درج ذیل کے لیے نیو یارک ریاست کا دوبارہ تصدیق کا فارم مکمل کرنے کی ہدایات:

- عوامی معاونت
- تکملائی غذائی اعانت کا پروگرام
- MEDICAID اور تکملاتی غذائی اعانت کا پروگرام
- MEDICAID اور عوامی معاونت

اگر آپ نا بینا ہیں یا سنگین طور پر ضعف بصارت کے شکار ہیں اور آپ کو کوئی درخواست/ دوبارہ تصدیق کا فارم 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/ دوبارہ تصدیق 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 / دوبارہ تصدیق کے فارمز 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 / دوبارہ تصدیق کے فارمز آڈیو فارمیٹ اور بریل میں صرف اور صرف معلوماتی مقاصد کے لیے دستیاب ہیں۔ دوبارہ تصدیق فراہم کرنے کے لیے، آپ کو تحریری، غیر متبادل شکل میں ایک دوبارہ تصدیق کا فارم جمع کرانا ہوگا۔

اگر آپ کو ایسی معذوریاں لاحق ہیں جو آپ کے یہ دوبارہ تصدیق کا فارم 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 دیگر رہائش درکار ہو یا اس دوبارہ تصدیق کا فارم مکمل کرنے میں کسی اور طرح کی مدد کی ضرورت 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۔

دوبارہ تصدیق کا فارم 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 دوبارہ تصدیق کا فارم استعمال کرتے ہوئے دوبارہ تصدیق فراہم 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 جاناضروری ہے۔ خود کفیل بننے میں آپ کی مدد کے لیے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ (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 ایک ری دوبارہ تصدیق کا فارم پُر کرنا لازمی ہے۔

دوبارہ تصدیق کی کارروائی کے ایک حصّہ کے طور پر، SSD آپ سے خود کے بارے میں اور دیگر ان لوگوں کے بارے میں جن کے لیے آپ دوبارہ تصدیق فراہم کر رہے ہیں معلومات فراہم 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 دوبارہ تصدیق کی کارروائی کے حصّہ کے طور پر آپ کا انٹرویو کر سکتا ہے۔ SSD ممکن ہونے کی صورت میں مختلف پروگراموں کے لیے انٹرویوز کو ضم کر سکتا ہے۔

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

- **براہ کرم صاف صاف تحریر کریں۔**
- **شیڈ والے حصّوں میں نہ لکھیں۔**
- **براہ کرم اس شخص (ان اشخاص) سے متعلق ہر ایک حصّہ کو مکمل کرنے کو یقینی بنائیں جن کے لیے آپ دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ تصدیق کا فارم کے آخری صفحہ پر دستخط کرتے ہیں۔**
- **اگر آپ اس بارے میں پر یقین نہ ہوں کہ دوبارہ تصدیق کا فارم کے کسی حصّہ کو کس طرح مکمل کرنا ہے تو مدد کے لیے اپنے SSD سے دریافت کریں۔**

LDSS-3174 کے علاوہ، "نیو یارک ریاست کا دوبارہ تصدیق کا فارم 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"**

دوبارہ تصدیق کے فارم کے لیے کَوَر پیج

اگر آپ نا بینا ہے یا سنگین ضعف بصارت کے شکار ہے تو آپ ان پروگراموں سے متعلق نوٹسیں موصول کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں جن کی آپ کسی متبادل فارمیٹ میں دوبارہ تصدیق فراہم کرتے ہیں۔ متبادل فارمیٹس بڑے پرنٹ، ڈیٹا 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 نوٹسیں موصول کرنا چاہتے ہیں جن کی آپ دوبارہ تصدیق فراہم کرتے 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 نوٹسیں 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 دیگر رہائش درکار ہو یا اس دوبارہ تصدیق کا فارم مکمل کرنے میں کسی اور طرح کی مدد کی ضرورت ہو تو براہ کرم اپنے SSD سے رابطہ کریں۔

دوبارہ تصدیق کے فارم کا صفحہ 1

سیکشن 1: ہر ایک پروگرام کو نشان زد کریں جس کے لیے آپ یا گھرانے کا کوئی فرد دوبارہ تصدیق فراہم کر رہے ہوں

ہر ایک پروگرام کے لیے باکس کو (✓) نشان زد کریں جس کے لیے آپ یا گھرانے کا کوئی فرد دوبارہ تصدیق فراہم کرنا چاہتے 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 دوبارہ تصدیق کے فارم میں آپ کو "MA" نظر آئے تو اس کا مطلب "Medicaid"، ہے جسے پہلے "طبی اعانت" (Medical Assistance) کہا جاتا تھا۔ آپ اس دوبارہ تصدیق کا فارم استعمال کرتے ہوئے MA کے لیے صرف اس صورت میں دوبارہ تصدیق کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر رہے ہوں۔ اگر آپ Medicaid اور SNAP کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کرنا چاہتے ہوں تو "Medicaid (MA) اور SNAP" باکس کو (✓) نشان زد کریں۔ اگر آپ Medicaid اور PA کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کرنا چاہتے ہوں تو "Medicaid (MA) اور PA" باکس کو (✓) نشان زد کریں۔

اگر آپ صرف MA کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کرنا چاہتے ہوں تو آپ https://nystateofhealth.ny.gov/ پر آن لائن جا سکتے ہیں یا مزید معلومات یا دوبارہ تصدیق فراہم کرنے کے لیے 1-855-355-5777 پر کال کریں۔ آپ صرف MA والی کاغذی درخواست، فارم DOH-4220 کا بھی 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 Medicare بچت پروگرام (Medicare Savings Program, MSP) کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کرنا چاہتے ہوں تو آپ کو لازمی طور پر فارم DOH-4328 پر درخواست دینا چاہیے، جو کہ 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۔

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 نوٹسیں موصول کریں گے جن کے لیے آپ دوبارہ تصدیق فراہم کرتے ہیں۔ "فقط انگریزی" یا "انگریزی اور ہسپانوی" باکس کو اس زبان (ان زبانوں) کے اظہار کے لیے (✓) نشان زد کریں جس میں آپ یہ نوٹسیں 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) 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 بآسانی 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 شیلٹر ہے؟: یہ ظاہر کرنے کے لیے"ہاں" یا "نہیں" کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا جس جگہ آپ رہ رہے ہیں وہ ایک شیلٹر 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 دوبارہ تصدیق فراہم 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 دوبارہ تصدیق کے فارم کے MEDICAID حصّہ اور کسی MEDICAID کوریج کی ممکنہ وصولی کو خفیہ رکھا جائے؟: دوبارہ تصدیق کے فارم 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 دوبارہ تصدیق اور / یا کوئی Medicaid کوریج حاصل کرنے سے متعلق مراسلت کو خفیہ رکھا جائے۔

ان چیزوں کی فہرست ذکر کریں جو آپ کی درخواست یا آخری دوبارہ تصدیق کے بعد سے تبدیل ہوگئی ہیں: آپ کی آخری درخواست یا دوبارہ تصدیق کے بعد سے جو تبدیلیاں پیش آئی ہیں ان کی فہرست ذکر کریں، جیسے پتہ میں کوئی تبدیلی، نیا بچہ، آمدنی میں تبدیلی، کسی ملازمت سے محرومی، وغیرہ۔

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

دوبارہ تصدیق کے 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 آپ دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر رہے ہیں اطلاق ہوتا ہو۔

دوبارہ تصدیق کے فارم 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 دوبارہ تصدیق فراہم نہ کر رہے ہوں۔ سب سے پہلے خود کو فہرست میں ذکر کریں۔

یہ شخص درج ذیل کے لیے دوبارہ تصدیق کروا رہا ہے: اس معاونت کی نوعیت (نوعیتوں) کو (✓) نشان زد کریں جس کے لیے ہر ایک شخص دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے: PA برائے عوامی معاونت، SNAP برائے تکملاتی غذائی اعانت کا پروگرام، MA برائے Medicaid۔

تاریخ پیدائش: ہر اس شخص کی تاریخ پیدائش تحریر کریں جو دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 اورآپ اس شخص کی صنفی شناخت فراہم کرنا چاہتے ہیں تو فراہم کردہ خالی جگہ میں "مرد"، "عورت"، "نان بائنری"، "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 دوبارہ تصدیق فراہم کنندہ افراد کا سوشل سیکورٹی نمبر: ہر اس شخص کے لیے سوشل سیکورٹی نمبر تحریر کریں جو کہ دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے سوائے اس کے کہ وہ شخص ایک حاملہ عورت ہو جو صرف Medicaid کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کر رہی ہو۔

مکمل کردہ اعلی ترین اسکول گریڈ: دوبارہ تصدیق فراہم کرنے والے ہر شخص کے لیے مکمل کردہ اعلی ترین اسکول کا گریڈ (1 تا 12) درج کریں۔ اگر 12 سالوں سے زیادہ ہو تو 13 درج کریں۔

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 دوبارہ تصدیق فراہم کر رہے ہوں یا نہ کر 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۔

سیکشن 7: گھرانے کے افراد میں تبدیلی

اس سیکشن کو مکمل کریں اگر گزشتہ سال کے دوران آپ کے گھرانے میں کوئی شخص داخل ہوا ہے یا اس سے باہر گیا ہے۔

دوبارہ تصدیق کے فارم کا صفحہ 3

سیکشن 8: نسل / نسلیت

دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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 ہوائیئن یا پیسیفک آئی لینڈ کا باشندہ
- W = سفید فام
- U = نا معلوم

یہ معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے۔ یہ دوباہ تصدیق فراہم کرنے والے شخص (اشخاص) 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۔

دوبارہ تصدیق کے فارم کا صفحہ 4

سیکشن 9: شہریت/ غیر ملکی شہری مع اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت

اگر آپ یا آپ کے گھرانے کا کوئی شخص تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے تو آپ کو لازماً فہرست میں گھرانے کے <u>ہر شخص</u> کو ذکر کرنا چاہیے، خواہ وہ SNAP کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم نہ کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کرنے والے کسی بچوں کے ساتھ رہتے ہوں۔ اگر آپ اس سیکشن کو کسی ایسے شخص کے لیے مکمل نہیں کرتے ہیں جو کہ دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 <u>یا تو</u> "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 <u>نہیں</u> 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 10: 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 <u>لیے دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے</u>۔ اگر کوئی دوبارہ تصدیق فراہم کرنے والا امریکی شہری، مقامی امریکی، یا ملک کا باشندہ نہیں ہے تو ان پروگراموں کو (✓) نشان زد کریں جن کے لیے وہ شخص دوبارہ تصدیق فراہم کر 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)؛ اور/یا
- Medicaid (MA)، سوائے اس کے کہ دوبارہ تصدیق فراہم کنندہ شخص حاملہ ہو؛

"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: What You Should Know About Social Services Programs" (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 دوبارہ تصدیق فراہم کرنے والے 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 دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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 کے باشندہ، یا غیر ملکی باشندہ مع اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت والے ہیں، ہر ایک پروگرام کے لیے جس کے لیے آپ / وہ دوبارہ تصدیق فراہم کر رہے ہیں۔ اگر آپ کسی باکس کو نشان زد نہیں کرتے ہیں یا امریکی شہریت اور امیگریشن خدمات (USCIS) کا نمبر دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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 مستثنی ہے) کے لیے اہل نہیں ہے۔ اس طرح کے لوگ مخصوص خدمات کے لیے نا اہل بھی ہو سکتے ہیں (جیسے بچہ یا بالغ فرد کی حفاظتی / محافظ خدمات)۔

ہم آپ کے ذریعہ فراہم کردہ معلومات کو USCIS میں جمع کر کے PA، SNAP بینیفٹس، Medicaid یا خدمات کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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۔

دوبارہ تصدیق کے فارم کا صفحہ 5

سیکشن 11: چائلڈ سپورٹ انفورسمنٹ یونٹ کے ریفرل سے متعلق معلومات

اگر آپ صرف Medicaid کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 12 میں جائیں۔ آپ کو سیکشن 11 کا بقیہ حصّہ 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 11 کا بقیہ حصّہ 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 مبیّنہ پیرنٹ کا نام اور پتہ، تاریخ پیدائش، اور سوشل سیکورٹی نمبر: ہر اس شخص کے نان کسٹوڈیل پیرنٹ یا مبینہ 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۔ "مبیّنہ 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 اقرارنامے کے تحت قانونی ولدیت ثابت نہ کی گئی ہو۔

دوبارہ تصدیق کے فارم کا صفحہ 6

سیکشن 12: 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 دعوئ 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 دعوی 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 دعوی کرتا ہے۔

سیکشن 13: غیر حاضر / فوت شدہ میاں بیوی کی معلومات

دوبارہ تصدیق فراہم کرنے والے شخص کا نام: دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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: دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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 شادہ 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے جس کا / کی شریک حیات ان کے ساتھ نہیں رہتا / رہتی ہے یا فوت شدہ ہے۔

شریک حیات کا سوشل سیکورٹی نمبر: دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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: دوبارہ تصدیق فراہم کرنے والے کسی بھی شادی شدہ شخص کے / کی شریک حیات کا اسٹریٹ پتہ، شہر، کاؤنٹی، ریاست اور زِپ 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 14: غیر حاضر بچہ کی معلومات

دوبارہ تصدیق فراہم کرنے والے شخص کا نام: دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے۔

بچّہ کا پتہ: 21 سال سے کم عمر کسی بھی زندہ بچہ کا اسٹریٹ پتہ، شہر، کاؤنٹی، ریاست، اور زِپ کوڈ تحریر کریں جو دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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 دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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 دوبارہ تصدیق فراہم کرنے والا کوئی شخص چائلڈ سپورٹ ادا کرتا ہے جو ان کے ساتھ نہیں رہتا ہے۔

سیکشن 15: نو عمر والدین کی معلومات

اس سیکشن کو صرف اسی صورت میں مکمل کریں جبکہ آپ عوامی معاونت کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کرنے والا کوئی شخص 18 سال سے کم عمر کوئی ماں یا باپ ہے۔

نام: دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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 دوبارہ تصدیق فراہم کرنے والے 18 سال سے کم عمر کسی شخص کا بچہ آپ کے ساتھ رہتا ہے۔

نو عمر والدین کے بچہ کا نام: دوبارہ تصدیق فراہم کرنے والے 18 سال سے کم عمر کسی شخص کے بچہ کا نام تحریر کریں۔

دوبارہ تصدیق کے فارم کا صفحہ 7 اور 8

سیکشن 16: 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 یا کرتے ہیں۔

رقم/ قیمت اور تعدد: ہر ایک "ہاں" جواب کے لیے، ڈالر ($) میں رقم یا قیمت تحریر کریں اور کتنی کثرت سے اس طرح کی آمدنی ہر ایک وصول کرنے والے شخص کے ذریعہ وصول کی جاتی ہے۔ مثال کے طور پر، اگر آپ ہر ہفتہ بے روزگاری بیمہ کے بینیفٹس میں 100$ موصول 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 رقوم کو ایک ساتھ جوڑ کر انہیں سطر 2 میں SSI کے فوائد کے لیے رقم/ قمیت 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/ قمیت 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/ قمیت 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 <u>نہیں</u> 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 سطریں 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 قمیت اور اخراجات کا تعدد جس کا دعوی انکم ٹیکس ریٹرن میں کیا جائے گا۔

سیکشن 17: 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 دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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 16، 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 غیر ملکی باشندہ کا نام تحریر کریں جو کہ اطمینان بخش حیثیت کا حامل ہے۔

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۔

دوبارہ تصدیق کے فارم کا صفحہ 9 اور 10

سیکشن 18: 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، اوور ٹائم 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 نتیجہ 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 وحمل، 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 اسٹرائک میں حصّہ 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 اسٹرائک 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۔

اسٹرائک کب شروع ہوا: اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اسٹرائک پر ہیں تو وہ تاریخ تحریر کریں جس میں آپ / وہ اسٹرائک 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 بوائی 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؟

دوبارہ تصدیق کے فارم کا صفحہ 11

سیکشن 19: تعلیم / ٹریننگ

آپ کی مکمل شدہ تعلیم کی اعلی 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 اکولینسی ڈپلوما (GED) یا ٹیسٹ اسیسنگ سیکنڈری کمپلیشن (TEST ASSESSING SECONDARY COMPLETION, TASC™) یا اس سے اعلی 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 اکولینسی ڈپلوما (GED) یا ٹیسٹ اسیسنگ سیکنڈری کمپلیشن (TASC™) یا اس سے اعلی 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے مندرجہ ذیل سوالات مکمل کریں:

کیا کسی ٹریننگ پروگرام میں ہے یا رہا ہے؟، 12 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے اس نے گزشتہ 12 ماہ میں 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 وہ کوئي ٹریننگ الاؤنس حاصل کر رہا ہے، کون، اور رقم؟ 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 حاصل کرنے کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے وہ کوئی ٹریننگ الاؤنس وصول کر رہا ہے۔ اگر "ہاں" تو اس شخص (اشخاص) کا نام اور موصولہ رقم کی مقدار تحریر کریں۔

کیا وہ تعلیمی گرانٹس یا قرضے حاصل کر رہا ہے، کون، اور رقم؟ 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 حاصل کرنے کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے وہ کوئی تعلیمی گرانٹس یا قرضے حاصل کر رہا ہے۔ اگر "ہاں" تو اس شخص (اشخاص) کا نام اور موصولہ رقم کی مقدار 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے یا حاصل کر 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۔

دوبارہ تصدیق کے فارم کا صفحہ 12

سیکشن 20: ذرائع کی معلومات

اگر آپ صرف تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام کے فوائد کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کنندہ 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 دوبارہ تصدیق فراہم کنندہ کے ساتھ رہتے ہیں۔

موٹر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 یکبارگي ادائیگی ہوتی ہے، جیسے کسی بیمہ کا تصفیہ، میراث، یا کسی مقدمہ کا ایوارڈ یا لاٹری جیتنا۔ مجموعی رقم کے بارے میں مزید معلومات کے لیے دیکھیں LDSS- 4148A, "Book 1: What You Should Know About Your Rights and Responsibilities" (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۔

دوبارہ تصدیق کے فارم کا صفحہ 13 تا 15

سیکشن 21: طبی معلومات

ذکر کریں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے۔

اس کے پاس اس دوبارہ تصدیق 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر رہی ہے حاملہ ہیں تو سطر 14 میں ولادت کی متوقعہ تاریخ نیز ولادتوں کی متوقعہ تعداد تحریر کریں۔

صحت بیمہ کا انتخاب: اس سیکشن کو ہر اس شخص کے لیے مکمل کریں جو Medicaid کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 مستثنی 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 چوائس 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 دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے۔

تاریخ پیدائش: ہر اس شخص کی تاریخ پیدائش کا مہینہ، دن اور سال تحریر کریں جو Medicaid کے لیے درخودوبارہ تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے۔

آئی ڈی نمبر (MEDICAID کارڈ سے اگر آپ کے پاس کوئی موجود ہے): Medicaid کے لیے دوبارہ تصدیق کرتے وقت، Medicaid کارڈ کا شناختی نمبر یہاں پرنٹ کریں۔

سوشل سیکورٹی نمبر#: Medicaid کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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 پریکٹشنر یا فیملی ڈاکٹر) یا ہیلتھ سنٹر کا نام تحریر کریں جسے Medicaid کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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 نسواں کا نام اور آئی ڈی نمبر (اگر موجودہ فراہم کنندہ ہو تو باکس کو نشان زد کریں): اگر Medicaid کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کرنے والے کسی شخص کو ماہر تولید / ماہر امراض نسواں (OB/GYN) 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 22: شیلٹر کی معلومات

آپ کے مالک مکان کا نام، پتہ اور فون نمبر کیا ہے؟: اگر آپ کا کوئی مالک مکان ہے تر اپنے مالک مکان کا نام، پتہ اور فون نمبر تحریرکریں۔

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 پراپراٹی 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 دوبارہ تصدیق فراہم کرنے والا کوئی بھی شخص ان میں سے کسی انتظامات میں رہتا ہے۔

سیکشن 23: دیگر اخراجات

ذکر کریں اگر آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ

تصدیق فراہم کر 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر 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 جوکہ دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے اس پر بچے کے سپورٹ کے چار مہینوں یا زیادہ کا بقایا ہے۔

دوبارہ تصدیق کے فارم کا صفحہ 16

سیکشن 24: دوسری معلومات

کیا آپ کسی ہوم ڈلیوری 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے فی الحال کسی ہوم ڈلیوری (مثال کے طور پر، پہیوں پر کھانا) یا کمیونل ڈائننگ (مثال کے طور پر، اس بلڈنگ میں کوئی کیفٹیریا جس 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
- امرکی 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۔

بتائیں کہ آیا آپ یا کوئی بھی شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے جو کہ دوبارہ تصدیق فراہم کر رہا ہے اور کون: 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" باکس یا "میں نے نہیں کیا" باکس کو (✓) نشان زد کریں کہ آیا آپ نے یا دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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۔

دوبارہ تصدیق کے فارم کے صفحات 17 تا 23

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 کوئي تاوان اور / یا جیل) اگر آپ اس سیکشن کے تحت اپنی ذمہ داریاں پوری نہیں کرتے ہیں۔ کسی دوبارہ تصدیق کے فارم 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 کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کرے 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 دوبارہ تصدیق کے فارم کے اخیر میں دستخط کے صفحہ پر دستخط کرکے 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 دوبارہ تصدیق کے فارم پر دستخط کر کے تاریخ ڈالنی چاہیے، سوائے اس کے کہ آپ کے گھرانہ نے اس کے بر خلاف 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 دوبارہ تصدیق فراہم کرنے 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 دوبارہ تصدیق کے فارم 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 دوبارہ تصدیق کے فارم میں فراہم کی ہیں یا آئندہ SSD کو فراہم کریں گے وہ آپ کی بہترین معلومات کی حد تک مکمل اور درست ہیں۔**

دستخط دہندہ کے دستخط اور دستخط کرنے کی تاریخ: اپنے نام کے دستخط کریں اور جس دن آپ نے دوبارہ تصدیق کے فارم پر دستخط کیے ہیں وہ تاریخ ڈال دیں سوائے اس کے کہ آپ نے تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے کسی مجاز نمائندہ کو دوبارہ تصدیق کے فارم پر نامزد کر دیا ہو اور آپ کسی انسٹی ٹیوشن میں رہتے ہوں، تو اس صورت میں مجاز نمائندہ دوبارہ تصدیق کے فارم پر دستخط کرکے تاریخ ڈال سکتا ہے۔ اگر آپ کسی انسٹی ٹیوشن میں نہیں رہتے ہیں تو آپ اور مجاز نمائندہ دونوں کو لازماً دوبارہ تصدیق کے فارم 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 دوبارہ تصدیق کا فارم پر کیا ہے تو اپنے نام کے دستخط کریں، نہ کہ اس شخص کے نام کے جس کی آپ نمائندگی کرتے ہیں، 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 دوبارہ تصدیق فراہم کر رہے ہیں تو آپ کے شریک حیات کے لیے دوبارہ تصدیق کے فارم پر دستخط کر کے تاریخ ڈالنا ضروری ہے۔ اگر آپ شادی شدہ ہیں اور صرف تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام کے بینیفٹس کے لیے دوبارہ تصدیق فراہم کر رہے ہیں تو شریک حیات میں سے صرف ایک کو دوبارہ تصدیق کے فارم پر دستخط کرکے تاریخ ڈالنا چاہیے۔ اگر آپ کا کوئی محافظ نمائندہ ہے تو اس کے لیے دوبارہ تصدیق کے فارم پر دستخط کر کے تاریخ ڈالنا ضروری ہے۔

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

میں ذیل کے لیے اپنا معاملہ بند کرنے کی درخواست کرتا / کرتی ہوں: کسی باکسوں کو نشان زد نہ کریں، نہ ہی اس سیکشن پر دستخط یا تاریخ ثبت کریں، اگر آپ کوئی دوبارہ تصدیق (ری سرٹیفیکیشن) جمع کرانا چاہتے ہیں۔ اس سیکشن کو صرف اسی صورت میں نشان زد کریں جبکہ آپ ایک یا ایک سے زیادہ پروگراموں کے لیے اپنا معاملہ بند کرانا چاہتے ہوں۔ اپنا معاملہ بند کرانے کی درخواست کرنے 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۔ براہ کرم درخواست کی کوئی وجہ فراہم کریں۔

ووٹر رجسٹریشن فارم: اس دوبارہ تصدیق کے فارم کے آخری دو صفحات ایک ووٹر رجسٹریشن فارم ہیں۔ 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 دوبارہ تصدیق (ری سرٹیفیکیشن) 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۔

معلوماتی مقاصد
دستاویزات کی شرائط

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۔

اہلیت کا عنصر	اس عنصر کو ثابت کرنے کے لیے، یہ فراہم کریں: ✓ 🠋 مندرجہ ذیل میں سے کوئی ایک یا	✓ 🠋 مندرجہ ذیل میں سے کوئی دو (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۔)
☐ **شناخت** آپ کو ثابت کرنا ہو گا کہ آپ کون ہیں۔	فوٹو والی I.D. ڈرائیونگ لائسنس امریکی پاسپورٹ نیچرلائزیشن سرٹیفکیٹ اسپتال/ڈاکٹر کے ریکارڈز گود لینے کی دستاویز	دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ تصدیق شدہ سوشل سیکورٹی نمبر برتھ/بپتیسمل سرٹیفکیٹ
☐ **ازدواجی حیثیت** آپ کو ثابت کرنا ہوگا کہ آیا آپ شادی شدہ، طلاق یافتہ، علیحدہ یا بیوہ/رنڈوا ہیں۔	شادی/ڈیتھ سرٹیفیکیٹ علیحدگی کا معاہدہ طلاق کا حکم نامہ سوشل سیکورٹی ریکارڈز VA ریکارڈز	پادری کا اسٹیٹمنٹ مردم شماری کے ریکارڈز اخبار کا نوٹس دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ
☐ **رہائش** آپ کو ثبوت فراہم کرنا ہو گا کہ آپ کہاں رہتے ہیں۔	مالک مکان کا اسٹیٹمنٹ حالیہ کرائے یا لیز کی رسید مارگیج ریکارڈز	دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ حالیہ ڈاک اسکول ریکارڈز
☐ **ہرانے کی ساخت/سائز** آپ کو ثابت کرنا ہو گا کہ آپ کے ساتھ کون رہتا ہے۔	غیر رشتے دار مالک مکان کا اسٹیٹمنٹ اسکول ریکارڈز	دیگر افراد کے اسٹیٹمنٹس
☐ **عمر** آپ کو اسسٹنس کے لیے درخواست دینے والے ہر فرد کی عمر ثابت کرنی چاہیے، جہاں ضرورت ہو۔	برتھ سرٹیفکیٹ بپتیسمل سرٹیفکیٹ اسپتال کے ریکارڈز گود لینے کے ریکارڈز نیچرلائزیشن سرٹیفکیٹ ڈرائیونگ لائسنس	انشورنس پالیسی مردم شماری کے ریکارڈز اسکول ریکارڈز دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ فزیشن کا بیان SSA سے سرکاری خط و کتابت
☐ **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 ہوگا۔	ڈیتھ سرٹیفکیٹ لواحقین کے فوائد اسپتال کے ریکارڈز VA یا ملٹری ریکارڈ طلاق کے کاغذات دوبارہ شادی کا ثبوت	اخبار کا نوٹس انشورنس کمپنی کے ریکارڈز ادارے کے ریکارڈز ایجنسی کیس ریکارڈ اور تدفین کی ادائیگی کی فائلیں دیگر فرد کا اسٹیٹمنٹ
☐ **غیر حاضر والدین کی معلومات** آپ کو اپنے پاس موجود کوئی بھی معلومات فراہم کرنا ہوں گی: نام، پتہ، سوشل سیکورٹی نمبر، تاریخ پیدائش، ملازمت	تنخواہ کے اسٹبز ٹیکس ریٹرنز سوشل سیکورٹی یا VA ریکارڈز مانیٹری ڈٹرمینیشن (مالیاتی تعین کے) لیٹرز ID کارڈز (ہیلتھ انشورنس) ڈرائیونگ لائسنس یا رجسٹریشن	

اہلیت کا عنصر	اس عنصر کو ثابت کرنے کے لیے، درج ذیل میں سے ایک فراہم کریں:
☐ **سوشل سیکیورٹی نمبر** (عوامی معاونت،SNAP بینیفٹس اور Medicaid کے لیے- **فقط**، آپ کو اپنے سوشل سیکورٹی نمبر (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)۔	سوشل سیکیورٹی کارڈ SSA سے سرکاری خط و کتابت غیر ملکی شہریوں کے لیے کسی سوشل سیکورٹی 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۔
☐ **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۔	برتھ سرٹیفکیٹ بپتیسمل سرٹیفکیٹ اسپتال کے ریکارڈز امریکی پاسپورٹ ملٹری سروس ریکارڈز نیچرلائزیشن سرٹیفکیٹ USCIS دستاویزات 72/1/1 کے پہلے سے مسلسل امریکی رہائش کا ثبوت
☐ **کمائی ہوئی آمدنی** اجر سے	حالیہ اجرت کے اسٹبز تنخواہ 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 سے	ذاتی کاروبار کی آمدنی اور اخراجات سے متعلق ریکارڈز اور متعلقہ مواد حالیہ انکم ٹیکس ریٹرن
☐ کرایہ یا کمرے/بورڈ سے آمدنی	موجودہ تعاون کی جانچ، رومر، بورڈر، کرایہ دار کا بیان انکم ٹیکس کے ریکارڈز
☐ **آمدنی جو کمائی نہیں گئی** چائلڈ سپورٹ	فیملی کورٹ کا اسٹیٹمنٹ سپورٹ کی ادائیگی کرنے والے شخص کا اسٹیٹمنٹ چیک اسٹبز
☐ بے روزگاری انشورنس بینیفٹس UIB, Unemployment) (Insurance benefits	حالیہ ایوارڈ سرٹیفیکیٹ حالیہ بینیفٹ چیک NYS محکمہ لیبر کے ساتھ سرکاری خط و کتابت
☐ سوشل سیکورٹی بینیفٹس (بشمول SSI)	حالیہ ایوارڈ سرٹیفیکیٹ حالیہ بینیفٹ چیک SSA سے رسمی خط وکتابت
☐ سابق فوجی کے بینیفٹس	حالیہ ایوارڈ سرٹیفیکیٹ حالیہ بینیفٹ چیک VA سے سرکاری خط و کتابت

اہلیت کا عنصر	اس عنصر کو ثابت کرنے کے لیے، درج ذیل میں سے ایک فراہم کریں:
☐ **آمدنی جو کمائی نہیں گئی (جاری)**	
☐ ملازمین کا معاوضہ	ایورڈ لیٹر چیک اسٹب
☐ تعلیمی گرانٹس اور قرضے	اسکول کا اسٹیٹمنٹ بینک A کی طرف سے بیان ایوارڈ لیٹر
☐ سود/منافع/رائلٹیز	بینک یا کریڈٹ یونین کا گوشوارہ بروکر/ایجنٹ کا گوشوارہ
☐ پرائیویٹ پنشن/انیوٹی	حالیہ ایورڈ لیٹر حالیہ بینیفٹ چیک ذرائع آمدن سے سرکاری خط و کتابت
☐ دیگر	
☐ **وسائل**	گھرانے کا اسٹیٹمنٹ نرسنگ ہوم کا اسٹیٹمنٹ
☐ بینک اکاؤنٹس: چیکنگ، بچتیں، ریٹائرمنٹ (IRA اور کیوگ)	حالیہ بینک ریکارڈز حالیہ کریڈٹ یونین ریکارڈز
☐ اسٹاکس، بانڈز، سرٹیفکیٹس	اسٹاک سرٹیفکیٹ بانڈز مالی ادارے کا اسٹیٹمنٹ
☐ لائف انشورنس	انشورنس پالیسی انشورنس کمپنی کا اسٹیٹمنٹ
☐ بریئل ٹرسٹ یا فنڈ بریئل پلاٹ یا فینورل ایگریمنٹ	بینک ریکارڈز بریئل ایگریمنٹ بریئل پلاٹ ڈیڈ فینورل ڈائریکٹر کا اسٹیٹمنٹ
☐ انکم ٹیکس ریفنڈ یا ارنڈ انکم ٹیکس کریڈٹ (EITC, earned income tax credit)	ٹیکس ری فنڈ ٹیکس آفس کا اسٹیٹمنٹ
☐ رہائش کے علاوہ غیر منقولہ جائیداد	ڈیڈ رئیل اسٹیٹ بروکر کا بیان بروکر کی جانب سے موجودہ قدر کا اندازہ/تخمینہ
☐ موٹر وہیکل	رجسٹریشن (پرانے ماڈلز) ملکیت کا ٹائٹل ڈیلر کی جانب سے موجودہ قدر کا اندازہ فنانسنگ ڈیٹا
☐ یک مشت ادائیگی	ادائیگی کے ذریعے کا اسٹیٹمنٹ

اہلیت کا عنصر	اس عنصر کو ثابت کرنے کے لیے، درج ذیل میں سے ایک فراہم کریں:
☐ دیگر ______	
☐ **شیلٹر کے اخراجات** آپ کو یہ ثابت کرنا ہو گا کہ آپ جہاں رہتے ہیں وہاں رہنے کے لیے آپ کا کتنا خرچ ہوتا ہے (آپ کو شیلٹر کے اخراجات کے **ہر** آئٹم 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 کرائے کی رسید حالیہ لیز مارگیج بک/ریکارڈز پراپرٹی اور اسکول ٹیکس ریکارڈز مالک مکان کابیان نکاسی اور پانی کے بل گھر کے مالک کے انشورنس ریکارڈ ایندھن کے بلز غیر حرارتی یوٹیلیٹیز کے بل ٹیلیفون بلز
☐ **میڈیکل بلز**	میڈیکل بلز کی کاپیاں (ادا شدہ اور غیر ادا شدہ)
☐ **ہیلتھ انشورنس** 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۔	انشورنس پالیسی انشورنس کارڈ کوریج فراہم کنندہ کا اسٹیٹمنٹ **Medicare** کارڈ
☐ **معذور/مجبور/حاملہ** اگر آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی بیمار یا حاملہ ہے تو آپ کو ثبوت فراہم کرنا ہو گا۔	طبی پیشہ ور کا اسٹیٹمنٹ جس میں حمل اور متوقع تاریخ پیدائش کی تصدیق کی گئی ہو میڈیکل پروفیشنل کا اسٹیٹمنٹ معذوری یا نابینا پن کے لیے SSA یا SSI فوائد کا ثبوت
☐ **غیر ادا شدہ بلز** کرایہ، یوٹیلیٹی	ہر بل کی کاپی جس میں واجب الادا رقم، خدمات کی مدت اور فراہم کنندہ درج ہوں
☐ **ریفرل** ڈرگ/ الکحل ٹریٹمنٹ پروگرام امپلائمنٹ سروس	علاج فراہم کنندہ کا اسٹیٹمنٹ امپلائمنٹ سروس کا اسٹیٹمنٹ
☐ **دیگر اخراجات / منحصر شخص کی نگہداشت کی لاگت** آپ کو ثابت کرنا ہوگا کہ آیا آپ **عدالتی** حکم کے تحت سپورٹ، بچہ کی نگہداشت، مکرر قرضوں، یا گھر پر صحت معاون یا خدمت گار کی خدمات کے لیے ادائیگی کرتے ہیں۔	کورٹ آرڈر ڈے کیئر سنٹر یا بچوں کی نگہداشت کے دیگر فراہم کنندہ کا اسٹیٹمنٹ معاون یا خدمتگار کا اسٹیٹمنٹ منسوخ شدہ چیک یا رسیدیں
☐ **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
☐ **دیگر:**	