

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------|--|---------------------------------------|----------------|---|---------------------------|---|------|------------------------------|
| 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"/> | 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 | FROM | TO | TO | |

ریاست نیو یارک کا ری سرٹیفیکیشن فارم برائے مخصوص مراعات اور خدمات

اگر آپ نا بینا ہیں یا شدید طور پر بصارتی نقص کے شکار ہیں اور آپ کو یہ ری سرٹیفیکیشن فارم کسی متبادل شکل میں چاہیے تو آپ اپنی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے اس کے لیے درخواست کر سکتے ہیں۔ دستیاب فارمیٹس کی اقسام کے بارے میں مزید معلومات کے لیے اور یہ جاننے کے لیے کہ آپ کسی متبادل فارمیٹ میں فارم حاصل کرنے کے لیے کس طرح درخواست دے سکتے ہیں، اس درخواست کی ہدایات کی کتاب (PUB-1313 Statewide) دیکھیں، جو www.health.ny.gov/ یا www.otda.ny.gov پر دستیاب ہے۔

اگر آپ نا بینا ہیں یا شدید طور پر بصارتی معذوری کے شکار ہیں، کیا آپ تحریری اطلاعات کسی متبادل شکل میں موصول کرنا چاہتے ہیں؟

ہاں نہیں

اگر ہاں تو اس شکل کی قسم پر نشان لگائیں، بڑے حروف ڈیٹا CD جسے آپ پسند کریں گے:

بریل اگر آپ کا کہنا ہے کہ دیگر متبادل فارمیٹس میں سے

کوئی بھی آپ کے لیے یکساں طور پر مؤثر نہیں ہوگا

اگر آپ کو کوئی دیگر سہولت درکار ہو تو براہ مہربانی اپنے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے رابطہ کریں۔

ہم ایک پیشہ ورانہ اور محترم انداز میں آپ کی اعانت اور مدد کے لیے پابند عہد ہیں۔ جب کبھی آپ دوبارہ تصدیق کا فارم پر "عوامی معاونت" یا "PA" دیکھیں تو اس کا مطلب ہے "خاندانی معاونت" اور / یا "سیفٹی نیٹ معاونت"۔ ہم دونوں پروگراموں کو "عوامی معاونت" کہتے ہیں۔ براہ مہربانی اس ری سرٹیفیکیشن فارم کو پُر کرتے وقت ہدایات کی کتاب (PUB-1313 Statewide) اور "آپ کے جاننے کی اہم باتیں" والی کتابیں 1، 2 اور 3 (LDSS-4148A، LDSS-4148B اور LDSS-4148C) ملاحظہ کریں اور کوئی سوالات ہوں تو اپنے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے رابطہ کریں۔

جب آپ ری سرٹیفیکیشن فارم پر "MA" دیکھیں تو اس سے "Medicaid" مراد ہوگا۔ آپ اس ری سرٹیفیکیشن فارم کو استعمال کر کے MA کے لیے صرف اسی صورت میں درخواست دے سکتے ہیں، جب آپ بیک وقت عوامی معاونت یا تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام کے لیے بھی درخواست کر رہے ہوں۔ اگر آپ صرف MA کے لیے دوبارہ تصدیق کرنا چاہتے ہیں تو، آپ مزید معلومات یا دوبارہ تصدیق کے لیے <https://nystateofhealth.ny.gov/> پر جاسکتے ہیں اور / یا 1-855-355-5777 پر کال کر سکتے ہیں، یا آپ صرف-MA والی کاغذی درخواست والا - فارم DOH-4220 استعمال کر سکتے ہیں، جو آپ اپنے کارکن سے لے سکتے ہیں، یا MA کی ہیلپ لائن کو 1-800-541-2831 پر کال کر سکتے ہیں۔ اگر آپ صرف Medicaid سیونگس پروگرام (Medicare Savings Program, MSP) کے لیے دوبارہ تصدیق کروانا چاہتے ہیں تو آپ کو DOH-4328 فارم کے ذریعے درخواست دینی ہوگی، جو آپ کا کارکن آپ کو فراہم کر سکتا ہے۔ اگر آپ کو ذاتی نگہداشت کی خدمات کے لیے ہنگامی ضرورت ہے تو آپ کو MA DOH-4220 فارم علیحدہ طور پر استعمال کر کے MA کے لیے درخواست دینی ہوگی۔

| | | | |
|--|--|---|--|
| سیکشن 1 پر اس پروگرام پر نشان لگائیں، جس کے لیے آپ یا گھرانے کے کوئی رکن ری سرٹیفائی کروا رہے ہیں | | <input type="checkbox"/> عوامی معاونت (PA) <input type="checkbox"/> تکملاتی غذائی اعانت کا پروگرام (SNAP) <input type="checkbox"/> (MA) Medicaid اور <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> (MA) Medicaid اور <input type="checkbox"/> PA | |
| سیکشن 2 | | | |
| آپ کی اصل زبان کیا ہے؟ | | <input type="checkbox"/> ہسپانوی <input type="checkbox"/> انگریزی <input type="checkbox"/> دیگر (وضاحت کریں) _____ | |
| کیا آپ اس زبان میں اطلاعات موصول کرنا چاہتے ہیں؟ | | <input type="checkbox"/> صرف انگریزی <input type="checkbox"/> انگریزی اور ہسپانوی | |
| سیکشن 3 وصول کنندہ کی معلومات | | | |
| بہرہ مہربانی واضح طور پر پرنٹ کریں | | صحت سے | |
| اپنا نام | | مختصر درمیانی نام | |
| آخری نام | | ازدواجی حیثیت | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | فون نمبر () | |
| گلی کا پتہ | | علاقائی کوڈ | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | ریاست | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | زپ کوڈ | |
| معرفت سے (مکمل نام اگر آپ اپنا خط کسی دوسرے شخص کی معرفت سے موصول کرتے ہیں) | | | |
| میلنگ پتہ اگر اوپر دیے گئے پتے سے الگ ہو تو | | | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | ریاست | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | زپ کوڈ | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | ای میل پتہ (اختیاری) | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | () | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | فون نمبر | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | کیا یہ پناہ گاہ ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | مہینے | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | سال | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | آپ اپنے موجودہ پتے پر کب سے رہنا پتھر پتھر رہتے ہیں؟ | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | موجودہ پتے کی طرف سمتیں | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | سابقہ پتہ | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | زپ کوڈ | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | ریاست | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | زپ کوڈ | |
| اگر آپ فی الحال کسی گھر کے بغیر ہیں تو یہاں نشان لگائیں <input type="checkbox"/> | | | |
| درخواست گزار کی مدد کرنے والی ایجنسی/رابطہ کا شخص | | | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | فون نمبر | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | علاقائی کوڈ | |
| اپارٹمنٹ نہیں۔ شہر | | () | |
| کیا آپ کو اس ری سرٹیفیکیشن فارم کا MEDICAID حصہ اور MEDICAID کی کسی امکانی کفالت موصولہ کو رازداری میں رکھنے کی ضرورت ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں | | | |
| ان چیزوں کی فہرست بنائیں جو آپ کی درخواست یا آخری سرٹیفیکیشن کے بعد سے تبدیل ہوئی ہیں (جیسے منتقلی، بچے کی پیدائش، آمدنی وغیرہ) _____ | | | |
| سیکشن 4 - اگر آپ SNAP کے لیے دوبارہ درخواست دے رہے ہیں تو: آپ اس کے موصول ہونے کے دن ہی ری سرٹیفیکیشن فارم جمع کر سکتے ہیں۔ SNAP ری سرٹیفیکیشن دائر کرنے کے لیے، اس میں کم از کم آپ کا نام، پتہ (موجود ہونے کی صورت میں) اور نیچے آپ کی دستخط ہونی چاہیے۔ آپ کو ری سرٹیفیکیشن کا عمل، بشمول ری سرٹیفیکیشن کے آخری صفحے پر دستخط کرنا اور اپنا انٹرویو دینا، مکمل کرنا ہوگا۔ اہل ہونے کی صورت میں، آپ کو ری سرٹیفیکیشن دائر کرنے کی تاریخ سے SNAP فوائد موصول ہوں گے۔ آپ کو بتایا جائے گا کہ آپ کے ذریعے SNAP فوائد کے لیے اپنی ری سرٹیفیکیشن جمع کیے جانے کی تاریخ کے بعد سے 30 دنوں کے اندر آپ کو بتایا جائے گا کہ آیا آپ کی ری سرٹیفیکیشن منظور ہو گئی ہے یا اسے مسترد کر دیا گیا ہے۔ اگر آپ کے گھرانے کی آمدنی کم ہے یا بالکل ہی کوئی آمدنی نہیں ہے یا لیکویڈ وسائل نہیں ہیں یا اگر آپ کا کرایہ اور یوٹیلٹی بل وغیرہ آپ کی آمدنی اور لیکویڈ وسائل سے زیادہ ہیں تو آپ اپنی درخواست فائل کرنے کے پانچ کیلنڈر کے دنوں کے اندر SNAP فوائد حاصل کرنے کے اہل ہو سکتے ہیں۔ اگر آپ کسی ادارے کے رہائشی ہیں اور آپ ادارے کو چھوڑنے سے پہلے ضمنی سیکیورٹی آمدنی (Supplemental Security Income, SSI) اور SNAP فوائد دونوں فوائد کے لیے درخواست دیتے ہیں تو ری سرٹیفیکیشن کو فائل کرنے کی تاریخ آپ کے ادارے کو چھوڑنے کی تاریخ ہوگی۔ | | | |
| درخواست کرنے کی تاریخ | | SNAP وصول کنندہ/مائلدے کا دستخط | |
| X | | X | |

براہ کرم اس صفحے کو مکمل کرنے سے پہلے دھیان سے پڑھیں۔ اگر آپ کے ذہن میں کوئی سوالات ہوں تو ہدایتی کتاب (PUB-1313 ریاست بھر میں) ملاحظہ کریں، یا اپنے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے بات کریں۔

سیکشن 9 - شہریت یافتہ/امیگریشن کی اطمینان بخش حیثیت والے غیر شہریت یافتہ

دوبارہ تصدیق کروانے والے ہر ایک شخص/ جس کے لیے دوبارہ تصدیق کروانا ضروری ہے درج کریں۔

بعض سوشل سروسز پروگرام اس بات کا تقاضہ کرتے ہیں کہ آپ اس بات کی تصدیق کریں کہ آپ امریکی شہری، مقامی امریکی یا امریکہ کی قومیت رکھنے والے یا اطان بخش امیگریشن حیثیت والے غیر شہری ہیں۔ دیگر پروگرامز نہیں کرتے۔

آپ کو صرف اسی صورت میں درج ذیل سرٹیفیکیشن پر دستخط کرنا ہوگا اگر آپ امریکی شہری، مقامی امریکی یا آبائی امریکی شہری یا امیگریشن کی اطمینان بخش حیثیت والے غیر شہری ہیں، اور آپ درج ذیل کے لیے درخواست دے رہے ہیں:

- عوامی معاونت، یا
- تکملاتی غذائی اعانت کا پروگرام، یا
- Medicaid

گھرانے کا کوئی بالغ فرد یا مجاز نمائندہ گھرانے کے تمام افراد کی طرف سے دستخط کر سکتا ہے۔ مثال؛ اطمینان بخش امیگریشن حیثیت نہ رکھنے والے/والی والد/والدہ اپنے اطمینان بخش امیگریشن حیثیت رکھنے والے بچے/بچی کے لیے دستخط کر سکتے/سکتی ہے۔

COMPLETED

REFERRALS

NEEDED

Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)

ہر ایک درخواست گزار کے لیے درج ذیل باکس پر دستخط کریں* اور تاریخ درج کریں۔

اطمینان بخش غیر شہری والی حیثیت رکھنے دوہ تصدیق کروانے والے غیر شہری کی صورت میں ان پروگرام (پروگرامز) پر نشان لگائیں، جس کے لیے دوبارہ تصدیق کروانے والے غیر شہری اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت کا حامل ہے۔ (ہدایتی کتاب Pub-1313 ریاست بھر میں ملاحظہ کریں۔)

SNAP کے لیے ری سرٹیفیکیشن میں، SNAP گھرانے میں رہائش پذیر تمام اشخاص کی فہرست ہونی چاہیے۔ PA کے لیے ری سرٹیفیکیشن میں ان تمام بچوں، ان کے بھائی بہنوں اور ان بچوں کے تمام والدین کو درج کروانا ہوگا، جن کے لیے آپ مجموعی طور پر دوبارہ تصدیق کروا رہے ہیں۔ اگر آپ اس بات کی جانچ نہ کریں کہ آیا درج شخص امریکی شہری، مقامی امریکی یا امریکہ کی قومیت رکھنے والا یا اطمینان بخش امیگریشن حیثیت رکھنے والا غیر شہری ہے یا ہو ایس سیٹیزن شپ اینڈ امیگریشن خدمات (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) نمبر (ایلیٹن رجسٹریشن نمبر) یا غیر شہری نمبر (قابل اطلاق ہونے کی صورت میں)، فراہم نہ کریں تو اس شخص کو معاونت نہیں دی جائے گی، اور دیگر گھرانے کے دیگر افراد کو کم کردہ فوائد موصول ہوں گے۔ اگر آپ مقامی امریکی ہیں تو شہری/قومی کی جانچ کریں۔

| LN | پہلا نام | مختصر درمیانی نام | آخری نام | نشان لگائیں کہ آیا "شہری/قومیت کا حامل" یا "غیر شہری" | USCIS نمبر (ایلیٹن رجسٹریشن نمبر) یا غیر شہری نمبر (اگر قابل اطلاق ہو تو) | سرٹیفیکیشن | تاریخ | PA | SNAP | MA |
|----|----------|-------------------|----------|---|---|------------|----------------|----|------|----|
| 01 | | | | <input type="checkbox"/> شہریت یافتہ/ آبائی شہری | <input type="checkbox"/> غیر شہری | A | دستخط نام X | | | |
| 02 | | | | <input type="checkbox"/> شہریت یافتہ/ آبائی شہری | <input type="checkbox"/> غیر شہری | A | دستخط نام X | | | |
| 03 | | | | <input type="checkbox"/> شہریت یافتہ/ آبائی شہری | <input type="checkbox"/> غیر شہری | A | دستخط نام X | | | |
| 04 | | | | <input type="checkbox"/> شہریت یافتہ/ آبائی شہری | <input type="checkbox"/> غیر شہری | A | دستخط نام X | | | |
| 05 | | | | <input type="checkbox"/> شہریت یافتہ/ آبائی شہری | <input type="checkbox"/> غیر شہری | A | دستخط نام X | | | |
| 06 | | | | <input type="checkbox"/> شہریت یافتہ/ آبائی شہری | <input type="checkbox"/> غیر شہری | A | دستخط نام X | | | |
| 07 | | | | <input type="checkbox"/> شہریت یافتہ/ آبائی شہری | <input type="checkbox"/> غیر شہری | A | دستخط نام X | | | |
| 08 | | | | <input type="checkbox"/> شہریت یافتہ/ آبائی شہری | <input type="checkbox"/> غیر شہری | A | دستخط نام X | | | |

اوپر دیے گئے خانے پر نشان لگا کر اور سرٹیفیکیشن فارم کے سیکشن 10 پر دستخط کر کے میں، غلط بیانی کی سزا کو مدنظر رکھتے ہوئے، اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں اور/یا وہ فرد(افراد) جن کی نمائندگی میں میں دستخط کر رہا/ہی ہوں امریکی شہریت یافتہ، مقامی امریکی یا امریکہ کے آبائی شہری ہیں یا امیگریشن کی اطمینان بخش حیثیت کے/کی حامل غیر شہری ہیں۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مذکورہ بالا سرٹیفیکیشن پر دستخط کرنے کے نتیجے میں، میرے گھرانے کے دوبارہ تصدیق کروانے والے افراد سے متعلق معلومات یونائیٹڈ اسٹیٹس سیٹیزن شپ اینڈ امیگریشن سروسز کو غیر شہری حیثیت کی تصدیق کے لیے جمع کی جائے گی، قابل اطلاق ہونے کی صورت میں۔

مذکورہ بالا معلومات کا استعمال اور انکشاف شہریت کی حیثیت کی توثیق کرنے کے ساتھ راست طور پر مربوط اشخاص اور تنظیموں اور عوامی معاونت، تکملاتی غذائی اعانت اور Medicaid کے پروگرامز کو لاگو کرنے والی انتظامیہ کے ساتھ محدود ہے۔

*وہ شخص جو ری سرٹیفیکیشن فارم پر دستخط کرنا چاہتا ہے، لیکن لکھ نہیں سکتا وہ گواہ کے سامنے والی سطر پر "X" نشان بنا سکتا ہے۔ گواہ کو نیچے دستخط کرنی ہوگی۔

دستخط کی تاریخ:

گواہ کے دستخط:

میں سطور میں کی گئی نشاندہیوں کا/کی گواہ ہوں:

سیکشن 11 - چائلڈ سپورٹ اینفورسمنٹ یونٹ کے پاس بھیجے گئے ریفرال سے متعلق معلومات

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

اگر آپ عوامی معاونت یا تکملائی غذائی اعانت کے پروگرام کے ساتھ ساتھ Medicaid کے لیے بھی دوبارہ تصدیق کروا رہے ہیں تو آپ کو خود اپنے لیے اور اپنے ان بچوں کے لیے جن کے لیے آپ دوبارہ تصدیق کروا رہے ہیں، طبی سپورٹ حاصل کرنے کے لیے ہمیں مدد کرنے کی ضرورت ہوگی۔ اس بات کا تعین کرنے کے لیے کہ آیا آپ کو یہ حصہ مکمل کرنے کی ضرورت ہے، ان سوالات کے جواب دیں۔ حسب مناسبت اپنے آپ کو شامل کریں:

1. کیا آپ 21 سال سے کم عمر کے ایک ایسے فرد کے لیے ری سرٹیفائی کر رہے ہیں جو کہ غیر شادی شدہ والدین کے یہاں پیدا ہوئے اور جن کی قانونی ولدیت کا تعین نہیں ہوا ہے؟ ہاں نہیں
2. کیا آپ 21 سال سے کم عمر کے کسی ایسے فرد کے لیے ری سرٹیفائی کر رہے ہیں، جن کے/کی والد/والدہ (غیر تحویلی والد/والدہ) غیر موجود ہیں؟ ہاں نہیں

اگر ان دونوں سوالوں کے لیے آپ کا جواب "نہیں" ہے تو آپ کو یہ سیکشن مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ اگلے حصے پر جائیں۔

اگر ان دونوں سوالوں کے لیے آپ کا جواب "نہیں" ہے تو آپ کو یہ سیکشن مکمل کرنا ضروری ہے۔ 21 سال سے کم عمر کے ان تمام افراد کے نام درج کریں جن کے لیے آپ ری سرٹیفائی کر رہے ہیں اور ان افراد کے غیر تحویلی، مبینہ یا مقصود والد/والدہ (والدین) سے متعلق اس وقت آپ کے پاس جو معلومات ہیں درج کریں۔

3. کیا آپ کی عمر 21 سال سے کم ہے؟ ہاں نہیں

اگر آپ نے اس سوال کا جواب "ہاں" میں دیا ہے تو اپنے غیر تحویلی، مبینہ یا مقصود والد/والدہ (والدین) کے متعلق درج ذیل معلومات فراہم کریں:

| 21 سال سے کم عمر والے فرد کا نام | غیر تحویلی، مبینہ یا مقصود والد/والدہ کا نام اور پتہ | غیر تحویلی، مبینہ یا مقصود والد/والدہ کی تاریخ پیدائش | | |
|----------------------------------|--|---|-------|-----|
| | | مہینہ | مرتبہ | سال |
| A. | | | | |
| B. | | | | |
| C. | | | | |
| D. | | | | |
| E. | | | | |

| INCOME | | | | رقم/قیمت اور تعدد | کون | رقم/قیمت اور تعدد | کون | ہاں | نہیں | نشان دہی کریں کہ آیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص درج ذیل سے رقم وصول کرتا ہے: |
|---|--------|-------------|--------|-------------------|-----|-------------------|-----|-----|------|---|
| PERIOD | AMOUNT | SOURCE CODE | LN No. | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 1 بے روزگاری بیمہ فوائد |
| | | | | | | | | | | 2 ضمنی سیکیورٹی آمدنی (SSI) فوائد (ریاستی اور وفاقی جملہ) |
| | | | | | | | | | | 3 سوشل سیکیورٹی معذوری (Social Security Disability, SSD) فوائد |
| | | | | | | | | | | 4 سوشل سیکیورٹی منحصر شخص کے فوائد |
| | | | | | | | | | | 5 سوشل سیکیورٹی سروائیور کے فوائد |
| | | | | | | | | | | 6 سوشل سیکیورٹی ریٹائرمنٹ فوائد |
| | | | | | | | | | | 7 ریل روڈ ریٹائرمنٹ فوائد |
| | | | | | | | | | | 8 ریٹائرمنٹ فوائد (پینشن) |
| | | | | | | | | | | 9 منافع/اسٹاک، بانڈز، یا بچت وغیرہ سے سود |
| | | | | | | | | | | 10 کارکن کا معاوضہ |
| | | | | | | | | | | 11 NYS معذوری کے فوائد |
| | | | | | | | | | | 12 سابق فوجیوں کی پنشن/فوائد/امداد اور حاضری |
| | | | | | | | | | | 13 عوامی معاونت کی گرانٹ |
| | | | | | | | | | | 14 GI انحصاریت کے الائمنٹس |
| | | | | | | | | | | 15 تعلیمی گرانٹس یا قرضہ |
| | | | | | | | | | | 16 عطیات/تحائف (موصولہ) |
| | | | | | | | | | | 17 فوسٹر کیئر کی ادائیگیاں (موصول کردہ) |
| CONSIDER | | | | | | | | | | چائلڈ سپورٹ کی ادائیگیاں (موصولہ) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Child Support Disregard/Pass-Through <input type="checkbox"/> Explained <input type="checkbox"/> Budgeted | | | | | | | | | | 18 موصول شدہ از: |
| <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator <input checked="" type="checkbox"/> Disability Review <input checked="" type="checkbox"/> Reception and Placement Grant (SNAP Only) <input checked="" type="checkbox"/> Refugee Matching Grant <input checked="" type="checkbox"/> Change in Income from Last Budget | | | | | | | | | | 19 شریک حیات کی معاونت (موصولہ) |
| | | | | | | | | | | 20 نجی معذوری کا بیمہ - صحت/حادثہ بیمہ پالیسی آمدنی |
| | | | | | | | | | | 21 نو فالٹ بیمہ کے فوائد |
| | | | | | | | | | | 22 یونین فوائد (بشمول ہڑتال کے فوائد) |
| | | | | | | | | | | 23 قرضہ جات، تعلیم کے علاوہ (موصول شدہ) |
| | | | | | | | | | | 24 ٹرسٹ سے ہونے والی آمدنی (بشمول وہ آمدنی جس کو موصول کرنے کے آپ فی الحال حقدار ہیں، یا آپ ماضی میں حق دار تھے، جسے تقسیم نہیں کیا گیا ہے) |
| | | | | | | | | | | 25 تربیتی الائمنٹس/وظیفہ |
| | | | | | | | | | | 26 کرایے کی آمدنی (موصولہ) |
| | | | | | | | | | | 27 بورڈر/لاجر آمدنی (موصولہ) |
| | | | | | | | | | | دیگر آمدنی |
| | | | | | | | | | | (براہ کرم صراحت کریں) |

| رقم/قیمت اور تعدد | کون | رقم/قیمت اور تعدد | کون | ہاں | نہیں | اگر آپ Medicaid کے لیے ری سرٹیفائی کر رہے ہیں تو براہ مہربانی درج ذیل سیکشن کو مکمل کریں: کٹوتیاں: مخصوص قسم والی Medicaid بجٹ سازی درخواست گزار/وصول کنندگان کو اپنی قابل شمار آمدنی کو ان کے ذریعے اپنے وفاقی ٹیکسوں پر لی جانے والی کٹوتیوں کے ذریعے کم کرنے کی سہولت دیتی ہے۔ یہ مخصوص اخراجات ہوتے ہیں، جسے داخلی ریونیو سروس (Internal Revenue Service, IRS) لوگوں کو اپنی قبل ٹیکس آمدنی کو کم کرنے کی سہولت دیتی ہے۔ یہاں پر صرف کٹوتیاں ریکارڈ کریں، اگر آپ جاری سال کے ٹیکس ریٹرن میں انہیں کلیم کرنے والے ہیں۔ |
|--|----------|-------------------|------|-----|------|--|
| | | | | | | 1 معلم کے اخراجات |
| | | | | | | 2 انفراد ریٹائرمنٹ اکاؤنٹ (Individual Retirement Account, IRA) کٹوتی |
| | | | | | | 3 طالب علم کے قرضے کی کٹوتی |
| | | | | | | 4 ٹیوشن اور فیس |
| | | | | | | 5 مخصوص کاروباری اخراجات (ریزروسٹ، فنکار، فیس وصول کرنے والے سرکاری اہلکار) |
| | | | | | | 6 صحت کے بجٹ اکاؤنٹ کی کٹوتی |
| | | | | | | 7 ملازمت سے متعلق منتقلی کے اخراجات |
| | | | | | | 8 کٹوتی کے قابل خود روز گار (self-employment, S/E) ٹیکس |
| | | | | | | 9 S/E آسان اور با صلاحیت منصوبے |
| | | | | | | 10 S/E صحت کے بیمہ کی کٹوتی |
| | | | | | | 11 بجٹ کو قبل از وقت نکالنے پر جرمانہ |
| | | | | | | 12 ادا کردہ نان و نفقہ |
| | | | | | | 13 گھریلو پیداواری سرگرمیوں کی کٹوتی |
| | | | | | | 14 سطر 36 میں شامل کردہ اضافی مطابقتیں (صرف IRS فارم 1040) |
| | | | | | | 15 آرچر MSA کٹوتی |
| | | | | | | دیگر مطابق (براہ کرم صراحت کریں) |
| سیکشن 17 – سوتیلے والد/والدہ/اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت والے غیر شہری کے کفیل کی معلومات | | | | | | |
| درج ذیل کے تمام سوالات درج کریں۔ | | | | | | |
| NEEDED | REFERRAL | COMPLETED | کون؟ | ہاں | نہیں | کیا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی بچے کے سوتیلے والد/والدہ کے پاس کوئی وسائل ہیں یا وہ کسی قسم کی آمدنی حاصل کرتے ہیں؟ |
| | UIB | | | | | کیا آپ کے گھرانے میں اطمینان بخش امیگریشن کی حیثیت والا کوئی شخص موجود ہے، جس کی امریکہ میں داخلے کے لیے کفالت کی گئی تھی؟ |
| کفیل کا نام: | | | | | | |
| فون نمبر: | | | | | | |
| پتہ: | | | | | | |

سیکشن 18 - ملازمت کی معلومات

میری فی الحال صورتحال یہ ہے: زیر ملازمت خود روز گار بے روز گار

مجموعی آمدنی \$ _____ ماہانہ کام کے گئے گھنٹے _____

(بشمول مزدوری، تنخواہ، اور ٹائم معاوضہ، کمیشن اور ٹیس)

ادا کردہ: ہفتہ وار ہفتے میں دو بار ماہانہ ہفتے کا ادائیگی والا دن: _____

1

آجر کا نام اور پتہ: _____

_____ فون نمبر _____

کیا فی الحال کوئی دوسرا شخص آپ کے ساتھ رہائش پذیر ہے: زیر ملازمت خود روز گار

کون: _____

مجموعی آمدنی \$ _____ ماہانہ کام کے گئے گھنٹے _____

ادا کردہ: ہفتہ وار ہفتے میں دو بار ماہانہ ہفتے کا ادائیگی والا دن: _____

2

آجر کا نام اور پتہ: _____

_____ فون نمبر _____

کیا صحت کا بیمہ آپ کے آجر کے ذریعے دستیاب ہے؟ ہاں نہیں

کیا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی شخص کا آجر کے ذریعے صحت کا بیمہ ہے؟ ہاں نہیں

3

کون: _____

بیمہ کمپنی کا نام: _____

کیا آپ کو یا کسی بھی ایسے شخص کو جو آپ کے ساتھ رہتا ہے ملازمت کی وجہ سے بچے یا منحصر شخص کی دیکھ بھال کے اخراجات درپیش ہیں؟ ہاں نہیں

4

کون: _____

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی شخص کو ملازمت سے متعلق دیگر اخراجات ہاں نہیں لاقح ہیں؟

5

کون: _____

| 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 | | ✓ Limited English Proficiency |
| | Disability | | ✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786) |
| | Employment | | ✓ Explaining Periodic Reporting Requirements |
| | TPHI/COBRA | | ✓ Net Loss of Cash Income |
| | UIB | | ✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources |
| | Workers' Compensation | | ✓ Employment Sanctions |
| | Drug/Alcohol | | ✓ Temporary Employment |
| | Domestic Violence | | ✓ Disability Review |
| | Refugee Cash Assistance | | ✓ Individual Development Account (IDA) |
| | | | ✓ Voluntary Quit |

| CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES | | | | |
|-------------------------------|--------|------|-----|---------------|
| Who Pays | Amount | Name | Age | Care Provider |
| | \$ | | | |
| | \$ | | | |
| | \$ | | | |
| | \$ | | | |
| | \$ | | | |
| | \$ | | | |
| | \$ | | | |
| | \$ | | | |
| | \$ | | | |

اگر ملازمت پر نہیں ہے تو آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص آخری بار کب کام کیا تھا؟

کون: _____ کب: _____

6 کہاں: _____

آپ نے (یا نہیں نے) کام کرنا کیوں روک دیا تھا؟ _____

کیا آپ نے یا آپ کے ساتھ کام کرنے والے کسی شخص نے بے روزگاری کے لیے فائل کی تھا؟ ہاں نہیں

اگر ہاں تو، کون؟ _____ کب؟: _____

فائلنگ کی حیثیت: منظور شدہ مسترد شدہ زیر التوا

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص ہڑتال میں شرکت کر رہا ہے؟ ہاں نہیں

7 کون: _____

ہڑتال کب شروع ہوئی: _____

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص مہاجر ہے یا موسمی فارم مزدور ہے؟ ہاں نہیں

8 کون: _____

کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی بالغ شخص کو کوئی ایسی طبی کیفیت لاحق ہے جو کام کی صلاحیت یا انجام دئے

جانے والے کام کی قسم کو محدود کرتی ہے؟ ہاں نہیں

کون: _____

حدود بیان کریں: _____

9 کون: _____

10 کیا آپ آج کوئی کام قبول کر سکتے ہیں؟ ہاں نہیں

اگر نہیں تو، کیوں؟ _____

آپ کس قسم کا کام کرنا چاہتے ہیں؟ _____

11 _____

سیکشن 19 - تعلیم/تربیت

| IN FILE | DOCUMENTATION | REQUESTED |
|---------|--|-----------|
| | 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"/> |

آپ کی تکمیل شدہ تعلیم کی اعلیٰ ترین سطح کیا ہے؟

_____ ہائی اسکول ڈپلوما سے کم

_____ اگر ایسا ہے تو تکمیل شدہ آخری گریڈ؟

_____ کسی انفرادی تعلیمی منصوبے (Individualized Education Plan, IEP) کی تکمیل

_____ ہائی اسکول ڈپلوما یا جنرل ایکوئیلنسی ڈپلوما (General Equivalency Diploma, GED) یا ٹیسٹ ایسیسنگ سیکنڈری

_____ کمپلیشن (Test Assessing Secondary Completion, TASC™)

_____ اسوسی ایٹس ڈگری (2 سالہ کالج ڈگری)

_____ بیچلرز ڈگری (4 سالہ کالج ڈگری) یا اس سے اوپر

1

کیا گھرانے میں کوئی اور ہائی اسکول ڈپلوما، جنرل ایکوئیلنسی ڈپلوما (GED) یا ٹیسٹ ایسیسنگ

_____ ہاں _____ نہیں

_____ سیکنڈری کمپلیشن (TASC™)، یا اس سے اعلیٰ سطح کی تعلیم کے حامل ہیں؟

_____ اگر ہاں تو، کون:

_____ حاصل کردہ ڈگری:

2

_____ تکمیل کی تاریخ:

اس بات کا اشارہ دیں کہ آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص معاونت جو دوبارہ تصدیق کے لیے درخواست دے رہا ہے؟

اس وقت کسی تربیتی پروگرام میں ہیں یا **پچھلے 12 مہینوں میں** رہے ہیں؟

_____ ہاں _____ نہیں

_____ کون

3

_____ کہاں

_____ پروگرام

_____ شرکت کی تاریخیں

_____ تکمیل کی تاریخیں

عمر 16 سال یا اس سے زیادہ ہے اور اسکول یا کالج میں پڑھنا/پڑھتی ہے؟

_____ ہاں _____ نہیں

4

_____ کون

_____ کہاں

5

_____ کیا تربیتی بہتہ حاصل کر رہے ہیں؟ ہاں _____ نہیں

_____ کون _____ رقم \$ _____

6

_____ تعلیمی گرانٹس یا قرضہ حاصل کر رہے ہیں؟ ہاں _____ نہیں

_____ کون _____ رقم \$ _____

7

_____ کیا 16 سال یا اس سے کم عمر کے ہیں اور اسکول جا رہے ہیں؟ ہاں _____ نہیں

_____ کون _____

_____ اسکول _____

_____ کون _____

_____ اسکول _____

| 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 |

| سیکشن 20 - وسائل کی معلومات | | | | | | |
|-----------------------------|-----|----------------------|-----|-----|------|--|
| اگر ہاں تو رقم/مالیت | کون | اگر ہاں تو رقم/مالیت | کون | ہاں | نہیں | اس بات کا اشارہ دیں کہ آیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص درج ذیل کی درخواست دے رہا ہے: |
| \$ | | \$ | | | | 1 کیا نقد دستیاب ہے |
| | | | | | | 2 چیکنگ اکاؤنٹ ہے |
| | | | | | | 3 سیونگ اکاؤنٹ (اکاؤنٹس) یا سرٹیفیکیٹ (سرٹیفیکیٹس) آف ڈیپازٹ ہیں |
| | | | | | | 4 کریڈٹ یونین اکاؤنٹ ہے |
| | | | | | | 5 کیا زندگی کا بیمہ ہے |
| | | | | | | 6 ان کے نام موثر گاڑی (گاڑیوں) یا دیگر گاڑی (گاڑیوں) کا حق ملکیت یا رجسٹریشن ہے: سال _____ برائے ماٹل سال _____ برائے ماٹل دیگر _____ |
| | | | | | | 7 اسٹاکس، بانڈز، سرٹیفیکیٹس یا میوچل فنڈز |
| | | | | | | 8 سیونگ بانڈز ہیں |
| | | | | | | 9 ایک IRA, Keogh, 401(k) یا موخر معاوضہ اکاؤنٹ (اکاؤنٹس) کے حامل ہیں |
| | | | | | | 10 ارریو کیبل برینل ٹرسٹ ہے |
| | | | | | | 11 جنازے کا فنڈ ہے |
| | | | | | | 12 جنازے کا اسپیس ہے |
| | | | | | | 13 اپنا ذاتی گھر ہے |
| | | | | | | 14 زمینی جائیداد ہے، بشمول آمدنی پیدا کرنے والی اور آمدنی پیدا نہ کرنے والی جائیداد |
| | | | | | | 15 انکم ٹیکس ریفرنڈ کے لیے اہل ہیں |
| | | | | | | 16 سالانہ بھتہ ہے |
| | | | | | | 17 کسی ٹرسٹ کے مستفید ہیں |
| | | | | | | 18 کوئی ٹرسٹ فنڈ، مقدمے کا تصفیہ، وراثت یا کسی دیگر ذرائع سے آمدنی موصول ہونے کی توقع ہے |
| | | | | | | 19 کوئی "ان ٹرسٹ" اکاؤنٹ (اکاؤنٹس) ہے |
| | | | | | | 20 محفوظ ڈپازٹ باکس (باکسز) ہیں |
| | | | | | | 21 مذکورہ بالا وسائل کے علاوہ دیگر کوئی وسائل ہیں |
| | | | | | | 22 کیس کسی شخص نے (بشمول آپ کے/کی شریک حیات کے، چاہے دوبارہ تصدیق نہیں کروا برا رہی ہو یا آپ کے ساتھ نہیں رہا/ رہی ہو) پچھلے 36 مہینوں میں کوئی نقد رقم دی ہے، یا کوئی زمینی جائیداد فروخت کی ہے/منتقل کی ہے؟ |
| | | | | | | 23 کیا کسی شخص نے (بشمول آپ کے/کی شریک حیات کے، چاہے دوبارہ تصدیق کروا رہی ہو یا آپ کے ساتھ نہیں رہا/ رہی ہو) ماضی میں کبھی ٹرسٹ بنایا ہے یا پچھلے 60 مہینوں میں ٹرسٹ کے نام کوئی اثاثہ کیا ہے؟ اگر ہاں تو کب؟ |

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

*IF EXEMPT, WHY?

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE | سیکشن 21 - طبی معلومات | | | |
|--|---|-----------|------------------------|------|--------------|--|
| | Pregnancy Statement | | ہاں | نہیں | اگر ہاں، کون | اس بات کا اشارہ دیں کہ آیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص درج ذیل کی درخواست دے رہا ہے: |
| | Med/Psych Statement | | | | | آپ کے کوئی طبی بل یا طبی طور پر متعلقہ اخراجات ہیں |
| | Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571) | | | | | 1 اسپینڈ ڈاؤن کے ساتھ Medicaid پر ہیں |
| | Drug/Alcohol Statement | | | | | 2 |
| | Paid or Unpaid Medical Bills | | | | | 3 صحت یا ہسپتال/حادثہ کا انشورنس (بشمول آضر کی طرف سے انشورنس ہے) |
| | SSI Application Verification (PA ONLY) | | | | | 4 کیا کسی آجر کی طرف سے صحت کا بیمہ دستیاب ہے |
| CONSIDER | | | | | | 5 Medicare (سرخ، سفید، اور نیلا کارڈ) |
| ✓ | AD/SSI Related | | | | | 6 صحت کا تیماردار/گھر کا معاون |
| ✓ | SNAP Aged/Disabled Indicator | | | | | 7 نابینا، بیمار یا معذور ہے |
| ✓ | SNAP Medical Deduction | | | | | 8 نشوونمائی معذوری والا بچہ ہے |
| ✓ | TPHI Reimbursement | | | | | 9 کسی ہسپتال، نرسنگ ہوم یا دیگر |
| ✓ | Buy-In Eligibility | | | | | 10 اس ری سرٹیفیکیشن سے پہلے 3 ماہ کے اندر کوئی بل ادا کیا ہے |
| ✓ | Kreiger (LDSS-3664) | | | | | 11 غیر ادا شدہ بل ہے |
| ✓ | Domestic Violence | | | | | 12 شراب یا منشیات پر منحصر ہے |
| ✓ | SSI Referral | | | | | 13 گھر پر نگہداشت/ذاتی نگہداشت کی ضرورت ہے |
| ✓ | Earned Income Credit | | | | | 14 SSI پر ہے یا کبھی SSI کے لیے درخواست دی ہے |
| ✓ | Change in Resources | | | | | 15 کیا حاملہ ہے |
| | NEEDED | REFERRALS | COMPLETED | | | 16 آیا حاملہ ہیں، آخری تاریخ: _____ |
| | SSA (RSDI) | | | | | 17 پیدائش کی متوقع تعداد: _____ |
| | SSA (RSDI) | | | | | 18 منشیات/شراب کے بیجا استعمال سے متعلق معالجہ موصول کرتے ہیں |
| | Veteran's Benefits | | | | | 19 معذوری یا بیماری کی وجہ سے پچھلے 12 ماہ سے کام کرنے کے قابل نہیں ہیں |
| | Veteran's Counseling | | | | | 20 کسی ایسی معذوری یا بیماری کے سبب ان کی روزمرہ سرگرمی محدود ہے جو 12 ماہ تک جاری رہ چکی یا اتنے عرصے تک جاری رہے گی |
| | Child Health Plus | | | | | پچھلے دو سالوں کے دوران کسی کار حادثے یا کام سے متعلق حادثے کے شکار رہے ہیں |
| | COBRA Eligibility | | | | | 18 |
| | Nurse's Aide Service | | | | | 19 Medicaid یا Medicare کے علاوہ کسی حکومتی ایجنسی (حکومتی پروگرام) نے آپ کا طبی بل ادا کیا تھا |
| | Home Care | | | | | 20 اگر ہاں تو کس ایجنسی نے _____ |
| | NYSOH | | | | | کوئی دوسرا صحت کا بیمہ آپ کی جسمانی یا جذباتی صحت یا سلامتی کو نقصان پہنچائے گا، اور/یا اس سے آپ کی Medicaid کی درخواست یا موصولی کی خلوت اور رازداری میں مداخلت ہوگی؟ |
| | MA-Only (DOH-4220) | | | | | 20 |
| | SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A) | | | | | |
| | LDSS-4526 or local equivalent | | | | | |
| 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? | | | | | | |

| RETROACTIVE MEDICAID | WHO | DATE | RECURRING MEDICAL EXPENSES | WHO | AMOUNT \$ | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|--|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| MEDICAL BILLS: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | | | TPHI: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | | | | | |
| صحت کے منصوبے کا انتخاب | | | | | | | | |
| <p>Medicaid میں اندراج یافتہ بیشتر لوگوں سے ایک زیر انتظام نگہداشت کے صحت بیمہ میں شامل ہونے کا تقاضا کیا جاتا ہے سوائے اس کے کہ وہ لوگ کسی مستثنیٰ زمرے میں آتے ہوں۔ کسی صحت کے منصوبے کو منتخب کرنے کے لیے اسے استعمال کریں۔ اگر آپ کو اس بات کا علم نہ ہو کہ کونسے صحت کے منصوبے دستیاب ہیں، اپنے کارکن سے دریافت کریں یا کال کریں 1-800-505-5678۔</p> | | | | | | | | |
| اس منصوبے کا نام جس میں آپ اندراج کروا رہے ہیں | آخری نام | پہلا نام | تاریخ پیدائش (ماہ/دن/سال) | جنس مرد/عورت X | ID نمبر (Medicaid کارڈ سے، اگر آپ کے پاس ہو تو) | سوشل سیکیورٹی نمبر | ابتدائی نگہداشت فراہم کنندہ (Primary Care Provider, PCP) یا مرکز صحت (موجودہ فراہم کنندہ ہونے کی صورت میں باکس پر نشان لگائیں) | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| SHELTER COSTS | | MONTHLY ACTUAL COST | IN FILE | DOCUMENTATION | REQUESTED | سیکشن 22 - پناہ گاہ | | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------|---------|---|-----------|-----------------------------------|------|-----------------|--|--|
| A. Room and Board | | | | Landlord Statement | | آپ کے زمیندار کا پہلا نام کیا ہے؟ | | | | |
| B. Rent | | | | Rent Receipt | | آپ کے زمیندار کا پتہ کیا ہے؟ | | | | |
| C. Trailer Lot Rent | | | | Tenant of Record | | آپ کے زمیندار کا فون نمبر کیا ہے؟ | | | | |
| D. Mortgage Payment | | | | Customer of Record | | () | | | | |
| 1. | Principal | | | Voluntary Restrict | | یا | نہیں | اگر ہاں تو، رقم | | کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی شخص کو کرایہ، رہن یا پناہ گاہ کا کوئی اور خرچہ لاحق ہے؟ |
| 2. | Interest | | | Mandatory Restrict | | | | | | |
| 3. | Property Tax (including School Tax) | | | Subsidized Housing | | \$ | | | | کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی شخص کو ان کے کرایہ، یا پناہ گاہ کے خرچہ کے علاوہ کوئی علیحدہ ہیٹنگ (حرارت) کا خرچہ لاحق ہے؟ |
| 4. | Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance) | | | Mortgage/Title Search | | | | | | |
| 5. | Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment) | | | Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office | | () | | | | |
| 6. | Assessments (Sewer, etc.) | | | Property Lien | | () | | | | |
| E. Total Mortgage Payment (Line 1-6) | | | | Shelter/Utility Repayment Agreement | | () | | | | |
| TOTAL (Lines A - E) | | | | 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 | ✓ | | | | | |

| | | | | | | سیکشن 22 – پناہ گاہ (جاری) | | | |
|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------|-----|------|---|
| | | | | | | اگر ہاں تو، رقم | ہاں | نہیں | کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی شخص کے درج ذیل اخراجات آپ کے کرایہ، یا پناہ گاہ کے خرچ کے علاوہ ہیں؟ |
| | | | | | | \$ | | | 1 بجلی (حرارت کے علاوہ کسی دوسری ضروریات کے لیے؛ مثال کے طور پر روشنیاں، پکانے، گرم پانی وغیرہ) |
| | | | | | | \$ | | | 2 قدرتی گیس (حرارت کے علاوہ کسی دوسری ضروریات کے لیے؛ مثال کے طور پر: پکانے، گرم پانی وغیرہ) |
| | | | | | | \$ | | | 3 پانی |
| | | | | | | \$ | | | 4 اینر کنڈیشننگ |
| | | | | | | \$ | | | 5 پروپین (حرارت کے علاوہ دیگر ضروریات کے لیے) |
| | | | | | | \$ | | | 6 گٹر |
| | | | | | | \$ | | | 7 کوڑا کرکٹ |
| | | | | | | \$ | | | 8 دیگر یوٹیلیٹیز اور اخراجات صراحت کریں _____ |
| | | | | | | | | | 9 کیا آپ عوامی رہائش گاہ میں رہتے ہیں؟ |
| | | | | | | | | | 10 کیا آپ سیکشن 8، HUD یا دیگر سبسڈی والے مکان میں رہتے ہیں؟ |
| | | | | | | | | | 11 کیا آپ کسی منشاءات/شراب کے نشے کے معالجے سے متعلق عمارت میں رہتے ہیں؟ |

| 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

| | | | | | | | | | | اضافی معلومات | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------|-----|------------------------------|--|---|
| | | | | | | | | | | سیکشن 23 – دیگر اخراجات | | | | |
| | | | | | | | | | | اگر ہاں، تو رقم | ہاں | نہیں | اس بات کا اشارہ دیں کہ آیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی شخص درج ذیل کی درخواست دے رہا ہے: | |
| | | | | | | | | | | | \$ | | | 1 ادائیگیاں اور چائلڈ سپورٹ |
| | | | | | | | | | | | \$ | | | 2 شریک حیات سے متعلق سپورٹ کی ادائیگی کرتے ہیں |
| | | | | | | | | | | | \$ | | | 3 نگہداشت اطفال کے لیے ادائیگی |
| | | | | | | | | | | | \$ | | | 4 منحصر شخص کی نگہداشت کے لیے ادائیگی |
| | | | | | | | | | | | \$ | | | 5 ٹیوشن، فیس، یا دیگر تعلیمی اخراجات کے لیے ادائیگی |
| | | | | | | | | | | | \$ | | | 6 اضافی اخراجات لاحق ہیں (مثلاً کار کے لیے ادائیگی، کار بیمہ کی ادائیگی، کریڈٹ کارڈ کی ادائیگیاں، دیگر قرضہ جات کی ادائیگیاں وغیرہ) صراحت کریں: _____ |
| | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> ہاں | <input type="checkbox"/> نہیں | 7 کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہائش پذیر کوئی شخص 21 سال سے چھوٹی عمر کے بچے کے لیے سپورٹ کے لیے کم از کم چار ماہ کے بقایہ جات کے لیے دوبارہ تصدیق کروا رہے/ رہا ہے؟ |

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

NOTES/COMMENTS

اطلاعات، تفویضات، اجازتیں اور رضامندیاں

سوشل سیکیورٹی نمبرز کو حاصل کرنا اور ان کا استعمال کرنا – 2008 کے فوڈ اینڈ نیوٹریشن ایکٹ (ترمیم کے مطابق) کی رو سے تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے ضمن میں گھرانے کے ہر ایک فرد کو سوشل سیکیورٹی نمبرز (SSNs) حاصل کرنے کی اجازت دی گئی ہے۔ SNAP کے لیے درخواست دینے والے ہر شخص کو فوائد حاصل کرنے کے لیے SSN فراہم کرنا لازمی ہے۔ اگر آپ یا درخواست دینے والے کسی شخص کے پاس SSN نہیں ہے تو اس شخص کو سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن کے پاس SSN کے لیے درخواست دینی ہوگی (ملاحظہ کریں www.SSA.gov یا 1-800-772-1213 پر کال کریں)۔

ان تمام پروگراموں کے تعلق سے جس کے لیے یہ ری سرٹیفیکیشن فارم SSN کا تقاضہ کرتا ہے، SSN کی جمع کاری بھی لازمی ہے اور اس کی درج ذیل قانون کی ایک یا زائد سیکشنز کی رو سے اجازت دی گئی ہے: سوشل سیکیورٹی ایکٹ (42) یو ایس ضابطہ (405) کے سیکشن (c)205، سوشل سیکیورٹی ایکٹ (42) یو ایس ضابطہ (7-1320b) کے سیکشن 1137، پرائیویسی ایکٹ 1974 کے سیکشن (2)(a)7 کے تحت۔ ہدایتی کتاب (PUB-1313 ریاست بھر میں) ملاحظہ کریں، یا اگر آپ کے ذہن میں کوئی سوالات ہوں تو اپنے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے بات کریں۔

ہماری جمع کردہ معلومات کا استعمال اس بات کا تعین کرنے کے لیے کیا جائے گا کہ آیا آپ کا گھرانہ امداد یا مراعات کے لیے اہل ہے یا اس کی اہلیت برقرار رہے گی یا نہیں۔ یہ معلومات شناخت کی جانچ کرنے، کمائی ہوئی اور غیر حاصل شدہ آمدنی کی توثیق کرنے، اس بات کا تعین کرنے کے لیے کہ آیا غیر حاضر والد/والدہ درخواست کنندہ/ وصول کنندہ کے لیے صحت کے بیمہ کی کفالت موصول کر سکتا/سکتی ہے، اس بات کے تعین کے لیے کہ آیا درخواست کنندہ/ وصول کنندہ بچے یا شریک حیات کے سپورٹ کو حاصل کر سکتا/سکتی ہے اور اس بات کے تعین کے لیے کہ آیا درخواست گزار یا وصول کنندہ رقم اور دیگر مدد موصول کر سکتا/سکتی ہے۔ ہم کمپیوٹر کے میچنگ پروگرامز کے ذریعے اس معلومات کی توثیق کریں گے۔ ان معلومات کو پروگرام کے ضوابط کے ساتھ تعمیل کرنے کی نگرانی کے لیے اور پروگرام کے نظم کے لیے بھی استعمال کیا جائے گا۔ جو معلومات آپ ہمیں دیتے ہیں اسے اس طریقے سے استعمال کرنے کے علاوہ، ریاست اس معلومات کو ہوم اینرجی اسسٹینس پروگرام (Home Energy Assistance Program, HEAP) سے فوائد حاصل کرنے والے تمام لوگوں سے متعلق شماریات کی تیاری کے لیے استعمال کرے گی (ذیل میں دیکھیں)۔

یہ معلومات دیگر سرکاری جانچ کے لیے ریاستی اور وفاقی ایجنسیوں کے سامنے اور قانون سے بچ کر فرار ہونے والے اشخاص کو گرفتار کرنے کے لیے قانون کے نفاذ کے اہلکاران کے سامنے ظاہر کیا جا سکتا ہے۔ فیملی اسسٹینس اینڈ سیفٹی نیٹ معاونت کے درخواست کنندگان اور وصول کنندگان سے متعلق جمع کردہ معلومات بشمول SSN کو جیوری پولز کی تشکیل میں مدد کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے۔ اگر اس درخواست پر آپ کے گھرانے کے خلاف SNAP کلیم سامنے آنے تو اس ری سرٹیفیکیشن میں شامل معلومات بشمول تمام SSN کو وفاقی اور ریاستی ایجنسیوں، اس کے ساتھ ساتھ، دعوے جمع کرنے کے مقصد سے نجی دعوے جمع کرنے والی ایجنسیوں کے پاس بھیجا جا سکتا ہے۔

گھرانے کے نا اہل افراد کے SSN کا بھی مذکورہ بالا طریقے پر استعمال اور انکشاف کیا جا سکتا ہے۔

آپ کے ذریعے ہمیں اس طریقے پر دنے جانے والی معلومات کو استعمال کرنے کے علاوہ، ریاست ہوم اینرجی اسسٹینس پروگرام HEAP سے فوائد حاصل کرنے والے تمام لوگوں سے متعلق معلومات کو شماریات کی تیاری کے لیے استعمال کرتا ہے۔ یہ معلومات ریاست کی طرف سے کوالٹی کنٹرول کے لیے استعمال کی جاتی ہے تاکہ یہ یقینی بنایا جا سکے کہ سوشل سروسز ڈسٹرکٹ اپنی ذمہ داری ممکنہ حد تک بہترین طریقے پر انجام دے رہی ہے۔ اس کا استعمال آپ کے توانائی فراہم کنندہ کی توثیق کرنے اور ایسے وینڈرز کو کچھ ادائیگی کرنے کے لیے کیا جاتا ہے۔

عدم امتیاز کا نوٹس – وفاقی شہری حقوق کے قانون اور امریکی محکمہ زراعت (USDA) کے شہری حقوق کے قواعد و ضوابط اور پالیسیوں کے مطابق اس ادارے کے نسل، رنگ، قومیت، جنس (بشمول جنسی شناخت اور جنسی رجحان)، مذہبی عقیدہ، معذوری، عمر، سیاسی عقائد، یا شہری حقوق کی سابق سرگرمی کے لیے انتقامی کارروائی کی بنیاد پر امتیازی سلوک کرنے پر پابندی ہے۔

نیو یارک ریاست اضافی طور پر ٹرانسجینڈر اسٹیٹس، جنسی ڈسفریہ، ازدواجی اسٹیٹس، فوجی اسٹیٹس، گھریلو تشدد کے شکار کا اسٹیٹس، حمل سے متعلق کیفیات، پیشگوئی کرنے والی جینیاتی خصوصیات، گرفتاری یا سزایابی کا گزشتہ ریکارڈ، خاندانی اسٹیٹس اور غیر قانونی امتیازی طریقوں کی مخالفت کرنے پر انتقامی کارروائیوں کی بنیاد پر امتیازی سلوک کرنے پر پابندی عائد کرتی ہے۔

پروگرام کی معلومات انگریزی کے علاوہ دیگر زبانوں میں بھی دستیاب کروائی جا سکتی ہیں۔ معذور افراد جنہیں پروگرام کی معلومات حاصل کرنے کے لیے مواصلات کے متبادل ذرائع کی ضرورت پڑتی ہے (مثلاً بریل، بڑا پرنٹ، آڈیو ٹیپ، امریکی اشاروں کی زبان) انہیں چاہیے کہ وہ اس ایجنسی (ریاست یا مقامی) سے رابطہ کریں جہاں انہوں نے فوائد کے لیے درخواست دی ہے۔ وہ افراد جو بہرے میں، کم سنتے ہیں یا بولنے سے معذور ہیں وہ USDA سے فیڈرل ریلے سروس (Federal Relay Service) کے ذریعے (800) 877-8339 پر رابطہ کر سکتے ہیں۔

پروگرام میں امتیازی سلوک ہونے کی شکایت درج کرانے کے لیے، شکایت کنندہ فارم AD-3027، USDA پروگرام میں امتیازی شکایت کا فارم پُر کریں جو <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> پر آن لائن، USDA کے کسی بھی دفتر سے 620-1071 (833) پر کال کر کے یا USDA کے نام خط لکھ کر حاصل کیا جا سکتا ہے۔ اس خط میں شکایت کنندہ کا نام، پتہ، ٹیلی فون نمبر اور مبینہ امتیازی کارروائی کی تحریری تفصیل اتنی وضاحت سے درج ہونی چاہیے کہ وہ شہری حقوق کے اسسٹنٹ سکرٹری (ASCR) کو شہری حقوق کی مبینہ خلاف ورزی کی نوعیت اور تاریخ کے بارے میں مطلع کر سکے۔ مکمل شدہ AD-3027 فارم یا خط اس کے ذریعے جمع کروایا جانا چاہیے: (1) ڈاک: 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314، USDA، Food and Nutrition Service، (2) ان نمبروں پر فیکس کریں 256-1665 (833) یا 690-7442 (202)؛ یا (3) اس پتے پر ای میل کریں: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

تکملانی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP)؛ کے مسائل سے متعلق کسی بھی دوسری معلومات کے لیے افراد کو یا تو USDA SNAP ہاٹ لائن نمبر (800) 221-5689 پر رابطہ کرنا چاہیے جو کہ ہسپانوی میں بھی دستیاب ہے یا اس پر آن لائن موجود ریاستی معلومات/ہاٹ لائن نمبرز پر کال کرنی چاہیے: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

یہ یکساں موقع فراہم کرنے والا ادارہ ہے۔

تفتیش کے لیے رضامندی – میں عوامی معاونت (PA)، Medicaid، تکملانی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے فوائد، بوم انرجی اسسٹنس پروگرام کے فوائد، خدمات یا چائلڈ کیئر کی معاونت کے طور پر اپنی درخواست کے سلسلے میں دی گئی معلومات کی توثیق یا تصدیق کے لیے کسی بھی تحقیقات سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں۔ اضافی معلومات طلب کیے جانے پر میں اسے فراہم کروں گا/گی۔ میں PA اور/یا SNAP کے کوالٹی کنٹرول ریویو میں بھی ریاستی اور وفاقی عملے کے ساتھ مکمل تعاون کروں گا/گی۔

اگر میں SNAP کے لیے دوبارہ تصدیق کروا رہا/رہی ہوں، تو میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ سوشل سروسز ڈسٹرکٹ میری ری سرٹیفیکیشن کی چھان بین کے لیے انکم اینڈ ایلیجیبیلٹی ویریفیکیشن ٹیسٹ کے ذریعے دستیاب معلومات کی درخواست کرے گا اور انہیں استعمال کرے گا، اور تضاد پانے جانے کی صورت میں کولینڈر رابطوں کے ذریعے اس معلومات کی تصدیق کر سکتا ہے۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس طرح کی معلومات SNAP کے لیے میری اہلیت اور/یا مجھے موصول ہونے والے SNAP فوائد کی سطح کو متاثر کر سکتی ہیں۔

بے روزگاری کے بیمہ کی خفیہ معلومات کے اجراء کے لیے رضامندی – میں نیو یارک اسٹیٹ ڈیپارٹمنٹ آف لیبر (Department of Labor, DOL) کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ DOL کے ذریعے بے روزگاری کی انشورنس (Unemployment Insurance, UI) کے مقاصد کے لیے رکھی گئی کوئی بھی خفیہ معلومات نیویارک اسٹیٹ دفتر برائے عارضی اور معذوری کی امداد (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) کو جاری کرے۔ اس معلومات میں UI فوائد کے دعوے اور اجرت کے ریکارڈ شامل ہیں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ OTDA، سوشل سروسز کے ضلعی دفاتر میں کام کرنے والے ریاستی اور مقامی ایجنسی کے ملازمین کے ساتھ مل کر، UI کی معلومات کا استعمال؛ عوامی معاونت، Medicaid، تکملانی غذائی اعانت کے پروگرام کی مراعات، بوم انرجی اسسٹنس پروگرام کی مراعات یا نگہداشت اطفال کی معاونت جن کی اس درخواست/ری سرٹیفیکیشن میں درخواست کی گئی ہے، کے لیے اہلیت کا تعین یا تصدیق کرنے کے لیے اور ان کی رقم کا تعین کرنے کے لیے اور اس بات کے تعین کے لیے تحقیقات کرنے کے لیے کہ آیا مجھے وہی مراعات وصول ہونی ہیں جو میرا حق تھیں، کر سکتا ہے۔ OTDA نیویارک اسٹیٹ آفس آف چائلڈرن اینڈ فیملی سروسز (New York State Office of Children and Family Services, OCFS) اور نیویارک اسٹیٹ کے محکمہ صحت (New York State Department of Health, DOH) کے ساتھ بھی معلومات کا اشتراک کر سکتا ہے۔ OCFS ان معلومات کو چائلڈ کیئر اسسٹنس پروگرام کی نگرانی کے لیے استعمال کرے گا۔

خدمت فراہم کنندگان کے لیے معلومات کا اجراء – میں سوشل سروسز ڈسٹرکٹ اور نیو یارک اسٹیٹ کو عوامی معاونت یا تکملانی غذائی اعانت کے پروگرام کے ان بینیفٹس کے سلسلے میں جو مجھے یا گھرانے کے جس کسی فرد کو جس کی میں قانونی طور پر اجازت دے سکتا ہوں اس کو موصول ہوئے ہیں، ریاستی یا مقامی ٹھیکیدار کے ذریعے فراہم کردہ پروگرام کے بندوبست سے متعلق خدمات اور ادائیگی کے لیے میری اہلیت کی تصدیق کرنے کے مقاصد کی خاطر معلومات کا اشتراک کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ اس طرح کی خدمات میں مجھے یا میرے گھر کے افراد کو ملازمت حاصل کرنے اور اسے برقرار رکھنے میں مدد کرنے کے لیے ملازمت پر رکھنا یا تریبہتی خدمات کی فراہمی شامل ہوسکتی ہیں، لیکن یہ ان تک محدود نہیں ہیں۔

تعلیمی ریکارڈز کی فراہمی میں ریاست نیو یارک کے محکمہ صحت اور سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ میرے اور/یا میرے نابالغ بچے (بچوں) کے تعلیمی ریکارڈ کے متعلق کوئی بھی معلومات درج ذیل مقاصد کے لیے حاصل کریں: (1) عوامی معاونت، تکملانی غذائی اعانت کے پروگرام، اور/یا Medicaid کے لیے میری اہلیت کی تصدیق؛ (2) ایسے جائزے یا تحقیقات کرنا جو اہلیت کے عمل کے حصے کے طور پر فراہم کردہ متضاد معلومات کے نتیجے میں ہوں؛ (3) صحت سے متعلق تعلیمی خدمات کے لیے Medicaid سے واپس ادائیگی کا دعویٰ کرنا؛ اور (4) متعلقہ وفاقی حکومتی ایجنسی کو صرف آڈٹ کے مقصد کے لیے ان معلومات تک رسائی فراہم کرنا۔

معلومات کا اشتراک کرنے سے متعلق نیو یارک سٹی کی ہاؤسنگ اتھارٹی کے رہائشی کی رضامندی – اگر آپ نیو یارک سٹی میں معاونت کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو یہ رضامندی نیو یارک سٹی کی ہاؤسنگ اتھارٹی (New York City Housing Authority, NYCHA) کو نیو یارک سٹی ہیومن ریسورسز ایڈمنسٹریشن/محکمہ سماجی خدمات (HRA) کے ساتھ آپ کے بارے میں معلومات کا اشتراک کرنے کی اجازت دے گی تاکہ آپ اور آپ کے گھر والوں کو تکملانی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) اور/یا HRA کی مالی معاونت، جس میں کرائے کے بقایا جات کی ادائیگی بھی شامل ہو سکتی ہے، کے تحت معاونت کے لیے درخواست دینے میں مدد ملے۔

اگر آپ ذیل میں اس درخواست پر دستخط کرتے ہیں تو، NYCHA آپ کے نام، پتہ، تاریخ پیدائش اور کرایہ اور بوٹیلٹی کی ادائیگی کی معلومات (جیسے ماہانہ کرایے کی رقم، کرایے کی ادائیگی کی سرگزشت، بقایا کرایہ اور اپلائنس کی فیس) سمیت SNAP اور/یا مالی معاونت کے فوائد کے لیے آپ کی اہلیت، یا اس کی سطح سے متعلقہ معلومات کا اشتراک HRA کے ساتھ کر سکتا ہے۔ اضافی طور پر، ذیل میں اس درخواست پر دستخط کر کے، آپ اس درخواست میں درج نابلغ بچوں کی جانب سے رضامندی کا اختیار حاصل ہونے کی تمنا دہنی کرتے ہیں اور آپ NYCHA کو اس بچے کے نام، پتے اور تاریخ پیدائش کا اشتراک HRA کے ساتھ کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔

HRA کسی بھی ایسی معلومات جو کہ NYCHA شیئر کرتا ہے خفیہ رکھے گا اور اس معلومات کو صرف مقامی، ریاستی اور وفاقی ایجنسیوں کے ساتھ شیئر کرے گا جو HRA کے SNAP اور مالی معاونت کے فوائد کے پروگرامز کی نگرانی کرتی ہیں۔

تبدیلی کی اطلاع – میں ایجنسی کو فوری طور پر اپنی ضروریات، رہائش گاہ/پتے، رہائشی انتظامات، گھرانے کے سائز، آمدنی، ملازمت، جائیداد/وسائل، زیر کفالت فرد کی نگہداشت کے اخراجات، بیمہ صحت، امیگریشن کی اطمینان بخش حیثیت رکھنے والے غیر شہریت یافتہ فرد/شہریت کی حیثیت، صحت مند بالغ شخص جن کے زیر کفالت کوئی نہ ہو (able-bodied adult without dependents, ABAWD) کی حیثیت، حمل کی حیثیت یا رہائشی انتظامات میں کسی تبدیلی کی اپنے بہترین علم یا یقین کے مطابق اطلاع دوں گا/گی۔

اگر میں نگہداشت اطفال معاونت کے لیے درخواست دے رہا ہوں، تو میں ایجنسی کو اپنی خاندانی آمدنی، میرے گھر میں رہائش پذیر افراد، ملازمت، بچوں کی دنگہداشت کے انتظامات یا دیگر تبدیلیوں کی جو میری مسلسل اہلیت یا میرے فائدے کی رقم کو متاثر کر سکتی ہیں، سے فوری طور پر مطلع کرنے سے اتفاق کرتا ہوں۔

سزائیں – وفاقی اور ریاستی قوانین جرمانہ، قید یا دونوں کی سزائیں تجویز کرتے ہیں، اگر آپ عوامی معاونت، Medicaid، تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام، خدمات یا نگہداشت اطفال معاونت ("معاونتی فوائد یا خدمات") کی تصحیح کرتے ہوئے یا کسی بھی وقت آپ کی اہلیت کے بارے میں آپ سے سوال کیے جانے پر کسی بھی وقت سچ نہ بولیں یا کسی شخص کو سچ نہ بولنے کا سبب بنیں یا اپنی اہلیت کو جاری رکھیں تو۔ جرمانے اس وقت بھی لاگو ہوتے ہیں اگر آپ امداد، فوائد یا خدمات کے لیے اپنی ابتدائی اور جاری رکھنے کی اہلیت سے متعلق حقائق کو چھپاتے یا ظاہر کرنے میں ناکام رہتے ہیں، یا اگر آپ ایسے حقائق کو چھپاتے یا ظاہر کرنے میں ناکام رہتے ہیں جو کسی ایسے شخص کے حق پر اثر انداز ہوں گے جس کے لیے آپ نے دوبارہ تصدیق کی ہے یا اسے جاری رکھنا ہے۔ امداد، فوائد یا خدمات حاصل کریں۔ اگر آپ ایک مجاز نمائندے ہیں، تو اس قسم کی امداد، فوائد یا خدمات دوسرے شخص کے لیے استعمال کی جائے نہ کہ اپنے لیے۔ وفاقی اور ریاستی قوانین مزید یہ بھی کہتے ہیں کہ کسی بھی فرد کے نرسنگ سہولت کی خدمات کو موصول کرنے اور Medicaid کے لیے درخواست جمع کروانے کے مہینے سے 60 مہینے پہلے تک اس فرد یا اس کی شریک حیات کے ذریعے منصفانہ مارکیٹ قیمت سے کم قیمت پر کسی اثاثے کی منتقلی اس فرد کو نرسنگ سہولت کی خدمت یا گھر یا کمیونٹی پر مبنی معافی والی خدمات کیا پیک منٹ کے لیے نا اہل ہوگا۔ معلومات کو چھپا کر یا جھوٹی معلومات فراہم کر کے معاونت، فوائد یا خدمات حاصل کرنا غیر قانونی ہے۔

تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام نابلت کے جرمانے – تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے لیے اپنی درخواست کے تعلق سے آپ کی طرف سے فراہم کردہ کوئی بھی معلومات وفاقی، ریاستی اور مقامی حکام کے ذریعے توثیق کے تابع ہوگی۔ اگر کوئی معلومات غلط ہوں تو آپ کو SNAP کے فوائد فراہم کیے جانے سے انکار کیا جا سکتا ہے۔ اگر آپ جان بوجھ کر کوئی غلط معلومات فراہم کریں تو آپ کے خلاف فوجداری مقدمہ چلایا جا سکتا ہے، جس کے نتیجے میں آپ کی اہلیت یا فوائد کی مقدار متاثر ہو سکتی ہے۔ جان بوجھ کر SNAP کی اجازت کارڈوں کو استعمال کرنے، منتقل کرنے، حاصل کرنے، اس میں رد و بدل کرنے یا اسے اپنے پاس رکھنے کے سنگین جرم میں سزا یافتہ شخص پر \$250,000 تک کا جرمانہ عائد کیا جا سکتا ہے، اور اسے 20 سال تک قید یا دونوں سزائیں دی جا سکتی ہے۔ ایسے شخص کے خلاف قابل اطلاق وفاقی اور ریاستی قوانین کے تحت بھی مقدمہ چلایا جا سکتا ہے۔ اگر کوئی فرد پروبیشن یا پیرول کی کسی شرط کی خلاف ورزی کر رہا ہے یا کوئی بھی فرد یا جو کسی جرم کے لیے قانونی چارہ جوئی، حراست یا قید سے بچنے کے لیے فرار ہے اور قانون نافذ کرنے والے ادارے فعال طور پر ان کا تعاقب کر رہے ہیں، SNAP کی مراعات حاصل کرنے کے اہل نہیں ہیں۔

اگر آپ فوائد کے اہل بننے یا زیادہ فوائد حاصل کرنے کے لیے کوئی جھوٹا یا گمراہ کن بیان دیں، حقائق سے متعلق غلط بیانی سے کام لیں، ان پر پردہ ڈالیں یا چھپائیں؛ جان بوجھ کر پروٹکٹ کو تلف کر کے، ٹبہ واپس کر کے ڈپازٹ رقم کے لیے نقد رقم حاصل کرنے کے ارادے سے SNAP فوائد والی کوئی پروٹکٹ خریدیں؛ یا SNAP فوائد، اجازت والے کارڈز یا الیکٹرانگ بینیفٹ ٹرانسفر (Electronic Benefit Transfer, EBT) سسٹم کے حصے کے طور پر، دوبارہ استعمال کیے جانے کے قابل دستاویزات کو استعمال کرنے، پیش کرنے، منتقل کرنے، حاصل کرنے، موصول کرنے، اپنی ملکیت میں رکھنے یا ٹریفنگ کرنے کے مقصد سے کوئی بھی ایسی کارروائی کرتے ہیں یا کرنے کی کوشش کرتے ہیں جس سے وفاقی یا ریاستی قانون کی خلاف ورزی ہوتی ہے، تو آپ کو SNAP کے لیے نابل سمجھا جا سکتا ہے یا ارادی طور پر پروگرام کی خلاف ورزی (Intentional Program Violation, IPV) کا مرتکب سمجھا جا سکتا ہے۔ اس کے علاوہ، درج ذیل کی اجازت نہیں ہے اور، آپ کو SNAP کے فوائد حاصل کرنے سے نابل قرار دیا جا سکتا ہے اور/یا ایسی کارروائیوں کے لیے جرمانوں کا مستوجب بنایا جا سکتا ہے جس میں یہ شامل ہیں:

- SNAP فوائد کو غیر غذائی ایشیا جیسا کہ شراب یا سک [گریٹ خریدنے کے استعمال کرنا؛
- SNAP فوائد کو اس سے قبل ادھار پر خریدی غذائی ایشیا کے لیے ادائیگی کے لیے استعمال کرنا؛
- کسی دوسرے شخص کو نقد رقم، آتشیں اسلحوں، گولہ بارود یا دھماکہ خیز مواد، یا منشیات یا اسکی ایسے شخص کے لیے کھانے کی ایشیا خریدنا جو کہ آپ کے آپ کے SNAP گھرانے کا فرد نہیں ہے گولہ بارود یا دھماکہ خیز مواد گولہ بارود یا دھماکہ خیز مواد اپنا EBT کارڈ استعمال کرنے کی اجازت دینا۔
- ایسے EBT کارڈز استعمال کرنا یا اسے اپنے پاس رکھنا، جو کہ آپ کی ملکیت والا نہیں ہے، کارڈ کے مالک رضامندی کے بغیر۔

ایسے افراد جنہیں یا تو انتظامی نا اہلی کی سماعت کے ذریعے یا وفاقی، ریاستی یا مقامی عدالت کے ذریعے IPV کا مرتکب پایا گیا ہو، یا جنہوں نے مواخذہ کے لیے ریفر کردہ کیسز میں انتظامی نا اہلی کی سماعت کے حق سے دستکشی یا نا اہلی کی منظوری کے معاہدے پر دستخط کیے ہوں وہ درج ذیل مدت تک SNAP میں شرکت کرنے کے نا اہل ہوں گے:

- پہلی SNAP IPV کے لیے 12 مہینے؛
 - دوسری SNAP IPV کے لیے 24 ماہ؛
 - اس پہلی SNAP IPV کے لیے 24 ماہ، جو کہ کسی عدالت کے ذریعہ اخذ کردہ اس نتیجے پر مبنی ہو کہ اس فرد نے SNAP کی مراعات کو کنٹرول شدہ مادوں (جیسے غیر قانونی منشیات یا ایسی مخصوص ادویات جن کے لیے ڈاکٹر کا نسخہ درکار ہو) کی فروخت پر مشتمل لین دین میں استعمال کیا یا حاصل کیا؛ یا
 - اس فرد کے لیے 120 ماہ جس نے اپنے متعلق یا اپنی رہائش کی جگہ سے متعلق دھوکہ دہی پر مبنی بیانات دیے، تا کہ وہ بیک وقت متعدد SNAP فوائد حاصل کر سکے، الا یہ کہ اسے تیسری SNAP IPV کے لیے مستقل طور پر نا اہل قرار دیا گیا ہو۔
- مزید یہ کہ کوئی عدالت کسی فرد کو مزید 18 مہنوں کے لیے SNAP میں شرکت کرنے پر پابندی عائد کر سکتی ہے۔

کسی فرد کو درج ذیل کی وجہ سے SNAP کے فوائد حاصل کرنے سے مستقل طور پر نااہل قرار دیا جا سکتا ہے:

- پہلی SNAP IPV جو کہ عدالت کے اخذ کردہ اس نتیجے پر مبنی ہو کہ اس فرد نے SNAP کی مراعات کو آتشیں اسلحہ، گولہ بارود یا دھماکہ خیز مواد کی فروخت پر مشتمل لین دین میں استعمال یا حاصل کیا؛
- پہلی SNAP IPV جو کہ SNAP فوائد کی \$500 یا اس سے زائد مجموعی رقم کے عوض ٹریفکنگ کیے جانے کے عدالتی کے فرد جرم پر مبنی ہو (ٹریفکنگ میں غیر قانونی استعمال، منتقلی، حصول، SNAP کی اجازت دہنگی کے کارڈز یا رسائی کے آلات میں رد و بدل یا ان کی ملکیت ہونا شامل ہیں)؛
- دوسری SNAP IPV جو کہ عدالت کے اخذ کردہ اس نتیجے پر مبنی ہو کہ اس فرد نے SNAP فوائد کو کنٹرول شدہ مادوں (جیسے غیر قانونی منشیات یا ایسی مخصوص ادویات جس کے لیے ڈاکٹر کا نسخہ درکار ہو) کی فروخت پر مشتمل لین دین میں استعمال کیا یا حاصل کیا؛ یا
- تیسری SNAP IPV۔

گھرانے کے اخراجات کی اطلاع/توثیق کرنے کی ضرورت – آپ کے گھرانے کے لیے چائلڈ کیئر اور یوٹیلٹی اخراجات کی اطلاع دینا لازمی ہے تاکہ ان اخراجات کے لیے تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کی کٹوتی حاصل کر سکیں۔ آپ کے گھرانے کو کرایہ/رہن کی ادائیگی، جائیداد ٹیکس، بیمہ، طبی اخراجات اور چائلڈ سپورٹ جو کسی گھرانے کے غیر فرد کو دی گیا ہو تاکہ ان اخراجات کے لیے SNAP کی کٹوتی حاصل کی جائے۔ مذکورہ بالا اخراجات کی اطلاع دینے/توثیق کرنے میں ناکامی کو آپ کے گھرانے کی طرف سے ایک ایسے بیان کے طور پر دیکھا جائے گا کہ آپ ان غیر مطلع شدہ/غیر توثیق شدہ اخراجات کے لیے کٹوتیاں حاصل کرنا نہیں چاہتے۔ ان اخراجات کے لیے کیے جانے والی کٹوتیاں آپ کو SNAP کے لیے اہل بنا سکتی ہیں یا آپ کے SNAP کے فوائد میں اضافہ کر سکتی ہیں۔ آپ مستقبل میں کسی بھی وقت ان اخراجات کی اطلاع دے سکتے ہیں/ان کی توثیق کر سکتے ہیں۔ کٹوتی کا اطلاق اس کے بعد، آگے مہینوں میں SNAP کے فوائد کا حساب لگانے کے لیے، اطلاع کی تبدیلی کے مطابق کیا جات ہے (اوپر اطلاع دی ہوئی تبدیلی کریں ملاحظہ کریں)۔

تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام کا مجاز نمائندہ – آپ کسی بھی ایسے شخص کو جو آپ کے گھرانے کے حالات سے واقف ہوں، یہ اختیار دے سکتے ہیں کہ وہ آپ کے لیے تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کی مراعات کے لیے ری سرٹیفائی کریں۔ آپ اپنے گھرانے سے باہر کے کسی شخص کو بھی اجازت دے سکتے ہیں کہ وہ آپ کے لیے SNAP کے فوائد حاصل کرے یا انہیں آپ کے لیے غذائی اشیاء خریدنے کے لیے استعمال کرے۔ اگر آپ کسی دوسرے شخص کو مجاز بنانا چاہتے ہیں تو آپ کو تحریری طور پر ایسا کرنا ہو گا۔ آپ کسی دوسرے شخص کو اختیار دینے کے لیے اس کا نام، پتہ اور فون نمبر نیچے فوری طور پر نیچے لکھنے اور اس دوبارہ تصدیق کے فارم کے آخر میں اپنی دستخط کر کے ایسا کر سکتے ہیں۔ جب کسی SNAP گھرانے کی طرف سے کوئی مجاز نمائندہ درخواست دیتا ہے، جو کہ کسی ادارے کے اندر رہائش پذیر نہیں ہے، مجاز نمائندے اور گھرانے کا ذمہ دار بالغ شخص دونوں کو اس ری سرٹیفیکیشن کے آخر میں دستخط کے حصے میں دستخط کرنی ہوگی، سوئے اس کے کہ SNAP گھرانے نے اس کے لیے دوسری صورت میں تحریری طور پر مجاز نمائندہ نامزد کیا ہو۔

مجاز نمائندے کا نام، پتہ، اور فون نمبر (براہ کرم بڑے حروف میں لکھیں):

معیاری یوٹیلٹی الاؤنس – میں اس بات کو سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ عوامی معاونت اور تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام (SNAP) کے وصول کنندگان واضح طور پر ہوم اینرجی معاونت پروگرام (HEAP) آمدنی کے اہل ہیں۔ میں یہ بات بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں نے اس ماہ یا پچھلے 12 مہینوں میں HEAP کی \$20 سے زیادہ والی رقم یا اقسام کی اینرجی معاونت پروگرام حاصل نہیں کیا ہے، مجھے حرارت یا اینر کنڈیشننگ کے لیے اپنے کرائے سے علیحدہ ور پر ادائیگی کرنی ہوگی، معیاری یوٹیلٹی الاؤنس (یعنی کٹوتی) ہیئت اور کولنگ برائے SNAP موصول کرنے کے لیے۔ میں یہ بات بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ریاست میری سوشل سیکیورٹی نمبر کو و میے ہون اینرجی وینڈرز کی HEAP رسید کی توثیق کرنے کے لیے کرے گا۔ اس اجازت نامے میں میرے کسی بھی ہوم اینرجی وینڈرز (بشمول میری یوٹیلٹی) کو اجازت شامل ہے کہ وہ کم آمدنی والے خصوصی شماریاتی معلومات ہوم اینرجی معاونتی پروگرام کی کارکردگی کی پیمائش کے مقاصد کے لیے استعمال کرنے کے لیے جاری کرے، بشمول لیکن بلامحدود میرا سالانہ بجلی کا استعمال، بجلی کی لاگت، ایندھن کی کھپت، ایندھن کی قسم، ایندھن کی سالانہ لاگت، نیو یارک ریاست کے دفتر برائے عارضی اور معذوری کی معاونت، مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ اور ریاستہائے متحدہ کا محکمہ صحت اور انسانی خدمات۔

طبی معلومات کا اجرا – میں میرے بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ، دیگر کسی نگہداشت صحت فراہم کنندہ یا نیویارک اسٹیٹ کے محکمہ صحت (DOH) کو اپنے یا میرے خاندان کے افراد کو جن کے لیے میں قانونی طور پر اپنا رضامندی دے سکتا/سکتی ہوں سے متعلق طبی معلومات کو میرے صحت کے منصوبے اور کسی بھی نگہداشت فراہم کنندہ کو جاری کرنے کی رضامندی دیتا/دیتی ہوں جو میری اور میرے خاندان کی نگہداشت میں شامل ہے، کو میری صحت کے منصوبے یا میرے فراہم کنندگان کو معالجہ کی انجام دہی، دانگی یا نگہداشت صحت سے متعلق دیگر کارروائیوں کو انجام دہی کے لیے معقول طور پر ضروری حد تک DOH کو اور دیگر مجاز وفاقی، ریاستی اور مقامی ایجنسیوں کو Medicaid کے نظم کے مقاصد سے اور میرے صحت کے منصوبے یا دیگر اخص یا تنظیموں کی طرف سے میری صحت کے منصوبوں کے لیے معقول حد تک ضروری منصوبے انجام دینے کے لیے معالجے جی انجام دہی، ادائیگی یا نگہداشت صحت کی کارروائیوں میں اپنے اور اپنے خاندان کے تمام اراکین جن کے لیے میں معاونت اور خدمات کے حوالے سے قانونی طور پر اجازت دے سکتا ہوں کہ صحت سے متعلق معلومات اور اپنی ملازمت سمیت کام کی سرگرمیوں میں شرکت کی اہلیت کو جاری کرنے کی اجازت نیو یارک اسٹیٹ آف ٹیمپری اینڈ ڈس ایبلٹی اسسٹنس (OTDA)، نیو یارک اسٹیٹ آفس آف چلڈرن اینڈ فیملی سروسز (New York State Office of Children and Family Services) یا مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو دیتا/دیتی ہوں، جیسا کہ عوامی معاونت کے فوائد کی فراہمی، خدمات، بشمول بچوں کی فلاحی خدمات؛ کام سے متعلق سرگرمی کی مناسب تفریح کے تعین کے لیے؛ سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم (Supplemental Security Income) فوائد کے لیے درخواست دینے کی ضرورت کا تعین کرنے اور درخواست دینے کے لیے اور مالی معاونت کی رسید پر ریاست کے ساٹھ ماہ کے وقت سے استثناء حاصل کرنے کی اہلیت کا تعین کرنے کے لیے معقول طور پر ضروری ہو۔ اگر مجھے سوشل سیکیورٹی انتظامیہ کی طرف سے نظم کیے جانے والے فوائد کے لیے درخواست دینے کی ضرورت ہو تو مذکورہ بالا صراحت کردہ معلومات کو سوشل سیکیورٹی انتظامیہ کے ساتھ بھی اشتراک کیا جا سکتا ہے۔ میں اس بات پر بھی رضامند ہوں کہ جاری کی جانے والی معلومات میں میرے اور میرے خاندان کے متعلق HIV، ذہنی صحت یا شراب اور منشیات کے بیجا استعمال کی معلومات بھی قانون کی طرف سے مجاز کردہ حد تک شامل ہو سکتی ہے، سوائے اس کے کہ نیچے اک خانے پر نشان لگا دیا گیا ہو۔ اگر خاندان کے ایک سے زائد بالغ اشخاص ایک Medicaid صحت پلان میں شامل ہو رہے ہیں، تو درخواست دینے والے ہر ایک بالغ شخص کے دستخط معلومات کے اجراء کی رضامندی کی فراہمی کے لیے ضروری ہیں۔ من سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ کسی بھی نا بالغ بچے کی معلومات کے اجرا سے متعلق میری رضامندی کی قابلیت، جن کے لیے میں رضامندی دے سکتا/سکتی ہوں اس حد تک محدود ہے جو میں ان کی طرف سے معالجے، تشخیصات اور کارروائیوں سے متعلق معلومات کو حاصل کر سکتا ہوں۔

_____ HIV/AIDS کی معلومات ظاہر نہ کریں
_____ ذہنی صحت کی معلومات کو ظاہر نہ کریں
_____ منشیات یا شراب کے بیجا استعمال کی معلومات

ابتدائی مداخلتی پروگرام کے لیے معلومات کا اجرا – میں سوشل سروسز ڈسٹرکٹ اور نیو یارک اسٹیٹ کو صحت کی خدمات فراہم کنندگان کے ساتھ، جیسا کہ عوامی معاونت کے فوائد کے سلسلے میں سوشل سروسز ڈسٹرکٹ یا اسٹیٹ آف نیویارک کے ذریعہ تفویض کیا گیا ہے، جو میرے یا میرے گھرانے کے کسی بھی فرد جن کے لیے میں قانونی طور پر اپنی صحت کی دیکھ بھال کے معیار کو بہتر بنانے اور مجموعی طور پر فلاح و بہبود کے مقصد کے لیے اور اضافی فوائد کی وصولی کو سہولت بہم پہنچانے کے لیے، میں یا میرے گھرانے کا کوئی فرد اہل ہوسکتا ہے کے لیے معلومات کے اشتراک کی اجازت دیتا ہوں۔

ابتدائی مداخلتی پروگرام کے لیے معلومات کا اجرا – اگر میرے بچے/بچی کی تشخیص کی جائے وہ یارک اسٹیٹ ابتدائی مداخلت کا پروگرام میں شرکت کرے (New York State Early Intervention Program) تو میں سوشل سروسز ڈسٹرکٹ اور نیویارک اسٹیٹ کو اس بات کی اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ میرے بچے/بچی کی Medicaid اہلیت کی معلومات میری کاؤنٹی یا میونسپل ابتدائی مداخلتی پروگرام کو Medicaid کی بلنگ کے مقصد سے اشتراک کرے۔

بچے/نو عمر کا صحت کا پروگرام – میں اس بات کو سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر میرا بچہ/میری بچی Medicaid پر ہے تو وہ مجموعی ابتدائی اور تدارکی نگہداشت بشمول تمام ضروری معالجات کو بچہ/نو عمر ہیلتھ پروگرام کے ذریعے حاصل کر سکتا/سکتی ہے۔ میں اس بارے میں مزید معلومات سوشل سروسز ڈسٹرکٹ سے حاصل کر سکتا/سکتی ہوں۔

MEDICARE – میں Medicare (عنوان XVIII کا حصہ B، سپلیمنٹری میڈیکل انشورنس پروگرام) کے تحت ادائیگیوں کو راست طور پر معالجین اور طبی سپلائروں مستقب کی کسی بھی غیر ادا شدہ طبی بلوں اور صحت کی خدمات کے لیے جو مجھے موصول ہوئی میرے Medicaid رہنے کے دوران کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔

MEDICAID کے تحت طبی اخراجات کی واپسی – میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے اپنی Medicaid درخواست کے حصے کے طور پر، یا اپنی درخواست کی تاریخ سے دو سال کے اندر، ان اخراجات کی واپسی کی درخواست کرنے کا حق حاصل ہے جو میں نے اپنی درخواست کے مہینے سے پہلے والے تین ماہ کی مدت کے دوران موصول کردہ کورڈ طبی نگہداشت، خدمات اور سامان کے لیے ادا کیے تھے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری درخواست کی تاریخ کے بعد، کورڈ طبی نگہداشت، خدمات اور سامان کی ادائیگی کی واپسی صرف اس صورت میں دستیاب ہوگی اگر انہیں Medicaid کے پاس اندراج شدہ فراہم کنندگان سے حاصل کیا گیا ہو۔

بیمہ/دیگر فوائد اور راست ادائیگی کی تفویض – عوامی معاونت اور Medicaid کے لیے، میں صحت یا حادثے کے بیمے کے فوائد اور کسی بھیذاتی زخم کے دعوؤں یا کسی بھی ایسے وسائل کے لیے کے لیے کوئی بھی دعویٰ فائل کرنے سے اتفاق کرتا ہوں جن کے لیے میں مستحق ہو سکتا ہوں، اور میں بذریعہ ہذا ایسے کسی بھی وسائل کو سوشل سروس ڈسٹرکٹ کو تفویض کرنے سے اتفاق کرتا ہوں، جن کے لیے میں نے درخواست دی ہے۔ اس کے علاوہ، میں سوشل سروس ڈسٹرکٹ کو کوئی بھی تفویض کردہ فوائد دستیاب کرانے میں مدد کروں گا جس کو یہ ری سرٹیفیکیشن دی گئی ہے۔

میں اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ صحت یا حادثاتی بیمہ کے فوائد کے لیے مجھ پر یا میرے گھر کے افراد پر واجب الادا ادائیگیاں ہمارے Medicaid کے لیے اہل ہونے کے دوران براہ راست طبی اور دیگر صحت کی خدمات فراہم کرنے والے متعلقہ سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو دی جائیں۔

MEDICAID باز یافتگی – Medicaid وصول کرنے کے بعد، اگر آپ کسی طبی ادارے میں ہیں اور آپ کے گھر واپس آنے کی توقع نہیں ہے تو کچھ خاص حالات میں آپ کی حقیقی جائیداد کے بدلے میں ایک استحقاق فائل کیا جا سکتا ہے اور باز یافتگی کی جا سکتی ہے۔ آپ کی طرف سے ادا کردہ MA ان افراد سے وصول کیا جا سکتا ہے جن پر طبی خدمات حاصل کرنے کے وقت آپ کی مدد کی قانونی ذمہ داری عائد تھی۔ MA ایسی سروسز اور پریمنیمز کی لاگت کی باز یافتگی بھی کر سکتا ہے جو غلطی سے ادا کی گئی ہوں۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ 1 اپریل 2014 سے مؤثر ہ، اگر میں نیو یارک اسٹیٹ آف ہیلتھ کے ذریعے Medicaid حاصل کرتا ہوں تو:

- میری موت سے پہلے میری حقیقی جائیداد پر کوئی استحقاق نہیں رکھا جائے گا۔
- میری موت کے بعد میری زمینی جائیداد میں موجود اثاثوں سے وصولی اس رقم تک محدود ہے جو Medicaid نے نرسنگ ہوم کینر، گھر اور کمیونٹی کی بنیاد پر خدمات، اور متعلقہ ہسپتال اور نسخے سے متعلق ادویات کی خدمات کی قیمت کے لیے ادا کی ہے جو میری 55 ویں سالگرہ کو یا اس کے بعد موصول ہوئی ہوں۔

عوامی معاونت کی باز یافتگیاں – وہ عوامی معاونت (PA) جو آپ اپنے لیے اور ان افراد کے لیے وصول کرتے ہیں جن کی اعانت کے لیے آپ قانونی طور پر ذمہ دار ہیں، اس رقم سے وصول کی جا سکتی ہے جو آپ کے پاس ہے یا جسے آپ حاصل کر سکتے ہیں۔ آپ کے ٹیکس کی واپسی اور لاٹری جیتنے والے حصے PA کے لیے آپ کے قرض کی ادائیگی کے لیے لیے جا سکتے ہیں۔

ریٹرو ایکٹیو سپلیمنٹل سیکورٹی انکم سے عوامی معاونت کے فوائد کی ادائیگی کے لیے اجازت نامہ – میں سوشل سیکورٹی ایڈمنسٹریشن (Social Security Administration, SSA) کے کمشنر کو ضمنی سیکورٹی آمدنی (SSI) (Supplemental Security Income) یعنی میری سابقہ SSI ادائیگی کی اپنی پہلی ادائیگی کو عوامی معاونت (Public Assistance, PA) کے لیے لوکل سوشل سروسز ڈسٹرکٹ (social services district, SSD) کو باز ادائیگی کرنے کے لیے استعمال کرنے کا اختیار دیتا/دیتی ہوں؛ SSD مجھے ریاستی یا مقامی فنڈز سے ادائیگی کرتا ہے جبکہ SSA فیصلہ کرتا ہے کہ آیا میں SSI کے لیے اہل ہوں۔ SSA کے لیے SSD کو کسی بھی PA کے لیے باز ادائیگی نہیں کرے گا، جو وفاقی فنڈز کے ذریعے ادا کی گئی تھی۔

میں صرف اس اجازت کا پابند رہوں گا جب ریاست SSA کو نوٹس دے کہ میں نے اور SSD کے نمائندے نے اس پر دستخط کیے ہیں۔ ریاست کو میرے SSI ریکارڈ کو میرے ریاستی ریکارڈ سے ملانے کے 30 کیلنڈر دنوں کے اندر اطلاع دینی چاہیے۔ SSA اسے 30 کیلنڈر دنوں کے بعد قبول نہیں کرے گا۔ اس کے بجائے، SSA کے ضابطوں کے تحت SSA میری سابقہ SSI کی ادائیگی مجھے بھیجے گا۔

صرف میری SSI کی پہلی ادائیگی استعمال کی جا سکتی ہے۔ اگر میری پہلی ادائیگی SSD کو واجب الادا رقم سے زیادہ ہے، تو SSA اپنے قوانین کے تحت باقی رقم مجھے بھیجے گا۔

SSA دو صورتوں میں SSD کی باز ادائیگی کر سکتا ہے:

- (1) اگر میں SSI کے لیے درخواست دیتا ہوں اور SSA مجھے اہل پاتا ہے تو یہ SSD کو باز ادائیگی کرے گا۔
- (2) اگر میرے SSI فوائد ختم یا معطل ہونے کے بعد بحال ہو جاتے ہیں تو یہ SSD کو واپس کر دے گا۔

SSA صرف PA کے لیے SSD کی واپسی کرے گا جو اس نے مجھے اس وقت ادا کیا تھا جب میں SSA کی اہلیت کے تعین کا انتظار کر رہا تھا۔ یہ "عبوری معاونت" کہلاتی ہے۔ یہ اس طرح ہوتا ہے: (1) پہلے مہینے کے ساتھ میں SSI فوائد کی ادائیگی کا اہل ہو جاتا ہوں؛ یا (2) میرے SSD کو معطل یا ختم کرنے کے بعد پہلے دن مجھے دوبارہ بحال کیا گیا ہے۔ مدت میں وہ مہینہ شامل ہے جب SSI ادائیگیاں اصل میں شروع ہوتی ہیں۔ اگر SSD میری آخری PA ادائیگی کو نہیں روکتی تو وہ میعاد اگلے ماہ ختم ہو جائے گی۔

SSA کے ذریعے SSD کو باز ادائیگی کیے جانے کے 10 دنوں کے اندر اندر، SSD کو مجھے ادا کی گئی وسط مدتی معاونت کی رقم بتاتے ہوئے ایک اطلاع بھیجی ہوگی۔ یہ نوٹس مجھے یہ بتائے گی کہ SSA مجھے یہ بتاتے ہوئے ایک خط بھیجے گی کہ مجھے واجب الادا کوئی بھی SSA رقم SSI کی جانب سے کس طرح مجھے بھیجی جائے گی اور یہ کہ اگر میں ریاست کے فیصلے سے اتفاق نہیں کروں تو میں ریاست کو کے اس فیصلے پر کیسے اپیل کر سکتا/سکتی ہوں۔

اس کے قواعد کے تحت SSA میرے ذریعے اس اجازت نامے پر دستخط کردہ تاریخ کو میرے پہلے SSI کے لیے اہل ہونے کی تاریخ کے طور پر استعمال کر سکتا/سکتی ہے۔ اگر میں نے اگلے 60 دنوں کے اندر SSI کے لیے درخواست دوں تو میں ایسا کروں گا/گی۔

اس اجازت نامے کا اطلاق کسی بھی SSI یا SSA کے پاس زیر التو میری کسی بھی اپیل پر ہوتا ہے۔ میرے SSI کیس کا مکمل طور پر فیصلہ کیے جانے کی صورت میں، یہ اجازت یہ ختم ہو جائے گی۔ یہ SSA کی طرف سے مجھے پہلی ادائیگی کرنے پر یہ ختم ہو جاتی ہے۔ ریاست اور میں بھی اس اجازت کو ختم کرنے پر اتفاق کر سکتے ہیں۔ اگر میں اس اجازت کے ختم ہونے کے بعد SSI کے لیے دوبارہ درخواست دوں، یا اگر میں اپنی درخواست یا اپیل کے زیر التو رہنے کی صورت میں ایک نئی SSI کلیم فائل کروں تو مجھے NYS قواعد کی مطابقت والے ایک نئی اجازت نامے پر دستخط کرنی ہوگی۔

اگر میں SSD کے ذریعے باز ادائیگی کے تعلق سے کیے گئے فیصلے سے اتفاق نہ کروں تو مجھے ایک منصفانہ سماعت کے لیے ایک موقع دیا جائے گا۔

مجھے "سوشل سروسز پروگرام کے بارے میں آپ کو کیا جاننا چاہیے"۔ کہلانے والے پمفلٹ کی ایک نقل دی جائے گی۔ میں عبوری معاونت کے تعلق سے اس کے موقف کو سمجھتی ہے۔

معاونت – خاندانی معاونت (Family Assistance, FA)، سیفٹی نیٹ معاونت (Safety Net Assistance, SNA) یا عنوان IV-E فوسٹر کیئر نگہداشت کی بطور ریاست اور سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو کے سپورٹ کے کسی حق کی کسی بھی دوسرے شخص سے جو درخواست گزار یا وصول کنندہ وک ان کے حق میں یا ان کی طرف سے یا خاندان کے کسی بی رکن کی طرف سے جن کے لیے درخواست کنندہ یا وصول کنندہ معاونت کے لیے درخواست کر رہا ہے یا موصول کر رہا ہے معانور تفویض کے لیے، موصولی کے لیے (سوشل سروس قانون سیکشن 158 اور 348)۔ یہ تفویض مخصوص صورتوں میں محدود رہے گی۔ اس سرٹیفیکیشن کے دیگر سیکشن اضافی تفویضات پر مشتمل ہیں۔

معاونتی حقوق کی تفویض – میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے 'چائلڈ سپورٹ سروسز (Child Support Services) کے لیے ریفرل' کا LDSS-5145 فارم فراہم کیا جائے گا جو مجھے مکمل کر کے چائلڈ سپورٹ اینفورسمنٹ یونٹ (Child Support Enforcement Unit) کو لوٹانا ہوگا۔ گھریلو تشدد کی صورتحال یا دیگر نیک مقاصد کے علاوہ، معاونت حاصل کرنے کی شرط کے طور پر، میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے کسی بھی غیر تحویلی، مہینہ یا مقصود والدوالدہ کو تلاش کرنے؛ غیر شادی شدہ جوڑوں کے بہان پیدا ہونے والے ہر 21 سال سے کم عمر بچے کے لیے قانونی ولدیت کا تعین کرنے اور اعانت کے آرڈرز کو قائم، ان میں ترمیم اور/یا ان کا نفاذ کرنے کے لیے چائلڈ سپورٹ اینفورسمنٹ یونٹ کے ساتھ تعاون کرنا ہوگا۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے LDSS-4279 فارم، 'معاونت کے لیے ذمہ داریوں اور حقوق کا نوٹس' فراہم کیا جائے گا، جو میرے چائلڈ سپورٹ اینفورسمنٹ یونٹ کے ساتھ تعاون نہ کرنے کی صورت میں میری ذمہ داریوں اور حقوق کی وضاحت کرتا ہے۔

جن افراد پر میری اعانت کی قانونی ذمہ داری ہے میں ان کی جانب سے اپنے پاس موجود اعانت کے حوالے سے کوئی بھی فیملی ممبر کی جانب سے اعانت کے حوالے سے اپنے پاس موجود کوئی بھی حق ریاست اور سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو تفویض کرتا/کرتی ہوں جس کی طرف سے میں اعانت موصول کرنے کے لیے درخواست دے رہا/رہی ہوں۔ جہاں پر خاندانی معاونت یا سیفٹی نیٹ معاونت کے لیے درخواست کرتے وقت، میرے تفویض کردہ معاون حقوق اس معاونت تک محدود رہیں گے، جو میرے اور/یا میرے خاندان کے کسی بھی فرد کو موصول ہونے والی معاونت کی میعاد کے دوران ہوں گے۔ تاہم، ریاست کو میری یا میرے خاندان کے کسی فرد کی طرف سے میرے ذریعے اکتوبر 1، 2009 سے پہلے، ریاست کو تفویض کردہ کسی بھی سپورٹ حقوق کی، تفویض ریاست کو جاری رہے گی۔

ہوم اینرجی معاونتی پروگرام – میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس درخواست سرٹیفیکیشن پر دستخط کر کے، میں ہوم اینرجی معاونتی پروگرام (HEAP) کے فوائد کے تعلق سے اپنی طرف سے دی گئی کسی بھی معلومات کی توثیق اور تصدیق کے لیے کسی بھی مجاز حکومتی ایجنسی کی طرف سے ان پر کسی بھی قسم کی تفتیش اور دیگر کے لیے رضا مند ہوں۔ میں اس ری سرٹیفیکیشن میں فراہم کردہ معلومات کو دستیاب وچھراٹزیشن معاونتی پروگرامز اور میری یوٹیلٹی کمپنی کے کم آمدنی والے پروفگرامز میں استعمال کے لیے بھی رضامند ہوں۔

میں یہ بات بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ریاست میری سوشل سیکیورٹی نمبر کو و میے ہوم اینرجی وینڈرز کی HEAP رسید کی توثیق کرنے کے لیے کرے گا۔ اس اجازت نامے میں میرے کسی بھی ہوم اینرجی وینڈرز (بشمول میری یوٹیلٹی) کو اجازت شامل ہے کہ وہ کم آمدنی والے خصوصی شماریاتی معلومات ہوم اینرجی معاونتی پروگرام کی کارکردگی کی پیمائش کے مقاصد کے لیے استعمال کرنے کے لیے جاری کرے، بشمول لیکن بلامحدود میرا سالانہ بجلی کا استعمال، بجلی کی لاگت، ایندھن کی کھپت، ایندھن کی قسم، ایندھن کی سالانہ لاگت، نیو یارک ریاست کے دفتر برائے عارضی اور معنوری کی معاونت، مقامی سوشل سروسز ڈسٹرکٹ اور ریاستہائے متحدہ کا محکمہ صحت اور انسانی خدمات۔

جنسی حملے کی اطلاع – اگر آپ کسی جنسی حملے کے شکار شخص ہیں تو آپ کو سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کی طرف سے ریفرال معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ ریفرال معلومات کے لیے درخواست کریں تو سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو چاہیے کہ وہ آپ کو درج ذیل میں سے کسی کے پتے اور فون نمبرات فراہم کریں: (1) NYS کے محکمہ صحت کے ذریعے سند یافتہ جنسی حملے کی فاریسک معائنہ کر کے خدمات کی پیشکش کرنے والے مقامی ہسپتال؛ (2) مقامی عصمت دری کے بحران کے مراکز؛ (3) جنسی حملے کے شکار لوگوں کے لیے مناسب مقامی وکالت، مشاورت اور ہاٹ لائن خدمات۔ مزید یہ کہ سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو چاہیے کہ وہ آپ کو جنسی حملہ اور گھریلو تشدد کے لیے NYS ہاٹ لائن نمبر فراہم کریں: (800) 942-6906 اور (TTY) 818-0656 (800)۔

نگہداشت اطفال کی معاونت کے لیے سرٹیفیکیشن – اگر میں نگہداشت اطفال کی معاونت کے لیے درخواست دے رہا/رہی ہوں تو، میں اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میرے خاندان کے وسائل \$1,000,000 سے زیادہ نہیں ہیں۔

| | | | |
|---|---------------------|--------------------------------------|---------------------|
| میں نے مذکورہ بالا اطلاعات کو پڑھا ہے اور انہیں سمجھتا/سمجھتی ہوں۔ میں تفویضات، اجازتوں اور رضامندیوں کو سمجھتا/سمجھتی ہوں اور اس بات پر متفق ہوں۔ میں جھوٹی گواہی کے جرماتوں کے تحت قسم کھاتا/کھاتی ہوں/یا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میرے ذریعے سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو دی گئی/یا دی جانے والی معلومات مکمل اور درست ہے۔ | | | |
| درخواست گزار کا دستخط | دستخط کرنے کی تاریخ | شریک حیات یا حفاظتی نمائندے کا دستخط | دستخط کرنے کی تاریخ |
| X | | X | |
| مجاز نمائندے کی دستخط | دستخط کرنے کی تاریخ | | |
| X | | | |

اگر آپ اپنا کیس ایک یا زائد پروگرامز کے لیے بند کرنا چاہتے ہیں تو درج ذیل کو پُر کریں۔

میں درخواست کرتا/کرتی ہوں کہ درج ذیل کے لیے میرا کیس ختم کیا جائے:

عوامی معاونت تکملاتی غذائی اعانت کے پروگرام کی مراعات طبی معاونت

میں سمجھتا ہوں کہ میں کسی بھی وقت دوبارہ درخواست دے سکتا/سکتی ہوں۔

وجہ بتائیں:

دستخط X

تاریخ



NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- NO** because I choose not to register **OR**
- I am already registered at my current address **OR**
- I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

Signature _____ Date _____ / _____ / _____

Please Print Name _____

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency. If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

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 양식을 원하시면 1-800-367-8683

으로 전화하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ই-ইলেক্ট্রনিক পথে চান তবে ১-৮০০-৩৬৭-৮৬৮৩ নম্বরে (ফোন করুন)

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day worker

| | | | |
|-----------|--|---|--|
| 1 | Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form | 2 | A) Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote. |
| 3 | Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____ | | |
| 4 | Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____ | | For Board Use Only |
| 5 | Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____ | | |
| 6 | Date of Birth | 7 | Gender (optional) |
| | | 8 | Telephone (optional) |
| | | Email (optional) _____ | |
| 10 | The last year you voted | Your address was (give house number, street and city) | |
| | | 9 | Under the name (if different from your name now) |
| 11 | Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ | | |
| | | 12 | |
| | | ID Number (Check the applicable box and provide your number) | |
| | | <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number | |
| | | Affidavit: I swear or affirm that | |
| | | <input type="checkbox"/> I am a citizen of the United States. <input type="checkbox"/> I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. <input type="checkbox"/> I will meet all requirements to register to vote in New York State. <input type="checkbox"/> This is my signature or mark on the line below. <input type="checkbox"/> The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. | |
| | | Signature or Mark in ink _____ | Date _____ / _____ / _____ |

(Optional) Register to donate your organs and tissues

| | | |
|------------------|--|----------------|
| Last Name _____ | | |
| First Name _____ | Middle Initial _____ | Suffix _____ |
| Address _____ | | |
| Apt Number _____ | City/Town/Village _____ | Zip Code _____ |
| Birth Date _____ | Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Eye Color _____ | Height _____ Ft. _____ In. | |
| Email _____ | DMV or ID NYC Number _____ | |

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health hospitals upon your death.



Signature _____

Date _____ / _____ / _____

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;
or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None." If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same."

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.