

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------|--|---------------------------------------|----------------|---|---------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------|
| CENTER/ OFFICE | INTERVIEW DATE | UNIT ID | WORKER ID | CASE TYPE | CASE NUMBER | DISTRICT | CATEGORY | LANG | NUMBER REUSE INDICATOR |
| CASE NAME | | | | EFFECTIVE DATE | DISPOSITION <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION | | <input type="checkbox"/> CLOSE | <input type="checkbox"/> REASON CODE | |
| ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER): | | DATE | ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR): | | DATE | FORM _____ OF _____ | SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION | | DATE |
| DATE RECEIVED BY AGENCY | | EMPLOYED BY: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____ | | | | | | | |
| PA AUTHORIZATION PERIOD | | | MA AUTHORIZATION PERIOD | | | SNAP AUTHORIZATION PERIOD | | | |
| FROM | | TO | FROM | | TO | FROM | | TO | |

নির্দিষ্ট কিছু বেনিফিট এবং পরিষেবার জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্ম

আপনি যদি অন্ধ হন বা আপনার দৃষ্টিশক্তি গুরুতরভাবে ব্যাহত হয় এবং বিকল্প ফর্ম্যাটে এই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মটি প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনি আপনার সামাজিক পরিষেবা জেলা থেকে একটি অনুরোধ করতে পারেন। লভ্য ফর্ম্যাটগুলোর ধরন সম্পর্কে আরো তথ্য এবং কিভাবে আপনি একটি বিকল্প ফর্ম্যাটে একটি পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্মের জন্য অনুরোধ করতে পারেন সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য, এই আবেদনের নির্দেশনা পুস্তক (PUB-1313 Statewide) দেখুন, যা www.otda.ny.gov ঠিকানায় অথবা <https://www.health.ny.gov/> ঠিকানায় পাওয়া যাবে।

আপনি অন্ধ বা গুরুতরভাবে দৃষ্টিশক্তি ব্যাহত হন,

আপনি কী বিকল্প পদ্ধতিতে লিখিত বিজ্ঞপ্তিগুলি পেতে চান?

হ্যাঁ না

হ্যাঁ হলে, আপনি যে ধরনের ফর্ম্যাটে

বড় ছাপার অক্ষরে

ডাটা CD

পেতে চান তাতে টিক দিন:

অডিও CD

ব্রেইল, যদি আপনি ঘোষণা করেন যে বিকল্প ফর্ম্যাটগুলোর কোনোটিই আপনার জন্য সমানভাবে ফলপ্রসূ হবে না

যদি আপনার অন্য কোনো সুযোগ-সুবিধা প্রয়োজন হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

আমরা একটি পেশাদার এবং সম্মানজনক উপায়ে আপনাকে সাহায্য ও সহায়তা প্রদান করার জন্য দৃঢ় প্রতিজ্ঞ। পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্মে যেখানেই আপনি "সরকারি সহায়তা" (Public Assistance) বা "PA" দেখতে পাবেন, এটির অর্থ হলো "পারিবারিক সহায়তা (Family Assistance)" এবং/অথবা "নিরাপত্তা জাল সহায়তা" (Safety Net Assistance)। আমরা উভয় কর্মসূচিকে "সরকারি সহায়তা" বলে থাকি। **অনুগ্রহ করে এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্মটি সম্পন্ন করার সময় নির্দেশনা পুস্তক (PUB-1313 Statewide) এবং "আপনার যা জানা উচিত" বই 1, 2, ও 3 (LDSS-4148A, LDSS-4148B, এবং LDSS-4148C) দেখুন, এবং কোনো প্রশ্ন থাকলে আপনার সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।**

এই আবেদনপত্রে যেখানেই আপনি "MA" দেখতে পাবেন, এটির অর্থ হলো "Medicaid (মেডিকোড)।" যদি আপনি একই সময়ে সরকারি সহায়তা অথবা সম্পূর্ণ পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (Supplemental Nutrition Assistance Program) পুনঃপ্রত্যয়নের জন্য আবেদন করেন, তাহলেই কেবল আপনি এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্মটি ব্যবহার করে MA-এর জন্য আবেদন করতে পারবেন। যদি আপনি শুধু MA-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করতে চান, তাহলে আপনি আরো তথ্যের জন্য অথবা পুনঃপ্রত্যয়ন করতে অনলাইনে <https://nystateofhealth.ny.gov/> ঠিকানায় যেতে পারেন এবং/অথবা 1-855-355-5777 নম্বরে ফোন করতে পারেন, অথবা আপনি শুধু MA-এর জন্য ব্যবহৃত কাগজের আবেদনপত্র – ফর্ম DOH-4220 ব্যবহার করতে পারেন, যেটি আপনার কর্মী আপনাকে প্রদান করতে পারেন, অথবা 1-800-541-2831 নম্বরে MA হেল্পলাইনে ফোন করতে পারেন। যদি আপনি শুধু মেডিকোয়ার সেভিংস প্রোগ্রামের (Medicare Savings Program, MSP) পুনঃপ্রত্যয়নের জন্য আবেদন করতে চান, তাহলে আপনাকে অবশ্যই ফর্ম DOH-4328 ব্যবহার করে আবেদন করতে হবে, যেটি আপনার কর্মী আপনাকে প্রদান করতে পারেন। যদি আপনার ব্যক্তিগত পরিচর্যা পরিষেবা পাওয়ার তাৎক্ষণিক প্রয়োজন থাকে, তাহলে DOH- 4220 MA আবেদন ফর্মটি ব্যবহার করে আপনার পৃথকভাবে MA-এর জন্য আবেদন করা উচিত।

| | | | | | | | | |
|---|-----|--|--|---|--------------------------|--|--|---|
| বিভাগ 1 আপনি অথবা পরিবারের কোনো সদস্য যেসব কর্মসূচিতে পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন সেগুলোর প্রত্যেকটির চিহ্ন দিন | | <input type="checkbox"/> সরকারি সহায়তা (PA) <input type="checkbox"/> সম্পূর্ণক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) এবং SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) এবং PA | | | | | | |
| বিভাগ 2 | | | | | | | সেকশন 5 এগুলোর কোনোটি কি আপনার জন্য প্রযোজ্য? | |
| আপনার মূল ভাষা কী? <input type="checkbox"/> ইংরেজি <input type="checkbox"/> স্প্যানিশ <input type="checkbox"/> অন্যান্য (সুনির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন) _____ | | | আপনি কি বিজ্ঞপ্তি পেতে চান: <input type="checkbox"/> শুধু ইংরেজি ভাষায় <input type="checkbox"/> ইংরেজি ও স্প্যানিশ ভাষায় | | | | | <input type="checkbox"/> গর্ভবতী 1 <input type="checkbox"/> গার্হস্থ্য সহিংসতার শিকার 2 <input type="checkbox"/> বাবা-মায়ের পরিচয় প্রতিষ্ঠা করতে হবে 3 <input type="checkbox"/> চাইল্ড সার্ভিস প্রয়োজন 4 <input type="checkbox"/> মাদক/অ্যালকোহলের সমস্যা 5 <input type="checkbox"/> জ্বালানি বা ইউটিলিটি বন্ধ হয়ে গেছে 6 <input type="checkbox"/> থাকার কোনো জায়গা নেই/গৃহহীন 7 <input type="checkbox"/> আশ্রয় বা অন্য দুর্ঘোষণা 8 <input type="checkbox"/> কোনো আয় নেই 9 <input type="checkbox"/> গুরুতর মেডিকেল সমস্যা 10 <input type="checkbox"/> বাড়ি থেকে উচ্ছেদ হওয়া মূলতবি রয়েছে 11 <input type="checkbox"/> কোনো খাবার নেই 12 <input type="checkbox"/> ফর্স্টার কেয়ার প্রয়োজন 13 <input type="checkbox"/> চাইল্ড কেয়ার প্রয়োজন 14 <input type="checkbox"/> ইংরেজি ভাষা নিয়ে সমস্যা 15 <input type="checkbox"/> যুক্তিসঙ্গত সুযোগ-সুবিধা 16 <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____ 17 |
| বিভাগ 3 | | | প্রাপকের তথ্য | | | অনুগ্রহ করে বড় হাতের অক্ষরে লিখুন | | |
| নামের প্রথম অংশ | | মধ্যম নামের আদ্যক্ষর | পদবী | বৈবাহিক অবস্থা | ফোন নম্বর () এরিয়া কোড | মোবাইল নম্বর? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | | |
| সড়কের ঠিকানা | | | অ্যাপার্টমেন্ট না | শহর | কাউন্টি | স্টেট | | জিপ কোড |
| প্রযুক্তি নাম (যদি আপনি অন্য কোনো ব্যক্তির প্রযুক্তি আপনার চিঠি পেয়ে থাকেন তাহলে পূরণ করুন) | | | | | | | | |
| ডাক যোগাযোগের ঠিকানা (যদি উপরের ঠিকানার চেয়ে ভিন্ন হয়) | | | অ্যাপার্টমেন্ট না | শহর | কাউন্টি | স্টেট | | জিপ কোড |
| আপনার বর্তমান ঠিকানায় আপনি কতদিন ধরে বাস করছেন? | বছর | মাস | এটি কি কোনো শেল্টার? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করা যাবে এমন আরেকটি ফোন নম্বর | ফোন নম্বর () এরিয়া কোড | ইমেইল ঠিকানা (ঐচ্ছিক) | | |
| বর্তমান ঠিকানায় যাওয়ার দিকনির্দেশনা | | | | | | | | |
| আগের ঠিকানা | | | অ্যাপার্টমেন্ট না | শহর | কাউন্টি | স্টেট | | জিপ কোড |
| যদি আপনি বর্তমানে গৃহহীন হন, তাহলে এখানে টিকচিহ্ন দিন <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| আবেদনকারীকে সহায়তাকারী সংস্থা/যোগাযোগের ব্যক্তি | | | | | ফোন নম্বর () এরিয়া কোড | | | |
| আপনার কি এই পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মের MEDICAID অংশ এবং কোনো MEDICAID কভারেজ পাওয়ার সম্ভাব্য বিষয়টি গোপন রাখা প্রয়োজন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | | | | | | | | |
| আপনার আবেদন বা সর্বশেষ পুনঃপ্রত্যয়নের পর থেকে পরিবর্তিত জিনিসগুলি (যেমন বাসা পরিবর্তন, একটি সন্তান হয়েছে, আয়, ইত্যাদি) তালিকাভুক্ত করুন _____ | | | | | | | | |
| বিভাগ 4 – যদি আপনি SNAP-এর জন্য পুনঃআবেদন করেন: আপনি যেদিন থেকে এটি পেয়েছেন সেদিন একটি থেকে আপনি একটি পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্ম জমা দিতে পারেন। একটি SNAP পুনঃপ্রত্যয়ন জমা দেওয়ার জন্য, আপনাকে অবশ্যই কমপক্ষে আপনার নাম, ঠিকানা (যদি থাকে) এবং নিচে স্বাক্ষর দিতে হবে। আপনাকে অবশ্যই পুনঃপ্রত্যয়ন প্রক্রিয়া সম্পন্ন করতে হবে, যার মধ্যে পুনঃপ্রত্যয়নের শেষ পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করা এবং সাক্ষাতকার প্রদান করা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। যোগ্য হলে আপনি যে তারিখে পুনঃপ্রত্যয়ন জমা দিয়েছিলেন সেই তারিখে SNAP বেনিফিট পাবেন। আপনার SNAP বেনিফিটের পুনঃপ্রত্যয়ন জমা দেওয়ার (নথীভুক্ত করার) তারিখ থেকে 30 দিনের মধ্যে আপনার পুনঃপ্রত্যয়ন অনুমোদিত অথবা বাতিল হওয়ার বিষয়টি আপনাকে অবশ্যই জানাতে হবে। যদি আপনার পরিবারের আয় বা তরল সম্পদের পরিমাণ অতি সামান্য হয় অথবা কোনো আয় বা তরল সম্পদ না থাকে, অথবা যদি আপনার ভাড়া এবং ইউটিলিটির খরচ আপনার আয় ও তরল সম্পদের চেয়ে বেশি হয়, তাহলে আপনি আপনার আবেদনপত্র জমা দেওয়ার পাঁচ কর্মদিবসের মধ্যে SNAP বেনিফিট পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন। যদি আপনি কোনো প্রতিষ্ঠানে বসবাসকারী হন এবং প্রতিষ্ঠান ছেড়ে চলে যাওয়ার আগে সম্পূর্ণক নিরাপত্তা আয় (Supplemental Security Income, SSI) এবং SNAP বেনিফিট উভয়টির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেন, তাহলে পুনঃপ্রত্যয়ন জমা দেওয়ার তারিখ হবে আপনি প্রতিষ্ঠান ছেড়ে চলে যাওয়ার তারিখ। | | | | | | | | |
| SNAP প্রাপক/প্রতিনিধির স্বাক্ষর | | | | স্বাক্ষর করার তারিখ | | | | |
| x | | | | | | | | |

বিভাগ 6 – পরিবারের তথ্য – আপনার সঙ্গে *কম্পসবরী* প্রত্যেকের তালিকা দিন, এমনকি তারা আপনার সঙ্গে পুনঃপ্রত্যয়ন না করলেও। প্রথম লাইনে আপনার নাম লিখুন।

এই ব্যক্তি কি (অপ্রাপ্তবয়স্ক শিশু সহ) আপনার সঙ্গে থাকার কেনেন বা প্রস্তুত করেন?

সম্পন্ন করা সর্বোচ্চ স্কুল গ্রেড

| RI | LN | নামের প্রথমাংশ, মধ্যম নামের আদ্যক্ষর, নামের শেষাংশ | এই ব্যক্তি যেটির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন: | | | জন্মতারিখ: (mm/dd/yyyy) | লিঙ্গ: (M/F/X) | লিঙ্গ পরিচয় (প্রীচ্ছিক): (পুরুষ, মহিলা, নন-বাইনারি, X, ট্রান্সজেন্ডার, ভিন্ন পরিচয় [অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন]) | আপনার সাথে সম্পর্ক: | সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর পুনঃপ্রত্যয়নকারী পরিবারের সদস্যদের (নির্দেশন পুস্তক PUB-1313 Statewide দেখুন অথবা আপনার সেশাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্ট সঙ্গে কথা কনুন) | হ্যাঁ | না |
|----|----|--|--|------|----|----------------------------|-------------------|--|---------------------|---|-------|----|
| | | | PA | SNAP | MA | | | | | | | |
| | 01 | | | | | | | | নিজ | | | |
| | 02 | | | | | | | | | | | |
| | 03 | | | | | | | | | | | |
| | 04 | | | | | | | | | | | |
| | 05 | | | | | | | | | | | |
| | 06 | | | | | | | | | | | |
| | 07 | | | | | | | | | | | |
| | 08 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|------------|-----|-----------------|----------------------|------|
| আপনি অথবা আপনার পরিবারের যেকোনো ব্যক্তি বিয়ের আগে যে নামে বা অন্য কোনো নামে পরিচিত ছিলেন সেগুলোর তালিকা দিন | লাইন নম্বর | ONC | নামের প্রথম অংশ | মধ্যম নামের আদ্যক্ষর | পদবী |
| | লাইন নম্বর | ONC | নামের প্রথম অংশ | মধ্যম নামের আদ্যক্ষর | পদবী |

বিভাগ 7

গত বছর কোনো ব্যক্তি কি আপনার পরিবারে এসেছেন? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ হয়, নিচে উল্লেখ করুন।

এর আগে কি তারা কখনও নিউ ইয়র্ক স্টেটে বসবাস করেছেন?
 হ্যাঁ না হ্যাঁ হলে, নিচে উল্লেখ করুন।

গত বছর কোনো ব্যক্তি কি আপনার পরিবার থেকে চলে গেছেন?
 হ্যাঁ না হ্যাঁ হলে, নিচে উল্লেখ করুন।

| | | | |
|-----|--|-----|------|
| নাম | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | নাম | কবে? |
| নাম | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | নাম | কবে? |

| | | | | |
|-----------------------|--|-------------|--------|----------|
| IS ANYONE SANCTIONED? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | IF YES, WHO | REASON | END DATE |
|-----------------------|--|-------------|--------|----------|

NON-APPLICANT INFORMATION

| LN | FIRST NAME | LAST NAME | LEGALLY RESPONSIBLE | | FOR WHOM? | CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME | CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD |
|----|------------|-----------|---------------------|----|-----------|-----------------------------|-----------------------------------|
| | | | YES | NO | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION | | | | | | | | | | INDIVIDUAL EDUCATION | | | | CONSIDER | | | | | |
|--|--------------------|----|----------------------|-----|------|-------------------------|----|-----------|----|----------------------|-----------------|----|----|-----------------|----|----|----|----|----|
| LN | NON-CITIZEN STATUS | | DATE OF ENTRY/STATUS | | | APPLIED FOR CITIZENSHIP | | SPONSORED | | LN | DEGREE RECEIVED | | LN | DEGREE RECEIVED | | | | | |
| | YES | NO | MONTH | DAY | YEAR | YES | NO | YES | NO | | 01 | 05 | | 02 | 06 | 03 | 07 | 04 | 08 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

✓ RCA/RMA REFERRAL

সম্পন্ন করার আগে অনুগ্রহ করে এই সম্পূর্ণ পৃষ্ঠাটি ভালোভাবে পড়ুন। যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে নির্দেশনা পুস্তক (PUB-1313 Statewide) দেখুন অথবা আপনার সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের সঙ্গে কথা বলুন।

বিভাগ 9 – নাগরিকত্ব/সন্তোষজনক অভিবাসনগত স্থিতিযুক্ত অ-নাগরিক

বিভাগ 10 – প্রত্যয়ন

যারা পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন অথবা যাদের জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করা আবশ্যিক তাদের সকলকে তালিকাবদ্ধ করুন।

কিছু সামাজিক পরিষেবা কর্মসূচির ক্ষেত্রে আপনার জন্য প্রত্যয়ন করা আবশ্যিক হবে যে আপনি যুক্তরাষ্ট্রের একজন নাগরিক, আমেরিকার আদিবাসী অথবা যুক্তরাষ্ট্রের ন্যাশনাল, অথবা সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা রয়েছে এমন একজন অ-নাগরিক। অন্যান্য কর্মসূচির জন্য এটি আবশ্যিক নয়।

যদি আপনি যুক্তরাষ্ট্রের একজন নাগরিক, আমেরিকার আদিবাসী অথবা যুক্তরাষ্ট্রের ন্যাশনাল, অথবা সন্তোষজনক অভিবাসনগত স্থিতি রয়েছে এমন একজন অ-নাগরিক হন, এবং আপনি নিম্নলিখিতটির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেন, তাহলেই কেবল আপনাকে **বধ্যতমূহকভবেনি**চের সার্টিফিকেশনে স্বাক্ষর করতে হবে:

- সরকারি সহায়তা, অথবা
- সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (SNAP), অথবা
- Medicaid

পরিবারের একজন প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য অথবা অনুমোদিত প্রতিনিধি পরিবারের সব সদস্যের জন্য স্বাক্ষর করতে পারবেন। উদাহরণ: সন্তোষজনক অ-নাগরিক স্ট্যাটাস নেই এমন বাবা-মা তাদের সন্তোষজনক অ-নাগরিক স্ট্যাটাস রয়েছে এমন সন্তানের জন্য স্বাক্ষর করতে পারবেন।

| | | |
|---|-----------|-----------|
| NEEDED | REFERRALS | COMPLETED |
| Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE) | | |

SNAP-এর জন্য একটি পুনঃপ্রত্যয়নে অবশ্যই SNAP পরিবারে বসবাসকারী সব ব্যক্তিকে তালিকাবদ্ধ করতে হবে। PA-এর জন্য একটি পুনঃপ্রত্যয়নে অবশ্যই আপনি যেসব শিশুদের জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন তাদের সকলের, তাদের ভাই-বোনদের এবং বাবা-মায়ের সাথে একসঙ্গে বসবাস করা সকল শিশুকে তালিকাবদ্ধ করতে হবে। তালিকাভুক্ত কোনো ব্যক্তি যুক্তরাষ্ট্রের একজন নাগরিক, যুক্তরাষ্ট্রের ন্যাশনাল অথবা সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা রয়েছে এমন একজন অ-নাগরিক কিনা সে বিষয়টি যদি আপনি টিকচিহ্ন দিয়ে চিহ্নিত না করেন, অথবা যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিকত্ব ও অভিবাসন পরিষেবা (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) নম্বর (এলিয়েন রেজিস্ট্রেশন নম্বর) অথবা একটি নন-সিটিজেন নম্বর (প্রযোজ্য হলে) প্রদান না করেন, তাহলে সেই ব্যক্তিকে সহায়তা প্রদান করা হবে না এবং পরিবারের বাকি সদস্যরা কম সুবিধা পাবেন। যদি আপনি একজন আমেরিকার একজন আদিবাসী হন, তাহলে নাগরিক/জাতীয়তায় টিকচিহ্ন দিন।

প্রত্যয়ন আবেদনকারীর জন্য নিচের ঘরটিতে স্বাক্ষর দিন* এবং তারিখ লিখুন।
সন্তোষজনক অভিবাসনগত স্থিতি রয়েছে এমন কোনো অ-নাগরিক পুনঃপ্রত্যয়ন করলে, সেক্ষেত্রে পুনঃপ্রত্যয়নকারী অ-নাগরিকের যেসব কর্মসূচির(গুলির) জন্য সন্তোষজনক অভিবাসনগত স্থিতি রয়েছে সেগুলোর প্রতিটিতে টিকচিহ্ন দিন। (নির্দেশনা পুস্তক, PUB-1313 Statewide দেখুন।)

| LN | নামের প্রথম অংশ | মাঝের আদাক্ষর | পদবী | প্রত্যয়নকারীর জন্য হয় "নাগরিক / জাতীয়তা" অথবা "অ-নাগরিক" এ টিকচিহ্ন দিন। | USCIS নম্বর (এলিয়েন রেজিস্ট্রেশন নম্বর) অথবা নন-সিটিজেন নম্বর (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) | সার্টিফিকেশন | তারিখ: | PA | S N A P | MA |
|----|-----------------|---------------|------|---|--|------------------------|--------|----|------------------|----|
| 01 | | | | <input type="checkbox"/> নাগরিক/হৃদদেশী <input type="checkbox"/> অ-নাগরিক | A | নাম স্বাক্ষর করুন X | | | | |
| 02 | | | | <input type="checkbox"/> নাগরিক/হৃদদেশী <input type="checkbox"/> অ-নাগরিক | A | নাম স্বাক্ষর করুন X | | | | |
| 03 | | | | <input type="checkbox"/> নাগরিক/হৃদদেশী <input type="checkbox"/> অ-নাগরিক | A | নাম স্বাক্ষর করুন X | | | | |
| 04 | | | | <input type="checkbox"/> নাগরিক/হৃদদেশী <input type="checkbox"/> অ-নাগরিক | A | নাম স্বাক্ষর করুন X | | | | |
| 05 | | | | <input type="checkbox"/> নাগরিক/হৃদদেশী <input type="checkbox"/> অ-নাগরিক | A | নাম স্বাক্ষর করুন X | | | | |
| 06 | | | | <input type="checkbox"/> নাগরিক/হৃদদেশী <input type="checkbox"/> অ-নাগরিক | A | নাম স্বাক্ষর করুন X | | | | |
| 07 | | | | <input type="checkbox"/> নাগরিক/হৃদদেশী <input type="checkbox"/> অ-নাগরিক | A | নাম স্বাক্ষর করুন X | | | | |
| 08 | | | | <input type="checkbox"/> নাগরিক/হৃদদেশী <input type="checkbox"/> অ-নাগরিক | A | নাম স্বাক্ষর করুন X | | | | |

উপরোক্ত একটি ঘরে টিকচিহ্ন দেওয়া **এক্সেসকশন 10-এ** সার্টিফিকেশন ফর্ম স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি মিথ্যা সাক্ষ্য প্রদানের দণ্ডের বিষয়টি মেনে নিয়ে এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে, আমি এবং/অথবা আমি যেসব ব্যক্তির(ব্যক্তিবর্গের) জন্য স্বাক্ষর করছি তারা, যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক, আমেরিকার আদিবাসী অথবা যুক্তরাষ্ট্রের ন্যাশনাল, অথবা সন্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা সম্পন্ন অ-নাগরিক। আমি বুঝতে পেরেছি যে উপরের সার্টিফিকেশনে স্বাক্ষর করার ফলে আমার পরিবারের পুনঃপ্রত্যয়নকারী সদস্যদের তথ্য প্রযোজ্য ক্ষেত্রে অ-নাগরিক স্থিতি যাচাইয়ের জন্য যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিকত্ব ও অভিবাসন পরিষেবার কাছে জমা দেওয়া হতে পারে। উপরোক্ত তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশ করার বিষয়টি নাগরিকত্বের অবস্থা যাচাইকরণ এবং সরকারি সহায়তা, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা এবং Medicaid কর্মসূচির প্রবিধানসমূহ পরিচালনা বা প্রয়োগ করার সঙ্গে সরাসরি সংযুক্ত ব্যক্তি ও সংস্থাগুলোর মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে।

*পুনঃপ্রত্যয়ন ফর্মে স্বাক্ষর করতে চান কিন্তু লিখতে পারেন না এমন ব্যক্তি একজন সাক্ষীর সামনে দাগটির উপর একটি "X" অঙ্কন করতে পারেন। সাক্ষীকে অবশ্যই নিচে স্বাক্ষর করতে হবে।

আমি দাগগুলোর মধ্যে চিহ্ন অঙ্কন করার বিষয়টি প্রত্যক্ষ করেছি: _____ সাক্ষীর স্বাক্ষর: _____ স্বাক্ষরের তারিখ: _____

বিভাগ 11 – চাইল্ড সাপোর্ট এনফোর্সমেন্ট ইউনিটের কাছে রেফারাল সম্পর্কিত তথ্য

যদি আপনি সরকারি সহায়তা অথবা সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির পাশাপাশি Medicaid-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেন, তাহলে আপনাকে হয়তো আপনার নিজের জন্য এবং আপনার পুনঃপ্রত্যয়নকারী শিশুদের জন্য মেডিকেল সাপোর্ট পাওয়ার জন্য আমাদেরকে সাহায্য করতে হবে। আপনার এই সেকশনটি পূরণ করার প্রয়োজন আছে কিনা তা নির্ণয় করতে নিম্নলিখিত প্রশ্নগুলোর উত্তর দিন। উপযুক্ত ক্ষেত্রে আপনার নিজেকে অন্তর্ভুক্ত করুন:

1. আপনি কি 21 বছরের কম বয়সী কোনো ব্যক্তির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন যিনি অবিবাহিত বাবা-মায়ের কাছে জন্মগ্রহণ করেছেন এবং/অথবা যার বাবা-মায়ের আইনি পরিচয় প্রতিষ্ঠিত হয়নি? হ্যাঁ না
2. আপনি কি 21 বছরের কম বয়সী কোনো ব্যক্তির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন যার বাবা বা মা অনুপস্থিত রয়েছে (নন-কাস্টডিয়াল প্যারেন্ট)? হ্যাঁ না

যদি আপনি এই উভয় প্রশ্নের "না" উত্তর দেন, তাহলে আপনাকে এই সেকশনটি পূরণ করতে হবে না। পরের বিভাগে যান।

যদি আপনি যেকোনো একটি বা উভয় প্রশ্নের "হ্যাঁ" উত্তর দেন, তাহলে আপনাকে অবশ্যই এই সেকশনটি পূরণ করতে হবে। আপনি 21 বছরের কম বয়সী যেসব ব্যক্তির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করছেন তাদের সবার নাম এবং সেসব ব্যক্তির নন-কাস্টডিয়াল, দাবিকৃত, বা উদ্ভিষ্ট বাবা মা(বাবা মায়ের) সম্পর্কে আপনার কাছে থাকা যেকোনো তথ্য প্রদান করুন।

3. আপনার বয়স কি 21 বছরের কম? হ্যাঁ না

যদি আপনি এই প্রশ্নের "হ্যাঁ" উত্তর দেন, তাহলে আপনার নন-কাস্টডিয়াল, দাবিকৃত, বা উদ্ভিষ্ট বাবা মা সম্পর্কে নিম্নলিখিত তথ্য প্রদান করুন:

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|-------------------------------------|--|---|
| | Acknowledgment of Parentage or Paternity | |
| | Child Support Order | |
| | Good Cause Form (LDSS-4279) | |
| | IV-D Attestation (LDSS-4281) | |
| | Death Certificate | |
| | Divorce Decree | |
| | VA Benefits | |
| | Order of Filiation/Paternity/Parentage | |
| | Birth Certificate | |
| NEEDED | REFERRALS | COMPLETED |
| | CTHP | |
| | CAP | |
| | Referral for Child Support Services (LDSS-5145) | |
| | Parentage/Paternity | |
| CONSIDER | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse | <input checked="" type="checkbox"/> Child Health Plus |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Petition to Family Court | <input checked="" type="checkbox"/> TASA |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> SSI/SSA |

| 21 বছরের কম বয়সী ব্যক্তির নাম | নন-কাস্টডিয়াল, দাবিকৃত, বা উদ্ভিষ্ট বাবা বা মায়ের নাম এবং ঠিকানা | নন-কাস্টডিয়াল, দাবিকৃত, বা উদ্ভিষ্ট বাবা বা মায়ের জন্মতারিখ | | | নন-কাস্টডিয়াল, দাবিকৃত, বা উদ্ভিষ্ট বাবা বা মায়ের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর |
|--------------------------------|--|---|-----|-----|---|
| | | মাস | দিন | বছর | |
| A. | | | | | |
| B. | | | | | |
| C. | | | | | |
| D. | | | | | |
| E. | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|--|---|--|-----------------------|--|--|
| বিভাগ 12 – ট্যাক্স ফাইলিং/নির্ভরশীল অবস্থা – অনুগ্রহ করে পরিবারে বসবাসকারী প্রত্যেক ব্যক্তির ট্যাক্স স্ট্যাটাস নির্বাচন করুন। | | | | | | | | | | | |
| | | | ট্যাক্স স্ট্যাটাস | | | | | | | | |
| নামের প্রথম অংশ | মধ্যম নামের আদ্যক্ষর | পদবী | অবিবাহিত | বিবাহিত যৌথভাবে ফাইল করছেন | বিবাহিত এককভাবে ফাইল করছেন | পরিবারের প্রধান (যোগ্য ব্যক্তি সহ) | নির্ভরশীল শিশু সহ যোগ্য বিধবা বা বিপন্নিক | নির্ভরশীল এবং ট্যাক্স ফাইল করবেন | ট্যাক্স ফাইল করবেন না | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| <p>পরিবারে বসবাস করছেন না এমন কর নির্ভরশীল (ট্যাক্স ডিপেনডেন্ট) ব্যক্তি। আপনার সঙ্গে বসবাস করেন না এবং আপনি বা আপনার পরিবারের অন্য কেউ দাবি করেছেন এমন কর নির্ভরশীল (ট্যাক্স ডিপেনডেন্ট) ব্যক্তিদের তালিকা দিন। যদি আপনি ট্যাক্স ফাইল না করেন, তাহলে আপনি এই প্রশ্ন এড়িয়ে যেতে পারেন।</p> | | | | | | | | | | | |
| কর নির্ভরশীল ব্যক্তির নাম | | | | | ট্যাক্স ফাইলকারীর নাম | | | | | | |
| নামের প্রথম অংশ | মধ্যম নামের আদ্যক্ষর | পদবী | | | নামের প্রথম অংশ | মধ্যম নামের আদ্যক্ষর | পদবী | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| বিভাগ 13 – অনুপস্থিত/মৃত স্বামী বা স্ত্রীর তথ্য – যদি পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তির স্বামী বা স্ত্রী অন্য কোথাও বসবাস করেন অথবা মারা গিয়ে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচে তা উল্লেখ করুন। | | | | | | | | | | | |
| পুনঃপ্রত্যয়নকারী ব্যক্তির নাম | | স্বামী বা স্ত্রীর নাম | | স্বামী বা স্ত্রীর জন্মতারিখ | | স্বামী বা স্ত্রীর মৃত্যুর তারিখ, প্রযোজ্য ক্ষেত্রে | | স্বামী/স্ত্রীর সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর | | | |
| স্বামী বা স্ত্রীর ঠিকানা, প্রযোজ্য ক্ষেত্রে | | | | শহর | | কাউন্টি | | স্টেট | জিপি কোড | | |
| বিভাগ 14 – অনুপস্থিত সন্তানের তথ্য – যদি পুনঃপ্রত্যয়নকারী কোনো ব্যক্তির 21 বছরের কম বয়সী কোনো সন্তান অন্য কোথাও বসবাস করে, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচে তা উল্লেখ করুন। | | | | | | | | | | | |
| পুনঃপ্রত্যয়নকারী ব্যক্তির নাম | | অনুপস্থিত সন্তানের নাম | | জন্ম তারিখ | | সন্তানের ঠিকানা (সেডক, সিটি, কাউন্টি, স্টেট, এবং জিপি কোড) | | বাবা-মায়ের আইনি পরিচয় প্রতিষ্ঠিত হয়েছে? | | আপনি কি চাইল্ড সাপোর্টের অর্থ পরিশোধ করেন? | |
| | | | | | | | | হ্যাঁ | | না | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| বিভাগ 15 – কিশোর-কিশোরী বাবা বা মায়ের তথ্য | | | | | | TEEN PARENT | | | | TEEN PARENT CHILDREN | |
| পরিবারে কি 18 বছরের কম বয়সী কোনো বাবা বা মা ("কিশোর-কিশোরী বাবা বা মা") রয়েছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | | | | | | LN NO. _____ Marital Status _____ | | | | LN NO. _____ | |
| নাম _____ | | | | | | High School Diploma/High School Equivalent? _____ | | | | LN NO. _____ | |
| | | | | | | LN NO. _____ Marital Status _____ | | | | | |
| | | | | | | High School Diploma/High School Equivalent? _____ | | | | | |
| কিশোর-কিশোরী বাবা বা মায়ের সন্তান কি এই পরিবারে বসবাস করে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | | | | | | | | | | | |
| কিশোর-কিশোরী বাবা বা মায়ের সন্তানের নাম _____ | | | | | | | | | | | |

| বিভাগ 16 – আয় সংক্রান্ত তথ্য: | | | | | | | | | | | |
|--|-------|----|----|-------------------------|----|-------------------------|--------|-------------|--------|--------|--|
| আপনি বা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি নিচের কোনো উৎস থেকে অর্থ পেয়ে থাকেন কিনা তা উল্লেখ করুন: | হ্যাঁ | না | কে | পরিমাণ/মান এবং কত ঘন ঘন | কে | পরিমাণ/মান এবং কত ঘন ঘন | INCOME | | | | |
| | | | | | | | LN No. | SOURCE CODE | AMOUNT | PERIOD | |
| বেকারত্ব বিমার বেনিফিট | 1 | | | | | | | | | | |
| সম্পূরক নিরাপত্তা আয় (SSI) সুবিধা (স্টেট ও ফেডারেল মোট পরিমাণ) | 2 | | | | | | | | | | |
| সোশ্যাল সিকিউরিটি প্রতিবন্ধীত্ব (Social Security Disability, SSD) সুবিধা | 3 | | | | | | | | | | |
| সোশ্যাল সিকিউরিটি ডিপেন্ডেন্ট বেনিফিট (Social Security Dependent Benefits) | 4 | | | | | | | | | | |
| সোশ্যাল সিকিউরিটি সারভাইভার বেনিফিট (Social Security Survivor's Benefits) | 5 | | | | | | | | | | |
| সোশ্যাল সিকিউরিটি রিটায়ারমেন্ট বেনিফিট (Social Security Retirement Benefits) | 6 | | | | | | | | | | |
| রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বেনিফিট (Railroad Retirement Benefits) | 7 | | | | | | | | | | |
| রিটায়ারমেন্ট বেনিফিট (Retirement Benefits) (পেনশন) | 8 | | | | | | | | | | |
| স্টক, বন্ড, সঞ্চয়, ইত্যাদির লভ্যাংশ/সুদ | 9 | | | | | | | | | | |
| ওয়াকার্স কমপেনসেশন | 10 | | | | | | | | | | |
| NYS প্রতিবন্ধী বেনিফিট | 11 | | | | | | | | | | |
| ভেটেরানদের পেনশন/সুবিধা/সহায়তা এবং অ্যাটেনডেন্স | 12 | | | | | | | | | | |
| সরকারি সহায়তা অনুদান | 13 | | | | | | | | | | |
| GI নির্ভরশীলদের জন্য বরাদ্দ | 14 | | | | | | | | | | |
| শিক্ষার জন্য অনুদান বা ঋণ | 15 | | | | | | | | | | |
| অবদান/উপহার (পেয়েছেন) | 16 | | | | | | | | | | |
| ফস্টার কেয়ার রক্ষণাবেক্ষণের পেমেন্ট (পেয়েছেন) | 17 | | | | | | | | | | |
| চাইল্ড সাপোর্ট পেমেন্ট (পেয়েছেন) | | | | | | | | | | | |
| যার থেকে পাওয়া গেছে: | 18 | | | | | | | | | | |
| স্বামী বা স্ত্রীর কাছ থেকে সহায়তা (পেয়েছেন) | 19 | | | | | | | | | | |
| বেসরকারি প্রতিবন্ধী বিমা – স্বাস্থ্য/দুর্ঘটনা বিমা পলিসির আয় | 20 | | | | | | | | | | |
| নো-ফল্ট বিমার বেনিফিট | 21 | | | | | | | | | | |
| ইউনিয়নের বেনিফিট (যার মধ্যে ধর্মঘট সংক্রান্ত বেনিফিট অন্তর্ভুক্ত রয়েছে) | 22 | | | | | | | | | | |
| শিক্ষার জন্য ছাড়া অন্য উদ্দেশ্যে ঋণ (পেয়েছেন) | 23 | | | | | | | | | | |
| কোনো ট্রাস্ট থেকে পাওয়া আয় (আপনি বর্তমানে পাওয়ার অধিকার রাখেন, অথবা অতীতে পাওয়ার অধিকারী ছিলেন এমন আয়, যা বন্টন করা হয়নি, সেগুলো সহ) | 24 | | | | | | | | | | |
| প্রশিক্ষণের জন্য বরাদ্দ/বৃত্তি | 25 | | | | | | | | | | |
| ভাড়া থেকে আয় (পেয়েছেন) | 26 | | | | | | | | | | |
| বোর্ডার/লজারদের আয় (পেয়েছেন) | 27 | | | | | | | | | | |
| অন্যান্য আয় (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) | | | | | | | | | | | |

CONSIDER

- ✓ Child Support Disregard/Pass-Through
 - Explained Budgeted
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ Disability Review
- ✓ Reception and Placement Grant (SNAP Only)
- ✓ Refugee Matching Grant
- ✓ Change in Income from Last Budget

| | | | | | | |
|--|-------|----|----|-------------------------|----|-------------------------|
| <p>যদি আপনি Medicaid-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেন, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচের বিভাগটি পূরণ করুন:</p> <p>কর্তন: নির্দিষ্ট ধরনের Medicaid বাজেটিং আবেদনকারী/গ্রহীতাদেরকে তাদের ফেডারেল করের উপর গ্রহণ করা কর্তনের মাধ্যমে তাদের হিসাবযোগ্য আয় কমিয়ে আনার সুযোগ দেয়। এগুলো হলো সুনির্দিষ্ট কিছু ব্যয় যা আভ্যন্তরীণ রাজস্ব পরিষেবা (Internal Revenue Service, IRS) লোকজনেরকে তাদের করযোগ্য আয় কমানোর জন্য কর্তন করার অনুমতি দেয়। যদি আপনি চলতি বছরের ট্যাক্স রিটার্নে কর্তনগুলো দাবি করার পরিকল্পনা করে থাকেন তাহলেই কেবল সেগুলো এখানে রেকর্ড করুন।</p> | হ্যাঁ | না | কে | পরিমাণ/মান এবং কত ঘন ঘন | কে | পরিমাণ/মান এবং কত ঘন ঘন |
| শিক্ষকের খরচ | 1 | | | | | |
| ব্যক্তিগত রিটায়ারমেন্ট অ্যাকাউন্ট (Individual Retirement Account, IRA) কর্তন | 2 | | | | | |
| শিক্ষার্থী খণের সুদ কর্তন | 3 | | | | | |
| টিউশন ও ফিসমূহ | 4 | | | | | |
| নির্দিষ্ট কিছু ব্যবসায়িক খরচ (রিজার্ভিস্ট, আর্টিস্ট, ফি-ভিত্তিক সরকারি কর্মকর্তা) | 5 | | | | | |
| স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সঞ্চয় অ্যাকাউন্ট কর্তন | 6 | | | | | |
| চাকরি-সংশ্লিষ্ট যাতায়াতের খরচ | 7 | | | | | |
| আত্ম-কর্মসংস্থান (S/E) করের ডিডাক্টিবল অংশ | 8 | | | | | |
| S/E, সরল ও কোয়ালিফাইড প্ল্যানসমূহ | 9 | | | | | |
| S/E স্বাস্থ্য বিমা কর্তন | 10 | | | | | |
| নির্ধারিত সময়ের আগে সঞ্চয় উত্তোলনের ফলে অর্ধদণ্ড | 11 | | | | | |
| খোরপোশ পরিশোধ | 12 | | | | | |
| দেশীয় উৎপাদন ক্রিয়াকলাপের জন্য কর্তন | 13 | | | | | |
| 36 নম্বর লাইনে যোগ করা বাড়তি সময় (শুধু IRS ফর্ম 1040) | 14 | | | | | |
| আচার MSA কর্তন | 15 | | | | | |
| অন্যান্য সমন্বয় (অনুগ্রহ করে সুনির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন) | | | | | | |

বিভাগ 17 – সং বাবা বা মাসস্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা সম্পন্ন অ-নাগরিক পৃষ্ঠপোষকের তথ্য

নিচের তালিকায় থাকা সব প্রশ্নের উত্তর দিন।

| | | | |
|---|-------|----|-----|
| আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো শিশুর সং বাবা বা মায়ের কি কোনো সম্পদ রয়েছে অথবা তিনি কি কোনো ধরনের আয় পেয়ে থাকেন? | হ্যাঁ | না | কে? |
| আপনার পরিবারের কোনো ব্যক্তি কি সস্তোষজনক অভিবাসনগত অবস্থা সম্পন্ন একজন অ-নাগরিক, যাকে যুক্তরাষ্ট্রে প্রবেশের জন্য পৃষ্ঠপোষকতা করা হয়েছে? | | | |

পৃষ্ঠপোষকের নাম: _____ ফোন নম্বর: _____

ঠিকানা: _____

| NEEDED | REFERRAL | COMPLETED |
|--------|----------|-----------|
| | UIB | |
| | | |
| | | |

| বিভাগ 18 – কর্মসংস্থান সংক্রান্ত তথ্য | |
|---|---|
| <p>আমি বর্তমানে: <input type="checkbox"/> কর্মরত <input type="checkbox"/> আত্মকর্মী <input type="checkbox"/> বেকার</p> <p>গ্রস আয় \$ _____ মাসিক কর্মঘণ্টা _____</p> <p>(মজুরি, বেতন, ওভারটাইম পে, কমিশন, ও টিপস ইত্যাদি অন্তর্ভুক্ত করুন)</p> <p>প্রাপ্ত অর্থ: <input type="checkbox"/> সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> পাঞ্চিক <input type="checkbox"/> মাসিক সপ্তাহের যে দিনে পেমেন্ট পান: _____</p> <p>নিয়োগকর্তার নাম ও ঠিকানা: _____ ফোন নম্বর _____</p> | 1 |
| <p>আপনার সঙ্গে বসবাসকারী অন্য কেউ কি বর্তমানে: <input type="checkbox"/> কর্মরত <input type="checkbox"/> আত্মকর্মী</p> <p>কে: _____</p> <p>গ্রস আয় \$ _____ মাসিক কর্মঘণ্টা _____</p> <p>প্রাপ্ত অর্থ: <input type="checkbox"/> সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> পাঞ্চিক <input type="checkbox"/> মাসিক সপ্তাহের যে দিনে পেমেন্ট পান: _____</p> <p>নিয়োগকর্তার নাম ও ঠিকানা: _____ ফোন নম্বর _____</p> | 2 |
| <p>আপনার নিয়োগকর্তার মাধ্যমে কি স্বাস্থ্য বিমা পাওয়া যায়? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না</p> <p>আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি নিয়োগকর্তার দেওয়া স্বাস্থ্য বিমা রয়েছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না</p> <p>কে: _____</p> <p>বিমা কোম্পানির নাম: _____</p> | 3 |
| <p>আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি কর্মসংস্থানের কারণে শিশু বা নির্ভরশীল ব্যক্তির সেবার খরচ আছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না</p> <p>কে: _____</p> | 4 |
| <p>আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি কর্মসংস্থানের সাথে সম্পর্কিত অন্যান্য খরচ রয়েছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না</p> <p>কে: _____</p> | 5 |

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|-----------|--|---------|
| | CINTRAK/RFI/IRCS | |
| | 1099 | |
| | Employment Verification | |
| | Income Tax Return | |
| | Self-Employment Worksheet | |
| | Wage Stubs | |
| | Work Registration Form | |
| | Dependent/Child Care Form/Statement | |
| | Approval of Informal Child Care Provider | |

| NEEDED | REFERRALS | COMPLETED | CONSIDER |
|--------|-------------------------|-----------|--|
| | CAP | | <input checked="" type="checkbox"/> Limited English Proficiency |
| | Disability | | <input checked="" type="checkbox"/> Earned Income Tax Credit (see PUB-4786) |
| | Employment | | <input checked="" type="checkbox"/> Explaining Periodic Reporting Requirements |
| | TPHI/COBRA | | <input checked="" type="checkbox"/> Net Loss of Cash Income |
| | UIB | | <input checked="" type="checkbox"/> P.A.S.S. Income Amount and Sources |
| | Workers' Compensation | | <input checked="" type="checkbox"/> Employment Sanctions |
| | Drug/Alcohol | | <input checked="" type="checkbox"/> Temporary Employment |
| | Domestic Violence | | <input checked="" type="checkbox"/> Disability Review |
| | Refugee Cash Assistance | | <input checked="" type="checkbox"/> Individual Development Account (IDA) |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> Voluntary Quit |

বিভাগ 19 – শিক্ষা/প্রশিক্ষণ

আপনি সর্বোচ্চ কোন পর্যায় পর্যন্ত লেখাপড়া সম্পন্ন করেছেন?

- হাই স্কুল ডিপ্লোমার চেয়ে কম
যদি তাই হয়, তাহলে সম্পন্ন করা শেষ গ্রেড কী? _____
- একটি স্বতন্ত্র শিক্ষা পরিকল্পনা (Individualized Education Plan, IEP) সম্পন্ন করেছেন
- হাই স্কুল ডিপ্লোমা অথবা সাধারণ সমতুল্য ডিপ্লোমা (General Equivalency Diploma, GED) অথবা টেস্ট অ্যাসেসিং সেকেন্ডারি কমপ্লিশন (Test Assessing Secondary Completion, TASC™)
- অ্যাসোসিয়েট ডিগ্রি (2-বছরের কলেজ ডিগ্রি) 1
- ব্যাচেলর ডিগ্রি (4-বছরের কলেজ ডিগ্রি) বা উচ্চতর ডিগ্রি

পরিবারের অন্য কোনো ব্যক্তির কি কোনো হাই স্কুল ডিপ্লোমা, সাধারণ সমমান ডিপ্লোমা (GED), অথবা টেস্ট অ্যাসেসিং সেকেন্ডারি কমপ্লিশন (TASC™), অথবা উচ্চতর শিক্ষা রয়েছে? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কার: _____

অর্জিত ডিগ্রি: _____

সম্পন্ন করার তারিখ: _____ 2

নির্দেশ করুন যে আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন অথবা তিনি সহায়তা পাচ্ছেন কিনা:

কোনো প্রশিক্ষণ কর্মসূচিতে আছেন বা **গত 12 মাসে** অংশ নিয়েছেন? হ্যাঁ না

- কে _____ 3
- কোথায় _____
- প্রোগ্রাম _____
- উপস্থিতির তারিখ _____
- সম্পন্ন করার তারিখ _____

16 বছর বা তার চেয়ে বেশি বয়সী এবং স্কুলে বা কলেজে পড়াশোনা করছেন? হ্যাঁ না

- কে _____ 4
- কোথায় _____

প্রশিক্ষণের জন্য একটি ভাতা পাচ্ছেন? হ্যাঁ না 5

কে _____ অর্থরাশি _____ মার্কিন ডলার

শিক্ষার জন্য কোনো অনুদান বা ঋণ পাচ্ছেন? হ্যাঁ না 6

কে _____ অর্থরাশি _____ মার্কিন ডলার

16 বছরে কম বয়সী এবং স্কুলে পড়ছেন? হ্যাঁ না 7

কে _____

স্কুল _____

কে _____

স্কুল _____

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|-----------|--|---------|
| | School Attendance Verification (LDSS-3708) | |
| | Educational Grant Worksheet | |
| | Child Care Statement | |

| NEEDED | REFERRALS | COMPLETED |
|--------|---------------------|-----------|
| | Supportive Services | |
| | | |

| CONSIDER | YES | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Is anyone in training? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Are any other supportive services appropriate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Are there any training related expenses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

কে _____

স্কুল _____

কে _____

স্কুল _____

| বিভাগ 20 – রিসোর্স সংক্রান্ত তথ্য | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------|----|----|-----------------------------------|----|-----------------------------------|
| নির্দেশ করুন যে আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন, তার কি: | | | | হ্যাঁ | না | কে | যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে পরিমাণ/মূল্য | কে | যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে পরিমাণ/মূল্য |
| নগদ অর্থ রয়েছে | | | | 1 | | | মার্কিন ডলার | | মার্কিন ডলার |
| একটি চেকিং অ্যাকাউন্ট(একাধিক অ্যাকাউন্ট) আছে | | | | 2 | | | | | |
| একটি সেভিংস অ্যাকাউন্ট বা ডিপোজিট সার্টিফিকেট আছে | | | | 3 | | | | | |
| একটি ক্রেডিট ইউনিয়ন অ্যাকাউন্ট (একাধিক অ্যাকাউন্ট) আছে | | | | 4 | | | | | |
| জীবন বিমা আছে | | | | 5 | | | | | |
| মোটরযানের(গুলির) অথবা অন্য যানবাহনের(গুলির) টাইটেল বা রেজিস্ট্রেশন আছে: বছর _____ মেক/মডেল _____ বছর _____ মেক/মডেল _____ অন্যান্য _____ | | | | 6 | | | | | |
| স্টক, বন্ড, সার্টিফিকেট বা মিউচুয়াল ফান্ড আছে | | | | 7 | | | | | |
| সেভিংস বন্ড আছে | | | | 8 | | | | | |
| একটি IRA, Keogh, 401(k) অথবা বিলম্বিত ক্ষতিপূরণ অ্যাকাউন্ট রয়েছে | | | | 9 | | | | | |
| অপ্রত্যাহারযোগ্য দাফনের ট্রাস্ট রয়েছে | | | | 10 | | | | | |
| একটি দাফনের ফান্ড রয়েছে | | | | 11 | | | | | |
| একটি দাফনের স্থান রয়েছে | | | | 12 | | | | | |
| নিজের বাড়ি আছে | | | | 13 | | | | | |
| রিয়েল-এস্টেট রয়েছে, যার মধ্যে আয় উৎপন্ন করা এবং আয় উৎপন্ন না করা সম্পত্তি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে | | | | 14 | | | | | |
| একটি আয়কর রিফান্ড পাওয়ার যোগ্য | | | | 15 | | | | | |
| একটি অ্যানুইটি আছে | | | | 16 | | | | | |
| কোনো ট্রাস্টের সুবিধাভোগী | | | | 17 | | | | | |
| কোনো ট্রাস্ট ফান্ড, মামলার সেটেলমেন্ট, উত্তরাধিকার সূত্রে পাওয়া সম্পত্তি অথবা অন্যান্য উৎস থেকে আসা আয় পাওয়ার আশা রয়েছে | | | | 18 | | | | | |
| একটি "ইন ট্রাস্ট" অ্যাকাউন্ট(গুলি) রয়েছে | | | | 19 | | | | | |
| একটি সেফ ডিপোজিট বন্ড(গুলি) রয়েছে | | | | 20 | | | | | |
| উপরে তালিকাভুক্ত সম্পদের বাইরে অন্যান্য সম্পদ রয়েছে | | | | 21 | | | | | |
| গত 36 মাসের মধ্যে কোনো ব্যক্তি (আপনার স্বামী বা স্ত্রী সহ, এমনকি পুনঃপ্রত্যয়ন না করলেও অথবা আপনার সঙ্গে বসবাস না করলেও) কি কোনো নগদ অর্থ দান করেছেন, অথবা কোনো রিয়েল এস্টেট, আয় বা ব্যক্তিগত সম্পত্তি বিক্রি/স্থানান্তর করেছেন? | | | | 22 | | | | | |
| কোনো ব্যক্তি (আপনার স্বামী বা স্ত্রী সহ, এমনকি পুনঃপ্রত্যয়ন না করলেও অথবা আপনার সঙ্গে বসবাস না করলেও) কি অতীতে কোনো ট্রাস্ট তৈরি করেছেন অথবা গত 60 মাসের মধ্যে কোনো ট্রাস্টের কাছে কোনো সম্পদ হস্তান্তর করেছেন? যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কবে? _____ | | | | 23 | | | | | |

| NEEDED | REFERRAL | COMPLETED |
|--------|----------|-----------|
| | Legal | |
| | Resource | |
| | | |
| | | |

| LIFE INSURANCE | |
|----------------|------------|
| FACE AMOUNT | CASH VALUE |
| | |
| | |
| | |
| | |

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|-----------|---|---------|
| | Resource Checklist | |
| | Market Value | |
| | DMV Clearance | |
| | Bank Statement | |
| | Assignment of Proceeds | |
| | Car/Vehicle Title | |
| | Car/Vehicle Registration (Older Models) | |
| | Bank Clearance | |
| | RFI/OCA | |
| | 1099 | |

| CONSIDER | |
|----------|--------------------------------------|
| ✓ | Children's Resources |
| ✓ | Lump Sum |
| ✓ | Boats, Campers, Snowmobiles |
| ✓ | Individual Development Account (IDA) |
| ✓ | Exempt Vehicles |
| ✓ | EIC |
| ✓ | Change in Resources from Last Budget |

| VEHICLE INFORMATION | | | | | | | | | |
|---------------------|------|-------|--------------|-------------|------------|--------|----|-------------|-------------|
| YR. | MAKE | MODEL | OWNER'S NAME | AMOUNT OWED | NADA VALUE | EXEMPT | | LIEN HOLDER | ACCOUNT NO. |
| | | | | | | YES* | NO | | |
| | | | | \$ | \$ | | | | |
| | | | | \$ | \$ | | | | |

*IF EXEMPT, WHY?

| বিভাগ 21 – মেডিকেল তথ্য | | | | REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|---|-------|----|-------------------------|--|---|------------------|
| নির্দেশ করুন যে আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন, তার কি: | হ্যাঁ | না | যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কে | | Pregnancy Statement | |
| কোনো চিকিৎসার বিল অথবা চিকিৎসার সাথে সম্পর্কিত খরচ রয়েছে | 1 | | | | Med/Psych Statement | |
| স্পেন্ড-ডাউন সহ Medicaid-এ রয়েছে | 2 | | | | Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571) | |
| স্বাস্থ্য বিমা অথবা হাসপাতাল/দুর্ঘটনা সংক্রান্ত বিমা রয়েছে (নিয়োগকর্তার তরফ থেকে পাওয়া বিমা সহ) | 3 | | | পলিসি নম্বর: পরিমাণ: কত ঘন পেমেন্ট পান: | Drug/Alcohol Statement | |
| একজন নিয়োগকর্তার মাধ্যমে স্বাস্থ্য বিমা পাচ্ছেন | 4 | | | বিমা কোম্পানির নাম: | Paid or Unpaid Medical Bills | |
| মেডিকেয়ার রয়েছে (লাল, সাদা, ও নীল কার্ড) | 5 | | | কে আওতাভুক্ত: | SSI Application Verification (PA ONLY) | |
| একজন হেলথ অ্যাটেনডেন্ট/বাড়িতে হেলথ এইড রয়েছে | 6 | | | কার্যকর হওয়ার তারিখ: | CONSIDER | |
| অন্ধ, অসুস্থ বা প্রতিবন্ধী | 7 | | | Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 18 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform? | ✓ AD/SSI Related | |
| বিকাশ সংক্রান্ত অক্ষমতায় আক্রান্ত একটি শিশু | 8 | | | | ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator | |
| হাসপাতালে, নার্সিং হোমে অথবা অন্য মেডিকেল প্রতিষ্ঠানে রয়েছেন | 9 | | | | ✓ SNAP Medical Deduction | |
| এই পুনঃপ্রত্যয়নের আগের 3 মাসের মধ্যে পরিশোধিত বা অপরিশোধিত মেডিকেল বিল রয়েছে | 10 | | | | ✓ TPHI Reimbursement | |
| মাদক বা অ্যালকোহলের উপর নির্ভরশীল আছেন অথবা নির্ভরশীল ছিলেন | 11 | | | | ✓ Buy-In Eligibility | |
| হোম কেয়ার/ব্যক্তিগত সেবা প্রয়োজন | 12 | | | | ✓ Kreiger (LDSS-3664) | |
| SSI পাচ্ছেন অথবা SSI পাওয়ার জন্য আবেদন করেছেন | 13 | | | | ✓ Domestic Violence | |
| গর্ভবতী যদি গর্ভবতী হন, তাহলে প্রসবের সম্ভাব্য তারিখ: _____ প্রত্যাশিত সন্তানের সংখ্যা: _____ | 14 | | | | ✓ SSI Referral | |
| মাদকের অপব্যবহার অথবা অ্যালকোহল আসক্তির চিকিৎসা সংক্রান্ত কর্মসূচি থেকে চিকিৎসা গ্রহণ করছেন | 15 | | | | ✓ Earned Income Credit | |
| কোনো অক্ষমতা বা অসুস্থতার কারণে কমপক্ষে 12 মাস কাজ করতে সক্ষম হননি | 16 | | | | ✓ Change in Resources | |
| এমন কোনো অক্ষমতা বা অসুস্থতার কারণে দৈনন্দিন ক্রিয়াকলাপ সীমিত হয়ে পড়েছে যা কমপক্ষে 12 মাস স্থায়ী হয়েছে অথবা স্থায়ী হবে | 17 | | | | NEEDED | REFERRALS |
| গত দুই বছরের মধ্যে কোনো গাড়ি দুর্ঘটনা অথবা কাজের সাথে সম্পর্কিত দুর্ঘটনার সম্মুখীন হয়েছেন | 18 | | | | SSI (D-CAP) | COMPLETED |
| Medicaid বা মেডিকেয়ার ছাড়া অন্য কোনো সরকারি সংস্থা (সরকারি কর্মসূচি) আপনার কোনো মেডিকেল বিল পরিশোধ করেছে যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কোন সংস্থা _____ | 19 | | | | Disability Interview (LDSS-1151) | |
| অন্য কোনো স্বাস্থ্য বিমার কাছে বিল করার ফলে কি আপনার শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তার ক্ষতি হবে, এবং/অথবা এটি কি আপনার Medicaid-এর জন্য আবেদনের বা Medicaid প্রাপ্তির একান্ততা ও গোপনীয়তা বিঘ্নিত করবে? | 20 | | | | Medical Report (LDSS-486, 486t) | |
| | | | | | Disability Report | |
| | | | | | AD | |
| | | | | | TPHI | |
| | | | | | ACCES-VR | |
| | | | | | CTHP | |
| | | | | | Family Planning | |
| | | | | | SSA (RSDI) | |
| | | | | | Veteran's Benefits | |
| | | | | | Veteran's Counseling | |
| | | | | | Child Health Plus | |
| | | | | | COBRA Eligibility | |
| | | | | | Nurse's Aide Service | |
| | | | | | Home Care | |
| | | | | | NYSOH | |
| | | | | | MA-Only (DOH-4220) | |
| | | | | | SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A) | |
| | | | | | LDSS-4526 or local equivalent | |

| RETROACTIVE MEDICAID | WHO | DATE | RECURRING MEDICAL EXPENSES | WHO | AMOUNT \$ | | |
|----------------------|-----|------|----------------------------|-----|-----------|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

MEDICAL BILLS: YES NO **TPHI:** YES NO

হেলথ প্ল্যান নির্বাচন

Medicaid-এ তালিকাভুক্ত বেশিরভাগ ব্যক্তির জন্য কোনো ম্যানেজড কেয়ার হেলথ প্লানে যোগদান করা বাধ্যতামূলক, যদি না তারা অব্যাহতিপ্রাপ্ত কোনো শ্রেণির অন্তর্ভুক্ত হন। একটি হেলথ প্ল্যান বেছে নিতে এই সেকশনটি ব্যবহার করুন। কোন হেলথ প্ল্যানগুলো পাওয়া যাবে সে ব্যাপারে আপনার জানা না থাকলে, আপনার কর্মীকে জিজ্ঞেস করুন অথবা 1-800-505-5678 নম্বরে ফোন করুন।

| আপনি যে পরিকল্পনায় তালিকাভুক্ত হচ্ছেন সেটির নাম | পদবী | নাম | জন্ম তারিখ mm/dd/yy | লিঙ্গ M/F/X | ID# (যদি আপনার Medicaid কার্ড থাকে তাহলে সেটি থেকে) | সোশ্যাল সিকিউরিটি # | প্রাইমারি কেয়ার প্রোভাইডার (PCP) অথবা স্বাস্থ্য কেন্দ্র (বর্তমান সেবা প্রদানকারী হলে বক্সে টিকচিহ্ন দিন) | OB/GYN-এর নাম এবং ID# (বর্তমান সেবা প্রদানকারী হলে বক্সে টিকচিহ্ন দিন) |
|--|------|-----|---------------------|-------------|---|---------------------|---|--|
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

বিভাগ 22 – শেল্টার

আপনার বাড়ির মালিকের নাম কী?

আপনার বাড়ির মালিকের ঠিকানা কী?

আপনার বাড়ির মালিকের ফোন নম্বর কী?
() _____

| | হ্যাঁ | না | যদি হ্যাঁ হয়, প্রাপ্ত |
|--|-------|----|------------------------|
| আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি ভাড়া, মর্টগেজ অথবা আশ্রয় সংক্রান্ত অন্যান্য খরচ রয়েছে? | | | মার্কিন ডলার |
| আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি আপনার ভাড়া অথবা আশ্রয় সংক্রান্ত অন্যান্য খরচ থেকে ভিন্ন কোনো হিটিং বিল রয়েছে? | | | মার্কিন ডলার |

| SHELTER COSTS | MONTHLY ACTUAL COST |
|---|---------------------|
| A. Room and Board | |
| B. Rent | |
| C. Trailer Lot Rent | |
| D. Mortgage Payment | |
| 1. Principal | |
| 2. Interest | |
| 3. Property Tax (including School Tax) | |
| 4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance) | |
| 5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment) | |
| 6. Assessments (Sewer, etc.) | |
| E. Total Mortgage Payment (Line 1-6) | |
| TOTAL (Lines A - E) | |

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|-------------------------------------|---|---------|
| | Landlord Statement | |
| | Rent Receipt | |
| | Tenant of Record | |
| | Customer of Record | |
| | Voluntary Restrict | |
| | Mandatory Restrict | |
| | Subsidized Housing | |
| | Mortgage/Title Search | |
| | Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office | |
| | Property Lien | |
| | Shelter/Utility Repayment Agreement | |
| CONSIDER | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Utility and/or Fuel Restrict | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Utility Guarantee | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | HEAP | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Foster Care-Related Additional Allowances | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SNAP Household Composition Rules | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SNAP Aged/Disabled Indicator | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Real Property Tax Credit | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Property Lien | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household | |

| বিভাগ 22 – শেল্টার (চলমান) | | | |
|--|-------|----|------------------------|
| আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির কি আপনার ভাড়া অথবা আশ্রয় সংক্রান্ত অন্যান্য খরচ থেকে ভিন্ন নিম্নলিখিত খরচগুলো রয়েছে? | হ্যাঁ | না | যদি হ্যাঁ হয়, প্রাপ্ত |
| বিদ্যুৎ (তাপ ছাড়া অন্য কোনো প্রয়োজনের জন্য; উদাহরণ: বাতি, রান্না, গরম পানি, ইত্যাদি) | 1 | | মার্কিন ডলার |
| প্রাকৃতিক গ্যাস (তাপ ছাড়া অন্য কোনো প্রয়োজনের জন্য; উদাহরণ: রান্না করা, গরম পানি, ইত্যাদি) | 2 | | মার্কিন ডলার |
| পানি | 3 | | মার্কিন ডলার |
| এয়ার কন্ডিশনার | 4 | | মার্কিন ডলার |
| প্রোপেন (তাপ ছাড়া অন্য প্রয়োজনের জন্য) | 5 | | মার্কিন ডলার |
| পয়ঃনিষ্কাশন | 6 | | মার্কিন ডলার |
| আবর্জনা | 7 | | মার্কিন ডলার |
| অন্যান্য ইউটিলিটি এবং ব্যয় সুনির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন _____ | 8 | | মার্কিন ডলার |
| আপনি কি পাবলিক হাউজিংয়ে বাস করেন? | 9 | | |
| আপনি কি সেকশন 8, HUD, অথবা অন্য ভর্তুকিপ্ৰাপ্ত আবাসনে বাস করেন? | 10 | | |
| আপনি কি কোনো মাদক/অ্যালকোহল চিকিৎসা কেন্দ্রে বাস করেন? | 11 | | |

***Check Primary Heat Type:**

- Natural Gas Oil PSC Electric Coal
 Kerosene Propane Municipal Electric Wood Other _____

| MONTHLY EXPENSES | MONTHLY ACTUAL COST | NAME OF DEALER | ACCOUNT NUMBER | IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD) | WHO IS THE TENANT OF RECORD? |
|---|---------------------|----------------|----------------|---|------------------------------|
| A. Heat* | | | | | |
| B. Electricity (for cooking, lights, hot water) | | | | | |
| C. Gas (for cooking, hot water) | | | | | |
| D. Liquid Propane Gas | | | | | |
| E. Other Utilities or Expenses | | | | | |
| F. Air Conditioning | | | | | |
| G. Utility Installation Fees | | | | | |
| H. Sewer | | | | | |
| I. Trash | | | | | |
| J. Water | | | | | |

| বাড়তি তথ্য | | | |
|---|-------|--------------------------------|-----------------------------|
| বিভাগ 23: অন্যান্য খরচ | | | |
| নির্দেশ করুন যে আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন, তার কি: | হ্যাঁ | না | যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে পরিমাণ |
| চাইল্ড সাপোর্টের অর্থ প্রদান করেন | 1 | | মার্কিন ডলার |
| স্বামী বা স্ত্রীকে সহায়তার জন্য অর্থ প্রদান করেন | 2 | | মার্কিন ডলার |
| চাইল্ড কেয়ারের জন্য অর্থ প্রদান করেন | 3 | | মার্কিন ডলার |
| নির্ভরশীল ব্যক্তির সেবার জন্য অর্থ প্রদান করেন | 4 | | মার্কিন ডলার |
| টিউশন, ফি, অথবা অন্যান্য শিক্ষা সংক্রান্ত খরচের অর্থ প্রদান করেন | 5 | | মার্কিন ডলার |
| বাড়তি খরচ রয়েছে (উদাহরণ: গাড়ির পেমেন্ট, গাড়ির বিমার পেমেন্ট, ক্রেডিট কার্ডের পেমেন্ট, অন্যান্য ঋণের পেমেন্ট, ইত্যাদি) উল্লেখ করুন: _____ | 6 | | মার্কিন ডলার |
| আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তির, যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন, তার কি 21 বছরের কম বয়সী কোনো সন্তানের জন্য কমপক্ষে চার মাসের সহায়তা বকেয়া রয়েছে? | 7 | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | <input type="checkbox"/> না |

| HOW OFTEN PAID | LEGALLY OBLIGATED | | CHILD IN SNAP HH | |
|----------------|-------------------|----|------------------|----|
| | YES | NO | YES | NO |
| | | | | |

| | | | | | |
|---|----|--------------------------------|-----------------------------|----------------|--------------|
| বিভাগ 24: অন্যান্য তথ্য | | | | | |
| আপনি কি কোনো হোম ডেলিভারি বা কমিউনাল ডাইনিং সার্ভিস থেকে খাবার ক্রয় করেন অথবা ক্রয় করার পরিকল্পনা করছেন? | 8 | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | <input type="checkbox"/> না | | |
| আপনি কি বাড়িতে খাবার রান্না করতে বা প্রস্তুত করতে পারেন? | 9 | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | <input type="checkbox"/> না | VETERAN STATUS | VETERAN CODE |
| আপনি বা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি কখনো যুক্তরাষ্ট্রের সামরিক বাহিনীতে ছিলেন? | 10 | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | <input type="checkbox"/> না | | |
| আপনার স্বামী বা স্ত্রী কি কখনো যুক্তরাষ্ট্রের সামরিক বাহিনীতে ছিলেন? | 11 | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | <input type="checkbox"/> না | | |
| আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি যুক্তরাষ্ট্রের সামরিক বাহিনীতে রয়েছেন অথবা ছিলেন এমন কোনো ব্যক্তির উপর নির্ভরশীল? | 12 | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | <input type="checkbox"/> না | | |
| নির্দেশ করুন যে আপনার অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন, তার কি: | | হ্যাঁ | না | কে | |
| আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি, যিনি পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন, তিনি কি গত দুই মাসের মধ্যে নিউ ইয়র্ক স্টেটের অন্য কোনো কাউন্টি থেকে এই কাউন্টিতে স্থানান্তর হয়ে এসেছেন? | | | | | |
| আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কি কখনো জালিয়াতির কারণে/ইচ্ছাকৃতভাবে কর্মসূচি লঙ্ঘনের কারণে দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন এবং/অথবা সরকারি সহায়তা এবং/অথবা সম্পূর্ণক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) জন্য অযোগ্য বিবেচিত হয়েছেন? | | | | | |
| আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসকারী কোনো ব্যক্তি কি পাওয়ার অধিকার ছিল না এমন কোনো সুবিধা পেয়েছেন, যেটি এই সংস্থা বা অন্য সংস্থাকে পুরোপুরি পরিশোধ করা হয়নি? | | | | | |
| আপনি অথবা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি দুইটি বা তার বেশি স্টেটে সরকারি সহায়তা পাওয়ার জন্য জাল বিবৃতি প্রদান করা অথবা আবাসনের প্রতিনিধিত্ব করার অপরাধে দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন? | | | | | |
| আপনি অথবা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি 22 সেপ্টেম্বর, 1996 তারিখের পর কোনো স্টেটে জালিয়াতির মাধ্যমে ডুপ্লিকেট SNAP বেনিফিট গ্রহণের অপরাধে দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন? | | | | | |
| আপনি অথবা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি 22 সেপ্টেম্বর, 1996 তারিখের পর সম্মিলিতভাবে 500 ডলার বা তার চেয়ে বেশি মূল্যমানের SNAP বেনিফিট ক্রয় বা বিক্রয় করার অপরাধে দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন? | | | | | |
| আপনি অথবা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি আগ্নেয়াস্ত্র, গোলাবারুদ বা বিস্ফোরক, অথবা মাদকের জন্য SNAP বেনিফিট বিনিময় করার অপরাধে দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন? | | | | | |
| আপনি অথবা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি কোনো অপরাধ বা অপরাধের চেষ্টার দায়ে দোষী সাব্যস্ত হওয়ার পর বিচারের সম্মুখীন হওয়া, কারাউডি বা কারারুদ্ধ হওয়া এড়াতে পলাতক হয়েছেন এবং আইন প্রয়োগকারী সংস্থা সক্রিয়ভাবে তাড়া করছে? | | | | | |
| আপনি অথবা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি প্রোবেশন বা প্যারোলের ব্যাপারে আদালতের আদেশ লঙ্ঘন করেছেন? | | | | | |
| সম্পত্তি স্থানান্তরের অবস্থা | | | | | |
| সরকারি সহায়তা বা SNAP বেনিফিট পাওয়ার জন্য আমি | | | | | |
| অন্য কাউকে আমার কোনো সম্পত্তি বিক্রি, হস্তান্তর বা দান করেছি <input type="checkbox"/> করিনি <input type="checkbox"/> | | | | | |

| NEEDED | REFERRALS | COMPLETED | CONSIDER |
|--------|-----------|-----------|--|
| | Services | | ✓ SNAP Dependent Care Deductions |
| | UIB | | ✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5) |

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|-----------|--------------------------------|---------|
| | Child/Dependent Care Statement | |
| | Recoupments | |
| | Outstanding Overpayment | |
| | Pending Disqualification | |

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.

| | | CONSIDER |
|-----------------|----|---|
| Actual Expenses | \$ | ✓ Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc. ✓ Actual Shelter ✓ Actual Fuel/Utility Costs ✓ Telephone Expenses |
| Actual Income | \$ | ✓ Car Expenses ✓ Furniture/Appliance Rental ✓ Cable TV ✓ Tuition |
| = Difference | \$ | ✓ Out-of-Pocket Medical Expenses |

Does Client Receive Contribution Towards Difference Yes No

If Yes, From Whom? _____

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- Family Assistance Extensions

Category is _____

Documented by _____

NOTES/COMMENTS

বিজ্ঞপ্তি, অ্যাসাইনমেন্ট, অনুমোদন, এবং সম্মতি

সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর সংগ্রহ ও ব্যবহার – 2008 সালের খাদ্য ও পুষ্টি আইন (সংশোধিত) অনুযায়ী সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) ক্ষেত্রে পরিবারের প্রত্যেক সদস্যের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (SSN) সংগ্রহ করার অনুমোদন রয়েছে। SNAP-এর জন্য যেই আবেদন করবেন তাকে বেনিফিট পাওয়ার জন্য অবশ্যই SSN দিতে হবে। যদি আপনার অথবা আবেদনকারী কোনো ব্যক্তির SSN না থাকে, তাহলে সেই ব্যক্তিকে অবশ্যই সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশনের (Social Security Administration) কাছে একটি SSN-এর জন্য আবেদন করতে হবে (www.SSA.gov ঠিকানায় ভিজিট করুন অথবা 1-800-772-1213 নম্বরে ফোন করুন)।

অন্যান্য যেসব প্রোগ্রামের জন্য এই পুনঃপ্রত্যয়নের ফর্মটির SSN দরকার হয় সেগুলির জন্যও SSNs বাধ্যতামূলক এবং আইনের নিম্নলিখিত এক বা একাধিক বিভাগ অনুযায়ী অনুমোদিত: সোশ্যাল সিকিউরিটি আইনের বিভাগ 205(c)(42 U.S. কোড 405), সোশ্যাল সিকিউরিটি আইনের বিভাগ 1137(42 U.S. কোড 1320b-7) এবং 1974-এর গোপনীয়তা আইন 7(a)(2)। আপনার কোনও প্রশ্ন থাকলে নির্দেশিকা পুস্তিকা (PUB-1313 Statewide) দেখুন বা আপনার সামাজিক পরিষেবার ডিস্ট্রিক্টের সাথে কথা বলুন।

আমাদের সংগ্রহ করা তথ্য আপনার পরিবার সহায়তা বা সুবিধা পাওয়ার জন্য যোগ্য কিনা অথবা সেই যোগ্যতা অব্যাহত রয়েছে কিনা তা নির্ণয়ের জন্য ব্যবহার করা হবে। এই তথ্য পরিচয় পরখ করতে, উপার্জিত এবং অনুপার্জিত আয় যাচাই করতে, অনুপস্থিত অভিভাবকরা আবেদনকারী বা প্রাপকের জন্য স্বাস্থ্য বিমার কভারেজ পেতে পারেন তা নির্ধারণ করতে, আবেদনকারী বা প্রাপক শিশু বা স্বামী-স্ত্রীর জন্য সহায়তা পেতে পারেন তা ঠিক করতে এবং আবেদনকারী বা প্রাপক টাকা বা অন্যান্য সহায়তা পেতে পারেন কিনা ঠিক করতে এই তথ্য ব্যবহার করা হবে। আমরা কম্পিউটার দ্বারা মেলানো প্রোগ্রামের মাধ্যমে এই তথ্য যাচাই করব। এই তথ্যগুলি প্রোগ্রাম বিধিগুলির সাথে অনুবর্তিতা পর্যবেক্ষণ করতে এবং প্রোগ্রাম ব্যবস্থাপনার জন্যও ব্যবহার করা হবে। আপনি আমাদের যে তথ্য প্রদান করেন তা এই উপায়ে ব্যবহার করা ছাড়াও, গৃহ জ্বালানি সহায়তা কর্মসূচি (Home Energy Assistance Program, HEAP) থেকে সুবিধা গ্রহণকারী সব ব্যক্তি সম্পর্কে পরিসংখ্যান প্রস্তুত করার জন্য স্টেট এই তথ্য ব্যবহার করবে।

আনুষ্ঠানিক পরীক্ষার জন্য এই তথ্য অন্যান্য স্টেট ও ফেডারেল সংস্থার কাছে এবং আইনের হাত থেকে পলাতক ব্যক্তিদের আটক করার উদ্দেশ্যে আইন প্রয়োগকারী সংস্থার কর্মকর্তাদের কাছে প্রকাশ করা হতে পারে। পারিবারিক সহায়তা (Family Assistance, FA) ও নিরাপত্তা জাল সহায়তা (Safety Net Assistance, SNA) এর আবেদনকারী ও প্রাপকের প্রদত্ত তথ্য, SSN সহ জুরি পুল তৈরিতে ব্যবহার হতে পারে। যদি আপনার পরিবারের বিরুদ্ধে কোনও SNAP দাবি ওঠে, তাহলে দাবি সংগ্রহের পদক্ষেপ নেওয়ার জন্য এই পুনঃপ্রত্যয়নে দেওয়া তথ্য সব SSN সহ যুক্তরাষ্ট্রীয় ও স্টেট সংস্থার পাশাপাশি ব্যক্তিগত দাবি সংগ্রহ সংস্থার কাছে উল্লেখ করা হবে।

পরিবারের অযোগ্য সদস্যদের SSN-গুলোও উপরোক্ত উপায়ে ব্যবহার ও প্রকাশ করা হবে।

আপনি আমাদের যে তথ্য প্রদান করেন তা এই উপায়ে ব্যবহার করা ছাড়াও, HEAP থেকে সুবিধা গ্রহণকারী সব ব্যক্তি সম্পর্কে পরিসংখ্যান প্রস্তুত করার জন্যও স্টেট এই তথ্য ব্যবহার করবে। এই তথ্য স্টেট কর্তৃক গুণমান নিয়ন্ত্রণের জন্য ব্যবহার করা হয় যাতে সামাজিক পরিষেবা ডিস্ট্রিক্টগুলির পক্ষে সেবা কাজ করা নিশ্চিত করা যায়। এটি আপনার বিদ্যুৎ জোগানদাতাকে যাচাই করতে ও এইরকম বিক্রেতার কাছে নির্দিষ্ট কিছু পেমেন্ট করতে ব্যবহার করা হয়।

বৈষম্য না করা সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তি – ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন এবং যুক্তরাষ্ট্রের কৃষি বিভাগ (U.S. Department of Agriculture, USDA)-এর নাগরিক অধিকার সংক্রান্ত বিধিমালা ও নীতিমালা অনুযায়ী, এই প্রতিষ্ঠানের জন্য জাতি, বর্ণ, জাতিগত উৎস, লিঙ্গ (লৈঙ্গিক পরিচয় এবং যৌন অভিমুখীতা সহ), ধর্মীয় বিশ্বাস, অক্ষমতা, বয়স, রাজনৈতিক বিশ্বাস বা পূর্বের কোনো নাগরিক অধিকার সংক্রান্ত ক্রিয়াকলাপের জন্য শাস্তি প্রদান বা প্রতিশোধ গ্রহণ, ইত্যাদির ভিত্তিতে বৈষম্যমূলক আচরণ করা নিষিদ্ধ।

সেইসাথে নিউ ইয়র্ক স্টেট ট্রান্সজেন্ডার অবস্থা, জেন্ডার ডিসফোরিয়া, বৈবাহিক অবস্থা, সামরিক অবস্থা, ঘরোয়া সহিংসতার ভুক্তভোগীর অবস্থা, গর্ভাধারণের সাথে সম্পর্কিত অবস্থা, পূর্বে প্রকাশিত জিনগত বৈশিষ্ট্য, পূর্বে গ্রেফতার হওয়া অথবা দোষী সাব্যস্ত হওয়ার রেকর্ড, পারিবারিক অবস্থা, ইত্যাদির ভিত্তিতে, এবং বেআইনি বৈষম্যমূলক রীতির বিরুদ্ধাচরণ করার কারণে প্রতিশোধ গ্রহণের জন্য বৈষম্যমূলক আচরণ নিষিদ্ধ করেছে।

কর্মসূচি সংক্রান্ত তথ্যসমূহ ইংরেজি ছাড়া অন্যান্য ভাষায় প্রদান করা হতে পারে। প্রতিবন্ধকতায়ুক্ত যে সব ব্যক্তির কর্মসূচি সংক্রান্ত তথ্যের জন্য যোগাযোগের বিকল্প পদ্ধতির (যেমন ব্রেইল, বড় প্রিন্ট, অডিওটেপ, আমেরিকান সাইন ল্যাঙ্গুয়েজ ইত্যাদি) প্রয়োজন হয়, তাদের সেই এজেন্সিতে (স্টেট বা স্থানীয়) যোগাযোগ করতে হবে যেখানে তারা বেনিফিটগুলির জন্য আবেদন করেছিলেন। বধির, কানে শুনতে সমস্যা হয় বা বাক-প্রতিবন্ধী ব্যক্তির ফেডারেল রিলে সার্ভিসের জন্য (800) 877-8339 নম্বরে USDA-এর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।

কর্মসূচিতে বৈষম্যমূলক আচরণ সম্পর্কে অভিযোগ দায়ের করতে, একজন অভিযোগকারীকে ফরম AD-3027, USDA কর্মসূচিতে বৈষম্যমূলক আচরণ সম্পর্কে অভিযোগ জানানোর ফরম পূরণ করতে হবে, যেটি অনলাইনে <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, ঠিকানায়, যেকোনো USDA অফিসে (833) 620-1071 নম্বরে ফোন করে, অথবা USDA-কে উদ্দেশ্য করে একটি চিঠি পাঠানোর মাধ্যমে পাওয়া যাবে। এই চিঠিতে কথিত নাগরিক অধিকার লঙ্ঘনের প্রকৃতি ও তারিখ সম্পর্কে অ্যাসিস্ট্যান্ট সেক্রেটারি ফর সিভিল রাইটস (ASCR)-কে অবহিত করার জন্য অবশ্যই অভিযোগকারীর নাম, ঠিকানা, টেলিফোন নম্বর, এবং কথিত বৈষম্যমূলক আচরণের পর্যাণ্ট বিবরণ লিখিতভাবে প্রদান করতে হবে। পূরণ করা AD-3027 ফরম অথবা চিঠি অবশ্যই নিম্নলিখিতভাবে জমা দিতে হবে: 1) ডাকযোগে: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; 2) ফ্যাক্স (833) 256-1665 অথবা (202) 690-7442; বা 3) ইমেইল: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

সম্পূর্ণ পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (SNAP) সংক্রান্ত সমস্যা মোকাবেলার ক্ষেত্রে অন্য যেকোনো তথ্যের জন্য, (800) 221-5689 নম্বরে USDA SNAP হটলাইনে যোগাযোগ করা উচিত, যেটি স্প্যানিশ ভাষাতেও লভ্য রয়েছে, অথবা এই ঠিকানায় থাকা স্টেটের তথ্য/হটলাইন নম্বরগুলোতে ফোন করা উচিত: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

এই প্রতিষ্ঠানটি একটি সমান সুযোগ প্রদানকারী সংস্থা।

তদন্তের জন্য সম্মতি – আমি সরকারি সহায়তা (PA), Medicaid, সম্পূর্ণ পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) সুবিধাসমূহ, গৃহ জ্বালানি সহায়তা কর্মসূচির (HEAP) সুবিধাসমূহ, পরিষেবাসমূহ অথবা চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য আমার আবেদনের ক্ষেত্রে আমার প্রদান করা তথ্য যাচাই বা নিশ্চিত করার জন্য যেকোন তদন্ত পরিচালনার ব্যাপারে সম্মত রয়েছি। যদি আরো তথ্য চাওয়া হয়, আমি তা প্রদান করব। এছাড়াও আমি PA এবং/অথবা SNAP-এর যেকোনো মান নিয়ন্ত্রণ পর্যালোচনায় স্টেট ও ফেডারেল কর্মীদের সঙ্গে পুরোপুরি সহযোগিতা করবো।

আমি যদি SNAP-এর জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করি, সেই ক্ষেত্রে আমি বুঝি যে সোশ্যাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিক্ট আমার পুনঃপ্রত্যয়নের তদন্ত করার জন্য আয় ও যোগ্যতা যাচাই সিস্টেমের মাধ্যমে উপলভ্য তথ্য অনুরোধ করবে ও ব্যবহার করবে এবং কোনো অসঙ্গতি খুঁজে পাওয়া পালে অন্য কোনো পরিচিত উৎস থেকে এই তথ্য যাচাই করতে পারবে। আমি আরো বুঝতে পেরেছি যে এধরনের তথ্য আমার SNAP-এর জন্য উপযুক্ত এবং/অথবা আমার পাওয়া SNAP বেনিফিটের মাত্রাকে প্রভাবিত করতে পারে।

বেকারত্ব বিমা সংক্রান্ত গোপনীয় তথ্য প্রকাশের জন্য সম্মতি – আমি নিউ ইয়র্ক স্টেটের শ্রম বিভাগকে (Department of Labor, DOL) বেকারত্ব বিমার (UI) সাথে সম্পর্কিত উদ্দেশ্যের জন্য DOL-এর রক্ষণাবেক্ষণাধীন যেকোনো গোপনীয় তথ্য নিউ ইয়র্ক স্টেটের অস্থায়ী ও অক্ষমতা সংক্রান্ত সহায়তা বিষয়ক দপ্তরের (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) কাছে প্রকাশ করার অনুমোদন দিচ্ছি। এই তথ্যের মধ্যে রয়েছে UI সুবিধার দাবি এবং মজুরির রেকর্ড। আমি বুঝেছি যে OTDA, সামাজিক পরিষেবার ডিস্ট্রিক্ট অফিসে কাজ করা স্থানীয় এবং স্টেট সংস্থার কর্মচারীদের সাথে UI সংক্রান্ত তথ্য প্রতিষ্ঠা বা যোগ্যতা যাচাই করা এবং আমি যে পরিমাণ সরকারি সহায়তা, Medicaid, সম্পূর্ণ পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি বেনিফিট, হোম এনার্জি অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম বেনিফিট বা শিশু পরিচর্যা সহায়তা পাওয়ার জন্য এই অ্যাপ্লিকেশনে/পুনঃপ্রত্যয়নে আবেদন করেছি তা আমি পাওয়ার যোগ্য কিনা এবং এমন তদন্তে সেই তথ্যগুলি ব্যবহার করা যা ঠিক করে যে আমার পাওয়ার যোগ্যতা নেই এমন বেনিফিট আমি পেয়েছি কিনা। OTDA এই তথ্য নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অফ চিলড্রেন অ্যান্ড ফ্যামিলি সার্ভিসেস (New York State Office of Children and Family Services, OCFS) এবং নিউ ইয়র্ক স্বাস্থ্য বিভাগের (New York State Department of Health, DOH) সাথেও শেয়ার করতে পারে। OCFS শিশু পরিচর্যা সহায়তা প্রোগ্রাম নিরীক্ষণ করার জন্য এই তথ্য ব্যবহার করবে।

পরিষেবা প্রদানকারীদের কাছে তথ্য প্রকাশ করা – আমি সোশ্যাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিক্ট এবং নিউ ইয়র্ক স্টেটকে আমার অথবা আমার পরিবারের কোনো সদস্যের, যার ব্যাপারে আমি আইনিভাবে অনুমোদন প্রদান করতে পারি, গ্রহণ করা সরকারি সহায়তা অথবা সম্পূর্ণ পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির সুবিধাসমূহের ব্যাপারে তথ্য শেয়ার করার অনুমতি দিচ্ছি, যাতে কোনো স্টেট বা স্থানীয় কন্ট্রোলার কর্তৃক কর্মসূচি পরিচালনার সাথে সম্পর্কিত পরিষেবা ও পেমেন্টের জন্য আমার উপযুক্ততা যাচাইয়ের উদ্দেশ্যে এই তথ্য ব্যবহার করা যায়। এরকম পরিষেবার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, চাকরির প্লেসমেন্ট বা প্রশিক্ষণ পরিষেবা যা আমাকে বা আমার বাড়ির সদস্যদেরকে চাকরি পাওয়া বা চাকরি ধরে রাখতে সাহায্য করার জন্য প্রদান করা হয়েছিল।

শিক্ষার রেকর্ড প্রকাশ করা আমি নিউ ইয়র্ক স্টেটের স্বাস্থ্য বিভাগ (Department of Health) এবং সোশ্যাল সার্ভিসেস ডিস্ট্রিক্টকে নিম্নলিখিত উদ্দেশ্যে আমার এবং/অথবা আমার অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানের(সন্তানদের) শিক্ষার রেকর্ড সম্পর্কিত যেকোনো তথ্য সংগ্রহ করার অনুমতি দিচ্ছি: 1) সরকারি সহায়তা, সম্পূর্ণ পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি, এবং/অথবা Medicaid-এর জন্য আমার উপযুক্ততা যাচাই করা; 2) উপযুক্ততা প্রক্রিয়ার অংশ হিসেবে প্রদান করা সাংঘর্ষিক তথ্যের ফলস্বরূপ পর্যালোচনা বা তদন্ত পরিচালনা; 3) স্বাস্থ্য সম্পর্কিত শিক্ষা পরিষেবার জন্য Medicaid-এর ব্যয় পরিশোধের অর্থ ফেরত পাওয়ার দাবি করা; এবং 4) শুধুমাত্র অডিট পরিচালনা করার উদ্দেশ্যে যথোপযুক্ত ফেডারেল সরকারি সংস্থাকে এই তথ্যের অ্যাক্সেস প্রদান করা।

নিউ ইয়র্ক সিটি আবাসন কর্তৃপক্ষের অধিবাসীদের তথ্য শেয়ার করার জন্য সম্মতি – যদি আপনি নিউ ইয়র্ক সিটিতে সহায়তার জন্য আবেদন করেন, তাহলে এই সম্মতি আপনাকে এবং আপনার পরিবারকে সম্পূর্ণ পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির ("SNAP") আওতাধীন সহায়তা এবং/অথবা HRA নগদ অর্থ সহায়তা, যার মধ্যে বকেয়া ভাড়ার অর্থ পরিশোধ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, ইত্যাদির জন্য আবেদন করতে সাহায্য করার উদ্দেশ্যে, নিউ ইয়র্ক সিটি আবাসন কর্তৃপক্ষকে (New York City Housing Authority, "NYCHA") নিউ ইয়র্ক সিটির মানব সম্পদ প্রশাসন (Human Resources Administration, HRA)/ডিপার্টমেন্ট অব সোশ্যাল সার্ভিসেস (Department of Social Services) সঙ্গে আপনার সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করার অনুমতি দিবে।

যদি আপনি নিচে এই আবেদনপত্রে স্বাক্ষর করেন, তাহলে NYCHA আপনার SNAP এবং/অথবা নগদ অর্থ সহায়তা পাওয়ার উপযুক্ততা, অথবা সহায়তার মাত্রা সম্পর্কিত তথ্য HRA-এর সঙ্গে শেয়ার করতে পারে, যার মধ্যে আপনার নাম, ঠিকানা, জন্মতারিখ, এবং ভাড়া ও ইউটিলিটির পেমেন্ট সংক্রান্ত তথ্য (যেমন মাসিক ভাড়ার পেমেন্ট, ভাড়ার পেমেন্টের ইতিহাস, ভাড়ার ব্যালেন্স, এবং অ্যাপ্রায়াক্স ফি) অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। সেইসাথে, নিচে এই আবেদনপত্রে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আপনি স্বীকৃতি দিচ্ছেন যে এই আবেদনে তালিকাভুক্ত প্রাপ্তবয়স্ক শিশুদের পক্ষ থেকে আপনার সম্মতি প্রদানের কর্তৃত্ব রয়েছে এবং আপনি NYCHA-কে সেই শিশুর নাম, ঠিকানা, এবং জন্মতারিখ HRA-এর সঙ্গে শেয়ার জন্য অনুমোদন দিচ্ছেন।

NYCHA কর্তৃক শেয়ারকৃত যেকোনো তথ্যের ব্যাপারে HRA গোপনীয়তা রক্ষা করবে এবং HRA-এর SNAP এবং নগদ অর্থ সহায়তা বেনিফিটের কর্মসূচিগুলো তত্ত্বাবধানকারী স্থানীয়, স্টেট, ও ফেডারেল সংস্থাগুলোর সঙ্গেই শুধু এই তথ্য শেয়ার করতে পারবে।

পরিবর্তন সম্পর্কে রিপোর্ট করা – আমি আমার প্রয়োজনীয়তা, বাসা/ঠিকানা, বসবাসের বন্দোবস্ত, পরিবারের আকার, আয়, কর্মসংস্থান, সম্পত্তি/সংস্থান, নির্ভরশীল ব্যক্তির পরিচর্যা খরচ, স্বাস্থ্য বিমা, সন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতি/নাগরিক স্থিতি থাকা অ-নাগরিক, নির্ভরশীল ব্যক্ত না থাকা সক্ষম শরীরের প্রাপ্তবয়স্ক (Able-Bodied Adult Without Dependents, ABAWD) স্থিতি, গর্ভাবস্থার অবস্থা বা জীবনযাপনের ব্যবস্থাগুলির যে কোনো পরিবর্তন সম্পর্কে, এজেন্সিকে, **অবিলম্বে**, আমার জ্ঞান বা বিশ্বাস অনুযায়ী সবচেয়ে ভালভাবে জানাতে সম্মত হচ্ছি।

যদি আমি চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য আবেদন করি, তাহলে আমি সংস্থাটিকে পারিবারিক আয়, আমার বাড়িতে কারা বসবাস করছেন, কর্মসংস্থান, চাইল্ড কেয়ারের ব্যবস্থা, ইত্যাদির পরিবর্তন অথবা আমার উপযুক্ততা অব্যাহত থাকা অথবা আমার সুবিধার পরিমাণকে প্রভাবিত করতে পারে এমন অন্যান্য পরিবর্তন সম্পর্কে সংস্থাটিকে **অবিলম্বে** অবহিত করতে সম্মত আছি।

জরিমানা – জরিমানা যুক্তরাষ্ট্রীয় এবং স্টেট আইন শাস্তিস্বরূপ জরিমানা এবং জেলহাজত দুইই দেয় যদি আপনি সরকারি সহায়তা, Medicaid, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি, পরিষেবা বা শিশু পরিচর্যা সহায়তার ("সহায়তা, বেনিফিট বা পরিষেবা") পুনঃপ্রত্যয়ন করার সময় বা আপনাকে প্রশ্ন করাকালীন যে কোনও সময়ে আপনার যোগ্যতা সম্পর্কে সঠিক তথ্য না বলেন বা অন্য কাউকে আপনার পুনঃপ্রত্যয়ন বা যোগ্যতা চালিয়ে যাওয়ার ব্যাপারে সত্যি না বলতে দেন। সহায়তা, সুবিধা বা পরিষেবাগুলির জন্য আপনার প্রাথমিক এবং নিরবচ্ছিন্ন যোগ্যতা সম্পর্কিত তথ্যগুলি গোপন করলে বা প্রকাশ করতে ব্যর্থ হলে, বা আপনি যদি এমন তথ্যগুলি লুকান বা প্রকাশ করতে ব্যর্থ হন যা আপনি যে ব্যক্তির জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করেছেন তার সহায়তা, সুবিধা বা পরিষেবাগুলি পাওয়া বা তা গ্রহণ করা চালিয়ে যাওয়ার অধিকারকে প্রভাবিত করবে, তাহলেও শাস্তিগুলি প্রযোজ্য হবে। আপনি যদি অনুমোদিত প্রতিনিধি হন, তাহলে এমন সহায়তা, বেনিফিট বা পরিষেবা অবশ্যই সেই অপর ব্যক্তির জন্য ব্যবহার করতে হবে, আপনার নিজের জন্য নয়। ফেডারেল এবং যুক্তরাষ্ট্রীয় আইনে বলা হয়েছে যে কোনও ব্যক্তি বা ব্যক্তির স্বামী-স্ত্রী কর্তৃক বাজারের ন্যায্য মূল্যের তুলনায় কম দামে সম্পত্তির হাতবদল যদি নার্সিং সুবিধা পরিষেবা পাওয়া এবং Medicaid এর আবেদন জমা দেওয়া, এই দুই প্রথম যে মাসে করা হয়েছে তার আগের 60 মাসের মধ্যে করেন, তাহলে সেই ব্যক্তি বেশ কিছু সময়ের জন্য হোম ও কমিউনিটি-ভিত্তিক ছাড় অথবা নার্সিং সুবিধা পরিষেবা পাওয়ার জন্য অযোগ্য হবেন। তথ্য লুকিয়ে বা ভুল তথ্য দিয়ে সহায়তা, বেনিফিট বা পরিষেবা গ্রহণ করা বেআইনি।

সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির জন্য অযোগ্যতার দণ্ডসমূহ – সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) জন্য আবেদনের ক্ষেত্রে আপনার প্রদান করা যেকোনো তথ্য ফেডারেল, স্টেট ও স্থানীয় কর্মকর্তারা যাচাই করবেন। যদি কোনো তথ্য ভুল হয়, তাহলে আপনাকে SNAP বেনিফিট প্রদান করতে অস্বীকৃতি জানানো হতে পারে। যদি আপনি জেনেশুনে ভুল তথ্য প্রদান করেন, যা সুবিধাবলীর যোগ্যতাকে বা বেনিফিটের পরিমাণকে প্রভাবিত করে, তাহলে ফৌজদারি আইনের অধীনে আপনার বিচার হতে পারে। জ্ঞাতসারে ব্যবহার, স্থানান্তর, অধিগ্রহণ, পরিবর্তন বা SNAP অনুমোদন কার্ড রাখা বা অ্যাক্সেস ডিভাইস রাখার অপরাধের জন্য দোষী সাব্যস্ত কোনও ব্যক্তির 20 বছরের কারাবাস বা 250,000 মার্কিন ডলার পর্যন্ত জরিমানা বা উভয় শাস্তি হতে পারে। প্রযোজ্য যুক্তরাষ্ট্রীয় এবং স্টেট আইনের অধীনে সেই ব্যক্তি অপরাধের দায়ে অভিযুক্ত হতে পারেন। প্রোবেশন বা প্যারোলের কোনো শর্ত ভঙ্গ করছেন এমন ব্যক্তি, অথবা কোনো অপরাধের জন্য বিচারের সম্মুখীন হওয়া, কাস্টডি বা কারারুদ্ধ হওয়া এড়াতে পলাতক রয়েছেন এবং আইন প্রয়োগকারী সংস্থা সক্রিয়ভাবে তাড়া করছে এমন কোনো ব্যক্তি SNAP বেনিফিট পাওয়ার যোগ্য হবেন না।

যদি আপনি সুবিধা পাওয়ার যোগ্যতা অর্জন করতে অথবা আরো বেশি সুবিধা পেতে মিথ্যা বা বিভ্রান্তিকর বিবৃতি প্রদান করেন, বাস্তব সত্যকে ভুলভাবে উপস্থাপন করেন, গোপন করেন অথবা প্রকাশ না করেন; ইচ্ছাকৃতভাবে কোনো পণ্য ফেলে দিয়ে এবং ডিপোজিটের অর্থের জন্য কন্টেইনার ফেরত দিয়ে নগদ অর্থ পাওয়ার উদ্দেশ্য নিয়ে SNAP বেনিফিট ব্যবহার করে কোনো পণ্য ক্রয় করেন; অথবা SNAP বেনিফিট, ইলেক্ট্রনিক বেনিফিট ট্রান্সফার (EBT) সিস্টেমের অংশ হিসেবে ব্যবহৃত অনুমোদনের কার্ড বা পুনর্ব্যবহারযোগ্য ডকুমেন্ট ব্যবহার করা, উপস্থাপন করা, স্থানান্তর করা, সংগ্রহ করা, গ্রহণ করা, নিজের কাছে রাখা অথবা পাচার করার উদ্দেশ্যে, ফেডারেল বা স্টেট আইনের লঙ্ঘন হিসেবে বিবেচিত হয় এমন কোনো কাজ করেন অথবা করার চেষ্টা করেন, তাহলে আপনি SNAP-এর জন্য অযোগ্য বিবেচিত হতে পারেন অথবা ইচ্ছাকৃতভাবে কর্মসূচি লঙ্ঘন করেছেন (Intentional Program Violation, IPV) বলে বিবেচিত হতে পারেন। সেইসাথে, নিম্নলিখিত কাজগুলোর অনুমতি নেই এবং নিম্নলিখিত কাজগুলোর জন্য আপনি SNAP বেনিফিট পাওয়ার জন্য অযোগ্য বিবেচিত হতে পারেন এবং/অথবা দণ্ডের সম্মুখীন হতে পারেন:

- খাবার নয় এমন জিনিস, যেমন অ্যালকোহল বা সিগারেট ক্রয় করার জন্য SNAP বেনিফিট ব্যবহার করা;
- পূর্বে ক্রেডিটে ক্রয় করা খাবারের মূল্য পরিশোধ করার জন্য SNAP বেনিফিট ব্যবহার করা;
- নগদ অর্থ, অ্যাপ্রায়াক্স, গোলাবারুদ বা বিস্ফোরক, বা মাদকের বিনিময়ে, অথবা আপনার SNAP পরিবারের সদস্য নয় এমন ব্যক্তির জন্য খাবার ক্রয় করার জন্য অন্য কোনো ব্যক্তিকে আপনার EBT কার্ড ব্যবহার করতে দেওয়া; অথবা
- কার্ডের মালিকের সম্মতি ছাড়া আপনার নিজের নয় এমন কোনো EBT কার্ড ব্যবহার করা অথবা আপনার কাছে রাখা।

প্রশাসনিক সিদ্ধান্তের মাধ্যমে যোগ্যতা বাতিলকরণের শুনানি অথবা কোনো ফেডারেল, স্টেট বা স্থানীয় আদালতের মাধ্যমে কোনো IPV-এর কাজ করেছেন এমন ব্যক্তি, অথবা প্রশাসনিক সিদ্ধান্তের মাধ্যমে যোগ্যতা বাতিলকরণের শুনানির অধিকার ত্যাগ করার জন্য স্বাক্ষর করেছেন অথবা প্রসিকিউশনের জন্য রেফার করা হয়েছে এমন মামলায় যোগ্যতা বাতিলকরণের সম্মতিতে স্বাক্ষর করেছেন এমন ব্যক্তি নিম্নোক্ত সময়কালের জন্য SNAP-এ অংশগ্রহণ করার অযোগ্য হবেন:

- **প্রথম** SNAP IPV-এর জন্য 12 মাস;
 - **দ্বিতীয়** SNAP IPV-এর জন্য 24 মাস;
 - **প্রথম** SNAP IPV-এর জন্য 24 মাস, যেটি আদালতের এই বিষয়টি জানতে পারার ভিত্তিতে যে উক্ত ব্যক্তি নিয়ন্ত্রিত বস্তু (বেআইনি ওষুধ অথবা ডাক্তারের প্রেসক্রিপশন থাকা বাধ্যতামূলক এমন নির্দিষ্ট কিছু ওষুধ) বিক্রির সাথে সম্পৃক্ত লেনদেনে SNAP বেনিফিট ব্যবহার করেছেন বা গ্রহণ করেছেন; অথবা
 - যদি উক্ত ব্যক্তি একই সময়ে একাধিক SNAP বেনিফিট পাওয়ার জন্য নিজের পরিচয় অথবা তিনি কোথায় বসবাস করেন সে ব্যাপারে জাল বিবৃতি দিয়েছেন বলে জানা যায়, তাহলে 120 মাস, যদি না তৃতীয় একাধিক SNAP IPV-এর কারণে স্থায়ীভাবে যোগ্যতা বাতিল করা হয়।
- পাশাপাশি, একটি কোর্ট যেকোনও ব্যক্তিতে বাড়তি 18 মাসের জন্য SNAP-এ অংশগ্রহণ করা থেকে নিষিদ্ধ করতে পারে।

নিম্নলিখিত ক্ষেত্রে কোনো ব্যক্তির SNAP বেনিফিট পাওয়ার যোগ্যতা স্থায়ীভাবে বাতিল করা হতে পারে:

- **প্রথম SNAP IPV-এর জন্য**, যেটি আদালতের এই বিষয়টি জানতে পারার ভিত্তিতে যে উক্ত ব্যক্তি আগ্নেয়াস্ত্র, গোলাবারুদ বা বিস্ফোরক বিক্রির সাথে সম্পৃক্ত লেনদেনে SNAP বেনিফিট ব্যবহার করেছেন বা গ্রহণ করেছেন;
- **প্রথম SNAP IPV-এর জন্য**, যেটি সর্বমোট 500 ডলার বা তার চেয়ে বেশি মূল্যমানের SNAP বেনিফিট পাচার করার অপরাধে আদালতের প্রদত্ত দণ্ডের ভিত্তিতে (পাচারের মধ্যে SNAP অনুমোদনের কার্ড বা অ্যাক্সেস ডিভাইসগুলোর বেআইনি ব্যবহার, স্থানান্তর, অধিগ্রহণ, পরিবর্তন বা অধিকারী হওয়া অন্তর্ভুক্ত রয়েছে);
- **দ্বিতীয় SNAP IPV-এর জন্য**, যেটি আদালতের এই বিষয়টি জানতে পারার ভিত্তিতে যে উক্ত ব্যক্তি নিয়ন্ত্রিত বস্তু (বেআইনি ওষুধ অথবা ডাক্তারের প্রেসক্রিপশন থাকা বাধ্যতামূলক এমন নির্দিষ্ট কিছু ওষুধ) বিক্রির সাথে সম্পৃক্ত লেনদেনে SNAP বেনিফিট ব্যবহার করেছেন বা গ্রহণ করেছেন; অথবা
- একটি **তৃতীয় SNAP IPV**।

পরিবারের ব্যয় সম্পর্কে রিপোর্ট করা/যাচাই করার আবশ্যিকতা – আপনার পরিবারকে অবশ্যই চাইল্ড কেয়ার এবং ইউটিলিটি সংক্রান্ত ব্যয়ের জন্য সম্পূর্ণ পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) কর্তন পাওয়ার জন্য এসব ব্যয় সম্পর্কে রিপোর্ট করতে হবে। আমাকে ভাড়া/বন্ধক পরিশোধ, সম্পত্তির ট্যাক্স, বিমা, মেডিকেল এবং পরিবারের বাইরের কোনো সদস্যকে পরিশোধিত শিশু সহায়তা ব্যয়সমূহের ক্ষেত্রে এইসকল ব্যয়ের SNAP কর্তন পাওয়ার জন্য আপনার পরিবারকে অবশ্যই এগুলোর ব্যাপারে রিপোর্ট করতে ও যাচাইকরণ করতে হবে। উল্লিখিত খরচ রিপোর্ট/যাচাই করতে বার্থ হলে তা আপনার পরিবারের তরফ থেকে একটি বিবৃতি হিসেবে ধরা হবে যে আপনি এই না জানানো/না যাচাই করা খরচগুলি বাদ দেওয়া বাবদ কোনও সুবিধা পেতে চাইছেন না। এসব ব্যয়ের জন্য কর্তন আপনাকে SNAP-এর জন্য যোগ্য করে তুলতে পারে অথবা আপনার SNAP বেনিফিট বাড়াতে পারে। আপনি ভবিষ্যতে যেকোনো সময় এইসকল ব্যয় রিপোর্ট/যাচাই করতে পারবেন। এই বাদ দেওয়া পরিমাণ তারপরে ভবিষ্যৎ মাসগুলিতে SNAP বেনিফিট গণনা করতে, পরিবর্তন রিপোর্টের নিয়ম অনুসারে (উপরে পরিবর্তন জানানো দেখুন) প্রয়োগ করা হবে।

সম্পূর্ণ পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি অনুমোদিত প্রতিনিধি আপনার বাড়ির পরিস্থিতি জানেন এমন কাউকে আপনি আপনার হয়ে সম্পূর্ণ পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (SNAP) বেনিফিট পাওয়ার জন্য পুনঃপ্রত্যয়ন করার অনুমোদন দিতে পারেন। এছাড়াও আপনি আপনার পরিবারের বাইরের কোনো ব্যক্তিকে আপনার জন্য SNAP গ্রহণ করা অথবা আপনার জন্য খাবার ক্রয় করতে সেগুলো ব্যবহার করার জন্য অনুমোদন দিতে পারেন। আপনি যদি কাউকে অনুমোদন করতে চান, তাহলে আপনাকে লিখিতভাবে তা করতে হবে। আপনি কোনও ব্যক্তির নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর একদম নিচেই লিখে এবং তারপরে দিয়ে এই পুনঃপ্রত্যয়নের একদম শেষে স্বাক্ষর বিভাগে স্বাক্ষর করিয়ে কাউকে অনুমোদন দিতে পারেন। কোনও অনুমোদিত প্রতিনিধি যখন এমন SNAP পরিবারের হয়ে আবেদন করবেন যারা কোনও প্রতিষ্ঠানে থাকেন না, তখন অনুমোদিত প্রতিনিধি এবং পরিবারটির কোনও দায়িত্বশীল প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য অবশ্যই এই পুনঃপ্রত্যয়নের একদম শেষে স্বাক্ষর বিভাগে স্বাক্ষর করে তারিখ দেবেন, যদি না SNAP পরিবারটি অন্যথায় অনুমোদিত প্রতিনিধিকে লিখিতভাবে তা করার জন্য মনোনীত করে থাকে।

অনুমোদিত প্রতিনিধির নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর (অনুগ্রহ করে স্পষ্টাক্ষরে লিখুন):

স্ট্যান্ডার্ড ইউটিলিটি ভাতা – আমি বুঝতে পেরেছি যে সরকারি সহায়তা এবং সম্পূর্ণ পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচির (SNAP) গ্রহীতার শ্রেণিগতভাবে আয় বিবেচনায় গৃহ জ্বালানি সহায়তা কর্মসূচির (HEAP) জন্য যোগ্য। আমি এও বুঝেছি যে আমি এই মাসে বা আগের 12 মাসে 20 ডলারের বেশি HEAP বেনিফিট বা অনুরূপ কোনও এনার্জি অ্যাসিস্ট্যান্স বেনিফিট পাইনি, আমাকে অবশ্যই SNAP-এর জন্য হীটিং/কুলিংয়ের প্রামাণ্য ইউটিলিটি ভাতা (অর্থাৎ, টাকা বাদ দেওয়া) পেতে আমার ভাড়া থেকে আলাদা করে হীটিং অথবা এয়ার কন্ডিশনিংয়ের জন্য টাকা দিতে হবে। আমি বুঝি যে রাজ্য আমার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর ব্যবহার করে আমার গৃহ শক্তি বিক্রেতাদের সাথে HEAP এর প্রাপ্তি যাচাই করবে। এই অনুমোদনটির জন্য আমার যে কোনও হোম এনার্জি ব্যবসায়ীদের (আমার ইউটিলিটি সহ) এমন অনুমতিও অন্তর্ভুক্ত যাতে সীমাহীনভাবে নির্দিষ্ট পরিসংখ্যানমূলক তথ্য, যেমন আমার বার্ষিক ইলেকট্রিসিটি ব্যবহার, ইলেকট্রিসিটির খরচ, জ্বালানির ভোগ, জ্বালানির প্রকার, বার্ষিক জ্বালানির খরচ ও পেমেন্টের ইতিহাস নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অফ টেম্পোরারি অ্যান্ড ডিসেবিলিটি অ্যাসিস্ট্যান্স, স্থানীয় সামাজিক পরিষেবা ডিস্ট্রিক্ট ও ইউনাইটেড স্টেটস স্বাস্থ্য ও জন পরিষেবা বিভাগকে কম উপার্জন বিশিষ্ট হোম এনার্জি অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম পারফরম্যান্স মূল্যায়নের উদ্দেশ্যে প্রকাশ করা হয়।

মেডিকেল তথ্য প্রকাশ – আমি আমার প্রাথমিক সেবা প্রদানকারী, অন্য কোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী অথবা নিউ ইয়র্ক স্টেটের স্বাস্থ্য বিভাগ (DOH) কর্তৃক আমার হেলথ প্ল্যান এবং আমার ও আমার পরিবারের জন্য সেবা প্রদান করার কাজে সম্পৃক্ত যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে, আমার হেলথ প্ল্যান অথবা আমার সেবা প্রদানকারীদের চিকিৎসা, পেমেন্ট, বা স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রম পরিচালনা করার জন্য যুক্তিসঙ্গত প্রয়োজন সাপেক্ষে, আমার হেলথ প্ল্যান এবং যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী কর্তৃক DOH এবং অন্যান্য অনুমোদিত ফেডারেল, স্টেট, ও স্থানীয় সংস্থাগুলোর কাছে Medicaid পরিচালনার উদ্দেশ্যে; এবং হেলথ প্ল্যান কর্তৃক অন্যান্য ব্যক্তি বা সংস্থার কাছে, আমার হেলথ প্ল্যান কর্তৃক চিকিৎসা, পেমেন্ট, বা স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রম পরিচালনা করার জন্য যুক্তিসঙ্গত প্রয়োজন সাপেক্ষে, আমার সম্পর্কে এবং আমার পরিবারের যেসব সদস্যের জন্য আমি সম্মতি প্রদান করতে পারি তাদের সম্পর্কে যেকোনো মেডিকেল তথ্য প্রকাশ করার ব্যাপারে সম্মতি দিচ্ছি। আমি আমার সম্পর্কে এবং আমার পরিবারের যেসব সদস্যের জন্য আমি আইনিভাবে সহায়তা ও পরিষেবাসমূহ প্রদান করার সাথে সম্পর্কিত অনুমোদন প্রদান করতে পারি তাদের সম্পর্কে যেকোনো স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য এবং কাজ করার ক্ষেত্রে, যেমন কর্মসংস্থানের জন্য, আমার অংশগ্রহণের সক্ষমতার কথা, নিউ ইয়র্ক স্টেটের অস্থায়ী ও অক্ষমতা সংক্রান্ত সহায়তা বিষয়ক দপ্তরের (OTDA) কাছে, নিউ ইয়র্ক স্টেটের শিশু ও পারিবারিক পরিষেবা অফিস (Office of Children and Family Services)-এর কাছে অথবা স্থানীয় সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের কাছে, সরকারি সহায়তার বেনিফিটসমূহ প্রদান করার জন্য; পরিষেবাসমূহের জন্য, যেমন চাইল্ড ওয়েলফেয়ার সার্ভিস; যথোপযুক্ত কার্যক্রম নিযুক্ত করার বিষয়টি নির্ণয়ের জন্য; সম্পূর্ণক নিরাপত্তা আয় সুবিধার জন্য আবেদন করার প্রয়োজন নির্ণয় করা এবং এটির জন্য আবেদন করার জন্য; চাকরিতে নিয়োগযোগ্যতা পুনরুদ্ধারের জন্য যথাযথ চিকিৎসা পরিকল্পনা প্রতিষ্ঠা করার জন্য; এবং নগদ অর্থ সহায়তা প্রাপ্তির জন্য স্টেটের ষাট মাসের সময় সীমা থেকে অব্যাহতির যোগ্যতা নির্ণয়ের জন্য, যুক্তিসঙ্গত প্রয়োজন সাপেক্ষে, প্রকাশ করার অনুমোদন প্রদান করছি। সামাজিক সুরক্ষা প্রশাসন (Social Security Administration) দ্বারা পরিচালিত সুবিধাবলীর জন্য আমাকে আবেদন করতে হলে, উপরোক্ত তথ্য সামাজিক সুরক্ষা প্রশাসনের সাথে শেয়ার করা হতে পারে। আমি এতেও সম্মত হচ্ছি যে প্রকাশিত তথ্যের মধ্যে, আইনের অনুমোদনের পরিসরে, আমার এবং আমার পরিবারের সদস্যদের HIV, মানসিক স্বাস্থ্য বা অ্যালকোহল এবং উপাদানের অপব্যবহারের তথ্য থাকতে পারে, যদি না নিচের একটি বক্সে টিক দেওয়া থাকে। পরিবারের একজনের বেশি প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য একটি Medicaid স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় যোগ দিলে, তথ্য প্রকাশের জন্য আবেদনকারী প্রত্যেক প্রাপ্তবয়স্কের সম্মতি দেওয়া আবশ্যিক। আমি বুঝেছি যে কোনো অপ্ৰাপ্তবয়স্ক শিশু যার হয়ে আমি সম্মতি দেওয়ার অধিকারী তার সম্পর্কিত তথ্যের প্রকাশ চিকিৎসা, রোগ নির্ণয় এবং তাদের তরফে করা চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য আমি যতটা পেয়েছি ততটাই মধ্যস্থিত।

_____ HIV/AIDS-এর তথ্য প্রকাশ করবেন না
_____ মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করবেন না

_____ মাদক ও অ্যালকোহল সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করবেন না

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের কাছে তথ্য প্রকাশ – আমার স্বাস্থ্যসেবার মান এবং সার্বিক সুস্থতা উন্নত করার উদ্দেশ্যে, এবং আমি অথবা আমার পরিবারের সদস্যরা পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন এমন বাড়তি বেনিফিটসমূহ প্রাপ্তি সহজ করার উদ্দেশ্যে, আমি সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্ট এবং নিউ ইয়র্ক স্টেটকে, সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্ট বা নিউ ইয়র্ক স্টেট কর্তৃক মনোনীত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের সঙ্গে, আমার অথবা আমার পরিবারের যেসব সদস্যের জন্য আমি আইনিভাবে অনুমোদন প্রদান করতে পারি তাদের পাওয়া অথবা পাওয়ার যোগ্যতা রাখা সরকারি সহায়তার সুবিধাসমূহের ব্যাপারে তথ্য শেয়ার করার অনুমতি দিচ্ছি।

আর্লি ইন্টারভেনশন কর্মসূচির (EARLY INTERVENTION PROGRAM) জন্য তথ্য প্রকাশ – যদি আমার সন্তানকে নিউ ইয়র্ক স্টেট আর্লি ইন্টারভেনশন কর্মসূচির জন্য মূল্যায়ন করা হয় অথবা সে এই কর্মসূচিতে অংশগ্রহণ করে, তাহলে আমি সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্ট এবং নিউ ইয়র্ক স্টেটকে আমার সন্তানের Medicaid সংক্রান্ত যোগ্যতার তথ্য Medicaid-এর বিলিং-এর উদ্দেশ্যে আমার কাউন্টি বা মিউনিসিপ্যালিটির আর্লি ইন্টারভেনশন কর্মসূচির সঙ্গে শেয়ার করার অনুমতি দিচ্ছি।

শিশুদের/কিশোর-কিশোরীদের স্বাস্থ্য কর্মসূচি (CHILD/TEEN HEALTH PROGRAM) – আমি বুঝতে পেরেছি যে, যদি আমার সন্তান Medicaid-এ থাকে, তাহলে সে শিশুদের/কিশোর-কিশোরীদের স্বাস্থ্য কর্মসূচির মাধ্যমে অপরিহার্য সব চিকিৎসা সহ সমন্বিত প্রাথমিক ও প্রতিরোধমূলক সেবা পাবে। আমি সামাজিক পরিষেবা ডিস্ট্রিক্টের কাছে থেকে এই প্রোগ্রাম সম্পর্কে আরও তথ্য পেতে পারি।

মেডিকেশার – আমার Medicaid-এর জন্য যোগ্য থাকাকালীন সময়ে আমাকে প্রদান করা চিকিৎসা এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য ভবিষ্যতের পরিশোধ না করা যেকোনো বিলের জন্য আমি "মেডিকেশার" (শিরোনাম XVIII-এর অংশ B, সম্পূর্ণক মেডিকেল বিমা কর্মসূচি (Supplementary Medical Insurance Program))-এর অধীনে সরাসরি চিকিৎসক ও মেডিকেল সাপ্লায়ারদেরকে অর্থ প্রদান করার অনুমোদন দিচ্ছি।

MEDICAID-এর আওতায় মেডিকেল খরচের ব্যয় পরিশোধের অর্থ ফেরত পাওয়া – আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার Medicaid পুনঃপ্রত্যয়নের অংশ হিসেবে, অথবা আমার আবেদনের তারিখের দুই বছরের মধ্যে, আমি যে মাসে আবেদন করেছি তার আগের তিন মাস সময়ের মধ্যে প্রাপ্ত কভারকৃত মেডিকেল সেবা, পরিষেবাসমূহ ও সাপ্লাইয়ের জন্য আমার পরিশোধ করা অর্থ ফেরত পাওয়ার জন্য অনুরোধ করার অধিকার আমার রয়েছে। আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার আবেদনের তারিখের পরে, কভার করা মেডিকেল সেবা, পরিষেবাসমূহ ও সাপ্লাইয়ের জন্য আমার পরিশোধ করা অর্থ কেবল তখনই ফেরত পাওয়া যাবে যদি সেগুলো Medicaid-এর তালিকাভুক্ত সেবা প্রদানকারীদের কাছে থেকে গ্রহণ করা হয়ে থাকে।

বিমা/অন্যান্য বেনিফিট আরোপ করা এবং প্রত্যক্ষ পেমেন্ট – সরকারি সহায়তা এবং Medicaid এর জন্য, আমি স্বাস্থ্য বা দুর্ঘটনা বিমার বেনিফিটের যে কোনও দাবি দাখিল করতে ও অন্য কোনও ব্যক্তিগত চোট আঘাতের দাবি বা আমার স্বত্ত্ব থাকতে পারে এমন অন্য সংস্থান অনুধাবন করতে সম্মত হচ্ছি, এবং এতদ্বারা যে সামাজিক পরিষেবা ডিস্ট্রিক্টের কাছে এই আবেদন করা হচ্ছে তাদেরকে এরকম কোনও সংস্থান আরোপ করছি। তার সাথে, আমি যে সামাজিক পরিষেবা ডিস্ট্রিক্টের কাছে এই পুনঃপ্রত্যয়ন করছি তাদের কাছে অন্য কোনও আরোপিত বেনিফিট উপলভ্য করে তোলায় সহায়তা করব।

আমি স্বাস্থ্য বা দুর্ঘটনা সংক্রান্ত বিমা সুবিধার জন্য আমার বা আমার পরিবারের সদস্যদের প্রাপ্য অর্থ আমাদের Medicaid-এর জন্য যোগ্য থাকাকালীন সময়ে প্রদত্ত মেডিকেল এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য সরাসরি যথাযথ সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টকে প্রদান করতে অনুমোদন দিচ্ছি।

Medicaid পুনরুদ্ধার – Medicaid প্রাপ্তির পর, একটি লিয়েন জমা দেওয়া যেতে পারে এবং নির্দিষ্ট কিছু পরিস্থিতিতে আপনার স্বাবর সম্পত্তির বিপরীতে পুনরুদ্ধার করা যেতে পারে, যদি আপনি কোনো মেডিকেল প্রতিষ্ঠানে থাকেন এবং বাড়ি ফিরে আসার প্রত্যাশা না থাকে। আপনার হয়ে প্রদান করা MA এমন কোনও ব্যক্তির কাছে থেকে পুনরুদ্ধার করা হতে পারে যার মেডিকেল পরিষেবা গ্রহণ করার সময়ে আপনার সহায়তা করা আইনি দায়িত্ব ছিল। এছাড়াও পরিষেবার খরচ এবং ভুলভাবে পরিশোধ করা প্রিমিয়াম MA পুনরুদ্ধার করতে পারে।

আমি বুঝতে পেরেছি যে 1 এপ্রিল, 2014 তারিখ থেকে কার্যকর হওয়া নিয়ম অনুযায়ী, যদি আমি নিউ ইয়র্ক স্টেটের স্বাস্থ্য বিভাগের মাধ্যমে Medicaid পাই, তাহলে:

- আমার মৃত্যুর আগে আমার স্বাবর সম্পত্তির উপর কোনো লিয়েন স্থাপন করা হবে না।
- আমার মৃত্যুর পর আমার সম্পত্তি থেকে পুনরুদ্ধারের পরিমাণ আমার 55তম জন্মদিনে বা তার পরে গৃহীত নার্সিং হোমের সেবা, বাড়িতে এবং কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবাসমূহ, এবং সংশ্লিষ্ট হাসপাতাল ও প্রেসক্রিপশননের ওষুধের পরিষেবার খরচের জন্য Medicaid-এর প্রদান করা অর্থের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে।

সরকারি সহায়তা পুনরুদ্ধার – আপনার নিজের জন্য এবং আপনি আইনিভাবে যেসব ব্যক্তির জন্য দায়িত্বশীল তাদের জন্য আপনার গ্রহণ করা সরকারি সহায়তা (PA) আপনার কাছে রয়েছে অথবা আপনার কাছে আসতে পারে এমন অর্থ থেকে পুনরুদ্ধারযোগ্য। আপনার ট্যাক্স রিফান্ড এবং লটারিতে জেতা অর্থের অংশ আপনার PA-এর ঋণ পরিশোধ করার জন্য গ্রহণ করা হতে পারে।

ভূতাপেক্ষ সম্পূর্ণ নিরাপত্তা আয় থেকে সরকারি সহায়তা সুবিধা পরিশোধ করার অনুমোদন – আমি SSI-এর জন্য যোগ্য কিনা SSA কর্তৃক সে সিদ্ধান্ত গ্রহণ করাকালীন সময়ে স্টেট বা স্থানীয় তহবিল থেকে SSD (Social Services District) কর্তৃক আমাকে প্রদান করা সরকারি সহায়তার (PA) অর্থ পরিশোধের জন্য, আমি সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশনের (SSA) কমিশনারকে আমার সম্পূর্ণ নিরাপত্তা আয়ের (SSI) প্রথম পেমেন্ট; অর্থাৎ আমার ভূতাপেক্ষ SSI পেমেন্ট স্থানীয় সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টকে (SSD) প্রদান করার অনুমোদন দিচ্ছি। SSA PA-এর জন্য SSD-কে পেমেন্ট করবে না, যা যে কোনও ফেডারেল তহবিল ব্যবহার করে করা হয়েছে।

যদি স্টেট SSA-কে নোটিশ দেয় যে আমি এবং SSD-এর একজন প্রতিনিধি এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করেছি তাহলেই কেবল এটির বাধ্যবাধকতা আমার উপর বর্তাবে। স্টেটকে 30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আমার স্টেটের রেকর্ডের সঙ্গে SSI রেকর্ড মিলিয়ে বিজ্ঞপ্তি পাঠাতে হবে। SSA 30 ক্যালেন্ডার দিবসের পরে এটি স্বীকার করবে না। বরং, SSA আমাকে SSA-এর নিয়ম অনুসারে ভূতাপেক্ষভাবে SSI পেমেন্ট পাঠাবে।

কেবল আমার প্রথম SSI পেমেন্ট ব্যবহার করা হতে পারে। যদি আমার প্রথম পেমেন্ট SSD-তে বাকি থাকা পরিমাণের থেকে বেশি হয়, তাহলে SSA এই আইনের অধীনে অবশিষ্ট অর্থ আমাকে পাঠাবে।

SSA SSD-এর অর্থ পরিশোধ করতে পারে দুটি পরিস্থিতিতে:

- (1) যদি আমি SSI-এর জন্য আবেদন করি এবং SSA আমাকে যোগ্য বলে বিবেচনা করে, তাহলে এটি SSD-কে ব্যয়কৃত অর্থ পরিশোধ করবে।
- (2) যদি আমার SSI সুবিধা সমাপ্ত হওয়া বা স্থগিত হয়ে যাওয়ার পরে পুনরায় বহাল হয়, তাহলে এটি SSD-কে ব্যয়কৃত অর্থ পরিশোধ করবে।

SSA PA-এর জন্য তখনই SSD-কে অর্থ পরিশোধ করবে যদি SSA-এর যোগ্যতা নির্ণয়ের জন্য আমার অপেক্ষার সময় পেমেণ্ট করা হয়ে থাকে। এটাকে বলা হয় "অন্তর্বর্তীকালীন সহায়তা।" এই সময়কাল শুরু হয়: 1) আমি SSI সুবিধার পেমেণ্ট পাওয়ার জন্য যোগ্য হওয়ার প্রথম মাস থেকে; অথবা 2) আমার SSI স্থগিত হয়ে যাওয়া বা সমাপ্ত হয়ে যাওয়ার পরে পুনরায় বহাল হওয়ার পরে প্রথম দিন থেকে। এই সময়ের মধ্যে যে মাসে SSI পেমেণ্ট আসলে শুরু হয়েছে সেটিও পড়ে। যদি SSD আমার শেষ PA পেমেণ্ট না থামাতে পারে, তাহলে পরের মাসে সময়সীমা শেষ হবে।

SSA SSD-কে অর্থ পরিশোধের 10 দিনের মধ্যে, SSD অবশ্যই আমাকে একটা বিজ্ঞপ্তি পাঠাবে যেখানে বলা থাকবে যে অন্তর্বর্তীকালীন সহায়তা পেমেণ্ট করা হয়েছে। এই নোটিশ আমাকে এও বলা থাকতে হবে যে SSA কীভাবে SSI-এর টাকা আমার বাকি টাকা SSA-কে পাঠাবে এবং যদি আমি স্টেটের সিদ্ধান্তের সাথে সহমত না হই, তাহলে আমি কীভাবে স্টেটের সিদ্ধান্তে বিরুদ্ধে আপিল করতে পারি।

এই আইনের অধীনে, SSA এই অনুমোদন আমি যে দিন সই করেছে সেটা ব্যবহার করতে পারে কেননা সেই তারিখে আমি প্রথম SSI-এর জন্য যোগ্য হয়েছি। আমি পরবর্তী 60 দিনের মধ্যে SSI-এর জন্য আবেদন করলে তবেই এটি হবে।

এই অনুমোদন SSA-এর কাছে এখন আমার অমীমাংসিত যে কোনও SSI আবেদন বা আপিলের উপর প্রযোজ্য। যদি আমার SSI কেসের সিদ্ধান্ত সম্পূর্ণ হয়ে গিয়ে থাকে তাহলে এই অনুমোদন সমাপ্ত হবে। SSA আমাকে প্রথমবার পেমেণ্ট করার পর থেকে এটা কাজ করবে না। এছাড়াও স্টেট এবং আমিও অনুমোদন বরখাস্ত করতে সম্মত হতে পারি। অনুমোদন বরখাস্তের পরে আমি আবার SSI-এর জন্য আবেদন করলে বা আমার অমীমাংসিত SSI আবেদন বা আপিল থাকার সময় আমি নতুন SSI দাবি দায়ের করলে আমাকে নিউ ইয়র্ক স্টেটের নিয়মাবলী থাকা একটা সামঞ্জস্যপূর্ণ নতুন অনুমোদন সই করতে হবে।

যদি ব্যয়ের অর্থ পরিশোধের ব্যাপারে SSD কর্তৃক গৃহীত সিদ্ধান্তের সঙ্গে আমি ভিন্নমত পোষণ করি, তাহলে আমাকে একটি ন্যায্য শুনানির সুযোগ দেওয়া হবে।

আমি "সামাজিক পরিষেবা কর্মসূচিগুলো সম্পর্কে আপনার যা জানা উচিত" শীর্ষক একটি পুস্তিকার কপি পেয়েছি। অন্তর্বর্তীকালীন সহায়তা সম্পর্কে কী বলা হয়েছে তা আমি বুঝেছি।

সমর্থন – পারিবারিক সহায়তা (FA), নিরাপত্তা জাল সহায়তা (SNA) বা শিরোনাম IV-E ফস্টার কেয়ার, অন্য কোনো ব্যক্তির কাছ থেকে সমর্থন পাওয়ার অধিকারসমূহ, যা আবেদনকারী বা গ্রহীতা তার নিজ অধিকারবলে অথবা আবেদনকারী বা গ্রহীতা যে পরিবারের সদস্যের জন্য সহায়তার পাওয়ার আবেদন করছেন অথবা সহায়তা গ্রহণ করছেন সেই ব্যক্তির পক্ষ থেকে পেয়ে থাকতে পারেন, স্টেট এবং সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টকে নিযুক্তকরণ হিসেবে কার্যপরিচালনা করে (সামাজিক পরিষেবা আইন, ধারা 158 ও 348)। এই অ্যাসাইনমেন্ট নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে সীমিত। এই পুনঃপ্রত্যয়নের অন্যান্য বিভাগে অতিরিক্ত অ্যাসাইনমেন্ট আছে।

সমর্থনের অধিকার নিযুক্তকরণ – আমি বুঝতে পেরেছি যে আমাকে LDSS-5145 ফরম, "চাইল্ড সাপোর্ট পরিষেবার জন্য রেফারাল" প্রদান করা হবে, যেটি পূরণ করে চাইল্ড সাপোর্ট এনফোর্সমেন্ট ইউনিটের কাছে ফেরত দিতে হবে। সহায়তা পাওয়ার জন্য ঘরোয়া সহিংসতা বা অন্য ভালো কারণ ব্যতীত, আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার জন্য যেকোনো নন-কাস্টডিয়াল, দাবিকৃত, বা উদ্ভিষ্ট বাবা বা মায়ের অবস্থান খুঁজে বের করার জন্য; অবিবাহিত বাবা বা মায়ের প্রত্যেক 21 বছরের কম বয়সী সন্তানের জন্য বাবা বা মায়ের আইনি পরিচয় প্রতিষ্ঠা করার জন্য; এবং সমর্থনের আদেশ প্রতিষ্ঠা করা, পরিবর্তন করা, এবং/অথবা প্রয়োগ করার জন্য, চাইল্ড সাপোর্ট এনফোর্সমেন্ট ইউনিটের সঙ্গে সহযোগিতা করা আবশ্যিক। আমি আরো বুঝতে পেরেছি যে আমাকে LDSS-4279 ফরম, "সমর্থনের জন্য দায়িত্বশীলতা ও অধিকারসমূহের নোটিশ" প্রদান করা হবে, যেখানে আমি চাইল্ড সাপোর্ট এনফোর্সমেন্ট ইউনিটের সঙ্গে সহযোগিতা না করলে আমার দায়িত্ব ও অধিকারসমূহ ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

আমি আমার সমর্থনের জন্য আইনি দায়িত্ব থাকা ব্যক্তিদের সহায়তার জন্য এবং আমার পরিবারের যেকোনো সদস্যের পক্ষ থেকে, যার জন্য আমি আবেদন করছি বা যার জন্য সহায়তা পাচ্ছি তাদের যে কোনো অধিকার স্টেট ও সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টকে বরাদ্দ করছি। পারিবারিক সহায়তা বা নিরাপত্তা জাল সহায়তার জন্য আবেদন করা বা সহায়তা পাওয়ার সময়, আমার সহায়তার অধিকার আরোপ করা এমন সহায়তাগুলির মধ্যেই সীমিত থাকবে যেগুলি আমি এবং/বা পরিবারের অন্য কোনও সদস্য সহায়তা পাওয়াকালীন ঘটে। আমার বা পরিবারের অন্য কোনও সদস্যের হয়ে আমি 1 অক্টোবর, 2009-এর আগে স্টেটকে যে সহায়তার অধিকার আরোপ করেছি তা স্টেটকে আরোপ করা হিসেবে চলতে থাকবে।

গৃহ জ্বালানি সহায়তা কর্মসূচি – আমি বুঝতে পেরেছি যে এই আবেদন/সার্টিফিকেশনে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি গৃহ জ্বালানি সহায়তা কর্মসূচির (HEAP) সুবিধাসমূহের ক্ষেত্রে যেকোনো অনুমোদিত সরকারি সংস্থা কর্তৃক আমার প্রদান করা তথ্য যাচাই বা নিশ্চিত করার জন্য যেকোনো তদন্ত এবং অন্যান্য তদন্ত পরিচালনা করার ব্যাপারে সম্মতি দিচ্ছি। আমি এই পুনঃপ্রত্যয়নে প্রদত্ত তথ্যগুলি উপলব্ধ আবহাওয়া সহায়তা প্রোগ্রাম এবং আমার ইউটিলিটি কোম্পানির স্বল্প আয়ের প্রোগ্রামগুলির রেফারেলগুলিতে ব্যবহার করার অনুমতি দিতে সম্মতি জানাচ্ছি।

আমি বুঝি যে রাজ্য আমার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর ব্যবহার করে আমার গৃহ শক্তি বিক্রেতাদের সাথে HEAP এর প্রাপ্তি যাচাই করবে। এই অনুমোদনটির জন্য আমার যে কোনও হোম এনার্জি ব্যবসায়ীদের (আমার ইউটিলিটি সহ) এমন অনুমতিও অন্তর্ভুক্ত যাতে সীমাহীনভাবে নির্দিষ্ট পরিসংখ্যানমূলক তথ্য, যেমন আমার বার্ষিক ইলেকট্রিসিটি ব্যবহার, ইলেকট্রিসিটির খরচ, জ্বালানির ভোগ, জ্বালানির প্রকার, বার্ষিক জ্বালানির খরচ ও পেমেণ্টের ইতিহাস নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অফ টেম্পোরারি অ্যান্ড ডিসেবিলিটি অ্যাসিস্ট্যান্স, স্থানীয় সামাজিক পরিষেবা ডিস্ট্রিক্ট ও ইউনাইটেড স্টেটস স্বাস্থ্য ও জন পরিষেবা বিভাগকে কম উপার্জন বিশিষ্ট হোম এনার্জি অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম পারফরম্যান্স মূল্যায়নের উদ্দেশ্যে প্রকাশ করা হয়।

যৌন নিপীড়ন সংক্রান্ত তথ্য – যদি আপনি যৌন নিপীড়নের ভুক্তভোগী হন, তাহলে আপনার সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টের কাছ থেকে রেফারালের তথ্য চেয়ে অনুরোধ করার অধিকার রয়েছে। আপনি যদি রেফারালের তথ্য অনুরোধ করেন, তাহলে সামাজিক পরিষেবা ডিস্ট্রিক্ট অবশ্যই আপনাকে নিম্নলিখিত যে কোনও ঠিকানা ও ফোন নম্বর প্রদান করবে: 1) স্থানীয় হাসপাতাল যারা নিউইয়র্ক রাজ্যের স্বাস্থ্য ডিপার্টমেন্ট দ্বারা প্রত্যয়িত যৌন নির্যাতনের ফরেনসিক পরীক্ষক সেবা প্রদান করে; 2) স্থানীয় ধর্ষণ সংকট কেন্দ্র; এবং 3) যৌন আক্রমণ শিকারের জন্য উপযুক্ত স্থানীয় উকিল, পরামর্শদান, এবং হটলাইন সেবা। তার সাথে সামাজিক পরিষেবা ডিস্ট্রিক্ট অবশ্যই আপনাকে যৌন আক্রমণ ও পারিবারিক হিংসার জন্য NYS হটলাইন নম্বর প্রদান করবেন: (800) 942-6906 ও (800) 818-0656 (TTY)।

চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য সার্টিফিকেশন – যদি আমি চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য আবেদন করি, তাহলে আমি প্রত্যয়ন করছি যে আমার পারিবারিক সম্পদের পরিমাণ 1,000,000 ডলার অতিক্রম করবে না।

| | | | |
|--|---------------------|---|---------------------|
| আমি উপরোক্ত নোটিশগুলো পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি। আমি উপরোক্ত নিযুক্তকরণ, অনুমোদন এবং সম্মতিগুলো বুঝতে পেরেছি এবং সেগুলোর ব্যাপারে সম্মত রয়েছি। আমি মিথ্যা সাক্ষ্য প্রদানের দণ্ডের বিষয়টি মেনে নিয়ে শপথ করছি এবং/অথবা নিশ্চিত করছি যে আমি সোশ্যাল সার্ভিস ডিস্ট্রিক্টকে যে তথ্য প্রদান করেছি বা করবো তা সম্পূর্ণ ও সঠিক। | | | |
| আবেদনকারীর স্বাক্ষর | স্বাক্ষর করার তারিখ | স্বামী বা স্ত্রী অথবা সুরক্ষা প্রতিনিধির স্বাক্ষর | স্বাক্ষর করার তারিখ |
| x | | x | |
| অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর | স্বাক্ষর করার তারিখ | | |
| x | | | |

যদি আপনি এক বা একাধিক কর্মসূচির জন্য আপনার কেসটি বন্ধ করতে চান তাহলেই কেবল নিম্নলিখিত তথ্য পূরণ করুন।

এটির জন্য আমি আমার কেস বন্ধ করার অনুরোধ করছি:

সরকারি সহায়তা সাপ্লিমেন্টাল নিউট্রিশন অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (SNAP) চিকিৎসা সহায়তা

আমি বুঝে পারছি যে আমি যেকোনো সময় পুনরায় আবেদন করতে পারবো।

কারণ লিখুন: _____

স্বাক্ষর x _____

তারিখ _____