درخواست واپس لینے کے لیے، اس پروگرام کے سامنے والے باکس کو (✓) نشان زد کریں اور جہاں بتایا گیا ہے وہاں پر دستخط کر کے تاریخ ڈال دیں۔ آپ کی درخواست صرف انہی پروگراموں کے لیے واپس لی جائے گی جنہیں آپ نے نشان زد کیا ہے۔

ووٹر رجسٹریشن فارم: اس درخواست کے آخری دو صفحات ایک ووٹر رجسٹریشن فارم ہے۔ رجسٹر کرنے کے لیے اس فارم کا استعمال کرنا یا ووٹ کے لیے رجسٹر کرنے سے انکار کرنا بینیفٹس اور / یا خدمات کے لیے آپ کی درخواست کے بارے میں لیے گئے فیصلہ، یا معاونت کی اس رقم کو متاثر نہیں کرے گا جو آپ وصول کر سکتے ہیں۔ اگر آپ ووٹر رجسٹریشن فارم بھرنے میں مدد چاہتے ہیں تو اپنے SSD سے دریافت کریں۔

اس عنصر کو ثابت کرنے کے لیے، درج ذیل میں سے ایک فراہم کریں:	اہلیت کا عنصر	<p style="text-align: center;">معلوماتی مقاصد</p> <p style="text-align: center;">دستاویزات کی شرائط</p>		
<p>سوشل سیکیورٹی کارڈ SSA سے سرکاری خط و کتابت غیر ملکی شہریوں کے لیے کسی سوشل سیکیورٹی نمبر کی ضرورت نہیں ہے جو کہ صرف ایمرجنسی معالجہ کے لیے Medicaid کی درخواست دے رہے ہیں یا وہ صرف Medicaid والی ایسی درخواست دہندگان ہیں جو حاملہ ہیں۔</p>	<p><input type="checkbox"/> سوشل سیکیورٹی نمبر (عوامی معاونت، SNAP بینیفٹس اور Medicaid کے لیے - فقط، آپ کو اپنے سوشل سیکیورٹی نمبر Social Security Number) کی (SSN) کا ثبوت فراہم کرنے کی ضرورت نہیں ہے سوائے اس کے کہ آپ جو SSN فراہم کریں وہ SSA کے ریکارڈز کے مطابق نہ ہو یا ایجنسی کے ذریعہ اس کی تصدیق نہ ہو سکے۔)</p>	<p>اہلیت کے عناصر اور دستاویزات کی شرائط کی ذیل کی یہ فہرست کلی طور پر معلوماتی مقاصد کے لیے ہے۔ آپ کا SSD آپ کو مطلع کرے گا کہ آپ کو اہلیت کے کون سے عناصر ثابت کرنے کی ضرورت ہوگی۔ آپ سے اہلیت کے دیگر عناصر کو ثابت کرنے کا تقاضا کیا جا سکتا ہے جو کہ ذیل کی فہرست میں ذکر نہیں ہے۔ آپ اہلیت کی ان شرائط کو ثابت کرنے کے لیے وہ دستاویزات فراہم کرنے کے قابل ہو سکتے ہیں جو کہ ذیل کی فہرست میں مذکور نہیں ہیں۔ اگر دستاویزات کی شرائط کے بارے میں آپ کے پاس کوئی سوالات ہوں تو براہ کرم اپنے SSD سے رابطہ کریں۔</p>		
<p>برتھ سرٹیفکیٹ بیپٹیسمل سرٹیفکیٹ اسپتال کے ریکارڈز امریکی پاسپورٹ ملٹری سروس ریکارڈز نیچر لائزیشن سرٹیفکیٹ USCIS دستاویزات 72/1/1 کے پہلے سے مسلسل امریکی رہائش کا ثبوت۔</p>	<p><input type="checkbox"/> شہریت یا موجودہ غیر ملکی شہری کی حیثیت - امریکی شہری عوامی معاونت، SNAP اور Medicaid کے لیے اہل ہیں۔ عوامی معاونت، SNAP اور Medicaid کا اہل ہونے کی خاطر غیر ملکی شہریوں کے لیے اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت والا ہونا لازمی ہے۔ امیگریشن کا اسٹیٹس حاملہ خواتین یا Child Health Plus B کے لیے درخواست دینے والے تارکین وطن بچوں کے لیے اہلیت کا عنصر نہیں ہے۔ غیر دستاویزی تارکین وطن اور عارضی غیر تارکین وطن صرف ہنگامی طبی حالت کے علاج کے لیے اہل ہیں۔</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> مندرجہ ذیل میں سے کوئی دو</p> <p>(اگر آپ صرف SNAP بینیفٹس یا Medicaid کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو آپ کو ہر ایک نشان زد اہلیت کے عنصر کے لیے صرف ایک فارم لانے کی ضرورت ہے)</p>	<p>اس عنصر کو ثابت کرنے کے لیے، یہ فراہم کریں:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> مندرجہ ذیل میں سے کوئی ایک یا</p>	<p>اہلیت کا عنصر</p>
<p>حالیہ اجرت کے اسٹیٹز تخوواہ کے لفافے لیٹر ہیڈ پر، فی گھنٹہ اجرت کی شرح؛ فی گھنٹہ کام کیے گئے گھنٹے؛ پہلی اجرت کی تاریخ، اگر نئے ہوں اور آجر کا فون نمبر آجر کے ساتھ رابطہ بزنس ریکارڈز ٹیکس ریکارڈز خود کے کام، آمد و اخراجات، موجودہ انکم ٹیکس ریٹرن سے متعلق ریکارڈز اور متعلقہ مواد</p>	<p><input type="checkbox"/> کمانی ہونی آمدنی آجر سے</p>	<p>دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ تصدیق شدہ سوشل سیکیورٹی نمبر برتھ/بیپٹیسمل سرٹیفکیٹ</p>	<p>با تصوی I.D ڈرائیونگ لائسنس امریکی پاسپورٹ نیچر لائزیشن سرٹیفکیٹ اسپتال/ڈاکٹر کے ریکارڈز گود لینے کی دستاویز</p>	<p><input type="checkbox"/> شناخت آپ کو ثابت کرنا ہو گا کہ آپ کون ہیں۔</p>
<p>پادری کا اسٹیٹمنٹ مردم شماری کے ریکارڈز اخبار کا نوٹس دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ</p>	<p><input type="checkbox"/> خود کے کام سے</p>	<p>پادری کا اسٹیٹمنٹ مردم شماری کے ریکارڈز اخبار کا نوٹس دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ</p>	<p>شادی/ڈیٹھ سرٹیفکیٹ علیحدگی کا معاہدہ طلاق کا حکم نامہ سوشل سیکیورٹی ریکارڈز VA ریکارڈز</p>	<p><input type="checkbox"/> ازدواجی حیثیت آپ کو ثابت کرنا ہو گا کہ آپ آیا شادی شدہ، طلاق یاغنے، علیحدہ یا بیوہ/رٹوا ہیں۔</p>
<p>دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ حالیہ ڈاک اسکول ریکارڈز</p>	<p><input type="checkbox"/> کرایہ یا کمرے/بورڈ سے آمدنی</p>	<p>دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ</p>	<p>مالک مکان کا اسٹیٹمنٹ حالیہ کرائے یا لیز کی رسید مارگیج ریکارڈز</p>	<p><input type="checkbox"/> رہائش آپ کو ثبوت فراہم کرنا ہو گا کہ آپ کہاں رہتے ہیں۔</p>
<p>دیگر افراد کے اسٹیٹمنٹس</p>	<p><input type="checkbox"/> آمدنی جو کمانی نہیں گئی چائلڈ سپورٹ</p>	<p>انشورنس پالیسی مردم شماری کے ریکارڈز اسکول ریکارڈز دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ فزیشن کا اسٹیٹمنٹ SSA سے سرکاری خط و کتابت</p>	<p>برتھ سرٹیفکیٹ بیپٹیسمل سرٹیفکیٹ اسپتال کے ریکارڈز گود لینے کے ریکارڈز نیچر لائزیشن سرٹیفکیٹ ڈرائیونگ لائسنس</p>	<p><input type="checkbox"/> عمر آپ کو اسٹیٹس کے لیے درخواست دینے والے ہر فرد کی عمر ثابت کرنی چاہیے، جہاں ضرورت ہو۔</p>
<p>چیک اسٹیٹز حالیہ ایورڈ سرٹیفکیٹ حالیہ بینیفٹ چیک NYS محکمہ لیبر کے ساتھ سرکاری خط و کتابت حالیہ ایورڈ سرٹیفکیٹ حالیہ بینیفٹ چیک SSA سے سرکاری خط و کتابت حالیہ ایورڈ سرٹیفکیٹ حالیہ بینیفٹ چیک VA سے سرکاری خط و کتابت</p>	<p><input type="checkbox"/> بے روزگاری انشورنس بینیفٹس (Unemployment Insurance) (benefits, UIB)</p> <p><input type="checkbox"/> سوشل سیکیورٹی بینیفٹس (SSI)</p> <p><input type="checkbox"/> سابق فوجی کے بینیفٹس</p>	<p>اخبار کا نوٹس انشورنس کمپنی کے ریکارڈز ادارے کے ریکارڈز ایجنسی کیس ریکارڈ اور تدفین کی ادائیگی کی فائلیں دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ</p>	<p>ڈیٹھ سرٹیفکیٹ لو احقین کے فوائد اسپتال کے ریکارڈز VA یا ملٹری ریکارڈز طلاق کے کاغذات دوبارہ شادی کا ثبوت</p>	<p><input type="checkbox"/> غیر حاضر والدین اگر آپ کے گھر میں کسی بچے کے والدین آپ کے ساتھ نہیں رہ رہے ہیں تو آپ کو یہ ثابت کرنا ہو گا۔</p>
			<p>تخوواہ کے اسٹیٹز ٹیکس ریٹرنز سوشل سیکیورٹی یا VA ریکارڈز مانیٹری ٹکٹ مینیشن (مالیاتی تعین کے) لیٹرز ID کارڈز (ہیلتھ انشورنس) ڈرائیونگ لائسنس یا رجسٹریشن</p>	<p><input type="checkbox"/> غیر حاضر والدین کی معلومات آپ کو اپنے پاس موجود کوئی بھی معلومات فراہم کرنا ہوں گی: نام، پتہ، سوشل سیکیورٹی نمبر، تاریخ پیدائش، ملازمت</p>

اہلیت کا عنصر	اس عنصر کو ثابت کرنے کے لیے، درج ذیل میں سے ایک فراہم کریں:	اہلیت کا عنصر	اس عنصر کو ثابت کرنے کے لیے، درج ذیل میں سے ایک فراہم کریں:
<input type="checkbox"/> آمدنی جو کمائی نہیں گئی (جاری)		<input type="checkbox"/> دیگر	
<input type="checkbox"/> ملازمین کا معاوضہ			ایورڈ لیٹر چیک اسٹب
<input type="checkbox"/> تعلیمی گرانٹس اور قرضے			اسکول کا اسٹیٹمنٹ بینک اسٹیٹمنٹ ایورڈ لیٹر
<input type="checkbox"/> سود/منافع/رائٹیز		<input type="checkbox"/> شیلٹر کے اخراجات	بینک یا کریڈٹ یونین کا اسٹیٹمنٹ بروکر/ایجنٹ کا اسٹیٹمنٹ
<input type="checkbox"/> پرائیویٹ پنشن/انویٹی		آپ کو یہ ثابت کرنا ہو گا کہ آپ جہاں رہتے ہیں وہاں رہنے کے لیے آپ کا کتنا خرچ ہوتا ہے (آپ کو شلٹر کے اخراجات کے ہر اٹم کے لیے علیحدہ دستاویزات فراہم کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔) Medicaid کے لیے شیلٹر کے اخراجات کی کاغذی ثبوت کی ضرورت نہیں ہے۔	حالیہ ایورڈ لیٹر حالیہ بینیفٹ چیک ذرائع آمدن سے سرکاری خط و کتابت
<input type="checkbox"/> دیگر			
		<input type="checkbox"/> میڈیکل بلز	
		میڈیکل بلز کی کاپیاں (ادا شدہ اور غیر ادا شدہ)	
<input type="checkbox"/> وسائل		<input type="checkbox"/> ہیلتھ انشورنس	گھرانے کا اسٹیٹمنٹ نرسنگ ہوم کا اسٹیٹمنٹ
<input type="checkbox"/> بینک اکاؤنٹس: چیکنگ، بچت، رٹائرمنٹ (IRA اور کیوگ)		اگر آپ یا کسی درخواست دہندہ کے پاس ہیلتھ انشورنس کوریج ہے (چاہے کسی اور کی جانب سے ادائیگی کی جاتی ہو) تو آپ کو یہ ثابت کرنا ہو گا۔	
<input type="checkbox"/> اسٹاکس، بانڈز، سٹریٹفیکیشن		<input type="checkbox"/> معذور/مجبور/حاملہ	حالیہ بینک ریکارڈز حالیہ کریڈٹ یونین ریکارڈز
<input type="checkbox"/> لائف انشورنس		طبی پیشہ ور کا بیان جس میں حمل اور متوقع تاریخ پیدائش کی تصدیق کی گئی ہو طبی پیشہ ور کا بیان معذوری یا نابینا پن کے لیے SSI یا SSA فوائد کا ثبوت	اسٹاک سٹریٹفیکیشن بانڈز مالی ادارے کا اسٹیٹمنٹ
<input type="checkbox"/> برنیل ٹرسٹ یا فنڈ برنیل پلاٹ یا فینورل ایگریمنٹ		<input type="checkbox"/> غیر ادا شدہ بلز	انشورنس پالیسی انشورنس کمپنی کا اسٹیٹمنٹ
<input type="checkbox"/> انکم ٹیکس ریفرنڈ یا ارنڈ انکم ٹیکس کریڈٹ (earned income tax credit, EITC)		بر بل کی کاپی جس میں واجب الادا رقم، خدمات کی مدت اور فراہم کنندہ درج ہوں	بینک ریکارڈز برینل ایگریمنٹ برنیل پلاٹ ٹیڈ فینورل ڈائریکٹر کا اسٹیٹمنٹ ٹیکس ری فنڈ ٹیکس آفس کا اسٹیٹمنٹ
<input type="checkbox"/> رہائش کے علاوہ غیر منقولہ جائیداد		<input type="checkbox"/> ریفرل	ٹیڈ ریئل ایسٹیٹ بروکر کا بیان بروکر کے ذریعہ موجودہ قیمت کا تعین/اندازہ رجسٹریشن (پرانے ماٹرز) ملکیت کا ٹائٹل ٹیلر کی جانب سے موجودہ قدر کا اندازہ فنانسنگ ٹیڈ ادائیگی کے ذریعے کا اسٹیٹمنٹ
<input type="checkbox"/> موٹر ویکل		ڈرگ/الکحل ٹریٹمنٹ پروگرام امپلائمنٹ سروس	
<input type="checkbox"/> یک مشنت ادائیگی		<input type="checkbox"/> دیگر اخراجات / منحصر شخص کی نگہداشت کی لاگت	
		آپ کو ثابت کرنا ہو گا کہ آیا آپ عدالتی حکم کے تحت سپورٹ، بچہ کی نگہداشت، مگر قرضوں، یا گھر پر صحت معاون یا خدمت گار کی خدمات کے لیے ادائیگی کرتے ہیں	
		<input type="checkbox"/> اسکول میں حاضری	
		آپ کو ثابت کرنا ہو گا کہ اسکول میں کون ہے	اسکول ریکارڈز (موجودہ رپورٹ کارڈ) اسکول/یا اعلیٰ تعلیمی ادارے کا اسٹیٹمنٹ
		<input type="checkbox"/> دیگر:	