LDSS-2921 BE **STATEWIDE** (Rev. 07/20)

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

CENTER/ OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	SNAP SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR

CASE NAME	EFFECTIVE DATE	DISPOSITION	SERVICES TRANSACTION TYPE
		☐ DENIAL ☐☐☐ REASON CODE ☐ WITHDRAWAL	☐ NEW OPENING 0 ☐ REOPEN 10 ☐ RECERTIFICATION 0

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ OF _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION	DATE
					x _____	_____

DATE RECEIVED BY AGENCY	EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____

PA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		SNAP AUTHORIZATION PERIOD		SERVICES AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

নিউ ইয়র্ক স্টেট বিশেষ কল্যাণ ও সেবার জন্য আবেদন

আপনি যদি অন্ধ বা অনেকাংশে দৃষ্টিশক্তিহীন হয়ে থাকেন এবং একটি বিকল্প ফরম্যাটে আবেদনটি চান, আপনি আপনার সামাজিক সেবা জেলা থেকে তার জন্য অনুরোধ করতে পারেন। কী কী ধরনের ফরম্যাট পাওয়া যাবে এবং কীভাবে আপনি একটি বিকল্প ফরম্যাটের আবেদনপত্র অনুরোধ করতে পারেন সে সংক্রান্ত অতিরিক্ত তথ্যের জন্য নির্দেশাবলী বইটি দেখুন (PUB-1301, পুরো স্টেটে), পাওয়া যাবে www.otda.ny.gov এ বা https://www.health.ny.gov/ এ।

আপনি যদি অন্ধ বা অনেকাংশে দৃষ্টিশক্তিহীন হয়ে থাকেন,
আপনি কি বিকল্প কোনো ফরম্যাটে লিখিত নোটিশ পেতে চান? ☐ হ্যাঁ ☐ না

যদি হ্যাঁ হয়, আপনার পছন্দের ফরম্যাটে টিক চিহ্ন দিন:
☐ বড় অক্ষরে চাপানো; ☐ ডেটা সিডি;
☐ অডিও সিডি; ☐ ব্রেইল, যদি আপনি প্রমাণ করতে পারেন যে অন্য কোনো ফরম্যাট আপনার জন্য সমান কার্যকর হবে না।

আপনার যদি আরেকটি থাকার ব্যবস্থা প্রয়োজন হয়, অনুগ্রহ করে আপনার সামাজিক সেবার জেলাতে যোগাযোগ করুন।

আপনাকে পেশাদার ও সম্মানজনকভাবে সহায়তা ও সমর্থন করার জন্য আমরা অঙ্গীকারবদ্ধ। যখন প্রয়োজন হবে তখন কর্মকাণ্ডে অংশগ্রহণ করা আপনার দায়িত্ব, যার মধ্যে পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স (Public Assistance, PA) এবং সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) এর কর্মকাণ্ড অন্তর্ভুক্ত, যাতে আপনি স্বয়ংসম্পূর্ণ হতে পারেন। যখনই আপনি এই আবেদনপত্রে "পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স" বা "PA" দেখবেন এর অর্থ "পরিবার সহায়তা" এবং/অথবা "সেফটি নেট সহায়তা"। আমরা উভয় প্রোগ্রামকে "পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স" ডাকি। এই PA প্রোগ্রামগুলি আপনাকে ততদিনই সহায়তা করবে যতদিন না আপনি আপনার ও আপনার পরিবারের দায়িত্ব নিতে পারেন। **অনুগ্রহ করে এই আবেদনপত্র পূরণ করার সময় (PUB-1301 পুরো স্টেটে) নির্দেশাবলী বইটি এবং "আপনার কী জানা উচিত" বই 1, 2 এবং 3 (LDSS-4148A, LDSS-4148B, এবং LDSS-4148C) দেখুন, এবং কোনো প্রশ্ন থাকলে আপনার সামাজিক সেবা জেলার সাথে যোগাযোগ করুন।**

আপনি যখন আবেদনপত্রে "MA" দেখবেন, এর অর্থ "মেডিকেইড"। আপনি এই আবেদনপত্র ব্যবহার করে MA-এর জন্য আবেদন করতে পারেন শুধু যদি আপনি একই সাথে PA এবং SNAP-এর জন্যও আবেদন করেন। আপনি যদি শুধু MA-এর জন্য আবেদন করতে চান, আপনি অনলাইনে https://nystateofhealth.ny.gov/ এ যেতে পারেন এবং/অথবা 1-855-355-5777 এ ফোন করতে পারেন, বা আপনি শুধু-MA কাগজের আবেদনপত্র - ফর্ম DOH-4220 ব্যবহার করতে পারেন, যা আপনার কর্মী আপনাকে দিবে, বা MA হেল্পলাইনে 1-800-541-2831 নম্বরে ফোন করতে পারেন। আপনি যদি শুধু মেডিকেয়ার সেভিংস প্রোগ্রাম (Medicare Savings Program, MSP) এর জন্য আবেদন করতে চান, আপনাকে অবশ্যই ফর্ম DOH-4328 দিয়ে আবেদন করতে হবে যা আপনাকে কর্মী আপনাকে প্রদান করবে। আপনার যদি ব্যক্তিগত সেবার জরুরি প্রয়োজন হয়, আপনার উচিত DOH- 4220 MA আবেদন ফর্ম ব্যবহার করে পৃথকভাবে আবেদন করা।

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

সেকশন 1 **আপনি বা আপনার পরিবারের যেকোনো সদস্য যে যে প্রোগ্রামের জন্য আবেদন করছেন প্রতিটিতে টিক চিহ্ন দিন**	☐ **পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স (PA)** ☐ **PA এর পরিবর্তে চাইল্ড কেয়ার** ☐ **সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (SNAP)** ☐ **মেডিকেইড (MA) এবং SNAP** ☐ **মেডিকেইড (MA) এবং PA** ☐ **সেবা (Services, S), যার মধ্যে ফস্টার কেয়ার (Foster Care, FC) অন্তর্গত** ☐ **চাইল্ড কেয়ার সহায়তা (Child Care Assistance, CC)** ☐ **শুধু জরুরি সহায়তা (Emergency Assistance Only, EMRG)**

সেকশন 2

আপনার প্রাথমিক ভাষা কী? ☐ ইংরেজি ☐ স্প্যানিশ ☐ অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন) _____

আপনি নোটিশ পেতে চান এই ভাষায়: ☐ শুধুই ইংরেজি ☐ইংরেজি ও স্প্যানিশ

সেকশন 3 **আবেদনকারীর তথ্য** **অনুগ্রহ করে পরিষ্কার করে লিখুন**

নামের প্রথম অংশ	মধ্যে নামের আদ্যাক্ষর	পদবি	বৈবাহিক অবস্থা	ফোন নম্বর ( ) এরিয়া কোড

রাস্তার ঠিকানা	অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর	শহর	কাউন্টি	স্টেট	জিপ কোড

প্রযত্নে (আপনি যদি আপনার চিঠি কারো প্রযত্নে পেয়ে থাকেন তাহলে পূরণ করুন)

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা (যদি উপরেরটি থেকে ভিন্ন হয়)	অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর	শহর	কাউন্টি	স্টেট	জিপ কোড

কত দিন ধরে আপনি আপনার বর্তমান ঠিকানায় বাস করছেন?	বছর	মাস	এটি কি একটি আশ্রয়কেন্দ্র? ☐হ্যাঁ ☐না	আরেকটি ফোন যেখানে আপনাকে পাওয়া যাবে	নাম	ফোন নম্বর ( ) এরিয়া কোড

বর্তমান ঠিকানার দিকনির্দেশনা

পূর্বের ঠিকানা	অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর	শহর	কাউন্টি	স্টেট	জিপ কোড

আপনার যদি বর্তমানে কোনো থাকার জায়গা না থাকে, এখানে টিক চিহ্ন দিন ☐

আবেদনকারীকে সাহায্যকারী এজেন্সি/যোগাযোগ ব্যক্তি	ফোন নম্বর ( ) এরিয়া কোড

আপনি কি এই আবেদনপত্রের মেডিকেইড অংশ এবং মেডিকেইড কভারেজের কোনো সম্ভাব্য রশিদ গোপন রাখতে চান? ☐ হ্যাঁ ☐ না

সেকশন 5

এগুলির মধ্যে কোনটি কি আপনার জন্য প্রযোজ্য?

- ☐ গর্ভবতী 1
- ☐ গৃহ নির্যাতনের শিকার 2
- ☐ পিতামাতার পরিচয় প্রমাণ করা প্রয়োজন 3
- ☐ চাইল্ড কেয়ার প্রয়োজন 4
- ☐ মাদক/অ্যালকোহল সমস্যা 5
- ☐ জ্বালানি বা ইউটিলিটি বন্ধ 6
- ☐ থাকার জায়গা নেই/গৃহহীন 7
- ☐ আগুন বা অন্যান্য দুর্যোগ 8
- ☐ কোনো আয় নেই 9
- ☐ গুরুতর মেডিক্যাল সমস্যা 10
- ☐ অমীমাংসিত উচ্ছেদ 11
- ☐ খাবার নেই 12
- ☐ ফস্টার কেয়ার প্রয়োজন 13
- ☐ চাইল্ড কেয়ার প্রয়োজন 14
- ☐ ইংরেজি নিয়ে সমস্যা 15
- ☐ যুক্তিসঙ্গত থাকার ব্যবস্থা 16
- ☐ অন্যান্য 17

সেকশন 4 – **যদি আপনি SNAP-এর জন্য আবেদন করে থাকেন** আপনি যেদিন এটি পাবেন সেদিন আবেদন জমা দিতে পারেন। একটি SNAP আবেদনপত্র জমা দেওয়ার জন্য, এটিতে কমপক্ষে আপনার নাম, ঠিকানা (যদি আপনার কোনো ঠিকানা থাকে) এবং নিচে আপনার স্বাক্ষর থাকতেই হবে। আপনাকে আবেদনপত্রের শেষ পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করে এবং ইন্টারভিউ দিয়ে আবেদন প্রক্রিয়াটি অবশ্যই সম্পূর্ণ করতে হবে। উপযুক্ত হলে, আপনি যেদিন আবেদন জমা দিয়েছেন সেদিন থেকে SNAP সুবিধা পাবেন। SNAP সুবিধার জন্য আবেদন জমা দেওয়ার 30 দিনের মধ্যে আপনি এই সুবিধা পাবেন কি পাবেন না তা আপনাকে অবশ্যই জানানো হবে। আপনার পরিবারের যদি কম বা কোনো আয় বা নগদ সম্পদ থাকে না বা আপনার ভাড়া এবং ইউটিলিটি খরচগুলি যদি আপনার আয় এবং নগদ সম্পদের থেকে বেশি হয় তাহলে আপনি জমা দেওয়ার পাঁচ কার্যদিবসের মধ্যে SNAP সুবিধাগুলি পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন। আপনি যদি কোনো প্রতিষ্ঠানের বাসিন্দা হন এবং প্রতিষ্ঠানটি ছেড়ে দেওয়ার পূর্বেই সম্পূরক নিরাপত্তা আয় (Supplemental Security Income, SSI) এবং SNAP সুবিধা উভয়ের জন্য আবেদন করে থাকেন, তাহলে যেদিন আপনি আবেদন জমা দিবেন সেদিন আপনাকে প্রতিষ্ঠানটি ত্যাগ করতে হবে।

SNAP আবেদনকারী/প্রতিনিধির স্বাক্ষর	স্বাক্ষরের তারিখ
x	

সেকশন 6 **– পরিবারের তথ্য –** আপনার সাথে যারা যারা বাস করে তাদের তালিকা দিন, এমনকি তারা যদি আপনার সাথে আবেদন না করে তাহলেও। নিজেকে তালিকার প্রথম লাইনে রাখুন।

RI	LN	নাম, মাঝের নামের আদ্যক্ষর, পদবী	এই ব্যক্তি আবেদন করছে: PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMRG	জন্ম তারিখ: (মাস/দিন/বছর)	লিঙ্গ: (পুরুষ/মহিলা)	লিঙ্গ পরিচয় (ঐচ্ছিক) (পুরুষ, নারী, নন-বাইনারি, এক্স, রূপান্তরকামী, ভিন্ন পরিচয় [অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন])	আপনার সাথে সম্পর্ক	সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর আবেদনকারী পরিবারের সব সদস্যের *(নির্দেশাবলী বই দেখুন, PUB-1301 পুরো স্টেটে, বা আপনার সামাজিক সেবা তেলায় কথা বলুন)*	সর্বোচ্চ স্কুল গ্রেড যা সম্পূর্ণ হয়েছে	এই ব্যক্তি কি (অপ্রাপ্তবয়স্ক শিশুসহ) খাবার কিনে বা আপনার সাথে খাবার তৈরি করে? হ্যাঁ	না
	01																
	02																
	03																
	04																
	05																
	06																
	07																
	08																

অনুগ্রহ করে আপনার বিবাহের পূর্বের নাম বা অন্য কোনো নাম যা দিয়ে আপনি বা আপনার পরিবারে সদস্যরা পরিচিত তা তালিকাবদ্ধ করুন

লাইন নম্বর	ONC	নামের প্রথম অংশ	মধ্যে নামের আদ্যক্ষর	পদবি
লাইন নম্বর	ONC	নামের প্রথম অংশ	মধ্যে নামের আদ্যক্ষর	পদবি

IS ANYONE SANCTIONED?	☐ YES ☐ NO	IF YES, WHO	REASON	END DATE

NON-APPLICANT INFORMATION

LN	FIRST NAME	LAST NAME	LEGALLY RESPONSIBLE YES	LEGALLY RESPONSIBLE NO	FOR WHOM?	CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME	CHECK IF MEMBER FIRST NAME

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION

LN	NON-CITIZEN STATUS	RCA/RMA REFERRAL YES	RCA/RMA REFERRAL NO	DATE OF ENTRY/STATUS MONTH	DATE OF ENTRY/STATUS DAY	01	APPLIED FOR CITIZENSHIP	05	SPONSORED	NO
						02		06		
						03		07		
						04		08		

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		05	
02		06	
03		07	
04		08	

CONSIDER

✓ RCA/RMA REFERRAL

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

সেকশন 7 - বর্ণ/জাত -- এই তথ্য প্রদান ঐচ্ছিক। আবেদনকারীর উপযুক্ততা বা প্রাপ্ত সুবিধার মাত্রা এর দ্বারা প্রভাবিত হবে না। এই তথ্যটি জানতে চাওয়ার কারণ বর্ণ, রং, বা মূল জাতীয়তা নির্বিশেষে এই প্রোগ্রামটির সম বন্টন হচ্ছে কিনা তা নিশ্চিত করা।

H হিস্পানিক বা ল্যাটিনো
I নেটিভ আমেরিকান বা নেটিভ আলাস্কান
A এশিয়ান
B কালো বা আফ্রিকান আমেরিকান
P নেটিভ হাওয়াইয়ান বা প্যাসিফিক দ্বীপবাসী
W সাদা
U অজানা **(শুধু MA-এর জন্য)**

হিস্পানিক বা ল্যাটিনোর জন্য Y (হ্যাঁ) বা N (না) দিন

প্রত্যেক বর্ণের জন্য Y (হ্যাঁ) বা N (না) দিন

CLIENT IDENTIFICATION NUMBER

ENTER APPROPRIATE CODES

LN	H	I	A	B	P	W	U	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	

ANTICIPATED FUTURE ACTION

LINE NO.	CODE	DATE

SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE

SFUI	CODE	SFUI	CODE
SFUI	CODE	SFUI	CODE

CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Legal	
	Services	
	SSA	
	NYSoH	
	Chronic Care/SSI-Related	
	MA-Only	
	Medicare Savings Program	

CONSIDER

- ✓ Relationship
- ✓ Filing Unit
- ✓ Legally Responsible Relative
- ✓ Single Economic Unit
- ✓ SNAP Household Composition
- ✓ SNAP Aged/Disabled Individual
- ✓ Photo ID
- ✓ AFIS (PA Only)
- ✓ CBIC/PIN
- ✓ RFI/OCA
- ✓ Health Insurance

DOKIMAN	OBLIGATWA	NAN DOSYE
	ID ki gen foto sou li	
	Verifikasyon Nesans	
	Lisans Maryaj	
	Kat Sekirite Sosyal	
	Kòd Rezolisyon 9	
	Kondisyon Imigrasyon	
	Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)	

এটি সম্পূর্ণ করার আগে এই পুরো পৃষ্ঠাটি ভালোভাবে পড়ুন। আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে, নির্দেশাবলী বইটি (PUB-1301 পুরো স্টেটে) দেখুন বা আপনার সামাজিক জেলায় কথা বলুন।

সেকশন 8 - নাগরিক/নাগরিক নয় কিন্তু সন্তোষজনক অভিবাসন অবস্থার ব্যক্তি

যারা আবেদন করছে বা যাদের আবেদন করতে হবে সবাইকে তালিকাভুক্ত করুন

আপনাকে সেকশন 8 এবং 9 পূরণ করতে হবে যদি আপনি:

- **শুধু** চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য আবেদন, কিন্তু আপনাকে শুধু সেই শিশুর জন্য তথ্য দিতে হবে যে চাইল্ড কেয়ার সেবা পাবে।
- **শুধু** ফস্টার কেয়ারের জন্য আবেদন, কিন্তু আপনাকে শুধু সেই শিশুর জন্য তথ্য দিতে হবে যে ফস্টার কেয়ার পাবে।
- বিশেষ পরিস্থিতিতে অন্যান্য সেবার জন্য আবেদন করা।

সেকশন 9 - সার্টিফিকেশন

কিছু কিছু সামাজিক সেবা প্রোগ্রামের জন্য আপনাকে মার্কিন নাগরিক, নেটিভ আমেরিকান, মার্কিন জাতীয়, বা নাগরিক নন কিন্তু সন্তোষজনক অভিবাসন অবস্থার ব্যক্তি হতে হবে। অন্যান্য প্রোগ্রাম করে না।

আপনি যদি কেবল মার্কিন নাগরিক, নেটিভ আমেরিকান, মার্কিন জাতীয়, বা নাগরিক নন কিন্তু সন্তোষজনক অভিবাসন অবস্থার ব্যক্তি হন তাহলেই নিচের সার্টিফিকেশনে অবশ্যই স্বাক্ষর করবেন, **এবং** আপনি আবেদন করছেন:

- পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স (যেখানে পরিবারে শিশু রয়েছে বা একজন সদস্য গর্ভবতী), বা
- সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম, বা
- মেডিকেইড (ব্যতিক্রম যদি আবেদনকারী গর্ভবতী হয়), বা
- চাইল্ড কেয়ার সহায়তা (**শুধু** শিশুদের জন্য সার্টিফিকেশন প্রয়োজন), বা
- ফস্টার কেয়ার (**শুধু** শিশুদের জন্য সার্টিফিকেশন প্রয়োজন), বা
- বিশেষ পরিস্থিতিতে অন্যান্য সেবা;
- জরুরি মূল্য-পরিশোধ সহায়তা

পরিবারের একজন প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য বা অনুমোদিত প্রতিনিধি সব সদস্যের জন্য স্বাক্ষর করতে পারেন। উদাহরণ: একজন অসন্তোষজনক নাগরিক অবস্থার পিতা/মাতা তাদের সন্তোষজনক নাগরিক অবস্থায় আছে এমন সন্তানের জন্য স্বাক্ষর করতে পারবেন।

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)	

SNAP-এর জন্য একটি আবেদন SNAP পরিবারের সব বাসিন্দাদের তালিকাভুক্ত করতে হবে। PA-এর একটি আবেদনের জন্য আপনি যাদের জন্য আবেদন করছেন, তাদের ভাইবোন এবং একসঙ্গে বসবাসকারী সকল বাচ্চাদের তালিকাভুক্ত করতে হবে। তালিকাভুক্ত ব্যক্তি কোন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক কিনা, মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জাতীয় ব্যক্তি বা নাগরিক নয় কিন্তু সন্তোষজনক অভিবাসন অবস্থানের ব্যক্তি, বা মার্কিন নাগরিকত্ব এবং অভিবাসন সেবার (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) নম্বর (এলিয়েন রেজিস্ট্রেশন নম্বর) নাগরিক না হওয়ার নম্বর প্রদান না করে, সেই ব্যক্তিটিকে সহায়তা দেওয়া হবে না এবং পরিবারের বাকি সদস্যদের কম সুবিধা পাবেন। আপনি যদি একজন নেটিভ আমেরিকান হন তবে নাগরিক/ জাতীয়-তে টিক চিহ্ন দিন।

প্রত্যেক আবেদকারীর জন্য স্বাক্ষর* করুন এবং তারিখ দিন।

নাগরিক নন কিন্তু সন্তোষজনক অভিবাসন অবস্থার আবেদনকারীর ক্ষেত্রে নাগরিক নন কিন্তু সন্তোষজনক অভিবাসন অবস্থার ব্যক্তির প্রযোজ্য প্রোগ্রামে টিক চিহ্ন দিন। (নির্দেশাবলী বই Pub-1301 পুরো স্টেটে, দেখুন)

LN	নামের প্রথম অংশ	MI	পদবি	প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য হয় "নাগরিক/জাতীয়" বা "নাগরিক নয়" এ টিক চিহ্ন দিন।		USCIS নম্বর (এলিয়েন রেজিস্ট্রেশন নম্বর) বা নাগরিক না হওয়ার নম্বর যদি প্রযোজ্য হয়		সার্টিফিকেশন	তারিখ	PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMRG
01				☐ নাগরিক/ জাতীয়	☐ নাগরিক নয় এমন ব্যক্তি	A		নাম স্বাক্ষর X								
02				☐ নাগরিক/ জাতীয়	☐ নাগরিক নয় এমন ব্যক্তি	A		নাম স্বাক্ষর X								
03				☐ নাগরিক/ জাতীয়	☐ নাগরিক নয় এমন ব্যক্তি	A		নাম স্বাক্ষর X								
04				☐ নাগরিক/ জাতীয়	☐ নাগরিক নয় এমন ব্যক্তি	A		নাম স্বাক্ষর X								
05				☐ নাগরিক/ জাতীয়	☐ নাগরিক নয় এমন ব্যক্তি	A		নাম স্বাক্ষর X								
06				☐ নাগরিক/ জাতীয়	☐ নাগরিক নয় এমন ব্যক্তি	A		নাম স্বাক্ষর X								
07				☐ নাগরিক/ জাতীয়	☐ নাগরিক নয় এমন ব্যক্তি	A		নাম স্বাক্ষর X								
08				☐ নাগরিক/ জাতীয়	☐ নাগরিক নয় এমন ব্যক্তি	A		নাম স্বাক্ষর X								

উপরের বাক্সটি টিক চিহ্ন দিয়ে এবং সেকশন 9 এর সার্টিফিকেশনে স্বাক্ষর করে, আমি প্রতারণার শাস্তি অধীনে প্রত্যায়িত করছি যে, আমি, এবং/ অথবা যে ব্যক্তির জন্য আমি স্বাক্ষর করছি, মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক, নেটিভ আমেরিকান বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র এর জাতীয়তা প্রাপ্ত, অথবা সন্তোষজনক অভিবাসন অবস্থাসহ একজন নাগরিক।

আমি বুঝি যে এই সার্টিফিকেশনটিতে স্বাক্ষর করা হলে আমার পরিবারের সদস্যদের তথ্য মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র নাগরিকত্ব এবং অভিবাসন সেবায় জমা দেওয়া হতে পারে, যদি নাগরিকত্বের অবস্থা যাচাইয়ের জন্য এটি প্রযোজ্য হয়।

উপরে উল্লেখিত তথ্যের ব্যবহার বা প্রকাশ কেবল নাগরিকত্বের অবস্থা যাচাইয়ের সাথে সরাসরি সংশ্লিষ্ট ব্যক্তি এবং সংস্থার কাছে প্রকাশ এবং পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম, মেডিকেইড, চাইল্ড কেয়ার সহায়তা, ফস্টার কেয়ার এবং সেবা প্রোগ্রামের প্রশাসন বা প্রয়োগের জন্য সীমাবদ্ধ থাকবে।

* স্বাক্ষর করতে চায় কিন্তু সাক্ষর নন এমন ব্যক্তি লাইনের উপর সাক্ষীর সামনে "X" চিহ্ন বানাতে পারেন। সাক্ষীকে নিচে স্বাক্ষর করতে হবে।

আমি এই চিহ্ন বানানোর সাক্ষী: _____,_____,_____,_____,_____,_____ **সাক্ষীর স্বাক্ষর:** _____ **স্বাক্ষরের তারিখ:** _____

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

সেকশন 10 - চাইল্ড সাপোর্ট প্রয়োগকারী ইউনিটের রেফারেলের জন্য তথ্য

আপনি যদি শুধু চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য আবেদন করেন তাহলে আপনার চাইল্ড সাপোর্ট চাওয়ার প্রয়োজন নেই এবং এই বিভাগটিকে পূরণ করতে হবে না। আপনি যদি পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স বা সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রামের পাশাপাশি মেডিকেইডের জন্য আবেদন করেন তাহলে আপনার ও আপনার আবেদনকারী সন্তানের জন্য চিকিৎসা সহায়তা পাইয়ে দেওয়ার জন্য আপনাকে আমাদের সাহায্য করতে হবে। আপনি এই বিভাগটি সম্পন্ন করবেন কিনা তা নির্ধারণ করতে নিম্নলিখিত প্রশ্নের উত্তর দিন। যথার্থ হলে নিজেকে অন্তর্ভুক্ত করুন:

1. 21 বছরের কম বয়সী একজন ব্যক্তির জন্য আবেদন করছেন, যার জন্ম বিবাহ বহির্ভূত এবং যাদের জন্য আইনগত পিতামাতার পরিচয় প্রতিষ্ঠিত হয়নি? ☐ হ্যা ☐ না
2. আপনি 21 বছরের কম বয়সী একজন ব্যক্তির জন্য আবেদন করছেন যার পিতামাতা অনুপস্থিত (কাস্টডি নেই এমন পিতা/মাতা)? ☐ হ্যা ☐ না

আপনার এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করার প্রয়োজন নেই যদি আপনি এই দুটি প্রশ্নের "না" উত্তর দিয়ে থাকেন। সেকশন 11 এ যান।

আপনি যদি এই প্রশ্নের যেকোনো একটি বা উভয় প্রশ্নের "হ্যাঁ" উত্তর দেন তবে আপনাকে অবশ্যই এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করতে হবে। 21 বছরের কম বয়সী সকল ব্যক্তির নাম যাদের জন্য আপনি আবেদন করছেন এবং তাদের কাস্টাডিহীন পিতামাতা বা কথিত পিতামাতার সম্পর্কে আপনি বর্তমানে যেই তথ্য জানেন তা সরবরাহ করুন।

3. আপনি কি 21 বছরের কম বয়সী? ☐ হ্যা ☐ না

যদি আপনি এই প্রশ্নের "হ্যাঁ" উত্তর দেন, তবে আপনার কাস্টাডিহীন পিতামাতার বা কথিত পিতামাতার তথ্য সরবরাহ করুন।

সহায়তা পাওয়ার শর্ত হিসাবে, আপনাকে এই আবেদনপত্রের শেষে নোটিশ, অ্যাসাইনমেন্টস, অনুমোদন এবং সম্মতি বিভাগে বর্ণিত কিছু অধিকার প্রদান করতে হবে। শিশু সুরক্ষা প্রয়োগকারী ইউনিটটি সম্পূর্ণ এবং ফেরত পেতে আপনাকে LDSS-5145 ফর্ম প্রদান করা হবে, "শিশু সহায়তা পরিষেবাদির জন্য রেফারেল"। গার্হস্থ্য সহিংসতা বা অন্যান্য ভালো কারণের ক্ষেত্রে, সহায়তা পাওয়ার শর্ত হিসাবে আপনাকে কোনো অনাহুত পিতামাতা বা কথিত পিতামাতার আইনগত পিতামাতার পরিচয় সনাক্ত করার জন্য শিশু সহায়তা প্রয়োগকারী ইউনিটকে সহযোগিতা করতে হবে; বিবাহের বাইরে জন্মগ্রহণকারী 21 বছরের কম বয়সী প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য পিতামাতা প্রতিষ্ঠা করা; এবং সমর্থন, সংশোধন, এবং / অথবা সমর্থন আদেশ কার্যকর করা। এছাড়াও আপনাকে LDSS-4279 ফর্মটি প্রদান করা হবে, "দায়বদ্ধতাগুলির বিজ্ঞপ্তি এবং সমর্থনের অধিকারের নোটিশ (Notice of Responsibilities and Rights for Support)," যা আপনার দায়বদ্ধতা এবং আপনার অধিকারগুলি ব্যাখ্যা করে যদি আপনি চাইল্ড সাপোর্ট প্রয়োগকারী ইউনিটটির সাথে সহযোগিতা না করেন।

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgement of Parantage /Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity/ Parantage	
	Birth Certificate	
NEEDED	**REFERRALS**	**COMPLETED**
	CTHP	
	CAP	
	Referral for Child Support Services (LDSS-5145)	
	Parantage /Paternity	

CONSIDER

- ✓ Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Child Health Plus TASA
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ SSI/SSA

21 বছরের কম বয়সী ব্যক্তির নাম	কাস্টডি নেই এমন পিতা/মাতার বা কথিত পিতামাতার নাম ও ঠিকানা	কাস্টডি নেই এমন পিতা/মাতা বা কথিত পিতামাতার জন্মতারিখ			কাস্টাডি নেই এমন পিতা/মাতা বা কথিত পিতামাতার জন্মতারিখ সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর
		মাস	দিন	বছর	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

সেকশন 11 **- কর প্রদান/নির্ভরশীলতা অবস্থা -** অনুগ্রহ করে পরিবারের সব সদস্যের জন্য কর অবস্থা নির্বাচন করুন

			কর অবস্থা						
নামের প্রথম অংশ	মধ্যনামের আদ্যাক্ষর	পদবি	অবিবাহিত	বিবাহিত এবং যৌথভাবে আবেদন করছে	বিবাহিত এবং এককভাবে আবেদন করছে	পরিবারের প্রধান (যোগ্য ব্যক্তির সাথে)	যোগ্য বিধবা (বিপত্নীক) নির্ভরশীল সন্তানের সাথে	নির্ভরশীল এবং কর প্রদান করবে	কর প্রদান করবে না

কর নির্ভরশীল এই পরিবারে বাস করছে না। আপনি বা আপনার পরিবারের করছে কিন্তু আপনার পরিবারের সাথে বাস করে না এমন কর নির্ভরশীলদের তালিকাবদ্ধ করুন। আপনি যদি কর প্রদান না করেন, আপনাকে এই প্রশ্নের উত্তর দিতে হবে না।

কর নির্ভরশীলের নাম			কর প্রদানকারীর নাম		
নামের প্রথম অংশ	মধ্যনামের আদ্যাক্ষর	পদবি	নামের প্রথম অংশ	মধ্যনামের আদ্যাক্ষর	পদবি

সেকশন 12 **- অনুপস্থিত/মৃত স্বামী/স্ত্রীর তথ্য -** আবেদন করছে এমন কারো স্বামী/স্ত্রী যদি অন্য কোথাও থাকে বা মারা গিয়ে থাকে তাহলে তা নিচে উল্লেখ করুন।

আবেদনকারীর নাম	স্বামী/স্ত্রীর নাম	স্বামী/স্ত্রীর জন্মতারিখ	স্বামী/স্ত্রীর মৃত্যুর তারিখ, প্রযোজ্য হলে	স্বামী/স্ত্রীর সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর

স্বামী/স্ত্রীর ঠিকানা, প্রযোজ্য হলে	শহর	কাউন্টি	স্টেট	জিপ কোড

সেকশন 13 **- অনুপস্থিত সন্তানের তথ্য -** আবেদনকারীর জন্য অন্য কোথাও বাস করছে এমন 21 বছরের কম বয়সী সন্তান থাকে তাহলে নিচে তা উল্লেখ করুন।

আবেদনকারীর নাম	অনুপস্থিত সন্তানের নাম	জন্মতারিখ	সন্তানের ঠিকানা (স্ট্রীট, শহর, কাউন্টি, স্টেট, ও জিপ কোড)	পিতামাতার আইনগত পরিচয় প্রতিষ্ঠিত হয়েছে?		আপনি কি সন্তানের তরণপোষণ প্রদান করেন?	
				হ্যাঁ	না	হ্যাঁ	না

সেকশন 14 **- কিশোর পিতা/মাতার তথ্য**

আপনার পরিবারে কি 18 বছরের কম বয়সী কোনো পিতা/মাতা (কিশোর পিতা/মাতা) আছে?
☐ হ্যাঁ ☐ না

নাম _____

কিশোর পিতা/মাতার সন্তানটি কি এই পরিবারের সাথে বাস করে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কিশোর পিতা/মাতার শিশুর নাম _____

TEEN PARENT

LN নম্বর _____ বৈবাহিক অবস্থা _____

হাই স্কুল ডিপ্লোমা/হাই স্কুল সমতুল্য? _____

LN নম্বর _____ বৈবাহিক অবস্থা _____

হাই স্কুল ডিপ্লোমা/হাই স্কুল সমতুল্য? _____

TEEN PARENT CHILDREN

LN নম্বর _____

LN নম্বর _____

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

সেকশন 15 - আয়ের তথ্য

আপনি বা আপনার সাথে থাকে এমন কেউ কি অর্থ প্রাপ্ত হয়:		হ্যাঁ	না	কে	পরিমাণ/মূল্য ও কত দিন পরপর	কে	পরিমাণ/মূল্য ও কত দিন পরপর	CD
বেকার বীমা সুবিধা	1							49
সম্পূরক নিরাপত্তা আয় (SSI) সুবিধা (স্টেট এবং ফেডারেল মোট)	2							45
সামাজিক নিরাপত্তা অক্ষমতা (SSD) সুবিধা	3							42
সামাজিক নিরাপত্তা নির্ভরশীলতা সুবিধা	4							
সামাজিক নিরাপত্তা সার্ভাইভার সুবিধা	5							43
সামাজিক নিরাপত্তা অবসর সুবিধা	6							44
রেলরোড অবসর সুবিধা	7							38
অবসর সুবিধা (পেনশন)	8							39
স্টক, বন্ড, সঞ্চয় ইত্যাদি থেকে প্রাপ্ত ডিভিডেন্ড/সুদ।	9							03
কর্মীর ক্ষতিপূরণ	10							59
নিউ ইয়র্ক স্টেট অক্ষমতা সুবিধা	11							33
সাবেক সৈনিকদের পেনশন/সুবিধা/সাহায্য এবং দেখাশোনা	12							55
পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স অনুদান	13							37
GI নির্ভরতা বরাদ্দ	14							10
শিক্ষা অনুদান বা ঋণ	15							
অবদান/উপহার (প্রাপ্ত)	16							
ফস্টার কেয়ার প্রদত্ত অর্থ (প্রাপ্ত)	17							
চাইল্ড সাপোর্ট পেমেন্ট (প্রাপ্ত) যার থেকে প্রাপ্ত:_____	18							06
স্বামী/স্ত্রীর সমর্থন (প্রাপ্ত)	19							02
ব্যক্তিগত অক্ষমতা বীমা - স্বাস্থ্য/দুর্ঘটনা বীমা পলিসি আয়	20							
নো-ফল্ট বীমা সুবিধা	21							50
ইউনিয়ন সুবিধা (স্ট্রাইক সুবিধা সহ)	22							
ঋণ, শিক্ষা ছাড়া অন্যান্য (প্রাপ্ত)	23							
কোনো ট্রাস্ট থেকে আয় (এর মধ্যে আপনি বর্তমানে অধিকারী, অতীতে ছিলেন বা এখনো বন্টন হয়নি এমন আয় অন্তর্ভুক্ত)	24							
প্রশিক্ষণ বরাদ্দ/স্টাইপেন্ড	25							31
ভাড়ার আয় (প্রাপ্ত)	26							14
বোর্ডার/লজার আয় (প্রাপ্ত)	27							
অন্যান্য আয় (অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন)								

INCOME				
LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD

CONSIDER

- ✓ Child Support Disregard/Pass-Through
  - ☐ Explained ☐ Budgeted
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ Disability Review
- ✓ Reception and Placement Grant (SNAP Only)
- ✓ Refugee Matching Grant

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

কর্তন: কিছু কিছু মেডিকেইড বাজেট আবেদনকারী বা প্রাপককে তাদের গণিত আয় এর কর্তন দ্বারা তাদের ফেডারেল কর কমাতে দেয়। এগুলি হল বিশেষ খরচ যা অভ্যন্তরীণ রাজস্ব সেবা (Internal Revenue Service, IRS) মানুষকে তাদের কর যোগ্য আয় থেকে কর্তন করতে দেয়। কর্তন এখানে উল্লেখ করুন শুধু যদি আপনি আপনার কর রিটার্নে এটি দাবি করে থাকেন।	হ্যাঁ	না	কে	পরিমাণ/মূল্য ও কত দিন পরপর	কে	পরিমাণ/মূল্য ও কত দিন পরপর
শিক্ষকের খরচ 1						
স্বতন্ত্র অবসর অ্যাকাউন্ট (IRA) কর্তন 2						
ছাত্র ঋণ সুদ কর্তন 3						
শিক্ষা এবং বেতন 4						
কিছু ব্যবসা সংক্রান্ত খরচ (সৈনিক, শিল্পী, বেতনভুক্ত সরকারি কর্মকর্তা) 5						
স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সঞ্চয় অ্যাকাউন্ট কর্তন 6						
চাকরি-সংক্রান্ত যাতায়াত খরচ 7						
আত্মকর্মসংস্থানের (S/E) কর সংক্রান্ত কর্তনযোগ্য অংশ 8						
S/E, সাধারণ এবং মানসম্পন্ন পরিকল্পনা 9						
S/E স্বাস্থ্য বীমা কর্তন 10						
সময়ের পূর্বে সঞ্চয় অপসারণের জন্য ভর্তুকি 11						
প্রদত্ত ভরণপোষণ 12						
দেশীয় উৎপাদন কার্যক্রম সংক্রান্ত কর্তন 13						
36 নম্বর লাইনে যোগ হওয়া অতিরিক্ত অভিযোজন (IRS ফর্ম 1040 মাত্র) 14						
আর্চার MSA কর্তন 15						
অন্যান্য অভিযোজন (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন)						

সেকশন 16 - সৎ-পিতামাতা/অনাগরিক যার অভিবাসন অবস্থায় যথেষ্ট পরিমাণে স্পন্সর সংক্রান্ত তথ্য রয়েছে

নিম্নে বর্ণিত প্রশ্নগুলোর উত্তর দিন।

	হ্যাঁ	না	কে?
আপনার সাথে থাকা যেকোন সন্তানের সৎ-পিতা বা মাতা, তার কি কোন ধরণের সম্পদ রয়েছে বা কোনো ধরণের আয় গ্রহণ করেন?			
আপনার গৃহে কি এমন কেউ আছেন যিনি একজন যথেষ্ট পরিমাণে অভিবাসন স্ট্যাটাসসহ অনাগরিক এবং তার মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে ভর্তি হওয়ার জন্য স্পনসর রয়েছে?			

স্পনসরের নাম: _____ ফোন নং: _____

ঠিকানা: _____

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

সেকশন 17 – কর্মসংস্থান সংক্রান্ত তথ্য

আমি বর্তমানে: ☐ কর্মজীবী ☐ স্বনির্ভর ☐ বেকার

মোট আয় মার্কিন ডলার _____ মাসে যত ঘণ্টা কাজ করা হয় _____

(মজুরি, বেতন, অতিরিক্ত সময়ের পারিশ্রমিক, কমিশন, এবং বকশিস)

পারিশ্রমিক প্রাপ্ত: ☐ সাপ্তাহিক ☐দ্বি-সাপ্তাহিক ☐মাসিক সপ্তাহের যে কয়দিন পারিশ্রমিক প্রাপ্ত:

নিয়োগকর্তার নাম এবং ঠিকানা: 1

_____ ফোন নং. _____

_____

বর্তমানে কি আপনার সাথে কেউ থাকে: ☐ কর্মজীবী ☐ স্বনির্ভর

কে: _____

মোট আয় মার্কিন ডলার _____ মাসে যত ঘণ্টা কাজ করা হয় _____

পারিশ্রমিক প্রাপ্ত: ☐ সাপ্তাহিক ☐দ্বি-সাপ্তাহিক ☐মাসিক সপ্তাহের যে কয়দিন পারিশ্রমিক প্রাপ্ত: 2

নিয়োগকর্তার নাম এবং ঠিকানা:

_____ ফোন নং. _____

_____

আপনার নিয়োগকর্তা কি আপনাকে স্বাস্থ্য বীমা প্রদান করেছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

আপনার সাথে যারা বাস করেন তাদের মধ্যে থেকে কি কেউ তাদের নিয়োগকর্তা থেকে স্বাস্থ্য বীমা পেয়েছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে: _____ 3

বীমা কোম্পানির নাম: _____

আপনার বা আপনার সাথে যারা বাস করেন তাদের মধ্যে কেউ কি এমন আছেন যে যিনি কর্মের সুবাদে একটি শিশু বা তার প্রতি নির্ভর করেন এমন কারো রক্ষণাবেক্ষণের খরচ পান? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে: _____ 4

আপনি বা আপনার সাথে বাস করে এমন কারো কি অন্যান্য-কর্ম সংক্রান্ত খরচ রয়েছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে: _____ 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
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Workers' Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	
	Refugee Cash Assistance	

CONSIDER
✓ Limited English Proficiency
✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
✓ Net Loss of Cash Income
✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
✓ Employment Sanctions
✓ Temporary Employment
✓ Disability Review
✓ Individual Development Account (IDA)
✓ Voluntary Quit

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

যদি কর্মজীবী না হয়ে থাকেন, তাহলে শেষ কবে আপনি বা আপনার সাথে বাস করে এমন কেউ কাজ করেছিল?

কে: _____ কখন: _____

কোথায়: _____ 6

কেন তুমি (বা তারা) কাজ করা বন্ধ করেছিলে? _____

আপনি বা আপনার সাথে বাস করে এমন কেউ কি বেকারত্বের জন্য দায়ের করেছিলেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

যদি হ্যাঁ হয়, কে? _____ কখন?: _____

দায়ের করার স্ট্যাটাস: ☐ গ্রহণ হয়েছে ☐ বাতিল হয়েছে ☐ অপেক্ষমাণ

আপনি বা আপনার সাথে বাস করে এমন কেউ কি কখনো ধর্মঘটে অংশগ্রহণ করেছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে: _____ 7

কখন ধর্মঘট শুরু হয়েছিল: _____

আপনি বা আপনার সাথে বাস করে এমন কেউ কি অভিবাসী বা মৌসুমী খামার কর্মচারী? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে: _____ 8

আপনি বা আপনার সাথে বাস করে এমন প্রাপ্তবয়স্ক কারো কি কোনো চিকিৎসাধীন অবস্থা রয়েছে যা কাজ করার ক্ষমতায় বাঁধা দেয় বা কমিয়ে দেয়? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে:_____

সীমাবদ্ধতা বর্ণনা করুন: _____

_____

9

আপনি কি আজ একটি চাকরিতে যোগ দিতে পারবেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না 10

যদি না হয়, কেন?_____

আপনি কি ধরনের কাজ করতে চান?_____

_____ 11

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES

Who Pays	Amount	Name	Age	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

সেকশন 18 – শিক্ষা/ট্রেনিং

আপনি সর্বোচ্চ কতটুকু পড়াশোনা করেছেন?

__ উচ্চবিদ্যালয়ের কম

যদি তাই হয়, কবে শেষ গ্রেড সমাপ্ত হয়েছিল? _____

__ একটি স্বতন্ত্র শিক্ষা পরিকল্পনার (Individualized Education Plan, IEP) সমাপ্তি

__ উচ্চবিদ্যালয় ডিপ্লোমা বা সমমানের সাধারণ ডিপ্লোমা (General Equivalency Diploma, GED) বা মাধ্যমিক সমাপ্তির মূল্যায়ন পরীক্ষা (TASC™) 1

__ অ্যাসোসিয়েট ডিগ্রি (2-বছর কলেজ ডিগ্রি)

__স্নাতক ডিগ্রি (4-বছর কলেজ ডিগ্রি) বা বেশি

গৃহে আর কারো কি একটি উচ্চবিদ্যালয় হতে ডিপ্লোমা, বা সমমানের সাধারণ ডিপ্লোমা (GED) বা মাধ্যমিক সমাপ্তির মূল্যায়ন পরীক্ষা (TASC™), বা উচ্চ শিক্ষা রয়েছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

যদি হ্যাঁ হয়, কে: _____ 2

অর্জনকৃত ডিগ্রি: _____

সম্পন্ন হওয়ার তারিখ: _____

আপনি বা আপনার সাথে থাকে এমন কেউ সহায়তা পাবার লক্ষ্যে আবেদন জানিয়েছেন বা পাচ্ছেন এমন কিছু হলে জানান:

এখন বা পূর্বে কোন ট্রেনিং প্রোগ্রামে ছিলেন কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে _____

কোথায় _____ 3

কার্যক্রম _____

শুরু করার তারিখ _____

শেষ করার তারিখ _____

16 বছর বা তার বেশি বয়সের এবং স্কুল বা কলেজে যাচ্ছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে _____ 4

কোথায় _____

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?	☐	☐
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	☐	☐
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	☐	☐
Is anyone in training?	☐	☐
Are any other supportive services appropriate?	☐	☐
Are there any training related expenses?	☐	☐

_____

16 বছরের কম কেউ এবং স্কুলে যাচ্ছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কে _____ কে _____

স্কুল _____ স্কুল _____ 5

কে _____ কে _____

স্কুল _____ স্কুল _____

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

সেকশন 19 – সম্পদ সংক্রান্ত তথ্য

আপনি বা আপনার সাথে থাকে এমন কেউ আবেদন জানাচ্ছে কিনা:	হ্যাঁ	না	কে	পরিমাণ/মূল্য	কে	পরিমাণ/মূল্য
নগদ অর্থ রয়েছে 1						
চেকিং অ্যাকাউন্ট(সমূহ) রয়েছে 2						
সঞ্চয় অ্যাকাউন্ট(সমূহ) বা আমানতের সার্টিফিকেট(সমূহ) রয়েছে 3						
ক্রেডিট ইউনিয়ন অ্যাকাউন্ট(সমূহ) রয়েছে 4						
জীবন বীমা রয়েছে 5						
একটি মোটরযান বা অন্যান্য যানবাহনের মালিকানা বা নিবন্ধন রয়েছে: বছর _____ মেক/মডেল _____ বছর _____ মেক/মডেল _____ অন্যান্য_____ 6						
স্টক, বন্ড, সার্টিফিকেট বা মিউচুয়াল ফান্ড আছে 7						
সেভিং বন্ড আছে 8						
IRA, কেয়োগ (Keogh), 401(k) বা বিলম্বিত ক্ষতিপূরণের অ্যাকাউন্ট আছে 9						
প্রত্যাহার করা যাবে না এমন ধরনের ট্রাস্ট আছে 10						
দাফন করার তহবিল আছে 11						
একটি দাফনের স্থান আছে 12						
নিজের বাড়ি আছে 13						
রিয়েল এস্টেট আছে, যার মধ্যে আয় করে এবং আয় করে না এমন সম্পত্তি রয়েছে 14						
আয় কর রিফান্ডের উপযুক্ত 15						
একটি অ্যানুইটি আছে 16						
একটি ট্রাস্টের উত্তরাধিকারী 17						
একটি ট্রাস্ট তহবিল, মামলার সেটেলমেন্ট, উত্তরাধিকারসূত্রে সম্পত্তি বা অন্য কোনো সূত্র থেকে আয় আশা করছে 18						
একটি "ইন ট্রাস্ট" অ্যাকাউন্ট আছে 19						
একটি সেফ ডিপোজিট বাক্স আছে 20						
উপরে উল্লিখিত নেই এমন সম্পদ আছে 21						
গত 36 মাসে কি কেউ (যেমন স্বামী/স্ত্রী, এমনকি যদি তারা আবেদন না করে বা আপনার সাথে না থাকে) কোনো নগদ অর্থ দান করেছে, বা কোনো রিয়েল এস্টেট, আয় বা ব্যক্তিগত সম্পত্তি বিক্রি/হস্তান্তর করেছে? 22						
গত 60 মাসে কি কেউ (যেমন স্বামী/স্ত্রী, এমনকি যদি তারা আবেদন না করে বা আপনার সাথে না থাকে) কোনো ট্রাস্ট তৈরি করেছে বা কোনো সম্পদ কোনো ট্রাস্টে স্থানান্তর করেছে? যদি হ্যাঁ হয়, কখন?_____ 23						

VEHICLE INFORMATION

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

*IF EXEMPT, WHY?

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

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

সেকশন 20 - মেডিক্যাল তথ্য

আপনি বা আপনার সাথে থাকে এমন কেউ আবেদন জানাচ্ছে কিনা:		হ্যাঁ	না	যদি হ্যাঁ হয়, কে
কোনো মেডিক্যাল বিল বা মেডিক্যাল সম্পর্কিত ব্যয় আছে	1			
একটি স্পেন্ড-ডাউনসহ মেডিকেইড এ আছে	2			
স্বাস্থ্য বা হাসপাতাল/দুর্ঘটনা বীমা রয়েছে (নিয়োগকর্তার থেকে প্রাপ্ত বীমা সহ)	3			
একজন নিয়োগকর্তার মাধ্যমে স্বাস্থ্য বীমা রয়েছে	4			
মেডিকেয়ার আছে (লাল, সাদা ও নীল কার্ড)	5			
স্বাস্থ্য সেবক/বাড়িতে স্বাস্থ্য সেবা রয়েছে	6			
অন্ধ, অসুস্থ বা অক্ষম	7			
সেখানে কি বিকাশমূলক অক্ষমতাসহ কোনো শিশু আছে	8			
কোনো হাসপাতাল, নার্সিং হোম বা অন্য মেডিক্যাল প্রতিষ্ঠানে আছে	9			
এই আবেদনের 3 পূর্ব পর্যন্ত কোনো পরিশোধিত বা অপরিশোধিত মেডিক্যাল বিল আছে	10			
মাদক বা অ্যালকোহল আসক্ত ছিল বা আছে	11			
বাড়িতে বা ব্যক্তিগত যত্ন প্রয়োজন	12			
SSI তে আছে বা SSI-এর জন্য আবেদন করেছে	13			
গর্ভবতী গর্ভবতী হলে, সন্তান প্রসবের সম্ভাব্য তারিখ: _____ প্রত্যাশিত শিশুর সংখ্যা: _____	14			
মাদক অপব্যবহার বা অ্যালকোহল আসক্তির চিকিৎসা লাভ করে	15			
অক্ষমতা বা অসুস্থতার কারণে কমপক্ষে 12 মাস কাজ করতে পারে নি	16			
অক্ষমতা বা অসুস্থতার কারণে কমপক্ষে 12 মাস দৈনন্দিন কাজ সীমাবদ্ধ ছিল	17			
গত দুই বছরের মধ্যে একটি সড়ক দুর্ঘটনা বা কর্মস্থলে দুর্ঘটনার শিকার	18			
মেডিকেইড বা মেডিকেয়ার ছাড়া অন্যান্য সরকারি এজেন্সি কোনো মেডিক্যাল বিল প্রদান করেছে হ্যাঁ হলে, কোন এজেন্সি _____	19			
অন্য কোনো স্বাস্থ্য বীমার খরচ দিতে আপনার শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তার ক্ষতি হতে পারে, এবং/অথবা এটি আবেদন বা মেডিকেইড রশিদের গোপনীয়তা খর্ব করতে পারে?	20			

পলিসি নম্বর:

পরিমাণ:

কত দিন পর পর পরিশোধিত হয়:

বীমা কোম্পানির নাম:

কে পাবে:

কার্যকরী তারিখ:

এই সেকশনের প্রশ্ন 7-এর উত্তর কি সেকশন 17 প্রশ্ন যে আবেদনকারী বা বা পরিবারে অন্য কোনো সদস্য এমন কোনো কিনা যার ফলে তাদের কাজ করার ক্ষমতা বা ধরন সীমাবদ্ধ হয়ে যায়?

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification (**PA ONLY**)	

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ SNAP Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	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	

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT $	

MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO

TPHI: ☐ YES ☐ NO

স্বাস্থ্য পরিকল্পনা নির্বাচন

মেডিকেইদের অন্তর্ভুক্ত বেশির ভাগ মানুষকে একটি ব্যবস্থাপিত স্বাস্থ্য পরিকল্পনার অংশ হতে হয় যদি না তারা কোনো কারণে অব্যাহতি পেয়ে থাকে। একটি স্বাস্থ্য পরিকল্পনা বাছাই করতে এই সেকশনটি পূরণ করুন। আপনি যদি না জানেন যে কী কী স্বাস্থ্য পরিকল্পনা আছে, আপনার কর্মীকে জিজ্ঞেস করুন বা 1-800-505-5678 এ ফোন করুন।

আপনি যেটির অংশ হবেন সেই পরিকল্পনার নাম	পদবি	নাম	জন্মতারিখ মাস/দিন/বছর	লিঙ্গ পুরুষ/নারী	আইডি নম্বর (মেডিকেইড কার্ড থেকে যদি আপনার তা থাকে)	সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (গর্ভবতী হলে আবশ্যিক নয়)	প্রাথমিক সেবা প্রদানকারী (Primary Care Provider, PCP) বা স্বাস্থ্য কেন্দ্র (বর্তমান প্রদানকারী হলে টিক চিহ্ন দিন)	OB/GYN -এর নাম এবং আইডি (বর্তমান প্রদানকারী হলে টিক চিহ্ন দিন)
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐

সেকশন 21 - আশ্রয়

আপনার বাড়িওয়ালার নাম কী?

_____

আপনার বাড়িওয়ালার ঠিকানা কী?

_____

_____

_____

আপনার বাড়িওয়ালার ফোন নম্বর কী?

( ) _____

	হ্যাঁ	না	হ্যাঁ হলে, পরিমাণ
আপনি বা আপনার সাথে বাস করে এমন কারো কি কোনো ভাড়া, বন্ধক বা অন্যান্য আশ্রয় সংক্রান্ত খরচ আছে?			$
আপনার বা আপনার সাথে বাস করে এমন কারো কি ভাড়া বা অন্যান্য আশ্রয় খরচ ছাড়া কোনো তাপ বিল আছে?			$

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

- ✓ Utility and/or Fuel Restrict
- ✓ Utility Guarantee
- ✓ HEAP
- ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount
- ✓ Foster Care-Related Additional Allowances
- ✓ SNAP Household Composition Rules
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ Real Property Tax Credit
- ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance
- ✓ Property Lien
- ✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

সেকশন 21 – আশ্রয় (অব্যাহত)

আপনার বা আপনার সাথে বাস করে এমন কারো কি ভাড়া বা অন্যান্য আশ্রয় খরচ ছাড়া নিম্নের কোনো খড়চ আছে?	হ্যাঁ	না	হ্যাঁ হলে, পরিমাণ
বিদ্যুৎ (তাপ ছাড়া অন্য প্রয়োজনে, যেমন আলো, রান্না, গরম পানি ইত্যাদি) 1			$
প্রাকৃতিক গ্যাস (তাপ ছাড়া অন্য প্রয়োজনে, যেমন আলো, রান্না, গরম পানি ইত্যাদি) 2			$
পানি 3			$
শীতাতপ নিয়ন্ত্রণ 4			$
প্রোপেন (তাপ ছাড়া অন্য প্রয়োজনে) 5			$
সিউয়ার 6			$
ময়লা 7			$
অন্যান্য ইউটিলিটি ও খরচ 8 নির্দিষ্ট করুন _____			$
আপনি কি একটি পাবলিক আবাসনে থাকেন? 9			
আপনি কি সেকশন 8, HUD, বা অন্য সাবসিডাইজড আবাসনে থাকেন? 10			
আপনি কি একটি মাদক/অ্যালকোহল ফ্যাসিলিটিতে থাকেন? 11			

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					

***Check Primary Heat Type:**

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

অতিরিক্ত তথ্য

সেকশন 22 – অন্যান্য খরচ

আপনি বা আপনার সাথে থাকে এমন কেউ আবেদন জানাচ্ছে কিনা:	হ্যাঁ	না	হ্যাঁ হলে, পরিমাণ	HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN SNAP HH	
					YES	NO	YES	NO
চাইল্ড সাপোর্ট পরিশোধ করে 1			$					
স্বামী/স্ত্রীর সমর্থন অর্থ প্রদান করে 2			$					
চাইল্ড কেয়ারের জন্য অর্থ প্রদান করে 3			$					
নির্ভরশীলের খরচ দান করে 4			$					
টিউশন, ফি বা অন্যান্য শিক্ষার খরচ প্রদান করে 5			$					
অতিরিক্ত খরচ আছে (যেমন, গাড়ির পেমেন্ট, গাড়ির বীমার পেমেন্ট, ক্রেডিট কার্ড পেমেন্ট, অন্যান্য ঋণ পেমেন্ট ইত্যাদি) নির্দিষ্ট করুন _____ 6			$					
আপনি বা আপনার সাথে বাস করছে এমন কোনো আবেদনকারীর কি 21 বছরের কম বয়সী সন্তানের জন্য চাইল্ড কেয়ার প্রদান চার মাসের বেশি সময় ধরে বাকি? 7	☐ হ্যাঁ		☐ না					

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

সেকশন 23 – অন্যান্য তথ্য

			VETERAN STATUS	VETERAN CODE
আপনি কি কোনো হোম ডেলিভারি বা কমিউনাল ডাইনিং সার্ভিস থেকে খাবার কেনেন বা কেনার পরিকল্পনা করছেন? 8	☐ হ্যাঁ	☐ না		
আপনি কি বাড়িতে খাবার রান্না বা প্রস্তুত করতে পারেন? 9	☐ হ্যাঁ	☐ না		
আপনি বা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি কখনো মার্কিন সেনাবাহিনীতে কাজ করেছে? কে? _____ 10	☐ হ্যাঁ	☐ না		
আপনার স্বামী/স্ত্রী কি কখনো মার্কিন সেনাবাহিনীতে কাজ করেছে? 11	☐ হ্যাঁ	☐ না		
আপনার পরিবারের কেউ কি মার্কিন সেনাবাহিনীতে ছিল বা আছে এমন কারো উপর নির্ভরশীল? কে? _____ 12	☐ হ্যাঁ	☐ না		

আপনার সাথে বাস করছে এমন কেউ কি এখন সহায়তা বা সেবা পায়?
☐ হ্যাঁ ☐ না 13

যদি হ্যাঁ হয়, কে	সহায়তার ধরন	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

আপনার সাথে বাস করছে এমন কেউ কি পূর্বে সহায়তা বা সেবা পেত? ☐ হ্যাঁ ☐ না
14

হ্যাঁ হলে কে (অনুগ্রহ করে আগের সব নাম দিন)	সহায়তার ধরন	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ SNAP Dependent Care Deductions
	UIB		

OTHER INFORMATION (CONT.)	YES	NO	WHO
Have you or anyone who lives with you who is applying moved into this county from another New York State county within the past two months?			
Have you or anyone who lives with you ever been found guilty of and/or been disqualified for Public Assistance and/or the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) because of fraud/an Intentional Program Violation?			
Have you or anyone who lives with you received benefits for which they were not entitled, which have not been fully repaid to this or another agency?			
Have you or any member of your household been convicted of making a fraudulent statement or representation of residence in order to receive Public Assistance in two or more states?			
Have you or any member of your household been convicted of fraudulently receiving duplicate SNAP Benefits in any state after September 22, 1996?			
Have you or any member of your household been convicted of buying or selling SNAP Benefits for a combined amount of over $500 or more after September 22, 1996?			
Have you or any member of your household been convicted of trading SNAP benefits for firearms, ammunition or explosives, or drugs?			
Are you or any member of your household fleeing to avoid prosecution, custody or confinement after conviction of a felony or attempted felony and actively being pursued by law enforcement?			
Are you or any member of your household violating probation or parole according to a court order?			

PROPERTY TRANSFER STATUS

I have ☐ **I have not** ☐ sold, transferred or given away any of my property to anyone to get Public Assistance or SNAP Benefits.

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Educational Grant Worksheet	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

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

Actual Expenses $

− Actual Income $

= Difference $

Does Client Receive Contribution Towards Difference YES ☐ NO ☐

If Yes, From Whom?

_____

বিবেচনা করুন
✓ প্রকৃত খরচ, আশ্রয়, জ্বালানি/ইউটিলিটি খরচ, টেলিফোন খরচ ইত্যাদি অন্তর্ভুক্ত হবে।
✓ প্রকৃত আশ্রয়
✓ প্রকৃত জ্বালানি/ইউটিলিটি খরচ
✓ টেলিফোন খরচ
✓ গাড়ির খরচ
✓ আসবাব/অ্যাপ্লায়েন্স ভাড়া
✓ কেবল টিভি
✓ টিউশন
✓ নিজের পকেট থেকে খরচ করা মেডিক্যাল ব্যয়

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need? If not, why not?

_____

_____

NOTES/COMMENTS

নোটিশ, অ্যাসাইনমেন্ট, অনুমোদন, ও অনুমতি

সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর সংগ্রহ ও ব্যবহার – সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (Social Security Numbers, SSNs) সংগ্রহ করার জন্য 2008-এর খাদ্য ও পুষ্টি আইন (সংশোধিত) অনুসারে, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (SNAP) এর জন্য পরিবারের প্রতিটি সদস্য অনুমোদিত হবে। SNAP-এর জন্য আবেদন করলে সুবিধা পাওয়ার জন্য অবশ্যই তার SSN থাকতে হবে। আপনি বা আবেদনকারী যে কারো যদি SSN না থাকে, তাহলে তাকে সোশ্যাল সিকিউরিটি প্রশাসনের কাছে SSN-এর জন্য আবেদন করতে হবে (ভিজিট www.SSA.gov বা ফোন করুন 1-800-772-1213)।

এই আবেদনপত্রে অন্য সব প্রোগ্রামের জন্য SSN প্রয়োজন, সেগুলির জন্য SSN সংগ্রহ আবশ্যক এবং নিচের যেকোনো একটি বা একাধিক আইন অনুযায়ী তা অনুমোদিত: সামাজিক নিরাপত্তা আইন (42 মার্কিন কোড 405) এর সেকশন 205(c), সামাজিক নিরাপত্তা আইন (42 মার্কিন কোড 1320b-7) এর সেকশন 1137 এবং গোপনীয়তা আইন 1974 এর সেকশন 7(a)(2)। আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে আপনার নির্দেশাবলী বই (PUB-1301 পুরো স্টেটে) দেখুন বা আপনার সামাজিক সেবা জেলার সাথে কথা বলুন।

আপনার পরিবার সহায়তা বা সুবিধা ভোগের জন্য উপযুক্ত কিনা বা আপনাদের প্রাপ্ত সহায়তা বা সুবিধা অব্যাহত রাখা হবে কিনা তা নির্ণয় করতে আমরা এই সংগৃহিত তথ্য ব্যবহার করবো। এই তথ্য ব্যবহার করা হবে পরিচয় চেক করতে, উপার্জিত ও অনুপার্জিত আয় যাচাই করতে, আবেদনকারী বা প্রাপকের নিরুদ্দেশ পিতা মাতা স্বাস্থ্য সেবা পেতে পারে কিনা তা নির্ণয় করা, আবেদনকারী বা প্রাপক চাইল্ড বা স্বামী/স্ত্রীর সমর্থন পেতে পারে কিনা তা নির্নয় করা, এবং আবেদনকারী বা প্রাপক অর্থ বা অন্য সাহায্য পেতে পারে কিনা তা নির্নয় করা। আমরা কম্পিউটার ম্যাচিং প্রোগ্রাম দিয়ে এই তথ্যের সত্যতা যাচাই করবো। এই তথ্য প্রোগ্রামের নিয়ম মেনে চলা হচ্ছে কিনা তা পর্যবেক্ষণ করতে এবং প্রোগ্রাম ব্যবস্থাপনার জন্যও ব্যবহৃত হবে। আপনি আমাদের যে তথ্য দিয়েছেন তা এভাবে ব্যবহার করা ছাড়াও, স্টেট হোম এনার্জি অ্যাসিস্টেন্স প্রোগ্রাম (Home Energy Assistance Program, HEAP) থেকে সুবিধা পাওয়া সব মানুষের পরিসংখ্যান তৈরির জন্যও এই তথ্য ব্যবহার করবে (নিচে দেখুন)।

আইন এড়াতে পালিয়ে যাওয়া ব্যক্তিদের আটক করার উদ্দেশ্যে এই তথ্যটি অন্যান্য স্টেট ও ফেডারেল সংস্থার আনুষ্ঠানিক পরীক্ষার জন্য এবং আইন প্রয়োগকারী কর্মকর্তাদের কাছে প্রকাশ করা যেতে পারে। SSN-সহ, পরিবার সহায়তা এবংসেফটি নেট সহায়তার জন্য আবেদনকারীর সংগৃহীত তথ্যগুলি জুরি পুল গঠনে সহায়তা করার জন্য ব্যবহার করা যেতে পারে। যদি আপনার পরিবারের বিরুদ্ধে একটি SNAP দাবি উত্থাপিত হয়, তাহলে সব SSN-সহ এই আবেদনের তথ্য ফেডারেল ও স্টেটের সংস্থাগুলির সাথে সাথে ব্যক্তিগত দাবির সংস্থান সংস্থাগুলির কাছে দাবি সংগ্রহের পদক্ষেপের জন্যও উল্লেখ করা যেতে পারে।

উপযুক্ত নয় পরিবারের এমন সদস্যদের SSNও ব্যবহার করা হবে এবং উপরের পদ্ধতিতে প্রকাশ করা হবে।

আপনি আমাদের যে তথ্য দিয়েছেন তা এভাবে ব্যবহার করা ছাড়াও, স্টেট HEAP থেকে সুবিধা পাওয়া সব মানুষের পরিসংখ্যান তৈরির জন্যও এই তথ্য ব্যবহার করবে। সামাজিক সেবা জেলা তাদের সম্ভাব্য সর্বোত্তম কাজ করছে তা নিশ্চিত করার জন্য তথ্যগুলি স্টেটের মাণ নিয়ন্ত্রণের জন্য ব্যবহার করা হয়। এটি আপনার শক্তি সরবরাহকারী যাচাই এবং বিক্রেতাদের নির্দিষ্ট অর্থ প্রদান করতে ব্যবহৃত হয়।

বৈষম্য না করার বিজ্ঞপ্তি – এই প্রতিষ্ঠানটির জন্য জাতি, বর্ণ, জাতীয় উৎস, অক্ষমতা, বয়স, লিঙ্গ এবং কিছু ক্ষেত্রে ধর্ম বা রাজনৈতিক বিশ্বাসের ভিত্তিতে বৈষম্যমূলক সিদ্ধান্ত গ্রহণ নিষিদ্ধ।

মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের কৃষি বিভাগ (United States Department of Agriculture, USDA), USDA দ্বারা পরিচালিত বা অর্থায়িত কোনো প্রোগ্রাম বা কার্যকলাপে জাতি, বর্ণ, জাতীয় উৎস, লিঙ্গ, ধর্মীয় দল, অক্ষমতা, বয়স, রাজনৈতিক বিশ্বাস বা বিপর্যয় বা পূর্ববর্তী নাগরিক অধিকার কার্যকলাপের জন্য বৈষম্য নিষিদ্ধ করে।

অক্ষম মানুষ যাদের প্রোগ্রাম তথ্যের জন্য বিকল্প যোগাযোগ মাধ্যম প্রয়োজন (যেমন, ব্রেইল, বড় অক্ষরে ছাপানো, অডিওটেপ, মার্কিন সাইন ল্যাঙ্গুয়েজ ইত্যাদি) তারা যেই (স্থানীয় বা স্টেটের) এজেন্সির কাছে সুবিধা প্রাপ্তির জন্য আবেদন করেছে তাদের সাথে যোগাযোগ করা। যারা বধির, কানে কম শুনে বা বাক প্রতিবন্ধী তারা (800) 877-8339 এ ফোন করে ফেডারেল রিলে সার্ভিস (Federal Relay Service) এর মাধ্যমে USDA-এর সাথে যোগাযোগ করতে পারবে। পাশাপাশি, প্রোগ্রামের তথ্য ইংরেজি ছাড়া অন্য ভাষায় পাওয়া যেতে পারে।

সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রামে (SNAP) বৈষম্যের অভিযোগ দাখিল করতে, USDA প্রোগ্রাম বৈষম্য অভিযোগ ফর্ম (USDA Program Discrimination Complaint Form), (AD-3027) পূরণ করুন, যা অনলাইনে পাওয়া যাবে এখানে: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, এবং যেকোনো USDA অফিসেও পাওয়া যাবে, অথবা USDA কে একটি চিঠি লিখুন এবং চিঠিতে সেই সব তথ্য দিন যা ফর্মে চাওয়া হয়েছে। অভিযোগ ফর্মের একটি অনুলিপি অনুরোধ করতে, ফোন করুন (866) 632-9992। USDA কে আপনার সম্পূর্ণ ফর্ম বা চিঠি জমা দিন:

(1) চিঠির মাধ্যমে: U.S. Department of Agriculture (মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের কৃষি বিভাগ)
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights (অফিস ফর অ্যাসিস্টেন্স সেক্রেটারি ফর সিভিল রাইটস)
1400 Independence Avenue, SW
ওয়াশিংটন ডিসি 20250-9410

(2) ফ্যাক্স (202) 690-7442; অথবা

(3) ইমেইল: program.intake@usda.gov.

সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (SNAP) বিষয়গুলির সাথে সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্যের জন্য, যোগাযোগ করুন USDA SNAP হটলাইন নম্বর (800) 221-5689 এ, যা স্প্যানিশ ভাষায়ও রয়েছে, অথবা স্টেট তথ্য/হটলাইন নাম্বার (স্টেটের হটলাইন নম্বরের তালিকা দেখার জন্য লিঙ্কটিতে ক্লিক করুন) এ ফোন করুন; অনলাইনে পাওয়া যাবে: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm।

মার্কিন ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেস (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) এর মাধ্যমে প্রাপ্ত ফেডারেল আর্থিক সহায়তা কোনো প্রোগ্রামে বৈষম্যের অভিযোগ দাখিলের জন্য, HHS পরিচালক, অফিস অব সিভিল রাইটস, কক্ষ 515-F, 200 ইন্ডিপেন্ডেন্স এভিনিউ,S.W., ওয়াশিংটন, ডিসি 20201 এর কাছে লিখুন, অথবা ফোন করুন (202) 619-0403 (ভয়েস) বা (800) 537-7697 (TTY) এ।

প্রতিষ্ঠানটি সমান সুযোগ প্রদানকারী একটি প্রতিষ্ঠান।

নিউ ইয়র্ক স্টেট লিঙ্গ পরিচয়, ট্রান্সজেন্ডার স্ট্যাটাস, লিঙ্গ ডিসফোরিয়া, সেক্সুয়াল ওরিয়েন্টেশন, বৈবাহিক অবস্থা, সামরিক অবস্থা, গৃহ নির্যাতনের শিকার, গর্ভাবস্থা সম্পর্কিত অবস্থা, জেনেটিক বৈশিষ্ট্য, পূর্বে গ্রেফতার বা অপরাধ প্রমাণের রেকর্ড, পারিবারিক অবস্থা, এবং বেআইনী বৈষম্যমূলক অনুশীলন বিরোধিতার উপর ভিত্তি করে বৈষম্য নিষিদ্ধ করে।

তদন্তের জন্য সম্মতি – আমি পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স (PA), মেডিকেইড, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (SNAP), হোম এনার্জি সহায়তা প্রোগ্রাম সুবিধা, সেবা বা চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য আমার অনুরোধের সাথে সম্পর্কিত যেসব তথ্য প্রদান করেছি তা যাচাই বা নিশ্চিত করার জন্য সব ধরনের তদন্তের জন্য সম্মতি দিচ্ছি। প্রয়োজনে আমি আরো তথ্য প্রদান করবো। যেকোনো PA এবং/অথবা SNAP মাণ নিয়ন্ত্রণ রিভিউ এর ব্যাপারে স্টেট বা ফেডারেল কর্মকর্তাকে আমি সম্পূর্ণভাবে সহযোগিতা করবো।

আমি SNAP এর জন্য আবেদন করছি এটি বোঝার পর যে সামাজিক সেবা জেলা আমার আবেদনটি তদন্ত করার জন্য আয় এবং যোগ্যতা যাচাইকরণ পদ্ধতির মাধ্যমে পাওয়া তথ্য ব্যবহার করবে এবং কোনো ফাঁক পাওয়া গেলে যথাযথ স্থানে যোগাযোগ করে তথ্য যাচাই করবে। আমি বুঝি যে এই তথ্য SNAP এবং/অথবা SNAP সুবিধার মাত্রার জন্য আমার উপযুক্ততাকে প্রভাবিত করতে পারে।

গোপনীয় বেকারত্ব বীমা তথ্য প্রকাশের সম্মতি – নিউ ইয়র্ক স্টেট অস্থায়ী এবং অক্ষমতা সহায়তা অফিস (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) এর বেকারত্ব বীমা (Unemployment Insurance, UI) সংক্রান্ত প্রয়োজনে DOL দ্বারা পরিচালিত যেকোনো গোপনীয় তথ্য প্রকাশ করার জন্য আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব লেবার (Department of Labor, DOL)-কে অনুমোদন দিচ্ছি। UI সুবিধার দাবী এবং মজুরি রেকর্ড এই তথ্যের অন্তর্ভুক্ত। আমি বুঝি যে OTDA ও সামাজিক সেবা জেলা অফিসে কর্মরত স্টেট ও স্থানীয় এজেন্সির কর্মীরা, পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স, মেডিকেইড, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম, হোম এনার্জি সহায়তা প্রোগ্রাম, চাইল্ড কেয়ার সহায়তা প্রাপ্তি বা পরিমাণের জন্য উপযুক্ততা প্রতিষ্ঠা বা যাচাই করার জন্য UI তথ্য ব্যবহার করবে এবং আমি যে সুবিধাগুলি পেয়েছি তার মধ্যে কোনটি আমি অন্যায্যভাবে পেয়েছি কিনা তা নির্ধারণ করার জন্য তদন্তের জন্য ব্যবহার করবে। OTDA নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অব চিল্ড্রেন অ্যান্ড ফ্যামিলি সার্ভিসেস (Office of Children and Family Services, OCFS) এবং নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ (Department of Health, DOH)-কেও এই তথ্য প্রদান করবে। OCFS চাইল্ড কেয়ার সহায়তা প্রোগ্রাম পর্যবেক্ষণের জন্য এই তথ্য ব্যবহার করবে।

সেবা প্রদানকারীদের কাছে তথ্য প্রকাশ – আমি সামাজিক সেবা জেলা এবং নিউ ইয়র্ক স্টেটকে অনুমতি দিচ্ছি তারা আমার সেবা পাওয়ার যোগ্যতা যাচাই করার জন্য বা স্টেট বা স্থানীয় ঠিকাদার প্রদত্ত প্রোগ্রাম পরিচালনা সম্পর্কিত মূল্য পরিশোধের জন্য, আমার বা আমার পরিবারের কোনো সদস্যের পাওয়া পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স বা সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রামের সুবিধা সম্পর্কিত তথ্য, ব্যবহার করতে পারবে, যা করার আইনগত অনুমোদন আমার আছে। সেবাগুলির মধ্যে অন্তর্গত হতে পারে, আমার বা আমার পরিবারের সদস্যদের চাকরি পাওয়া এবং ধরে রাখার জন্য চাকরির নিয়োগ বা প্রশিক্ষণ সেবা, তবে সেবা এতে সীমাবদ্ধ থাকবে না।

পরিবর্তন সম্পর্কে জানানো – আমি আমার ঠিকানা, প্রয়োজন, আয়, সম্পত্তি, শারীরিকভাবে সক্ষম প্রাপ্তবয়স্ক যার উপর কেউ নির্ভরশীল নয় (able-bodied adult without dependents, ABAWD) অবস্থা, গর্ভাবস্থার বা জীবনযাপন ব্যবস্থার ব্যাপারে আমার জানামতে সঙ্ঘটিত যেকোনো পরিবর্তন সম্পর্কে **অবিলম্বে** এজেন্সিকে জানাতে রাজি আছি।

যদি আমি চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য আবেদন করি, তাহলে আমি আমার পারিবারিক আয়, আমার বাড়িতে কে বাস করে, চাকরি, চাইল্ড কেয়ার ব্যবস্থা বা অন্যান্য পরিবর্তনগুলি যা আমি যে পরিমাণ সুবিধা পাচ্ছি তা পেতে আমার যোগ্যতাকে প্রভাবিত করতে পারি সে ব্যাপারে আমার জানামতে সঙ্ঘটিত যেকোনো পরিবর্তন সম্পর্কে **অবিলম্বে** এজেন্সিকে জানাতে রাজি আছি।

পেনাল্টি – পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স, মেডিকেইড, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম, সেবা বা চাইল্ড কেয়ার সহায়তা ("সহায়তা, সুবিধা বা সেবা") চেয়ে আবেদন করার সময় আপনি যদি মিথ্যা বলেন, বা আপনার উপযুক্ততা নিয়ে যেকোনো প্রশ্নের সময় মিথ্যা বলেন, বা কাউকে আপনার হয়ে বলতে বাধ্য করেন তাহলে ফেডারেল ও স্টেট আইন অনুযায়ী আপনার জরিমানা, শাস্তি বা উভয়ই হতে পারে। আপনি যদি আপনার বা অন্য কারো জন্য সহায়তা, সুবিধা বা সেবা পেতে তথ্য লুকান বা উপযুক্ততা সম্পর্কে তথ্য প্রকাশে ব্যর্থ হন তাহলে আপনার শাস্তি হতে পারে। আপনি যদি একজন অনুমোদিত প্রতিনিধি হন

তবে এই ধরনের সহায়তা, সুবিধা বা সেবা নিজের জন্য ব্যবহার করতে পারবেন না। ফেডারেল এবং স্টেট আইন অনুযায়ী যে কোনও ব্যক্তি বা ব্যক্তির স্বামী/স্ত্রীর দ্বারা ন্যায্য বাজারের মূল্যের চেয়ে কম মূল্যে সম্পত্তির স্থানান্তর হয়ে থাকে, সেই ব্যক্তির প্রথম মাসে নার্সিং সুবিধা পাওয়ার 60 মাসের মধ্যে মাসের মধ্যে হয় এবং যিনি মেডিকেইডের জন্য একটি আবেদন করেছেন তিনি নার্সিং বা বাড়িতে যত্ন পাওয়ার জন্য অনুপযুক্ত হতে পারেন। তথ্য লুকানো বা মিথ্যা তথ্য সরবরাহ করে সহায়তা, সুবিধা, সেবা গ্রহণ করা বেআইনী।

সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম এ অযোগ্য হওয়ার পেনাল্টি – SNAP এর জন্য আপনি যেই তথ্য দিবেন তা ফেডারেল, স্টেট এবং স্থানীয়ভাবে তদন্ত করা হবে। কোন তথ্য ভুল হলে, আপনি SNAP বেনিফিট বঞ্চিত হতে পারেন। আপনি যদি জেনেশুনে ভুল তথ্য সরবরাহ করেন যা আপনার যোগ্যতা বা বেনিফিটের পরিমাণ প্রভাবিত করতে পারে তাহলে আপনি ফৌজদারি মামলার আসামি হতে পারেন। জ্ঞাতভাবে ব্যবহার, স্থানান্তর, অধিগ্রহণ, পরিবর্তন বা SNAP অনুমোদন কার্ড বা অ্যাক্সেস ডিভাইস রাখার অপরাধে দোষী সাব্যস্ত হওয়া যে কোনও ব্যক্তির 250,000 মার্কিন ডলার পর্যন্ত জরিমানা, 20 বছর জেল বা উভয় হতে পারে। ব্যক্তিটির বিরুদ্ধে ফেডারেল এবং স্টেট আইন অনুযায়ী প্রসিকিউশন হতে পারে। কেউ প্রবেশন বা প্যারোলের শর্ত লঙ্ঘন করলে, বা প্রসিকিউশন, হেফাজত বা জালিয়াতি করে পালাচ্ছে এমন কেউ SNAP সুবিধা পাওয়ার যোগ্য নয়।

যদি আপনি সুবিধা পেতে বা অধিকতর সুবিধা পেতে কোনও মিথ্যা বা বিভ্রান্তিকর বিবৃতি দিয়ে থাকেন, তথ্য গোপন করেন, SNAP সুবিধা ব্যবহার করে কিছু কিনে নগদ অর্থ পাওয়ার জন্য জিনিসটি ফেলে কন্টেইনারটি ফেরত দিয়ে প্রদত্ত অর্থ ফেরত নেন; বা SNAP সুবিধা, অনুমোদন কার্ড বা ইলেক্ট্রনিক বেনিফিট ট্রান্সফার (Electronic Benefit Transfer, EBT) এর বার বার ব্যবহার করার মত নথি ব্যবহার, পরিবেশন, হস্তান্তর, অর্জন, পাওয়া, মালিকানা পাওয়া বা ট্র্যাফিকিং করার জন্য ফেডারেল বা স্টেট আইন ভঙ্গ করেন তাহলে আপনি SNAP এর অযোগ্য এবং ইন্টেনশনাল প্রোগ্রাম ভায়োলেশন (IPV) করছেন। পাশাপাশি, নিম্নলিখিতগুলি বিষয়গুলি অনুমোদিত নয় এবং এগুলি করলে আপনি SNAP সুবিধা গ্রহণ অযোগ্য হতে পারেন এবং/অথবা আপনার শাস্তি হতে পারে:

- অ্যালকোহল বা সিগারেটের মতো অ-খাদ্য সামগ্রী কিনতে SNAP সুবিধা ব্যবহার করা;
- পূর্বে ক্রেডিট দিয়ে কেনা খাদ্যের মূল্য পরিশোধ করতে SNAP সুবিধা ব্যবহার করা;
- নগদ, আগ্নেয়াস্ত্র, গোলাবারুদ বা বিস্ফোরক, বা মাদকদ্রব্য বা আপনার SNAP পরিবারের সদস্য না এমন ব্যক্তিদের জন্য খাদ্য কেনার বিনিময়ে অন্য কাউকে আপনার EBT কার্ড ব্যবহার করার অনুমতি দেওয়া; বা
- কার্ড মালিকের সম্মতি ছাড়া আপনার নয় এমন EBT কার্ড ব্যবহার করা বা রাখা।

যেই ব্যক্তি একটি প্রশাসনিক অযোগ্যতা শুনানির মাধ্যমে বা একটি ফেডারেল, স্টেট বা স্থানীয় কোর্টের মাধ্যমে IPV-এর জন্য দোষী সাব্যস্ত হবেন, বা একটি প্রশাসনিক অযোগ্যতা শুনানিতে বা অযোগ্যতা সম্মতি চুক্তিতে স্বাক্ষরের মাধ্যমে অধিকার ত্যাগ করবেন, তার SNAP সুবিধা বন্ধ রাখা হবে:

- প্রথম SNAP IPV-এর জন্য 12 মাস;
- দ্বিতীয় SNAP IPV-এর জন্য 24 মাস;
- প্রথম SNAP IPV-এর জন্য 24 মাস যা আদালতের এই তথ্য খুঁজে পাওয়ার উপর ভিত্তি করে যে ব্যক্তি নিয়ন্ত্রিত পদার্থ বিক্রয় (অবৈধ ওষুধ বা নির্দিষ্ট ওষুধের যার জন্য কোন ডাক্তারের প্রেসক্রিপশনের প্রয়োজন হয়) বিক্রয়ের সাথে জড়িত একটি লেনদেনের জন্য SNAP সুবিধা ব্যবহার করেছেন; অথবা
- নিজের পরিচয় ও ঠিকানা সম্পর্কে ভুয়া তথ্য দিলে 120 মাস যদি তারা একটি তৃতীয় SNAP IPV-এর জন্য স্থায়ীভাবে অযোগ্য না হয়ে থাকেন।
  পাশাপাশি, আদালত অতিরিক্ত 18 মাস ধরে SNAP তে অংশগ্রহণ ব্যক্তির জন্য নিষিদ্ধ করতে পারে।

SNAP সুবিধা পেতে একজন ব্যক্তিকে স্থায়ীভাবে অযোগ্য ঘোষণা করা যেতে পারে যদি:

- প্রথম SNAP IPV-এর জন্য যা আদালতের এই তথ্য খুঁজে পাওয়ার উপর ভিত্তি করে প্রদত্ত যে ব্যক্তি আগ্নেয়াস্ত্র,গোলাবারুদ বা বিস্ফোরক বিক্রয়ের সাথে জড়িত একটি লেনদেনের জন্য SNAP সুবিধা ব্যবহার করেছেন; অথবা
- প্রথম SNAP IPV যা আদালতের এই তথ্য খুঁজে পাওয়ার উপর ভিত্তি করে প্রদত্ত যে ব্যক্তি 500 মার্কিন ডলারের বেশি মূল্যের SNAP সুবিধা ট্র্যাফিকিং (অবৈধ ব্যবহার, হস্তান্তর, অর্জন, পরিবর্তন বা SNAP অনুমোদন কার্ড বা অ্যাকসেস ডিভাইস রাখা) করেছেন;
- দ্বিতীয় SNAP IPV-এর জন্য যা আদালতের এই তথ্য খুঁজে পাওয়ার উপর ভিত্তি করে প্রদত্ত যে ব্যক্তি আগ্নেয়াস্ত্র, গোলাবারুদ বা বিস্ফোরক বিক্রয়ের সাথে জড়িত একটি লেনদেনের জন্য SNAP সুবিধা ব্যবহার করেছেন; অথবা
- একটি তৃতীয় SNAP IPV।

বাড়ির ব্যয় বিবরণী রিপোর্ট / যাচাই করার আবশ্যকতা – এই ব্যয়গুলির জন্য সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম SNAP কর্তন পেতে আপনার পরিবারকে অবশ্যই সন্তানের যত্ন এবং ইউটিলিটির খরচ রিপোর্ট করতে হবে। এই ব্যয়গুলির জন্য SNAP কর্তন পেতে আপনার পরিবারকে ভাড়া /বন্ধকী পেমেন্ট, সম্পত্তি কর, বীমা, মেডিক্যাল খরচ এবং পরিবারের বাইরের সদস্যকে চাইল্ড সাপোর্ট প্রদানের রিপোর্ট/সত্যতা দিতে হবে। উপরে উল্লেখিত খরচ রিপোর্ট / যাচাই করাতে ব্যর্থ হলে এটি ধারণা করা হবে যে আপনার পরিবার এই রিপোর্ট/ যাচাই না করা খরচের জন্য কর্তন ছাড় পেতে চান না। এই ব্যয়গুলির কর্তনের কারনে আপনি SNAP উপযুক্ত হতে পারেন বা আপনার SNAP সুবিধার পরিমাণ বৃদ্ধি পেতে পারে। আপনি ভবিষ্যতে যে কোনো সময় এই খরচ রিপোর্ট / যাচাই করতে পারেন। তারপর পরিবর্তন রিপোর্টের নিয়ম অনুসারে (উপরে পরিবর্তন রিপোর্ট দেখুন), ভবিষ্যত মাসগুলিতে SNAP সুবিধা হিসাবের সময় এই কর্তন প্রয়োগ করা হবে।

এই আবেদনপত্রের গাঢ় অংশগুলিতে লিখবেন না।

সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম অনুমোদিত প্রতিনিধি – আপনি আপনার পরিবারের পরিপ্রেক্ষিত জানেন এমন কাউকে আপনার জন্য সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (SNAP) সুবিধা আবেদন করার জন্য অনুমোদিত করতে পারে। আপনি আপনার জন্য SNAP সুবিধা পেতে বা তা ব্যবহার করে আপনার জন্য খাবার কেনার জন্য কাউকে অনুমোদিত করতে পারেন। আপনি যদি কাউকে অনুমোদিত করতে চান তবে আপনাকে অবশ্যই লিখিতভাবে এটি করতে হবে। আপনি অবিলম্বে কোনো ব্যক্তির নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর নিচে প্রদান করে এবং এই আবেদনের শেষে স্বাক্ষর করে তাকে অনুমোদিত করতে পারেন। যখন কোন অনুমোদিত প্রতিনিধি SNAP পরিবারের পক্ষ থেকে আবেদন করে যারা কোন প্রতিষ্ঠানে বাস করে না, তখন অনুমোদিত আবেদনকারী এবং পরিবারের একজন দায়িত্বশীল প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য উভয়ই এই আবেদনটির শেষে স্বাক্ষর বিভাগে স্বাক্ষর এবং তারিখ প্রদান করবেন, যদি না SNAP পরিবার লিখিতভাবে অনুমোদিত প্রতিনিধিকে তা করার অনুমতি প্রদান করে।

নাম, ঠিকানা এবং অনুমোদিত প্রতিনিধির ফোন নম্বর (অনুগ্রহ করে প্রদান করুন):

স্বাভাবিক ইউটিলিটি বরাদ্দ – আমি বুঝি যে পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স এবং সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (SNAP) প্রাপকরা আলাদাকরে হোম এনার্জি সহায়তা প্রোগ্রাম (HEAP) এর জন্য যোগ্য। আমি এটাও বুঝি যে যদি আমি বর্তমান মাসে বা গত 12 মাসে 20 মার্কিন ডলারের বেশি HEAP সুবিধা না পাই, বা একটি সমমানের এনার্জি সহায়তা না পাই, আমাকে আমার ভাড়া থেকে আলাদাভাবে তাপ বা শীতাতপ নিয়ন্ত্রণের খরচ দিতে হবে যদি আমি SNAP-এর জন্য (একটি কর্তনের মতো) স্বাভাবিক হিটিং/কুলিং ইউটিলিটি বরাদ্দ চাই। আমি বুঝি যে আমার বাড়ির এনার্জি বিক্রেতাদের সাথে HEAP প্রাপ্তি যাচাই করার জন্য স্টেট আমার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর ব্যবহার করবে। এই অনুমোদনের মধ্যে আমার বাড়ির বিদ্যুৎ বিক্রেতাদের (আমার ইউটিলিটি সহ) কোন নির্দিষ্ট পরিসংখ্যানগত তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি রয়েছে, তবে আমার বার্ষিক বিদ্যুত ব্যবহার, বিদ্যুৎ খরচ, জ্বালানী খরচ, জ্বালানি প্রকার, বার্ষিক জ্বালানী খরচ এবং অর্থ প্রদানের ইতিহাস সহ কম আয় হোম এনার্জি সহায়তা প্রোগ্রাম কর্মক্ষমতা পরিমাপের উদ্দেশ্যে নিউ ইয়র্ক স্টেট অস্থায়ী ও স্থায়ীত্ব সহায়তা, স্থানীয় সামাজিক পরিষেবা জেলা এবং মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র স্বাস্থ্য ও মানব সেবা বিভাগ।

মেডিক্যাল তথ্য প্রকাশ – আমি আমার সম্পর্কে এবং আমার পরিবারের যাদের জন্য আমি সম্মতি দিতে পারি তাদের যেকোনো মেডিকেল তথ্য প্রকাশ করার জন্য প্রাথমিক যত্ন প্রদানকারী, অন্য কোন স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী বা নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ (DOH), আমার স্বাস্থ্য পরিকল্পনা ও স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী যারা আমার স্বাস্থ্য পরিকল্পনা অনুযায়ী প্রয়োজনমতো আমার বা আমার পরিবারের স্বাস্থ্য সুরক্ষার দায়িত্বে আছে তাদেরকে সম্মতি দিচ্ছি; আরো সম্মতি দিচ্ছি আমার স্বাস্থ্য পরিকল্পনাকে ও স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে মেডিকেইড প্রশাসনের জন্য DOH ও অন্যান্য অনুমোদিত ফেডারেল, স্টেট্ এবং স্থানীয় এজেন্সিকে প্রদানের জন্য; এবং আমার স্বাস্থ্য পরিকল্পনাকে অন্য ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানকে প্রদানের জন্য যদি তা আমার চিকিৎসা, পেমেন্ট বা স্বাস্থ্যসেবার জন্য যুক্তিসঙ্গতভাবে প্রয়োজন হয়। আমি আমার এবং আমার পরিবারের যে সদস্যের জন্য আমি আইনগতভাবে অনুমোদন দিতে পারি তাদের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করছি সহায়তা ও সেবা পাওয়ার জন্য এবং কর্মকাণ্ডে আমার অংশগ্রহণের সুযোগের জন্য, অনুমতি দিচ্ছি OTDAকে, নিউ ইয়র্ক স্টেট্ অফিস অব চাইল্ড অ্যান্ড ফ্যামিলি সার্ভিসেসকে বা স্থানীয় সামাজিক সেবা জেলাকে, যদি তা পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স সুবিধা পাওয়ার জন্য যুক্তিসঙ্গতভাবে প্রয়োজন হয়; সেবা বা চাইল্ড কেয়ার এর জন্য; যথাযথ কার্যকলাপ বরাদ্দ নির্ধারণের জন্য; সম্পূরক সুরক্ষা আয় সুবিধা প্রয়োগ প্রয়োজন কিনা তা নির্ধারণের জন্য; নিয়োগযোগ্যতা পুনরুদ্ধারের জন্য উপযুক্ত চিকিৎসা পরিকল্পনা প্রতিষ্ঠার জন্য; এবং স্টেট থেকে নগদ অর্থ সহায়তা পাওয়ার ষাট মাসের সীমাবদ্ধতার ক্ষেত্রে ছাড়ের যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য। সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসনের দ্বারা পরিচালিত সুবিধার জন্য আবেদন করার প্রয়োজন হলে, উপরে উল্লেখিত তথ্য সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসনকে দেওয়া যেতে পারে। এছাড়াও আমি সম্মত হচ্ছি যে আমার বা আমার পরিবারের প্রকাশিত তথ্যে এইচ আই ভি, মানসিক স্বাস্থ্য বা অ্যালকোহল এবং মাদক সংক্রান্ত তথ্য থাকতে পারে আইনের সীমার মধ্যে থেকে, যদি না আমি নিচের বাক্সে টিক দিয়ে থাকি। যদি পরিবারের মধ্যে একাধিক প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি মেডিকেইড স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় যোগদান করে, তবে তথ্য প্রকাশের সম্মতি দেওয়ার জন্য প্রত্যেক প্রাপ্তবয়স্কের স্বাক্ষর প্রয়োজন। আমি বুঝি যে যে কোনও অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানের সাথে সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশের জন্য আমি সেই সম্মতি দিতে পারি যার মাধ্যমে আমি তাদের চিকিৎসা, রোগনির্ণয় এবং প্রক্রিয়ার ব্যাপারে তাদের হয়ে জানতে পারি।

_____ এইচ আই ভি / এইডস তথ্য প্রকাশ করবেন না _____ মাদক ও অ্যালকোহল তথ্য প্রকাশ করবেন না
_____ মানসিক স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করবেন না

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর তথ্য প্রকাশ – আমি সামাজিক সেবা জেলা এবং নিউ ইয়র্ক স্টেটকে অনুমতি দিচ্ছি যে তারা সামাজিক সেবা প্রদানকারীদের আমার তথ্য দিতে পারবে, আমি বা আমি আইনগত অনুমোদন দিতে পারি আমার পরিবারের এমন সদস্যের PA সুবিধার ব্যাপারে, এই উদ্দেশ্যে যে আমার স্বাস্থ্যসেবা ও সার্বিক ভালো থাকার উন্নয়ন হবে এবং আমি বা আমার পরিবার আরো অতিরিক্ত সুবিধা পাওয়ার অধিকারী হতে পারি।

শিক্ষাগত রেকর্ড প্রকাশ – আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অ্যান্ড সামাজিক সেবা জেলাকে অনুমতি দিচ্ছি: 1) আমার এবং/অথবা আমার অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানের (দের) শিক্ষাগত রেকর্ড সম্পর্কিত কোন তথ্য প্রাপ্তি, এখানে প্রয়োজনীয় তথ্য সহ স্বাস্থ্য সম্পর্কিত শিক্ষামূলক সেবার জন্য মেডিকেইড অর্থ ফেরত দাবি করার জন্য; এবং 2) শুধু অডিটের উদ্দেশ্য এই তথ্য উপযুক্ত ফেডারেল সরকার সংস্থাকে প্রদান করতে পারবে।

আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রামের জন্য তথ্য প্রকাশ – যদি আমার সন্তানের নিউ ইয়র্ক স্টেট আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রামে মূল্যায়িত হয় বা অংশগ্রহণ করে, তবে আমি আমার কাউন্টি বা মিউনিসিপ্যালকে আমার সন্তানের মেডিকেইড যোগ্যতা তথ্য প্রদানকরার জন্য সামাজিক সেবা জেলা এবং নিউইয়র্ক স্টেটকে অনুমতি দিচ্ছি।

শিশু / কিশোর স্বাস্থ্য প্রোগ্রাম – আমি বুঝি যে আমার সন্তান যদি মেডিকেইডে থাকে তবে তারা শিশু/কিশোর স্বাস্থ্য প্রোগ্রামের মাধ্যমে সমস্ত প্রয়োজনীয় চিকিৎসাসহ ব্যাপক প্রাথমিক ও প্রতিরোধমূলক যত্ন পেতে পারে। আমি সামাজিক সেবা জেলা থেকে এই প্রোগ্রাম সম্পর্কে আরও তথ্য পেতে পারি।

মেডিকেয়ার – আমি মেডিকেয়ারের জন্য যোগ্য থাকাকালীন আমাকে প্রদত্ত চিকিৎসা ও অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবাগুলির জন্য ভবিষ্যতের যেকোনো অপরিশোধিত বিলগুলির সরাসরি "মেডিকেয়ার" (শিরোনাম XVIII, সম্পূরক মেডিকেল বীমা প্রোগ্রামের অংশ B)-এর অধীনে আমাকে যে অর্থ প্রদান করা হবে তা দিয়ে পরিশোধিত যে আমি এই অনুমোদন দিচ্ছি।

মেডিক্যাল ব্যয় ফেরত

মেডিকেইড – আপনার মেডিকেইড আবেদনের অংশ হিসাবে, অথবা আপনার আবেদন তারিখের দুই বছরের মধ্যে, আপনাকে দেওয়ার কথা এমন মেডিক্যাল খরচ, সেবা এবং সরবরাহের জন্য আপনার আবেদনের পূর্বের তিন মাস সময়কালের মধ্যে আপনি যেই খরচ করেছেন সেই অর্থ ফেরত দেওয়ার অনুরোধ করার অধিকার আপনার আছে। আপনার আবেদনের তারিখের পর থেকে, চিকিৎসাসেবা, সেবা ও সরবরাহের ক্ষতিপূরণ কেবল মেডিকেইড-তালিকাভুক্ত প্রদানকারীর কাছ থেকে নিলেই পাওয়া যাবে।

বীমার অ্যাসাইনমেন্ট/অন্যান্য সুবিধা এবং সরাসরি পেমেন্ট – পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স এবং মেডিকেইডের জন্য, আমি স্বাস্থ্য বা দুর্ঘটনা বীমা সুবিধার জন্য কোনো দাবি দাখিল করতে এবং কোনো ব্যক্তিগত আঘাত বা অন্য কোন সংস্থান যার অধিকারী আমি হতে পারি তার আনুষ্ঠানিক দাবি করতে সম্মত হচ্ছি, এবং এভাবে প্রাপ্ত সব সম্পদ সেই সামাজিক সেবা জেলার কাছে অর্পণ করছি যাদের কাছে আমি এই আবেদনপত্রটি পেশ করছি। পাশাপাশি, আমি সেই সামাজিক সেবা জেলাকে এইসব সুবিধা পেতে সাহায্য করবো যাদের কাছে আমি এই আবেদনপত্রটি পেশ করছি।

আমরা যতদিন মেডিকেইদের জন্য উপযুক্ত থাকবো, আমি অনুমোদন করছি যে স্বাস্থ্য বা দুর্ঘটনা বীমার যেসব সুবিধা আমি বা আমার পরিবারের সদস্য পেতে পারে তা সরাসরি মেডিক্যাল এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য সেবার জন্য যথাযথ সামাজিক সেবা জেলাকে প্রদান করা হবে।

মেডিকেইড পুনরুদ্ধার – মেডিকেইড প্রাপ্তির পরে, যদি আপনি কোনো মেডিক্যাল ইন্সিটিউটে থাকেন এবং বাড়ি ফিরতে না পারেন তাহলে বিশেষ ক্ষেত্রে একটি পূর্বস্বত্ব জারি করা হতে পারে এবং আমার রিয়েল এস্টেট থেকে অর্থ পুনরুদ্ধার করা হতে পারে। আপনার পক্ষ থেকে পরিশোধিত MA সেই ব্যক্তিদের কাছ থেকে উদ্ধার করা যেতে পারে যারা চিকিৎসা সহায়তা পাওয়ার সময় আইনগতভাবে আপনাকে সমর্থন করার দায়িত্বে ছিল। এছাড়াও MA সেবা খরচ এবং ভুলভাবে পরিশোধিত প্রিমিয়াম পুনরুদ্ধার করতে পারে।

আমি বুঝি যে, 1 এপ্রিল, 2014 কার্যকর হবে এই যে যদি আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট অফ হেলথের মাধ্যমে মেডিকেইড পাই:

- আমার মৃত্যুর পূর্বে আমার বাস্তব সম্পত্তির উপর কোনো দাবি স্থাপন করা হবে না।
- আমার মৃত্যুর পরে আমার সম্পত্তির থেকে পুনরুদ্ধারকৃত অর্থ আমার 55তম জন্মদিনে বা তা পরে নার্সিং হোম কেয়ার, হোম এবং কমিউনিটি-ভিত্তিক সেবা, এবং সম্পর্কিত হাসপাতাল এবং প্রেসক্রিপশন ড্রাগ সেবার জন্য মেডিকেইড যে ব্যয় করবে সেই পরিমাণে সীমিত থাকবে।

পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স পুনরুদ্ধার – আপনি নিজের জন্য এবং যাদের সমর্থন করার জন্য আপনি আইনত দায়বদ্ধ তাদের জন্য যে পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স পাবেন তা আপনার সম্পত্তি বা অর্থ থেকে পুনরুদ্ধারযোগ্য। PA প্রাপ্তির শর্ত হিসাবে আপনাকে আপনার মালিকানাধীন রিয়েল এস্টেটের চুক্তিবা বন্ধকীর কাজ সম্পন্ন করার প্রয়োজন হতে পারে। আপনার কর রিফান্ড এবং লটারি জয়ের টাকা PA-এর কাছে আপনার যে ঋণ তা পরিশোধের জন্য নেওয়া হতেপারে।

রেট্রোএক্টিভ সম্পূরক নিরাপত্তা আয় হতে পাবলিক অ্যাসিস্ট্যান্সের সুবিধাগুলো আদায় করার অনুমোদন – আমি সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসনের কমিশনার (SSA)কে আমার সম্পূরক নিরাপত্তা আয়ের (SSI) প্রথম পারিশ্রমিক, উদাহরণস্বরূপ, আমার রেট্রোএক্টিভ সম্পূরক নিরাপত্তা আয়ের পারিশ্রমিক) ব্যবহার করার অনুমোদন দিচ্ছি; পাবলিক অ্যাসিস্ট্যান্সের (PA) জন্য লোকাল সামাজিক সেবামূলক জেলাগুলোকে তার প্রাপ্য বুঝিয়ে দেয়ার জন্য আমি সম্পূরক নিরাপত্তা আয়ের যোগ্য কিনা তা নিয়ে সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসন সিদ্ধান্ত নেওয়ার পর সামাজিক সেবামূলক জেলাগুলো আমাকে রাষ্ট্র বা লোকাল ফান্ড থেকে পারিশ্রমিক প্রদান করে। আমার ফেডারেল তহবিল ব্যবহার করে PA কে যে পারিশ্রমিক দেওয়া হয়েছিল SSA সেটা SSD-কে ফেরত দিবে না।

যদি শুধু স্টেট SSA কে বিজ্ঞপ্তি প্রদান করে যাতে আমি এবং একজন SSD প্রতিনিধি স্বাক্ষর করেছেন তবেই আমি এই কর্তৃপক্ষের কাছে বাধ্য থাকবো। স্টেটকে আমার SSI তথ্যের সাথে স্টেটের তথ্য মিলিয়ে 30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে বিজ্ঞপ্তি প্রদান করতে হবে। 30 ক্যালেন্ডার দিবসের পর SSA এটা গ্রহণ করবে না। তার পরিবর্তে, SSA আমার রেট্রোএক্টিভ SSI পারিশ্রমিক SSA নিয়ম অনুযায়ী আমাকে পাঠিয়ে দিবে।

শুধু আমার প্রথম SSI পারিশ্রমিক ব্যবহার করা যাবে। যদি আমার প্রথম পারিশ্রমিক SSD এর প্রাপ্য হতে বেশি হয়, SSA তার নিয়ম অনুযায়ী বাকি অংশ আমাকে ফেরত পাঠাবে।

SSD কে SSA দুইভাবে তার প্রাপ্য বুঝিয়ে দিতে পারে:

(1) যদি আমি SSI এর জন্য আবেদন করি এবং SSA আমাকে যোগ্য মনে করে তবে তা SSD কে পরিশোধ করবে।
(2) যদি আমার SSI সুবিধাগুলো বাতিল অথবা সাসপেনশনের পর পুনরায় প্রতিষ্ঠিত হয়, তবে তা SSD কে পরিশোধ করবে।

PA এর জন্য আমাকে যা পরিশোধ করা হয়েছিল SSA তা SSD কে শুধু তখনই প্রদান করবে যখন আমি SSA এর পক্ষ হতে যোগ্য কিনা তা বিবেচিত হওয়ার জন্য অপেক্ষা করতে থাকবো। একে বলে "অন্তর্বর্তী সহায়তা"। এ অধ্যায় শুরু হয়: 1) আমি SSI সুবিধা ভোগের জন্য সনাক্ত হওয়ার প্রথম মাসে; অথবা 2) আমার SSI সাসপেন্ড বা বাতিল হওয়ার পর পুনরায় চালু হওয়ার প্রথম দিনে। SSI পারিশ্রমিক যে মাস থেকে শুরু হয় সেটা সময়কালে অন্তর্ভুক্ত থাকে। যদি SSD আমার শেষ PA পারিশ্রমিক দিতে না পারে, আগামী মাসে সময়কাল শেষ হয়ে যাবে।

SSD কে SSA এর পরিশোধ করার 10 দিনের মধ্যেই, আমাকে SSD এর অবশ্যই একটি বিজ্ঞপ্তি পাঠিয়ে অন্তর্বর্তী সহায়তা পারিশ্রমিকের পরিমাণ জানিয়ে দিয়ে হবে। বিজ্ঞপ্তিতে আরও বলা থাকবে যে SSA আমাকে একটি চিঠি পাঠিয়ে জানিয়ে দিবে যে আমার অতিরিক্ত প্রাপ্য SSI অর্থ SSA আমাকে কিভাবে পাঠিয়ে দিবে এবং যদি আমি স্টেটের কোনো এক রায়ের সাথে একমত না হই, আমি কিভাবে স্টেটকে তার জন্য আবেদন জানাতে পারি।

SSA তার নিজস্ব নিয়ম অনুযায়ী আমি যে তারিখে এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করেছি সে তারিখকে আমার SSI এর জন্য প্রথম যোগ্য হওয়ার তারিখ হিসেবে ব্যবহার করতে পারে। শুধু যদি আমি 60 দিনের মধ্যে SSI এর জন্য আবেদন জানাই তাহলেই সে তা করবে।

এই অনুমোদন SSAপূর্বে আমার অপেক্ষমাণ যেকোন SSI আবেদন বা আপীলের জন্য প্রযোজ্য। যদি আমার SSI কেস সম্পূর্ণভাবে বাতিল হয় তাহলে এই অনুমোদন বাতিল হয়ে যাবে। যখন SSA আমাকে প্রথমবারের মতন পারিশ্রমিক প্রদান করবে তখন এটা বাতিল হয়ে যাবে। স্টেট এবং আমিও এই অনুমোদন বাতিল করতে একমত হতে পারি। যদি এই অনুমোদন বাতিল হওয়ার পর আমি পুনরায় SSI এর জন্য আবেদন করি, বা আমি যদি একটি SSI আবেদন বা আপীল থাকা অবস্থায় একটি নতুন SSI এর দাবি জানাই, তাহলে আমাকে অবশ্যই নিউ ইয়র্ক স্টেট নিয়মসহ নতুন একটি অনুমোদন স্বাক্ষর করতে হবে।

যদি আমি পরিশোধ সংক্রান্ত বিষয়ে SSD এর সিদ্ধান্তের বিপরীতে মতামত প্রকাশ করি তাহলে আমাকে একটি শুনানির একটি ন্যায্য সুযোগ করে দেওয়া হবে।

আমি একটি পুস্তিকার কপি পেয়েছি যাতে বলা আছে "আপনার কেন সামাজিক সেবামূলক কর্মসূচি সম্বন্ধে জানা উচিত"। এখানে অন্তর্বর্তী সহায়তা সম্বন্ধে কি বলা আছে আমি তা বুঝতে পেরেছি।

সহায়তা – পারিবারিক সহায়তা (FA), সেফটি নেট সহায়তা (SNA) বা টাইটেল ফোর-ই প্রতিপালনের জন্য আবেদন করা বা গ্রহণ করা স্টেটে এবং যেকোনো অধিকার সংক্রান্ত সামাজিক সেবামূলক জেলাগুলোতে এক ধরণের কর্তব্য হিসেবে বিবেচিত হয় যা কোনো মানুষ হতে আবেদনকারী বা গ্রহণকারী তাদের নিজ অধিকারে প্রাপ্য অথবা পরিবারের অন্য কোনো সদস্যের জন্য যার কাছে আবেদনকারী বা গ্রহণকারী সহায়তার আবেদন জানাচ্ছেন, বা গ্রহণ করছেন (সামাজিক সেবামূলক আইন, সেকশন 158 এবং 348)। এই অ্যাসাইনমেন্ট নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে সীমাবদ্ধ। এই আবেদনপত্রের অন্যান্য সেকশনে অতিরিক্ত অ্যাসাইনমেন্ট রয়েছে।

সমর্থন অধিকারে অ্যাসাইনমেন্ট – আমি স্টেট এবং সামাজিক সেবা জেলার কাছে আমার ও আমার পরিবারের সদস্যদের, যাদের জন্য আমি সমর্থন প্রাপ্ত হচ্ছি বা সমর্থনের জন্য আবেদন করছি, যেসব ব্যক্তির কাছ থেকে সমর্থন পাওয়ার অধিকার রয়েছে তা অর্পণ করছি। পারিবারিক সহায়তা বা সেফটি নেট সহায়তা আবেদন করার সময়, সমর্থন অধিকারে আমার অ্যাসাইনমেন্ট সেই সময়ে সীমাবদ্ধ থাকবে যখন আমি এবং/অথবা পরিবারের সহায়তা পাবে। তবে, আমার বা আমার পরিবারের যে সমর্থন অধিকার আমি 1 অক্টোবর, 2009 এর পূর্বে স্টেটকে দিয়েছি তা স্টেটেরই থাকবে।

হোম এনার্জি সহায়তা প্রোগ্রাম (HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM, HEAP) – আমি বুঝি যে এই আবেদন/সার্টিফিকেশন স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি আমার প্রদত্ত যেকোনো তথ্য যাচাই তদন্তের সম্মতি দিচ্ছি এবং HEAP সুবিধার সাথে সম্পর্কিত অনুমোদিত সরকারি এজেন্সি দ্বারা করা অন্য যেকোনো তদন্তের জন্যও সম্মতি দিচ্ছি। আবহাওয়া সহায়তা প্রোগ্রাম এবং আমার ইউটিলিটি কোম্পানির নিম্ন আয় প্রোগ্রামের রেফারেলের জন্য এই তথ্য ব্যবহার করার জন্যও আমি সম্মতি প্রদান করছি।

আমি বুঝি যে আমার বাড়ির এনার্জি বিক্রেতাদের সাথে HEAP প্রাপ্তি যাচাই করার জন্য স্টেট আমার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর ব্যবহার করবে। এই অনুমোদনের মধ্যে আমার বাড়ির বিদ্যুৎ বিক্রেতাদের (আমার ইউটিলিটি সহ) কোন নির্দিষ্ট পরিসংখ্যানগত তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি রয়েছে, তবে আমার বার্ষিক বিদ্যুত ব্যবহার, বিদ্যুৎ খরচ, জ্বালানী খরচ, জ্বালানি প্রকার, বার্ষিক জ্বালানী খরচ এবং অর্থ প্রদানের ইতিহাস সহ কম আয় হোম এনার্জি সহায়তা প্রোগ্রাম কর্মক্ষমতা পরিমাপের উদ্দেশ্যে নিউ ইয়র্ক স্টেট অস্থায়ী ও স্থায়ীত্ব সহায়তা, স্থানীয় সামাজিক পরিষেবা জেলা এবং মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র স্বাস্থ্য ও মানব সেবা বিভাগ।

যৌন হয়রানির তথ্য – আপনি যদি যৌন হয়রানির শিকার হন,আপনার অধিকার আছে সামাজিক সেবা জেলা থেকে রেফারেল তথ্য অনুরোধ করার। আপনি যদি রেফারেল তথ্য অনুরোধ করেন,সামাজিক সেবা জেলা আপনাকে ঠিকানা ও ফোন নম্বর দিতে বাধ্য থাকবে: 1)স্থানীয় হাসপাতাল যেখানে নিউ ইয়র্ক স্টেট স্বাস্থ্য অধিদপ্তর এর সনদপ্রাপ্ত ফরেনসিক পরীক্ষক সেবা প্রদান করে; 2)স্থানীয় ধর্ষণ সঙ্কট কেন্দ্র; এবং 3) যৌন হয়রানির শিকারদের জন্য যথাযথ স্থানীয় অ্যাডভোকেসি, কাউন্সেলিং, এবং হটলাইন সেবা। পাশপাশি, সামাজিক সেবা জেলা আপনাকে নিউ ইয়র্ক স্টেট যৌন হয়রানি ও গৃহ নির্যাতন হটলাইনের নম্বর দিতে বাধ্য। (800) 942-6906 এবং (800) 818-0656 (TTY)।

সন্তানের ভরণপোষণ সহায়তার জন্য সনদ – যদি আমি সন্তানের ভরণপোষণ সহায়তার জন্য আবেদন করি, তাহলে আমি নিশ্চিত করছি যে আমার পারিবারিক সংস্থান 1,000,000 মার্কিন ডলার অতিক্রম করে না।

আমি উপরের নোটিশটি পড়েছি ও বুঝেছি। আমি উপরের অ্যাসাইনমেন্ট, অনুমোদন এবং সম্মতি বুঝি এবং এর সাথে একমত। প্রতারণার দন্ডের অধীনে আমি শপথ এবং/ অথবা নিশ্চিত করছি যে সামাজিক সেবা জেলার কাছে আমি যে তথ্য প্রদান করেছি বা করবো তা সম্পূর্ণ এবং সঠিক।			
আবেদনকারীর স্বাক্ষর x	**স্বাক্ষরে তারিখ**	**স্বামী/স্ত্রী বা রক্ষাকারী প্রতিনিধির স্বাক্ষর** x	**স্বাক্ষরের তারিখ**
অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর x	**স্বাক্ষরে তারিখ**		

নিচের অংশ শুধু তখনই পূরণ করবেন যদি আপনি এক বা একাধিক প্রোগ্রাম থেকে আপনার আবেদন প্রত্যাহার করতে চান।

আমি যার জন্য আমার আবেদন প্রত্যাহার করতে সম্মত হচ্ছি:

☐ **পাবলিক অ্যাসিসটেন্ট (PA)** ☐ **PA-এর পরিবর্তে চাইল্ড কেয়ার** ☐ **সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (SNAP)** ☐ **মেডিকেইড এবং SNAP**

☐ **মেডিকেইড এবং PA** ☐ **সেবা, ফস্টার কেয়ার অন্তর্ভুক্ত** ☐ **চাইল্ড কেয়ার সহায়তা** ☐ **শুধু জরুরি সাহায়তা**

আমি বুঝি যে আমি যে কোনো সময় পুনরাবেদন করতে পারবো।

আবেদনকারী/অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর **স্বাক্ষরের তারিখ**

x

NYS সংস্থা ভিত্তিক ভোটার নিবন্ধন ফর্ম

"আপনি বর্তমানে যেখানে বসবাস করেন সেখানে ভোটদানের জন্য আপনি নাম নথিভুক্ত করে না থাকলে, আপনি কি আজ এখানে নাম নথিভুক্ত করানোর জন্য আবেদন করতে চান?"

☐ **হ্যাঁ** আপনি **হ্যাঁ** বললে, অনুগ্রহ করে নীচের **ভোটার নিবন্ধন আবেদন** সম্পূর্ণ করুন

☐ **না** কারণ আমি নিবন্ধন না করা বেছে নিয়েছি ***অথবা***

☐ আমি আমার বর্তমান ঠিকানা ইতিমধ্যেই নিবন্ধন করিয়েছি ***অথবা***

☐ আমি একটি মেল নিবন্ধন পত্র চেয়েছিলাম এবং তা পেয়েছি

আপনি কোনো বক্সে টিক চিহ্ন না দিয়ে থাকলে, ধরে নেওয়া হবে যে আপনি এই বারে ভোটদানের জন্য নাম নিবন্ধন করবেন না বলে স্থির করেছেন।

স্বাক্ষর _____ তারিখ ___ / ___ / ___

অনুগ্রহ করে নাম প্রিন্ট করুন _____

গুরুত্বপূর্ণ!

ভোটদানের জন্য নিবন্ধনে আবেদন করা বা নিবন্ধন করতে না চাওয়া এই এজেন্সি কর্তৃক আপনাকে দেওয়া সহায়তার পরিমাণের উপর কোনো প্রভাব ফেলবে না।

ভোটার নিবন্ধনের আবেদনপত্র পূরণ করতে আপনার কোনো সহায়তার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে সাহায্য করব। সহায়তা আপনি চাইবেন কিনা বা নেবেন কিনা তা আপনার নিজস্ব ব্যাপার। আপনি ব্যক্তিগতভাবেও পত্রটি পূরণ করতে পারেন।

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料：若您有興趣索取中文資料表格，請電：1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি বাংলা ভাষায় চান, তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

সংস্করণ দিনাঙ্ক 7/22/2020

ভোটার নিবন্ধন আবেদন (পিছনের দিকে নির্দেশাবলী দেওয়া আছে)

☐ হ্যাঁ, আমার অনুপস্থিতি ব্যালটের জন্য আবেদন প্রয়োজন

অনুগ্রহ করে নীল অথবা কালো কালিতে লিখুন অথবা টাইপ করুন

☐ হ্যাঁ, আমি নির্বাচন দিনের কর্মী হতে ইচ্ছুক

For Board Use Only

1 **আপনি কি একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক?** ☐ **হ্যাঁ** ☐ **না**

আপনার উত্তর **না** হলে, এই ফর্মটি পূরণ করবেন না

2 **A) নির্বাচনের দিনের মধ্যে বা তার আগে আপনি কি 18 বছর পূর্ণ করবেন?** ☐ **হ্যাঁ** ☐ **না**

B) আপনি কি অন্তত 16 বছর বয়সী এবং বোঝেন যে ভোট দেওয়ার জন্য নির্বাচনের দিনে বা তার আগে আপনাকে অবশ্যই 18 বছর বয়সী হতে হবে এবং এরকম নির্বাচনের সময় আপনার বয়স আঠারো না হওয়া পর্যন্ত আপনার রেজিস্ট্রেশন "অমীমাংসিত" থাকবে এবং আপনি কোনও নির্বাচনে ভোট দিতে পারবেন না? ☐ **হ্যাঁ** ☐ **না**

যদি আগের দুটি প্রশ্নের আপনার উত্তর **না** হয়, আপনি ভোট দেওয়ার জন্য নিবন্ধন করতে পারবেন না।

3 পদবি | নাম | মাঝের মাঝের নাম | আদ্যক্ষর

4 আপনার বসবাসের ঠিকানা (পোস্ট বক্স নম্বর দেবেন না) | অ্যাপার্টমেন্ট নং | নগর/শহর/গ্রাম | জিপ কোড | দেশ

5 আপনার মেল পাওয়ার ঠিকানা (উপরের ঠিকানার থেকে আলাদা হলে) | পোস্ট বক্স, স্টার রুট, ইত্যাদি | পোস্ট অফিস | জিপ কোড

6 জন্ম তারিখ | **7** লিঙ্গ (ঐচ্ছিক) | **8** টেলিফোন (ঐচ্ছিক) | ইমেল (ঐচ্ছিক)

10 আপনার ভোট দেওয়া শেষ বছর | আপনার ঠিকানা ছিল (হাউস নম্বর, স্ট্রীট এবং শহর উল্লেখ করুন)

কাউন্টি/রাজ্য | নামের নীচে (আপনার এখনকার নামের থেকে আলাদা হলে)

9 **আইডি নম্বর** (প্রযোজ্য বক্সে টিক দিন এবং আপনার নম্বর প্রদান করুন)

☐ নিউ ইয়র্ক স্টেট DMV নম্বর — — — — — — — — —

☐ আপনার সামাজিক নিরাপত্তা নম্বরের শেষ চারটি সংখ্যা — — — —

☐ আমার কোনো নিউ ইয়র্ক স্টেট DMV বা সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর নেই

11 **রাজনৈতিক দল**

আমি একটি রাজনৈতিক দলে নাম লেখাতে চাই

☐ ডেমোক্র্যাটিক পার্টি
☐ রিপাবলিকান পার্টি
☐ কনজারভেটিভ পার্টি
☐ ওয়ার্কিং ফ্যামিলি পার্টি
☐ গ্রীন পার্টি
☐ লিবারটেরিয়ান পার্টি
☐ ইনডিপেন্ডেন্স পার্টি
☐ SAM পার্টি
☐ অন্যান্য _____

আমি কোনও রাজনৈতিক পার্টির সঙ্গে নিবন্ধিত হতে চাই না এবং একজন স্বাধীন ভোটার হতে ইচ্ছুক

☐ কোনো পার্টি নয়

12 **হলফনামা: আমি শপথ করছি বা দৃঢ়ভাবে বলছি**

- আমি একজন মার্কিন নাগরিক।
- আমি নির্বাচনের পূর্বে কমপক্ষে 30 দিন কাউন্টি, শহর বা গ্রামে বসবাস করব।
- নিউ ইয়র্ক স্টেটে ভোটদানে নিবন্ধীকৃত হতে আমি সকল প্রয়োজনীয়তা পূরণ করব।
- এই লাইনের নীচে এটি আমার স্বাক্ষর অথবা চিহ্ন।
- উপরের তথ্যগুলি সত্য, আমি অবগত আছি এই যে এটি যদি সত্য না হয়, আমি দোষী সাব্যস্ত হতে পারি এবং আমার $5,000 পর্যন্ত জরিমানা এবং/অথবা চার বছর পর্যন্ত জেল হতে পারে।

স্বাক্ষর বা কালি দিয়ে চিহ্ন _____ তারিখ ___ / ___ / ___

(ঐচ্ছিক) আপনার অঙ্গ এবং কোষ দান করতে নিবন্ধন করুন

পদবি		
নাম	মাঝের আদ্যক্ষর	সম্বোধন
ঠিকানা		
অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর	নগর/শহর/গ্রাম	জিপ কোড
জন্ম তারিখ	লিঙ্গ ☐ মা ☐ না	
চোখের রঙ	উচ্চতা ফুট ইঞ্চি	
ইমেল	DMV বা আইডি NYC নম্বর	

নিচে স্বাক্ষর করে, আপনি প্রত্যায়িত করছেন যে আপনি:

- আপনার বয়স 16 বছর বা তার বেশি
- আপনার সকল অঙ্গ এবং কোষ প্রতিস্থাপন, গবেষণা অথবা উভয়ের জন্য দান করায় আপনি সম্মত আছেন;
- NYS ডোনেট লাইফ রেজিস্ট্রি (Donate Life Registry) তে নথিভুক্তকরণের জন্য নির্বাচন বোর্ডকে আপনার নাম ও শনাক্তকরণ তথ্য প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছেন;
- এবং আপনার মৃত্যুর পর রেজিস্ট্রিকে যুক্তরাষ্ট্রের নিয়ন্ত্রিত অঙ্গ প্রতিস্থাপনকারী সংস্থা এবং NYS এর লাইসেন্স প্রাপ্ত টিস্যু এবং আই ব্যাঙ্ক এবং NYS কমিশনার অফ হেলথ (NYS Commissioner of Health) দ্বারা অনুমোদিত অন্যান্যদের এই তথ্য অ্যাক্সেস করার অনুমতি দিচ্ছেন।

DONATE LIFE New York State

স্বাক্ষর _____ তারিখ ___ / ___ / ___

নিবন্ধীকরণের জন্য যোগ্যতা

এই পত্রটি আপনি ব্যবহার করতে পারেন:

- নিউ ইয়র্ক স্টেটে ভোটদানে নিবন্ধীকৃত করণে;
- আপনার নাম এবং/বা ঠিকানা পরিবর্তনে, আপনার শেষ ভোটের পরে যদি কোনো পরিবর্তন হয়ে থাকে;
- রাজনৈতিক দলের সদস্য হওয়া অথবা তালিকাভুক্তকরণে পরিবর্তন;
- আপনি 16 বা 17 বছর বয়সী হন তাহলে আপনি প্রি-রেজিস্টার করতে পারেন।

নিবন্ধীকৃত হতে আপনাকে অবশ্যই হতে হবে:

- মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের একজন নাগরিক;
- 18 বছর বয়সী (আপনি 16 এবং 17 বছর বয়সে পূর্ব নিবন্ধন করতে পারেন পারেন কিন্তু 18 বছর হওয়ার আগে ভোট দিতে পারবেন না);
- একটি নির্বাচনের অন্তত 30 দিন আগে কাউন্টি অথবা নিউ ইয়র্ক সিটির বাসিন্দা হতে হবে;
- গুরুতর অপরাধের জন্য জেলে অথবা শর্তাধীন মুক্ত অবস্থায় থাকা চলবে না (যদি না শর্তাধীন মুক্তি বা নাগরিকত্বের অধিকারের পুনরুদ্ধার হয়);
- অন্য কোথায় ভোটদানের অধিকার দাবী করা চলবে না;
- কোনো আদালত দ্বারা অযোগ্য বিবেচিত না হলে।

গুরুত্বপূর্ণ!

যদি আপনি বিশ্বাস করেন কেউ আপনার ভোটে নিবন্ধন করার বা নিবন্ধন অস্বীকার করার অধিকারে, আপনার ভোটের জন্য রেজিস্টার বা রেজিস্টারের আবেদন করার সিদ্ধান্তে আপনার গোপনীয়তার অধিকার বা আপনার নিজস্ব রাজনৈতিক দল বা অন্য রাজনৈতিক দল পছন্দ করার অধিকারে হস্তক্ষেপ করছে তাহলে আপনি নির্বাচন বোর্ডে অভিযোগ জানাতে পারেন:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729
টেলিফোন: 1-800-469-6872;
TDD/TTY ব্যবহারকারীরা নিউ ইয়র্ক স্টেট রিলে 711 তে যোগাযোগ করুন;
অথবা আমাদের ওয়েবসাইট - www.elections.ny.gov দেখুন

আপনার নিবন্ধীকরণের সিদ্ধান্তের গোপনীয়তা বজায় থাকবে এবং শুধুমাত্র ভোটদাতার নিবন্ধীকরণের জন্যই ব্যবহার করা হবে। কেউ ভোট দেওয়ার জন্য নিবন্ধন না করা বেছে নিলে এবং/বা যে অফিসে আবেদন জমা করা হয়েছে সেই অফিস সম্পর্কিত তথ্য গোপন রাখা হবে, শুধুমাত্র ভোটদাতার নিবন্ধীকরণের উদ্দেশ্যে ব্যবহার হবে।

আপনার পরিচয় যাচাই

নির্বাচনের দিনের আগে DMV নম্বর (ড্রাইভারস লাইসেন্স নম্বর অথবা নন-ড্রাইভারস আইডি নম্বর), অথবা সামাজিক নিরাপত্তা নম্বরের শেষ চারটি সংখ্যা, যা আপনি বক্স 9 এ পূরণ করবেন, সেটির মাধ্যমে আপনার পরিচয় যাচাই করার চেষ্টা করব।

আপনার যদি DMV অথবা সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর না থাকে, তাহলে আপনি একটি বৈধ ফটো আইডি, একটি সাম্প্রতিক ইউটিলিটি বিল, ব্যাঙ্ক স্টেটমেন্ট, পেচেক, সরকারী চেক বা আপনার নাম ঠিকানা প্রদর্শনকারী অন্য কোনো সরকারি নথি ব্যবহার করতে পারেন। আপনি এই ফর্মটির সঙ্গে এই প্রকার আইডি-র একটি প্রতিলিপি যুক্ত করতে পারেন।

নির্বাচনের দিনের আগে আমরা যদি আপনার পরিচয় যাচাই করতে অসমর্থ হই তবে যখন আপনি প্রথমবার ভোটদান করবেন তখন আপনাকে আইডি বিষয়ে জিজ্ঞাসা করা হবে।

এই ফর্মটি পূরণ করতে:

মিথ্যা নিবন্ধীকরণ সংগ্রহ করা অথবা নির্বাচনের বোর্ডে ভুল তথ্য দেওয়া একটি অপরাধ।

বক্স 9: আপনাকে অবশ্যই একটি বেছে নিতে হবে। কোনো প্রশ্ন থাকলে, উপরে উল্লিখিত আপনার পরিচয় যাচাই করা অংশ দেখুন।

বক্স 10: আপনি যদি এর আগে ভোট না দিয়ে থাকেন তাহলে "কোনটিই নয়" লিখুন। আপনার যদি মনে না থাকে শেষবার কখন আপনি ভোটদান করেছেন তাহলে একটি প্রশ্ন চিহ্ন (?) দিন। যদি আপনি এর আগে অন্য নামে ভোট দিয়ে থাকেন তবে সেই নামটি লিখুন। যদি তা না হয়, তবে "একই" লিখুন।

বক্স 11: শুধুমাত্র একটি বক্সে টিক চিহ্ন দিন। রাজনৈতিক দলে নাম লেখানো ঐচ্ছিক, তবে কোনো রাজনৈতিক দলের প্রাথমিক নির্বাচনে ভোটদান করতে, ভোটদাতাকে অবশ্যই সেই রাজনৈতিক দলে নাম লেখাতে হবে, তবে রাজ্য দলের নিয়মে অন্য কিছু থাকলে অন্য কথা।