सार्वजनिक सहायता के लिए

आवेदन-पत्र और शपथ-पत्र

केवल कार्यालय उपयोग हेतु

IM **कार्यकर्ता** _____ **दिनांक** _____ **प्रकरण संख्या** _____

IM पर्यवेक्षक _____ **दिनांक** _____ **संबंधित प्रकरण संख्या(संख्याएँ)** _____

TANF स्थिति: **( ) NA ( ) RA ( ) RO ( ) TR** **पंजीकरण कि दिनांक** _____

अनुभाग I

आवेदक: इस पत्र को ध्यान से और परिशुद्धता से पूरा करने के लिए कृपया किसी पेन का उपयोग करें। यदि आप किसी उत्तर के बारे में आश्वस्त नहीं हैं, तो कृपया स्थान को रिक्त छोड़ दें। यदि आपके कोई प्रश्न हों, को काउंटी कल्याण कार्यकर्ता पूछें।

छायांकित बॉक्स में नहीं लिखें

1. आप किस(किन) कार्यक्रम(मों) के लिए आवेदन करना चाहते / चाहती हैं?

() जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF) **() केवल-AFDC मेडीकेड (Medicaid)** **() सामान्य सहायता**

() NJ SNAP कार्यक्रम **() शरणार्थी पुनर्वास कार्यक्रम**

() आपातकालीन सहायता **() नातेदारी देखभाल सब्सिडी कार्यक्रम**

मैं समझता / समझती हूँ (हम समझते हैं) कि WFNJ पात्रता की एक शर्त के रूप में, आत्मनिर्भरता प्राप्त करने के प्रयास में मुझे (हमें) लगातार और सक्रिय रूप से रोजगार की तलाश करनी आवश्यक होगी।

मैं समझता / समझती हूँ(हम समझते हैं) कि WFNJ पात्रता की एक शर्त के रूप में, मुझे (हमें) न्यू जर्सी वन स्टॉप कैरीयर केन्द्र में पंजीकरण कराने की आवश्यकता होगी।

2. क्या आप काम करने के / की इच्छुक हैं? **[ ] हाँ [ ] नहीं**

3. आवेदक का नाम: _____

(अंतिम) (प्रथम) (MI) (विवाह पूर्व)

4. निवास का पता: **वह स्थान जहाँ आप वास्तव में रहते /रहती हैं:**

_____

(नंबर और सड़क या RFD) (शहर) (राज्य) (ज़िप कोड)

यदि आपके निवास के पते से भिन्न है तो पता जहाँ आपकी डाक जाती है।

_____

(पी.ओ. बॉक्स, सड़क, या RFD) (शहर) (राज्य) (ज़िप कोड)

आपका टेलीफोन नंबर: **आवास** ( ) _____ **कार्य** ( ) _____ **सेल** ( ) _____

5. न्यू जर्सी निवास (NJ SNAP प्रयोजनों के लिए लागू नहीं)

आवास सत्यापन

क्या आपकी न्यू जर्सी में रहना जारी रखने की योजना है? **[ ] हाँ** **[ ] नहीं**

यदि **"नहीं"**, तो स्पष्ट करें_____.

6. आप अपनी गृहस्थी से बाहर किसी व्यक्ति (किन्हीं व्यक्तियों) को आपके लिए NJ SNAP या GA के लिए आवेदन करने, NJ SNAP लाभों या या GA लाभों को प्राप्त करने, या आपके लिए भोजन खरीदने के लिए NJ SNAP लाभों का उपयोग करने हेतु अधिकृत कर सकते / सकती हैं। यदि आप NJ SNAP लाभों के / की पात्र हैं, तो वह व्यक्ति जिसे आप नामित करते / करती हैं, फैमिलीज फर्स्ट EBT कार्ड को प्राप्त करेगा जिसे वह आपका भोजन खरीदने के लिए उपयोग कर सकता है। यदि आप ऐसे किसी व्यक्ति को नामित करना चाहते / चाहती हैं, तो निम्नलिखित जानकारी को पूरा करें:

अधिकृत प्रतिनिधि का नाम	**जन्म तिथि**	**पता**	**एसएसएन (वैकल्पिक)**	**टेलीफोन नंबर**

नीचे प्रश्न 7 और 8 – केवल NJ SNAP आवेदकों के लिए

7. अपना नाम, पता, हस्ताक्षर और हस्ताक्षर करने कि दिनांक प्रदान करके NJ SNAP के लिए तुरंत एक आवेदन फाइल करने का आपका अधिकार है। यदि आप पात्र निर्धारित किए जाते / की जाती हैं, तो आपको उस दिनांक से लाभों का भुगतान किया जाएगा। (यदि आप आवेदन फाइल करते / करती हैं और अपनी परिस्थितियों के बारे में सभी आवश्यक जानकारी प्रदान करते / करती हैं तथा पात्र पाए जाते / पाई जाती हैं, तो आप NJ SNAP कार्यालय में आपके आवेदन के प्राप्त होने की दिनांक से **30** दिनों के भीतर NJ SNAP प्राप्त कर सकते / सकती हैं।)

8. यदि आपकी आय और संसाधन बहुत कम हैं, तो आप एक्सपीडाइटेड लाभों (7 दिनों के भीतर प्राप्त किए जाने वाले) के लिए पात्र हो सकते / सकती हैं। **निम्न प्रश्नों के आपके उत्तर यह निर्धारित करेंगे कि क्या आप इस सेवा के / की अर्ह हैं:**

(a) क्या आपकी गृहस्थी की कुल सकल मासिक आय $150.00 से कम है और आपकी गृहस्थी के कुल तरल संसाधन (जैसे कि नकदी या चेकिंग / बचत खाते) $100.00 या कम हैं? **[ ] हाँ [ ] नहीं**

(b) क्या आपकी गृहस्थी का मासिक किराया या गिरवी प्लस उपयोगिताएँ आपकी गृहस्थी की कुल मासिक सकल आय प्लस कुल तरल संसाधनों से अधिक है? **[ ] हाँ [ ] नहीं**

(c) क्या आपकी गृहस्थी छोटी सी या बिना आय वाली कोई प्रवासी या मौसमी खेत में काम करने वाली गृहस्थी है? **[ ] हाँ [ ] नहीं**

केवल कार्यालय उपयोग हेतु

सुस्पष्ट पात्रता:

क्या गृहस्थी में हर कोई सार्वजनिक सहायता (WFNJ) या SSI प्राप्त करता है? [ ] हाँ [ ] नहीं?

9. _____

(आवेदन की शुरुआत करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर) (हस्ताक्षर की दिनांक)

अनुभाग II

10. बेसिक जानकारी: (स्वयं के सहित गृहस्थी में उस प्रत्येक व्यक्ति को सूचीबद्ध करें जिसके लिए आवेदन किया जा रहा है।) सबसे पहले, महिला वयस्क से शुरू करते हुए, वयस्क आवेदकों, फिर सबसे बड़ों से सबसे छोटों की सूची बनाएँ।

NJ SNAP प्रयोजनों के लिए, ऐसे लोग जो आपके साथ रहते हैं, भोजन खरीदते हैं और खाते हैं उन्हें गृहस्थी का सदस्य गिनना चाहिए।

नोट : गृहस्थी के सभी सदस्यों के लिए सामाजिक सुरक्षा संख्या (SSNs) की प्रस्तुति, फुड स्टाम्प अधिनियम 1977, यथा संशोधित, 7 U.S.C. 2011-2036 के तहत अधिकृत है; पब्लिक लॉ 104-193 WFNJ के लिए आवेदन करने वाले सभी व्यक्तियों के लिए SSNs प्रस्तुत करना बनाता है। आपके SSN का उपयोग यह निर्धारित करने के लिए किया जाएगा कि क्या आपकी गृहस्थी NJ SNAP कार्यक्रम और / या WFNJ कार्यक्रम में भाग लेने की पात्र है या पात्र होना जारी रहनी है। हम कंप्यूटर मिलान प्रोग्राम के माध्यम से इस जानकारी की पुष्टि करेंगे। कार्यक्रम विनियमों और कार्यक्रम प्रबंधन के अनुपालन की निगरानी के लिए भी इस जानकारी का उपयोग किया जाएगा। कानून से बचने के लिए भागने वाले व्यक्तियों को पकड़ने के प्रयोजन से आधिकारिक जाँच के लिए इस जानकारी को संघीय तथा राज्य एजेंसियों को, और कानून प्रवर्तन अधिकारियों को भी प्रकट किया जा सकता है। यदि आपकी गृहस्थी के विरुद्ध कोई NJ SNAP दावा उठता होता है, तो दावों की कार्रवाई के लिए सभी SSNs सहित इस आवेदन-पत्र की जानकारी संघीय और राज्य एजेंसियों और साथ ही निजी दावा संग्रह एजेंसियों को संदर्भित की जा सकती है। NJ SNAP प्रयोजनों के लिए प्रत्येक गृहस्थी के सदस्य के SSNs सहित अनुरोधित जानकारी को प्रदान करना स्वैच्छिक है। हालाँकि, इस जानकारी को प्रदान करने में विफलता का परिणाम आपकी गृहस्थी के लिए NJ SNAP लाभों और / या WFNJ लाभों का इनकार होगा।

केवल कार्यालय हेतु **केवल TANF / मेडीकेड (Medicaid) प्रयोजनों के लिए** _____ **WFNJ-1L पूरा करने की दिनांक** _____	नीचे प्रश्न नागरिक अधिकार अधिनियम 1964 के अनुसार अनुसंधान प्रयोजनों के लिए पूछा गया है। (उत्तर देने में विफलता पात्रता को प्रभावित नहीं करेगी) **केवल NJSNAP प्रयोजनों के लिए**! यदि आप उत्तर नहीं देते / देती हैं, तो अपना पात्रता कार्यकर्ता आप के लिए इसे पूरा करेगा। आपको वंश और राष्ट्रीयता अनुभाग को अवश्य पूरा करना चाहिए। वंश I - अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी A - एशियाई B – काला या अफ्रीकी अमेरिकी H – हवाई मूल निवासी या अन्य प्रशांत द्वीप वासी W - गोरा 0 – अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी और एशियाई 1 – अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी और काला या अफ्रीकी अमेरिकी	2 अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी और हवाई मूल निवासी या अन्य प्रशांत द्वीप वासी 3 अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी और गोरा 4 एशियाई और काले या अफ्रीकी अमेरिकी 5 एशियाई और हवाई मूल निवासी या अन्य प्रशांत द्वीप वासी 6 एशियाई और गोरा 7 काला या अफ्रीकी अमेरिकी और हवाई मूल निवासी या अन्य प्रशांत द्वीप वासी 8 काला या अफ्रीकी अमेरिकी और गोरा 9 गोरा और हवाई मूल निवासी या अन्य प्रशांत द्वीप वासी नस्ल 1 हिस्पैनिक या लैटिनो 2 हिस्पैनिक या लैटिनो नहीं

नाम	**सामाजिक सुरक्षा संख्या**	**जन्म-तिथि** **जन्म-स्थान**	**आवेदक के साथ संबंध**	**लिंग (म) या (पु)**	**वंश / नस्ल**	**कानूनी विदेशी और BCIS स्थिति**	**वैवाहिक स्थिति**	**ग्रेड और विद्यालय**	
आवेदक									**PA**
अंतिम									**NJ SNAP MA**
प्रथम m.i.									
केवल कार्यालय उपयोग हेतु									

अन्य आवेदक									**PA**
अंतिम									**NJ SNAP MA**
प्रथम m.i.									
केवल कार्यालय उपयोग हेतु									
अन्य आवेदक									**PA**
अंतिम									**NJ SNAP MA**
प्रथम m.i.									
केवल कार्यालय उपयोग हेतु									

नाम	**सामाजिक सुरक्षा संख्या**	**जन्म-तिथि** / **जन्म-स्थान**	**आवेदक के साथ संबंध**	**लिंग (म) या (पु)**	**वंश/ नस्ल**	**कानूनी विदेशी और BCIS स्थिति**	**वैवाहिक स्थिति**	**ग्रेड और विद्यालय**	
अन्य आवेदक									**PA**
अंतिम									**NJ SNAP MA**
प्रथम m.i.									
केवल कार्यालय उपयोग हेतु									
अन्य आवेदक									**PA**
अंतिम									**NJ SNAP MA**
प्रथम m.i.									
केवल कार्यालय उपयोग हेतु									
अन्य आवेदक									**PA**
अंतिम									**NJ SNAP MA**
प्रथम m.i.									
केवल कार्यालय उपयोग हेतु									
अन्य आवेदक									**PA**
अंतिम									**NJ SNAP MA**
प्रथम m.i.									
केवल कार्यालय उपयोग हेतु									

11. आपकी गृहस्थी में विदेशी (एलियन) / गैर-नागरिकों के नाम सूचीबद्ध करें

नाम	प्रवेश की दिनांक / मूल देश	पंजीकरण #	प्रायोजक का नाम / पुनर्वास एजेंसी	प्रायोजक / पुनर्वास एजेंसी का पता	नागरिकता के लिए आवेदन करने की दिनांक	प्रायोजक की आय

12. घर में अन्य लोगों को सूचीबद्ध करें जिन्हें ऊपर सूचीबद्ध नहीं किया गया है (रूमर / बोर्डर को शामिल करें)

नाम	आवेदक के साथ संबंध

12a. किसी आपातकालीन संपर्क व्यक्ति को सूचीबद्ध करें (केवल GA प्रकरणों में) _____

फोन #_____पता _____।

13. गर्भवती माता का नाम_____जन्म की अपेक्षित दिनांक _____

चिकित्सक का नाम_____ चिकित्सक का पता_____

14. आपकी गृहस्थी में बोली जाने वाली मुख्य भाषा क्या है? _____।

15. क्या अप्रैल 1997 के बाद से आप या आवेदक की गृहस्थी का कोई सदस्य न्यू जर्सी या किसी अन्य राज्य, क्षेत्र, में TANF या न्यू जर्सी में सामान्य सहायता (GA) प्राप्त करता है या आपने प्राप्त की है?			**[ ] हाँ [ ] नहीं**
सहायता प्राप्त करने वाला व्यक्ति	प्राप्त सहायता का प्रकार	कब	सहायता प्रदाता

16. क्या आप या आपकी गृहस्थी का कोई सदस्य किसी संघीय या राज्य अदालत द्वारा अधिरोपित महापाप (फेलोनी) का भगोड़ा है या उसने पैरोल या परिवीक्षा की किसी शर्त का उल्लंघन किया है?

16. क्या आप या आपकी गृहस्थी का कोई सदस्य किसी संघीय या राज्य अदालत द्वारा अधिरोपित महापाप (फेलोनी) का भगोड़ा है या पैरोल या परिवीक्षा की किसी शर्त का उल्लंघन किया है?	**[ ] हाँ [ ] नहीं**
भागने या उल्लंघन करने वाला व्यक्ति	कहाँ से भागा

17. क्या आप या आपकी गृहस्थी के किसी सदस्य को धोखेबाजी से एक ही समय में दो या दो से अधिक स्थानों में साधन परीक्षित लाभों को प्राप्त करने की सजा सुनाई गई है?

17. क्या आप या आपकी गृहस्थी का कोई सदस्य को धोखेबाजी से एक ही समय में दो या दो से अधिक स्थानों में साधन परीक्षित लाभों को प्राप्त करने का दोषी पाया गया है?			**[ ] हाँ [ ] नहीं**
धोखाधड़ी का दोषी व्यक्ति	धोखाधड़ी कहाँ हुई	कब हुई	क्या लाभ मिले

18. क्या 22 अगस्त 1996 के बाद से, आप या आपकी आवेदक गृहस्थी के किसी सदस्य ने किसी नियंत्रित मादक पदार्थ का कब्जा, उपयोग या वितरण किया है और दोषी ठहराया गया है, जो एक अभ्यारोप्य अपराध है? **केवल GA पर लागू होता है**		**[ ] हाँ [ ] नहीं**
अपराध करने वाला व्यक्ति	अपराध का प्रकार	अपराध कहाँ हुआ

19. यदि आप कब्जा या उपयोग के लिए किसी अभ्यारोप्य अपराध के दोषी पाए गए / पाई गई हैं, तो क्या आपने स्वास्थ्य विभाग और वरिष्ठ सेवाओं से लाइसेंस प्राप्त या अनुमोदित कोई आवासीय नशीली औषधि उपचार कार्यक्रम में नामांकन किया है या इसे पूरा किया है?	**[ ] हाँ [ ] नहीं**

उपचार प्राप्त करने वाला व्यक्ति	उपचार सुविधा	उपचार की दिनांक

19. a. यदि आपने स्वास्थ्य विभाग और वरिष्ठ सेवाओं से लाइसेंस प्राप्त या अनुमोदित कोई आवासीय नशीली औषधि उपचार कार्यक्रम में नामांकन नहीं किया है या इसे पूरा नहीं किया है, तो क्या कारण है?

_____
_____
_____।

20. क्या गृहस्थी में किसी ने स्वेच्छा से किसी नौकरी को छोड़ा है?

WFNJ के लिए पिछले 90 दिनों में **[ ] हाँ** **[ ] नहीं** यदि **हाँ,** तो कौन? _____।

NJ SNAP के लिए पिछले 60 दिनों में **[ ] हाँ** **[ ] नहीं** यदि **हाँ,** तो कौन? _____।

यदि **हाँ,** तो क्यों? _____।

21. क्या आपकी गृहस्थी में कोई हड़ताल पर है? **[ ] हाँ** **[ ] नहीं** यदि **हाँ,** तो कौन? _____।

22. रोजगार की अंतिम दिनांक क्या थी? _____.

22a. आप अपने पिछले रोजगार के बाद से क्या करते आ रहे / रही हैं? _____
_____।

23. केवल WFNJ प्रयोजनों के लिए ही, सहायता के लिए आवेदन करने वाले प्रत्येक व्यक्ति के लिए, सबसे हाल ही से शुरू करते हुए, पिछले 3 वर्षों में सभी रोजगारों को सूचीबद्ध करें।

नाम	नियोक्ता का नाम	नियोक्ता का पता	प्रारंभ दिनांक	अंत दिनांक

24. क्या आवेदक की गृहस्थी का कोई सदस्य निकट भविष्य में परिस्थियों में कोई बदलाव की अपेक्षा करता है, जैसे कि आय; गृहस्थी के आकार में बदलाव; निवास में बदलाव, आश्रय की लागतों में बदलाव; या किसी वाहन की खरीद या बिक्री?

[ ] हाँ **[ ] नहीं** यदि **"हाँ",** तो कौन से बदलाव: _____
_____।

25. अर्जित आय: क्या आप या आप के साथ रहने वाले किसी अन्य को काम करने, शिशुसंभाल (बेबी-सिटिंग), अपने स्वयं के व्यापार, छोटे-मोटे कामों, बेचने से या अन्य अर्जित आय से धन मिलता है? **[ ] हाँ** **[ ] नहीं** यदि **"हाँ",** तो प्रत्येक व्यक्ति के लिए निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें:

अंतिम नाम प्रथम नाम			
घंटे प्रति सप्ताह			
कितनी बार भुगतान होता है			
नियोक्ता का नाम और पता या 'स्वयं' यदि स्वरोजगार हैं			
वेतन (किसी भी भुगतान कटौती से पहले)	दिनांक राशि	दिनांक राशि	दिनांक राशि

का भुगतान सकल राशि और दिनांक			

26. बाल / वयस्क देखभाल: क्या आपके कल्याण या **NJ SNAP** गृहस्थी में शामिल किसी ने किसी नौकरी, स्कूल जाने, या काम की तलाश की वजह से बाल देखभाल या वयस्क देखभाल के लिए भुगतान किया था? **[ ] हाँ [ ] नहीं** यदि "**हाँ**", तो किस की देखभाल की गई थी? **(**नीचे सूचीबद्ध करें)

बच्चे / वयस्क का नाम	किस (व्यक्ति) के द्वारा देखभाल प्रदान की गई	दिन प्रति सप्ताह	प्रति घंटा दर	कुल दिन	भुगतान की गई वास्तविक राशि / किसके द्वारा

सत्यापन

27. बाल सहायता: क्या आप अपनी गृहस्थी के बाहर किसी बच्चे को कानूनी तौर पर बाल सहायता भुगतान या प्रदान करने के लिए बाध्य हैं?
[ ] हाँ [ ] नहीं यदि "**हाँ**", तो निम्नलिखित जानकारी को पूरा करें: (जब तक आप कानूनी तौर पर उन्हें भुगतान करने के लिए बाध्य हैं तब तक की बकाया बाल सहायता राशि के भुगतान को शामिल करें।)

किसे	पता	बच्चे की आयु	भुगतान / प्रदान की गई MO. राशि	न्यायालय आदेश संख्या

28. स्वास्थ्य बीमा: स्वास्थ्य बीमा से कौन आवृत्त है? **यदि कोई नहीं, तो यहाँ ( ) सही का निशान लगाएँ।**

अंतिम नाम, प्रथम नाम	बीमा कंपनी	पॉलिसी संख्या	पॉलिसी धारक

29. क्या अनुपस्थित जीवनसाथी ने आपके लिए चिकित्सा या स्वास्थ्य बीमा आवरण करवाया है? **[ ] हाँ [ ] नहीं** यदि **"हाँ"**, तो कौन सा बीमा?
_____।

30. क्या किसी अनुपस्थित माता-पिता ने जिन बच्चों के लिए आप आवेदन कर रहे / रही हैं उनमें से किसी के लिए चिकित्सा या स्वास्थ्य बीमा आवरण करवाया है?
[ ] हाँ [ ] नहीं यदि **"हाँ"**, तो कौन सा बीमा, और किसके लिए?

31. क्या आप या आपकी गृहस्थी के सदस्यों ने अन्य मेडीकेड (Medicaid) कार्यक्रमों के लिए आवेदन किया है? यदि "हाँ", तो कौन सा कार्यक्रम?
_____। आवेदन की दिनांक _____ ।

32. <u>अन्य आय:</u> क्या आप या आपकी कल्याण या **NJ SNAP** गृहस्थी में शामिल कोई (सौतेले माता-पिता सहित) निम्नलिखित में से किसी को प्राप्त करता है या उसने किसी के लिए आवेदन कियाः हाँ ___ नहीं___ यदि हाँ, जो भी लागू हो उस पर सही का निशान लगाएँ।

	बेरोजगारी बीमा		संपत्ति के किराए से आय		कामगारों की क्षतिपूर्ति
	वेटेरनों के लाभ		रूमर(रूमर्स) और / या बोर्डर्स से आय		यूनियन / पेंशन लाभ
	सामाजिक सुरक्षा / रेलबोर्ड सेवानिवृतिति		संबंधी, मित्र, लॉज या यूनियनों से आय		बाल सहायता
	अनुपूरक सुरक्षा (SSI)		आयकर रिफंड या अर्जित आय क्रेडिट		किसी सैनिक से आबंटन चेक

	विकलांगता भुगतान		धात्रेय (फॉस्टर) देखभाल भुगतान		सामान्य सहायता
	सब्सिडी दिया गया अभिग्रहण		न्यास कोष (ट्रस्ट फंड)		प्रशिक्षण भत्ता
	स्टॉक, बांड, बैंक खातों, आदि से ब्याज / लाभांश		एकमुश्त भुगतान (पूर्वव्यापी लाभों से, मुकदमों से धन, आदि)		छात्र ऋण, अनुदान, छात्रवृत्तियाँ, या वृत्तिका (स्टाइपेंड)
	वार्षिक वृत्ति लाभ (जीवन बीमा लाभांश शामिल करें)		एकमुश्त आय, विजित वस्तु, या उपहार		अनुपूरक कार्य सहायता
	DYFS रिश्तेदार देखभाल स्थायित्व सहायता		DYFS कानूनी संरक्षकता सब्सिडी कार्यक्रम		अन्य आय, जैसे कि निर्वाह व्यय (स्पष्ट करें):

ऊपर सही का निशान लगाए हुए आइटमों के लिए निम्नलिखित जानकारी दें:

अंतिम नाम, प्रथम नाम	आय का स्रोत	प्राप्ति दिनांक	कुल राशि

सत्यापन

33. संसाधन: **(विस्तारित स्पष्ट पात्रता के लिए पात्र नहीं** NJ SNAP **गृहस्थियों पर लागू होता है)** क्या आप या आपके साथ रहने वाले किसी के पास नकद, चेकिंग, या बचत खाते, स्टॉक्स, बांड, सीडी (C.D.'s), IRA's/Keogh, म्युचुअल फंड, न्यास कोष, अमेरिका बचत बांड, क्रिसमस / अवकाश या अन्य क्लब बचत खाते, क्रेडिट यूनियन की सदस्यता, किसी सुरक्षित जमा बॉक्स में धन या मूल्यावान वस्तु, मूल्य के नोट या अनुबंध, गिरवी या अन्य संसाधनों के स्वामित्व हैं? **[ ] हाँ** **[ ] नहीं**

व्यक्ति जो संसाधन का मालिक है	संसाधन क्या है?	संसाधन कहाँ है?	संसाधन मूल्य कितना है?

सत्यापन

34. आवेदक की गृहस्थी में व्यक्तियों के स्वामित्व वाले सभी वाहनों को सूचीबद्ध करें। सभी प्रकार के परिवहनों को शामिल करें जैसे कि कारें, वैन, ट्रैक्टर ट्रेलर, पिक-अप ट्रक, ट्रेलर, मोटर होम, मोटरसाइकिल, बोट, आदि। **यदि कोई नहीं है, तो यहाँ ( ) सही का निशान लगाएँ।**

मालिक का नाम	मॉडल / स्टाइल	वर्ष / मेक	उपयोग	केली ब्ल्यूबुक (Kelley Bluebook) मूल्य

35. क्या आप या आपके साथ रहने वाला कोई भी किसी भूमि या स्थावर संपदा (रीयल एस्टेट) का मालिक है, उस घर को छोड़ कर जिसमें आप रहते / रहती हैं? **[ ] हाँ** **[ ] नहीं**
यदि "**हाँ**", तो स्पष्ट करें: _____
_____।

36. क्या किसी ने स्थावर या व्यक्तिगत सम्पत्ति (स्टॉक सहित) का व्यापार किया, इसे दे दिया, हस्तांतरण किया या बेचा: TANF और GA प्रयोजनों के लिए पिछले 12 महीनों के भीतर?	**[ ] हाँ [ ] नहीं**
NJ SNAP प्रयोजनों के लिए पिछले 3 महीनों के भीतर?	**[ ] हाँ [ ] नहीं**

क्या बेचा, दिया गया, इत्यादि, था?	किसके द्वारा?	किसके लिए?	उपहार या बिक्री की दिनांक?	कुल बाजार मूल्य	प्राप्त राशि

37. क्या आप या आपके आवेदक की गृहस्थी में शामिल किसी का कोई दावा लंबित है जैसे कि मुकदमें, तलाक, निपटान, विरासत, दुर्घटना दावा, संपत्ति की बिक्री, अन्य दावे, या कोई आपके या उनके पैसों का देनदार? **[ ] हाँ [ ] नहीं**

यदि "**हाँ**", तो स्पष्ट करें: _____।

_____।

दिनांक जब WFNJ - 10D पूरा किया गया _____। (केवल NJ SNAP वाले ग्राहकों पर लागू नहीं होता है)

38. क्या आवेदक के गृहस्थी में किसी के पास (निम्नलिखित) है: **(NJ SNAP पर लागू नहीं होता है)**

(a) गहने, सिक्के / डाक टिकट संग्रह, फर, आदि जैसी बहुमूल्य व्यक्तिगत संपत्ति का आंशिक या पूर्ण स्वामित्व?

[ ] हाँ [ ] नहीं यदि **"हाँ"**, तो स्पष्ट करें _____।

(b) एक दफन भूखण्ड (बरियल प्लॉट) या व्यवस्था? **[ ] हाँ [ ] नहीं** यदि **"हाँ"**, तो मूल्य _____।

<u>NJ SNAP और GA</u>

आश्रय जानकारी: यदि गृहस्थी NJ SNAP कार्यक्रम और / या GA में भाग लेने के लिए आवेदन कर रही है तो इसे पूरा किया जाए।

39. क्या गृहस्थी के बाहर कोई गृहस्थी के खर्च का भुगतान या भुगतान में सहायता करता है? **[ ] हाँ [ ] नहीं,** यदि **"हाँ"**, तो नीचे पूरा करें:

आश्रय खर्च के प्रकार	किसे भुगतान किया गया	किसके द्वारा किया गया	भुगतान की गई राशि	कितनी बार बिल भेजा गया

40. आश्रय लागत: (निम्नलिखित के लिए गृहस्थी के खर्चों को सूचीबद्ध करें):

केवल कार्यालय उपयोग हेतु

आश्रय खर्च	**भुगतान की गई राशि**	**कितनी बार बिल भेजा गया**	**मासिक लागत**	
किराया / गिरवी	$		$	**यदि HCSUA का उपयोग कर रहे / रही हैं**
संपत्ति कर	$		$	
घर पर बीमा	$		$	
आश्रय का पूर्ण योग			$	
बिजली	$		$	
गैस	$		$	
तेल	$		$	
पानी	$		$	
सीवरेज	$		$	
कूड़ा /करकट हटाना	$		$	
उपयोगिताओं की स्थापना की	$		$	

लागत		
अन्य (कोयला, लकड़ी, मिट्टी का तेल) $	$	HCSUA
उपयोगिताओं का पूर्ण-योग	$	अथवा
41A. क्या आप अपने घर को गरम या ठण्डा करने के लिए उपयोगिताओं (अपने किराए से अलग) के लिए भुगतान करते / करती हैं? **[ ] हाँ [ ] नहीं** **41B.** यदि आपकी गृहस्थी पानी, सीवरेज, और कचरा हटाने, के अलावा उपयोगिताओं के भुगतान के लिए उत्तरदायी है, तो आपकी गृहस्थी या तो **मानक अथवा हीटिंग उपयोगिता भत्ता** प्राप्त करना चुनने के लिए अर्ह हो सकती है।	$ **अथवा**	
	मासिक। योग। आश्रय **दिनांक जब विकल्प चुना गया**	

42. **अधिशेष चिकित्सा लागतें**

क्या आपकी गृहस्थी में कोई 60 वर्ष या अधिक की आयु का है, और / या संघीय अनुपूरक सुरक्षा आय (SSI), सामाजिक सुरक्षा विकलांगता या वयोवृद्ध (वेटेरन) भुगतान के लिए प्रमाणित है? **[ ] हाँ [ ] नहीं** यदि "**हाँ**", तो निम्नलिखित को पूरा करें। यदि "**नहीं**", तो पृष्ठ 12 पर जारी रखें।

				केवल कार्यालय उपयोग हेतु
नियमित रूप से होने वाले चिकित्सा खर्चों के अलावा, उन अन्य चिकित्सा सेवाओं को सूचीबद्ध करें जिनकी आपको आवश्यकता रही होगी।	**भुगतान की गई राशि**	**कितनी बार बिल भेजा गया**	**मासिक योग**	**SSI _____ संघीय हिस्से की**
चिकित्सा और दंत सेवाएँ	$		$	**प्राप्ति को सत्यापित करें**
चिकित्सालय या नर्सिंग देखभाल	$		$	
किसी चिकित्सक द्वारा निर्धारित (प्रेस्क्राइब्ड) औषधियाँ	$		$	
डेन्चर, श्रवण यंत्र (हीयरिंग एड्स) और आँख का चश्मा	$		$	
चिकित्सा देखभाल प्राप्त करने के लिए परिवहन लागत	$		$	
किसी परिचर या नर्स की सेवाएँ	$		$	
अन्य (स्पष्ट करें)	$		$	
			$	**पृष्ठ 6 पर**
42A. गृहस्थी के उन सदस्यों के नामों को सूचीबद्ध करें जिनके पास ये खर्चे हैं:			**योग**	**सूचीबद्ध** SSA **और** SSI

42B. क्या आपके द्वारा ऊपर सूचीबद्ध चिकित्सा व्ययों में से किसी का भुगतान, आंशिक भुगतान या प्रतिपूर्ति आपकी गृहस्थी से बाहर किसी अन्य स्रोत से की गई है जैसे कि चिकित्सा बीमा, मेडीकेयर (**Medicare), PAAD** या कोई अन्य व्यक्ति?

[ ] हाँ [ ] नहीं यदि "**हाँ**", तो वे कौन से खर्च(खर्चों) का भुगतान करते हैं? वे कितना भुगतान करते हैं?

_____ -
_____
_____

केवल कार्यालय उपयोग हेतु वर्क फर्स्ट न्यू जर्सी और / या NJ SNAP कार्य पंजीकरण						
नाम (16 से ऊपर के सभी)	छूट WFNJ कोड	अनिवार्य WFNJ दिनांक	स्वैच्छिक WFNJ दिनांक	रेफरल दिनांक	NJSNAP कार्य छूट कोड	पंजीकरण की दिनांक

43. कानूनी रूप से जिम्मेदार संबंधी। (यह केवल मेडीकेड (Medicaid) प्रयोजनों के लिए ही लागू है)

यदि घर में नहीं है तो अपने जीवनसाथी का नाम प्रदान करें। 55 वर्ष से कम आयु के किसी भी बच्चे का (किन्हीं भी बच्चों के) नाम प्रदान करें जिसके (जिनके) लिए सहायता का अनुरोध नहीं किया जा रहा है। यदि आप 18 वर्ष से कम आयु के/की हैं, तो अपने माता-पिता को सूचीबद्ध करें।

नाम	पता	संबंध	आयु

44. <u>गृह ऊर्जा सहायता</u>

निम्नलिखित प्रश्न के आपके उत्तर का गृह ऊर्जा सहायता (HEA) के लिए पात्रता और HEA लाभों की राशि का निर्धारण करने हेतु उपयोग किया जाएगा। नीचे दी गई सूची का उपयोग करके, बताएँ कि कौन सा आइटम आपके ताप (हीटिंग) / रहने की व्यवस्था का सबसे अच्छा वर्णन करता है।

( ) मेरे ताप (हीटिंग) के लिए दूसरों के द्वारा भुगतान किया जाता है। **(A)** **HEA कोड: _____**

( ) मुझे ताप (हीटिंग) एक सार्वजनिक आवास प्राधिकरण द्वारा उपलब्ध कराया जाता है या मुझे किराया सब्सिडी प्राप्त होती है, और मेरा ताप (हीटिंग) मेरे किराए में शामिल किया जाता है। **(C)**

( ) मैं केवल ताप (हीटिंग) के किसी माध्यमिक स्रोत (जैसे एक लकड़ी का चूल्हा, मिट्टी के तेल का हीटर, बिजली स्पेस हीटर, आदि) के लिए भुगतान करता / करती हूँ। **(E)**

( ) मैं दूसरों के साथ ताप (हीटिंग) की लागत को साझा करता / करती हूँ। **(F)**

( ) मेरा ताप (हीटिंग) मेरे किराए में शामिल किया जाता है, जिसकी सब्सीडी नहीं दी जाती है। **(G)**

( ) मैं ताप (हीटिंग) के लिए अलग शुल्क का भुगतान अपने भू-स्वामी को करता / करती हूँ। **(W)**

मैं अपने घर या अपार्टमेंट हेतु ताप (हीटिंग) के <u>प्राथमिक</u> स्रोत के लिए <u>सीधे</u> ईंधन के आपूर्तिकर्ता को भुगतान करता / करती हूँ। मेरा ताप (हीटिंग) का स्रोत हैः :

( ) ईंधन तेल **(J)** ( ) मिट्टी का तेल **(M)** ( ) लकड़ी **(R)**
( ) बिजली **(K)** ( ) प्राकृतिक गैस **(N)**
( ) बोतलबंद गैस **(L)** ( ) कोयला **(P)** ( ) मैं HEA लाभों को प्राप्त नहीं करना चाहता / चाहती हूँ। **(T)**

<u>महत्वपूर्ण नोटिस</u>

इस प्रपत्र पर उपलब्ध कराई गई जानकारी संघीय, राज्य और / या काउंटी के अधिकारियों द्वारा सत्यापन के अधीन होगी। यदि कोई गलत पाई जाती है, तो आपको NJ SNAP लाभों से इनकार किया जा सकता है और / या जानबूझकर झूठी जानकारी प्रदान करने के लिए आपराधिक अभियोजन के अधीन किया जा सकता है।

45 CFR 206.10(a)(iii) और 7 CFR 273.2(b) का अनुपालन करने के उद्देश्य से, हम आपको अधिसूचित कर रहे हैं कि आपकी सामाजिक सुरक्षा संख्या(ओं) का उपयोग करके BCIS, राज्य और स्थानीय बाल सहायता एजेंसियों, सामाजिक सुरक्षा मजदूरी और लाभ पत्रावलियों, और राज्य मजदूरी और बेरोजगारी पत्रावलियों, के लिए आय और पात्रता जानकारी प्राप्त की जाएगी और आपकी सतत पात्रता के निर्धारण में उपयोग किया जाएगा। इसमें हमारा आपके नियोक्ता, बैंक, या अन्य पक्ष से संपर्क शामिल हो सकता है।

नीचे दी कई शास्तियाँ निम्नलिखित पर लागू प्रदान होती हैं:

कोई भी NJ SNAP प्राप्तकर्ता जो आवेदन पर सूचीबद्ध किसी भी नियम को जानबूझकर तोड़ता है; या

कोई भी व्यक्ति जो NJ SNAP लाभों के लिए आवेदन करता है या उन्हें प्राप्त करता है जिसके लिए वे जानबूझकर (निम्नलिखित) करने के कारण पात्र नहीं हैं:

कोई झूठा या भ्रामक वक्तव्य दिया।

तथ्यों को छुपाया या रोका।

- **कोई ऐसा कार्य किया हो जो फुड स्टाम्प, NJ SNAP कार्यक्रम विनियमों या NJ SNAP लाभों या अभिगम्यता उपकरणों (जैसे कि फैमिलीज फर्स्ट EBT कार्ड्स) के <u>उपयोग</u>, <u>प्रस्तुति</u>, <u>हस्तांतरण</u>, <u>अधिग्रहण</u>, <u>प्राप्ति</u> या <u>कब्जे</u> से संबंधित किसी भी राज्य के कानून के उल्लंघन का गठन करता है।**

<u>शास्तियाँ</u>

पूर्वगामी उल्लंघनों का परिणाम व्यक्ति के लिए NJ SNAP कार्यक्रम में भागीदारी या आगे भाग लेने से

अन्य शास्तियाँ (जारी..)

■ NJ SNAP कार्यक्रम से स्थायी निरर्हता

इसके अलावा, कोई व्यक्ति जो उपयुक्त अधिकार क्षेत्र के किसी न्यायालय द्वारा एक साथ एक से अधिक अधिकार क्षेत्रों से NJ SNAP लाभों को प्राप्त करने के उद्देश्य से जानबूझकर कपटपूर्ण वक्तव्य देने वाला पाया जाता है वह:

■ NJ SNAP कार्यक्रम से 10 साल के लिए निरर्ह कर दिया जाएगा।

<u>शास्ति चेतावनी</u>

NJ SNAP लाभों के लिए आवेदन करने या इन्हें प्राप्त करने या प्राप्त करना जारी रखने के लिए झूठी सूचना नहीं दें या सूचना को नहीं छिपाएँ।

किसी ऐसे को NJ SNAP लाभों को नहीं दें या नहीं बेचें या फैमिलीज फर्स्ट EBT कार्ड्स के माध्यम से पहुँच नहीं दें जो आपकी गृहस्थी के लिए उन्हें उपयोग करने के लिए अधिकृत नहीं है।

मादक पेय और तंबाकू जैसी अनुचित मदों को खरीदने के लिए NJ SNAP लाभों का उपयोग नहीं करें।

किसी ऐसे NJ SNAP लाभों का उपयोग नहीं करें जिन्हें प्राप्त करने के लिए आपकी गृहस्थी पात्र नहीं है।

ऐसे NJ SNAP लाभों को प्राप्त करने के लिए धोखा नहीं दें या बेईमान कार्य में भाग नहीं लें जिनके लिए आपकी गृहस्थी पात्र नहीं है।

NJ SNAP लाभों के लिए आवेदन करने या प्राप्त करने के उद्देश्य से संसाधनों को किसी गैर-गृहस्थी सदस्य को हस्तांतरित नहीं करें।

मैं इस आवेदन पर प्रश्नों को समझता / समझती हूँ। जहाँ तक मुझे पता है और मेरा विश्वास है मेरा उत्तर पूर्ण और सही है। मैं समझता / समझती हूँ कि मेरा साक्षात्कार अवश्य किया जाना चाहिए, और यह कि मुझे NJ SNAP कार्यालय के साथ सहयोग अवश्य करना चाहिए।

मैं शास्ति चेतावनी समझता / समझती हूँ। मैं समझता / समझती हूँ कि मैने जो कहा है उसे सिद्ध करने के लिए मुझे दस्तावेज उपलब्ध कराने पड़ सकते हैं। मैं यह करने के लिए सहमत हूँ। यदि दस्तावेज उपलब्ध नहीं हैं, तो मैं किसी व्यक्ति या संगठन का नाम देने के लिए सहमत हूँ जिसे NJ SNAP कार्यालय आवश्यक प्रमाण प्राप्त करने के लिए संपर्क कर सकता है। मैं समझता / समझती हूँ कि यदि मैंने किसी अर्जित आय को रिपोर्ट नहीं किया है, तो मुझे अनर्जित आय में $50.00 से अधिक के किसी परिवर्तन, या अपने पहले वेतन-चेक की दिनांक से 10 दिनों के भीतर अर्जित आय की प्राप्ति को अवश्य रिपोर्ट करना चाहिए। मैं समझता /

निम्नानुसार वर्जित किया जाना हो सकता है:

प्रथम उल्लंघन - *12 महीने

दूसरा उल्लंघन - *24 महीने

तीसरा उल्लंघन - स्थायी निरर्हता

***महापाप (फेलोनी) या अपराध के उल्लंघन के किसी दोषसिद्ध व्यक्ति पर न्यायालय द्वारा 18 महीने का एक अतिरिक्त निलंबन (इस अवधि के क्रमानुगत) अधिरोपित किया लगाया जा सकता है।**

उल्लंघन के लिए $250,000 का जुर्माना, 20 साल तक की कैद, या दोनों हो सकते हैं, और अन्य लागू संघीय कानूनों के तहत अभियोजन के अधीन किया जा सकता है.

इसके अलावा, गृहस्थी के शेष सदस्यों को उन NJ SNAP लाभों को चुकाना आवश्यक हो जाएगा जिन्हें गृहस्थी ने प्राप्त किए थे जिनके लिए यह पात्र नहीं थी।

P.L. 103-66 और 104-193 में ऐसे व्यक्तियों के लिए शास्तियाँ स्थापित हैं जो किसी संघीय, राज्य या स्थानीय न्यायालय में (निम्नलिखित का) दोषी पाए जाते हैं:

1) आग्नेयास्त्रों, युद्ध सामग्री, विस्फोटकों, या नियंत्रित पदार्थों के लिए NJ SNAP लाभों का व्यापार करना; या

2) फैमिलीज फर्स्ट EBT कार्ड्स के उपयोग के माध्यम से NJ SNAP लाभों को उपयोग करना, हस्तांतरित करना, अधिगृहीत करना, या कब्जे में रखना, या भुगतान के लिए NJ SNAP लाभों को प्रस्तुत करना यह जानते हुए कि ये धोखे से प्राप्त या हस्तांतरित किए गए हैं, यदि मूल्य $ 500 या अधिक है।

22 सितंबर, 1996 से प्रभावी, उपयुक्त अधिकार क्षेत्र के न्यायालय द्वारा उन कार्यक्रमों का उल्लंघन करना निर्धारित किए गए व्यक्ति (निम्नलिखित) के अधीन होंगे:

समझती हूँ कि यदि मेरी कोई अर्जित आय नहीं है, तो मुझे गृहस्थी संरचना में सभी बदलावों (छात्र स्थिति सहित), निवास में बदलावों और परिणामस्वरूप आश्रय की लागतों में बदलावों, बाल सहायता का भुगतान करने या प्रावधान करने के मेरे कानूनी दायित्व में बदलावों, मेरे द्वारा प्रदान की जा रही बाल सहायता की राशि में किसी बदलाव यदि इसे भुगतान करने का मेरा 3 महीने से कम का रिकॉर्ड है और बदलाव $50.00 से अधिक है, किसी वाहन की खरीद या मेरी गृहस्थी के संसाधनों में कोई वृद्धि (बचत और चेकिंग खाते, हाथ में नकदी, स्टॉक्स या एकमुश्त भुगतान, किसी वाहन की बिक्री या व्यापार से व्युत्पन्न कोई नकद) यदि वे मेरी अधिकतम संसाधन सीमा तक पहुँचते हैं या उससे अधिक होते हैं, को अवश्य रिपोर्ट करना चाहिए। मैं समझता / समझती हूँ कि यदि मैंने अर्जित आय रिपोर्ट की है, या मैं छह महीने से रिपोर्टिंग पर हूँ, तो मुझे केवल अपनी मासिक कुल आय में उस बदलाव को रिपोर्ट करने की आवश्यकता है जो संघीय गरीबी के स्तर की सीमा से 130 प्रतिशत अधिक है। मेरा कार्यकर्ता मुझे उस सीमा का एक नोटिस प्रदान करेगा। मैं यह भी समझता / समझती हूँ कि NJ SNAP लाभों के लिए मेरे आवेदन पर लिए गए निर्णय की एक निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध कर सकता / सकती हूँ। यदि मुझे NJ SNAP लाभों के संबंध में अधिक जानकारी की आवश्यकता हो, तो मैं काउंटी NJ SNAP कार्यालय से संपर्क कर सकता / सकती हूँ।

मैं समझता / समझती हूँ कि यदि मेरे प्रकरण पर की गई किसी कार्रवाई से मैं असहमत हूँ, तो मैं, या मेरा प्रतिनिधि, या तो मौखिक रूप से या लिखित रूप से, एक निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध कर सकता हूँ/है। सुनवाई में मेरा प्रकरण मेरे द्वारा चुने गए किसी भी व्यक्ति द्वारा प्रस्तुत किया जा सकता है।

अमेरिकी नागरिकता / कानूनी विदेशी स्थिति

(WFNJ, मेडीकेड (Medicaid) और NJ SNAP कार्यक्रम प्रयोजनों के लिए)

प्रत्येक व्यक्ति, जो अमेरिकी नागरिक नहीं है, के लिए, आप को या तो ब्यूरो ऑफ सिटिज़नशिप एंड इमिग्रेशन सर्विसेज (BCIS) से दस्तावेज दिखाने की आवश्यकता होगी या अन्य दस्तावेज जिन्हें राज्य एजेंसी निर्धारित करती है कि आपकी आव्रजन स्थिति के प्रमाण हैं, काउंटी कल्याण एजेंसी के कार्यालय को दिखाने की आवश्यकता होगी। विदेशी स्थिति BCIS के साथ सत्यापन के अधीन हो सकती है जिसमें इस आवेदन प्रपत्र से कुछ जानकारी प्रस्तुत करने की आवश्यकता होगी। BCIS से प्राप्त सूचना आपकी गृहस्थी की पात्रता और लाभों के स्तर को प्रभावित कर सकती है। आपको अवश्य प्रमाणित करना चाहिए कि गृहस्थी का प्रत्येक सदस्य एक अमेरिकी नागरिक है या वैध आव्रजन स्थिति में अमेरिका में रह रहा है।

हस्ताक्षर करने से पहले, आप नीचे दिए गए वक्तव्यों को पढ़ें। यदि आपकी समझ में नहीं आए या कोई प्रश्न हों, तो कृपया पूछें।

*मैं (हम) सहमत हूँ (हैं) कि मेरे (हमारे) द्वारा इस प्रपत्र पर दिए वक्तव्य हैं जहाँ तक मुझे (हमें) पता है सही और पूर्ण हैं। मैं (हम) जानता / जानती हूँ (जानते हैं) कि मेरी (हमारी) स्थिति के बारे में झूठ बोलना, आवश्यक जानकारी देने में असफल रहना या दूसरों का जानकारी वापस रोके रखने का कारण बनना, कानून के विरुद्ध है और मुझे (हमें) अभियोजन के अधीन कर सकता है।

*मैं (हम) समझता/समझती हूँ (समझते हैं) कि मेरे (हमारे) द्वारा दी गई कोई भी जानकारी काउंटी कल्याण एजेंसी, और / या परिवार विकास प्रभाग (डिविजन ऑफ फैमिली डिवलपमेंट) और / या चिकित्सा सहायता और स्वास्थ्य सेवा प्रभाग द्वारा सत्यापन के अधीन है।

*मैं (हम) एतद्द्वारा काउंटी कल्याण एजेंसी, और / या परिवार विकास प्रभाग (डिविजन ऑफ फैमिली डिवलपमेंट) और / या चिकित्सा सहायता और स्वास्थ्य सेवा प्रभाग को मेरे (हमारे) द्वारा दिए गए वक्तव्यों की पुष्टि करने के एकमात्र उद्देश्य से किसी भी व्यक्ति या अन्य स्रोत से संपर्क करने के लिए प्राधिकृत करता/करती (करते) हूँ (हैं) जिन्हें मेरी (हमारी) परिस्थितियों के बारे में ज्ञान हो सकता है (IRS, राज्य और स्थानीय बाल सहायता एजेंसियों, सामाजिक सुरक्षा मजदूरी और लाभ पत्रावलियों, राज्य मजदूरी और बेरोजगारी पत्रावलियों, ऋण रिपोर्टिंग सेवाओं, और साथ ही नियोक्ताओं, बैंकों या अन्य पार्टियों को शामिल करें)। मैं (हम) समझता/समझती हूँ (समझते हैं) कि आय और पात्रता की प्राप्त किसी भी जानकारी का मेरी (हमारे) पात्रता निर्धारित करने के लिए उपयोग किया जाएगा।

*मैं (हम) समझता / समझती हूँ (समझते हैं), कि वर्क फर्स्ट न्यू जर्सी अधिनियम, पब्लिक लॉ **1997 c.13**, **c.14**, **c.37** और **c.38**, के अनुसार सार्वजनिक सहायता के लिए आवेदन में बजट इकाई के भविष्य में शामिल किए जाने के लिए आवश्यक सभी सदस्य, चाहे जन्म से, गोद लेने से, या मूल आवेदन की दिनांक के बाद बजट इकाई के साथ रहने की शुरुआत से हो, शामिल होंगे।

*मैं (हम) जानता / जानती हूँ (जानते हैं) कि मेरे (हमारे) द्वारा दी गई किसी भी जानकारी का सार्वजनिक सहायता (मेडीकेड सहित), NJ SNAP लाभों, गृहस्थी ऊर्जा सहायता लाभो, यूनिवर्सल सर्विस फंड लाभों और अन्य लाभों जिनके लिए मैं (हम) पात्र हैं, के मेरे (हमारे) आवेदन के संबंध में उपयोग किया जाएगा।

*मैं (हम) समझता / समझती हूँ (समझते हैं) कि यदि यह आवेदन WFNJ वर्ग के लिए स्वीकार कर लिया जाता है, तो यह कि मैं (हम) और मेरी (हमारी) गृहस्थी के सभी सदस्यों को न्यू जर्सी वन स्टॉप कैरीयर सेंटर में नामांकित कर लिया जाता है और शिक्षा, प्रशिक्षण, व्यावसायिक मूल्यांकन और रोजगार गतिविधियों में भाग लेना आवश्यक हो सकता है।

*मैं (हम) समझता / समझती हूँ (समझते हैं) कि सभी गृह ऊर्जा सहायता भुगतान संघीय कोषों की उपलब्धता के अधीन हैं।

*मैं (हम) समझता / समझती हूँ (समझते हैं) कि किए गए सभी गृह ऊर्जा सहायता भुगतान ताप (हीटिंग) / शीतलन (कूलिंग) ऊर्जा की खरीद के लिए उपयोग किए जाने हैं।

*मेरे अधिकारों और उत्तरदायित्वों के संबंध में जानकारी, मैंने (हमने) प्राप्त कर ली है और, यदि आवश्यक हो, तो मुझे (हमें) समझा दी गई थी। (मेरे अधिकारों और उत्तरदायित्वों के संबंध में WFNJ हैंडबुक को देखें।)

*मैं (हम) रहने की स्थिति, परिवार की स्थिति या किसी भी स्रोत से धन की प्राप्ति (अर्जित आय के लिए को छोड़कर जो छह महीने की रिपोर्टिंग आवश्यकताओं के अधीन है),के किन्हीं भी परिवर्तनों के बारे में, जब भी लागू हो, काउंटी कल्याण एजेंसी को तुरंत जानने देने के लिए सहमत हूँ (हैं)। (WFNJ हैंडबुक को देखें।)

*मैं (हम) समझता / समझती हूँ (समझते हैं) कि यदि मैं (हम) काउंटी कल्याण एजेंसी द्वारा की गई किसी कार्रवाई से संतुष्ट नहीं हूँ (हैं), तो मैं (हम) या मेरा (हमारा) प्रतिनिधि, या तो मौखिक रूप से या लिखित रूप से, एक निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध कर सकता / सकती हूँ (सकते हैं)। सुनवाई में मेरा (हमारा) प्रकरण मेरे (हमारे) द्वारा चयनित किसी भी व्यक्ति द्वारा प्रस्तुत किया जा सकता है।

*मैं (हम) समझता / समझती हूँ (समझते हैं) कि WFNJ और मेडीकेड (Medicaid) प्रयोजनों के लिए केवल इस आवेदन पर हस्ताक्षर करने पर ही, मैं (हम) काउंटी कल्याण एजेंसी को मेरे स्वयं या परिवार के किसी भी अन्य सदस्य, जिसके लिए मैं (हम) सहायता लेने के लिए आवेदन या सहायता प्राप्त कर रहा / रही (रहे) हैं, के लिए, उपार्जित किसी भी बकाया सहित, किसी भी अन्य व्यक्ति से सहायता का कोई भी अधिकार सौंप रहा / रही हूँ (रहे हैं)।

*मैं (हम) समझता/समझती हूँ (समझते हैं) कि चिकित्सा सहायता के लिए पात्रता की एक शर्त के रूप में, यह माना जाता है कि मैंने (हमने) किसी न्यायालय या प्रशासनिक आदेश द्वारा निर्धारित किए गए अनुसार चिकित्सा देखभाल के प्रयोजन हेतु सहायता करने के लिए किन्हीं भी अधिकारों और किसी भी तीसरे पक्ष से चिकित्सा देखभाल के लिए भुगतान का अधिकार कमिशनर को सौंप दिया है।

*संघीय कानून और अमेरिकी कृषि विभाग (USDA) तथा अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवा (HHS) नीति के अनुसार, इस संस्था को जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, लिंग, आयु, या विकलांगता के आधार पर भेदभाव करने से निषिद्ध किया जाता है। फुड स्टाम्प अधिनियम और USDA नीति के तहत, धर्म या राजनीतिक मान्यताओं के आधार पर भेदभाव का भी निषेध है। भेदभाव की शिकायतों को लिखितरूप में (यहाँ) दायर किया जा सकता है:

HHS निदेशक,		USDA यूएसडीए		निदेशक का कार्यालय
नागरिक अधिकार कार्यालय		नागरिक अधिकार कार्यालय		परिवार विकास प्रभाग
फेडरल बिल्डिंग	या	व्हिट्टन बिल्डिंग, Rm. 326-W	या	न्यू जर्सी मानव सेवा विभाग
26 फेडरल प्लाजा		1400 इंडिपेंडेंस एवेन्यू SW		पी.ओ. बॉक्स 716
न्यूयॉर्क, न्यूयॉर्क 10007		वॉशिंगटन, डीसी 20250-9410		ट्रेंटन, न्यू जर्सी 08625
(HHS, Director Office of Civil Rights Federal Building 26 Federal Plaza New York, New York 10007)	OR	(USDA, Director Office of Civil Rights Whitten Building, Rm. 326-W 1400 Independence Ave. SW Washington, D.C. 20250- 9410)	OR	(Office of the Director Division of Family Development New Jersey Department of Human Services P.O. Box 716 Trenton, New Jersey 08625)

हस्ताक्षर करने से पहले पूरा करें

मैंने (हमने) NJ SNAP शास्ति चेतावनी और नागरिकता / कानूनी विदेशी स्थिति का संदर्भ करने वाले इस प्रपत्र के पृष्ठ 10 पर महत्वपूर्ण नोटिस को पढ़ लिया है। ( ) हाँ ( ) नहीं

*मैं (हम) अनुप्रमाणित करता / करती हूँ (करते हैं) कि मैने (हमने) इन वक्तव्यों को पढ़ लिया है और इनसे सहमत हूँ (हैं) और एहसास है कि वेलफेयर एजेंसी मेरे (हमारे) वक्तव्यों की सत्यता और परिशुद्धता पर विश्वास करती है।

*मैं (हम), मिथ्या साक्षी (परजुरी) की शास्ति के अधीन, प्रमाणित करता / करती हूँ (करते हैं), कि नीचे दिए गए मेरे (हमारे) नाम (नामों) पर हस्ताक्षर करके, यह कि मैं (हम) और गृहस्थी के वे सभी सदस्य जिनके लिए मैं (हम) NJ SNAP लाभों हेतु आवेदन कर रहा / रही हूँ (रहे हैं) अमेरिकी नागरिक या विधिपूर्ण आव्रजन स्थिति में विदेशी (एलियंस) हैं।

*मैं (हम), मिथ्या साक्षी (परजुरी) की शास्ति के अधीन, प्रमाणित करता / करती हूँ (करते हैं), कि NJ SNAP कार्यक्रम और / या WFNJ कार्यक्रम हेतु आवेदन के बारे में मेरे (हमारे) उत्तर, जहाँ तक मेरी (हमारी) जानकारी है, सही और पूर्ण हैं।

*मुझे (हमे), एजेंसी के प्रतिनिधि द्वारा WFNJ कार्य आवश्यकताओं का एक अभिविन्यास, यदि लागू हो, प्राप्त हुआ है।

_____ मेरे समक्ष शपथित और हस्ताक्षरित

आवेदक के हस्ताक्षर दिनांक

_____इस_____दिन _____2_____

सह-आवेदक के हस्ताक्षर दिनांक _____

(एजेंसी का प्रतिनिधि)

महत्वपूर्ण सूचना
NJ SNAP आय कटौती अधित्याग

यदि आप निम्नलिखित में से किसी भी खर्च को रिपोर्ट या सत्यापित करने में विफल रहते / रहती हैं जिन्हें या तो आप अथवा गृहस्थी का कोई अन्य सदस्य भुगतान कर रहा है, तो हम इसे इस अर्थ में लेंगे कि आप उन रिपोर्ट नहीं किए गए खर्चों के लिए आय की कटौती प्राप्त नहीं करना चाहते / चाहती हैं।

- एक आश्रित की देखभाल का खर्च, यदि आप किसी बच्चे या अन्य आश्रित की देखभाल के लिए भुगतान कर रहे / रही हैं ताकि गृहस्थी का कोई सदस्य काम कर सके, रोजगार ढूँढ सके, या रोजगार हेतु तैयार होने के लिए प्रशिक्षण या शिक्षा कक्षाओं में भाग ले सके;
- निर्धारित (प्रेस्क्राइब्ड) दवा, स्वास्थ्य या अस्पताल में भर्ती बीमा, आखों का चश्मा, या परिचर देखभाल सहित, प्रतिपूर्ति नहीं किया गया (अनरीइंबर्स्ड) कोई चिकित्सा या दंत व्यय;
- कोई बाल सहायता भुगतान जिसे किसी कानूनी बाध्यता के तहत गृहस्थी का कोई सदस्य कर रहा है, जिसमें बकाया पर भुगतान शामिल है; या
- कोई आश्रय खर्च जैसे कि किराया, उपयोगिताएँ (स्थापना शुल्कों सहित), संपत्ति कर, गृहस्वामी का बीमा, और किसी प्राकृतिक आपदा के कारण आपके गृह की मरम्मत के लिए शुल्क।

भले ही आप NJ SNAP के लिए आवेदन करते समय हमें न बताएँ (सत्यापित न कराएँ) कि आप इनमें के किसी खर्च को कर रहे / रही हैं, आपको तब भी बाद में एक आय कटौती प्राप्त हो सकती है यदि आप हमें बताते / बताती हैं (सत्यापित करते / करती हैं) कि आप इन खर्चों में से एक का भुगतान कर रहे / रही हैं। कटौती उन महीनों के लिए पूर्वव्यापी नहीं होगी जिन्हें आपने हमें नहीं बताया था कि आप खर्चों का भुगतान कर रहे / रही थीं।

गृहस्थी के मुखिया के हस्ताक्षर _____

आज की दिनांक _____

S:\working\wfnjform\WFNJ-1J.doc