

সরকারী সহায়তার জন্য  
আবেদন ও হলফনামা

WFNJ-1J (Rev. 10/14)

(পাতা 12 এর 1)

শুধু অফিসের ব্যবহারের জন্য

IM কর্মী \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_ কেস নম্বর \_\_\_\_\_  
IM সুপারভাইজর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_ সম্পর্কিত কেস নম্বর(গুলি) \_\_\_\_\_  
TANF অবস্থা: ( ) NA ( ) RA ( ) RO ( ) TR নিবন্ধীকরণের তারিখ \_\_\_\_\_

ভাগ I

আবেদনকারী: এই ফর্মটি যত্ন সহকারে ও নির্ভুলভাবে সম্পূর্ণ করতে একটি পেন ব্যবহার করুন। আপনি যদি কোনো উত্তরের ব্যাপারে নিশ্চিত না হন, তাহলে জায়গাটা খালি ছেড়ে দিন। আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে, কাউন্টি ওয়েলফেয়ার কর্মীকে জিজ্ঞাসা করুন।

শেড দেওয়া বক্সগুলিতে লিখবেন না

1. আপনি কোন কার্যক্রমের(গুলি) জন্য আবেদন করতে বা পুনরায় আবেদন করতে চান?  
( ) দরিদ্র পরিবারগুলির জন্য অস্থায়ী সহায়তা (TANF) ( ) শুধুমাত্র AFDC মেডিকেইড ( ) সাধারণ সহায়তা  
( ) NJ SNAP কার্যক্রম ( ) শরণার্থী পুনর্বাসন কার্যক্রম  
( ) জরুরি সহায়তা ( ) আত্মীয়তা পরিচর্যা ভর্তুকি কার্যক্রম

আমি (আমরা) বুঝি যে WFNJ-এর যোগ্যতার শর্ত হিসেবে, স্বনির্ভরতা অর্জনের প্রচেষ্টা করার জন্য আমাকে (আমাদের) ক্রমাগত ও সক্রিয়ভাবে চাকরি খুঁজতে হবে।  
আমি (আমরা) বুঝি যে WFNJ-এর যোগ্যতার শর্ত হিসেবে, আমাকে (আমাদের) নিউ জার্সি ওয়ান স্টপ কেয়ার সেন্টার-এ কাজের জন্য নিবন্ধীকরণ করতে হবে।

2. আপনি কি কাজ করতে আগ্রহী? [ ] হ্যাঁ [ ] না

3. আবেদনকারীর নাম: \_\_\_\_\_  
(শেষ) (প্রথম) (MI) (বিবাহ-পূর্ব)

4. বাসিন্দার ঠিকানা: আপনি আসলে যে স্থানে বাস করেন:

(নম্বর ও রাস্তা বা RFD) (শহর) (স্টেট) (জিপ কোড)

আপনাকে চিঠিপত্র পাঠানোর ঠিকানা, যদি তা উপরের বসবাসের ঠিকানার থেকে আলাদা হয়।

(P.O. বক্স, রাস্তার ঠিকানা বা RFD) (শহর) (স্টেট) (জিপ কোড)

আপনার টেলিফোন নম্বর: বাড়ি ( ) \_\_\_\_\_ কর্মস্থল ( ) \_\_\_\_\_ সেল ( ) \_\_\_\_\_

5. নিউ জার্সির বাসস্থান (NJ SNAP-এর উদ্দেশ্যে প্রযোজ্য নয়)

বাসস্থানের সত্যতা প্রতিপাদন

আপনি কি নিউ জার্সিতে বাস করা চালিয়ে যাওয়ার পরিকল্পনা করেছেন? [ ] হ্যাঁ [ ] না

যদি "না" হয়, ব্যাখ্যা করুন: \_\_\_\_\_

6. আপনি আপনার জন্য NJ SNAP বা GA-এর আবেদন করতে, NJ SNAP সুবিধা বা GA সুবিধা পেতে, অথবা আপনার জন্য খাবার কিনতে NJ SNAP সুবিধা ব্যবহার করার জন্য আপনার পরিবারের বাইরের কোনো ব্যক্তিকে(দের) অধিকার প্রদান করতে পারেন। আপনি যদি NJ SNAP সুবিধার জন্য যোগ্য হন, তাহলে আপনার দ্বারা নামাঙ্কিত ব্যক্তি একটি ফ্যামিলিজ ফার্স্ট EBT কার্ড পাবেন, যা ব্যবহার করে তিনি আপনার খাবার কিনতে পারেন। আপনি যদি এই ধরনের কোনো ব্যক্তিকে নামাঙ্কিত করতে চান, তাহলে নিম্নলিখিত তথ্য সম্পূর্ণ করুন।

অনুমোদিত প্রতিনিধির নাম	জন্ম তারিখ	ঠিকানা	SSN (ট্রিঙ্ক)	টেলিফোন নম্বর

নিচের 7 ও 8 নং প্রশ্নগুলি - শুধুমাত্র NJ SNAP আবেদনকারীদের জন্য

7. আপনার নাম, ঠিকানা, স্বাক্ষর ও স্বাক্ষরের তারিখ প্রদান করে, আপনার অবিলম্বে NJ SNAP-এর জন্য একটি আবেদন নথিভুক্ত করার অধিকার আছে। আপনি যদি যোগ্য হিসেবে নির্ধারিত হন, তাহলে সেই তারিখ থেকে আপনার সুবিধাগুলি প্রদান করা হবে। (আপনি যদি একটি আবেদন নথিভুক্ত করেন এবং আপনার অবস্থা সম্বন্ধে সমস্ত প্রয়োজনীয় তথ্য দেন, এবং আপনাকে যোগ্য পাওয়া যায়, তাহলে NJ SNAP অফিস আপনার আবেদন পাওয়ার তারিখ থেকে 30 দিনের মধ্যে আপনি NJ SNAP পেতে পারেন।)

8. আপনার যদি খুব কম আয় ও সংস্থান থাকে, তাহলে আপনি স্বরাস্তিত সুবিধা পাওয়ার জন্য যোগ্য হতে পারেন (যা 7 দিনের মধ্যে পাওয়া যাবে)। আপনার নিচের প্রশ্নগুলির উত্তর নির্ধারণ করবে যে আপনি এই পরিষেবা পাওয়ার জন্য যোগ্য কি না:

(a) আপনার পরিবারের সর্বমোট মাসিক আয় কি \$150.00 এর কম এবং আপনার পরিবারের মোট নগদে রূপান্তরযোগ্য সম্পদ কি

\$100.00 (যেমন নগদ অর্থ বা চেকিং/সেভিংস অ্যাকাউন্ট) বা তার কম? [ ] হ্যাঁ [ ] না

(b) আপনার পরিবারের মাসিক ভাড়া বা বন্ধক এবং ইউটিলিটির খরচ কি আপনার পরিবারের সর্বমোট মাসিক আয় ও মোট নগদে রূপান্তরযোগ্য সম্পদের যোগফলের চেয়ে বেশি? [ ] হ্যাঁ [ ] না

(c) আপনার পরিবার কি একটি অভিবাসী বা কৃষিকাজে যুক্ত পরিবার, যার আয় খুব কম বা কোনো আয় নেই? [ ] হ্যাঁ [ ] না

শুধু অফিসের ব্যবহারের জন্য

শ্রেণীগত যোগ্যতা:

পরিবারের সবাই কি সরকারী সহায়তা (WFNJ) বা SSI পান? [ ] হ্যাঁ [ ] না

9. \_\_\_\_\_  
(যে ব্যক্তি আবেদনটি সূচনা করেছেন তার স্বাক্ষর)

\_\_\_\_\_ (স্বাক্ষরের তারিখ)



নাম	সোশ্যাল সিকিওরিটি নাম্বার	জন্মতারিখ জন্মস্থল	আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক	লিঙ্গ (স্ত্রী) বা (পুং)	জাতি/ জাতিগত গ্রুপ	আইনসম্মত ভিনদেশী ও BCIS অবস্থা	বৈবাহিক অবস্থা	গ্রেড ও স্কুল	
অন্য আবেদনকারী									PA
শেষ									NJ SNAP MA
প্রথম m.i.									
কেবলমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য									
অন্য আবেদনকারী									PA
শেষ									NJ SNAP MA
প্রথম m.i.									
কেবলমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য									
অন্য আবেদনকারী									PA
শেষ									NJ SNAP MA
প্রথম m.i.									
কেবলমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য									
অন্য আবেদনকারী									PA
শেষ									NJ SNAP MA
প্রথম m.i.									
কেবলমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য									

## 11. আপনার পরিবারের ভিনদেশী/অ-নাগরিক ব্যক্তিদের নামগুলি তালিকাভুক্ত করুন

নাম	প্রবেশের তারিখ/মূল দেশ	নিবন্ধন #	স্পনসরের নাম/ পুনর্বাসন এজেন্সি	স্পনসর/ পুনর্বাসন এজেন্সির ঠিকানা	নাগরিকত্বের জন্ম আবেদনের তারিখ	স্পনসরের আয়

## 12. বাড়ির অন্য যে ব্যক্তির উপরে তালিকাভুক্ত নেই তাদের তালিকা দিন (রুমার/বোর্ডারদের অন্তর্ভুক্ত করুন)

নাম	আবেদনকারীর সঙ্গে সম্পর্ক

## 12a. জরুরি অবস্থায় যোগাযোগের একজন ব্যক্তির নাম তালিকাভুক্ত করুন (শুধুমাত্র GA কেস) \_\_\_\_\_।

ফোন # \_\_\_\_\_ ঠিকানা \_\_\_\_\_.

## 13. গর্ভবতী মায়ের নাম \_\_\_\_\_ প্রসবের প্রত্যাশিত তারিখ \_\_\_\_\_

ডাক্তারের নাম \_\_\_\_\_ ডাক্তারের ঠিকানা \_\_\_\_\_

14. আপনার বাড়িতে কোন প্রধান ভাষায় কথা বলা হয়? \_\_\_\_\_.

15. আপনি বা আবেদনকারী পরিবারের কোনো সদস্য কি 1997 এর এপ্রিলের পর থেকে নিউ জার্সি বা অন্য কোনো স্টেট, অঞ্চলে TANF পান বা পেয়েছেন, অথবা নিউ জার্সিতে সাধারণ সহায়তা (GA) পান বা পেয়েছেন?			[ ]হ্যাঁ [ ] না
যে ব্যক্তি সহায়তা পাচ্ছেন	সহায়তার ধরন	কখন	সহায়তা প্রদানকারী

16. আপনি বা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি কোনো গুরুতর অপরাধে দোষী প্রমাণিত হয়ে পালিয়ে বেড়াচ্ছেন অথবা কোনো যুক্তরাষ্ট্রীয় বা স্টেট আদালত দ্বারা আরোপিত প্যারোল বা প্রবেশনের শর্ত লংঘন করেছেন?		[ ]হ্যাঁ [ ] না
যে ব্যক্তি পালিয়ে বেড়াচ্ছেন বা লংঘন করেছেন	কী থেকে পালিয়ে বেড়াচ্ছেন	

17. আপনি বা আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি একই সাথে দুটি বা তার বেশি জায়গায় আয়ের সীমা অনুযায়ী প্রদত্ত সুবিধাগুলি প্রতারণাপূর্ণভাবে নেওয়ার অপরাধে দোষী প্রমাণিত হয়েছেন?			[ ]হ্যাঁ [ ] না
যে ব্যক্তি প্রতারণার অপরাধে দোষী প্রমাণিত হয়েছেন	যেখানে প্রতারণাটি ঘটেছিল	কখন	কোন সুবিধা

18. 22 আগস্ট 1996 এর পর থেকে আপনি বা আপনার আবেদনকারী পরিবারের কোনো সদস্য কি কোনো নিয়ন্ত্রিত বস্তু রাখা, ব্যবহার করা বা তা বিতরণ করার অপরাধ সংঘটিত করেছেন বা তাতে দোষী প্রমাণিত হয়েছেন, যা একটি শাস্তিযোগ্য অপরাধ? শুধুমাত্র GA-র ক্ষেত্রে প্রযোজ্য			[ ]হ্যাঁ [ ] না
যে ব্যক্তি অপরাধ সংঘটিত করেছেন	অপরাধের ধরন	অপরাধটি কোথায় সংঘটিত হয়েছিল	

19. আপনি যদি রাখা বা ব্যবহার করার জন্য শাস্তিযোগ্য অপরাধে দোষী প্রমাণিত হয়ে থাকেন, সেই ক্ষেত্রে আপনি কি ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ ও সিনিয়র সার্ভিসেস দ্বারা লাইসেন্সকৃত বা অনুমোদিত আবাসিক মাদক চিকিৎসার কার্যক্রমে নথিভুক্ত হয়েছেন বা তা সম্পূর্ণ করেছেন?			[ ]হ্যাঁ [ ] না
যে ব্যক্তি চিকিৎসা পাচ্ছেন	চিকিৎসার স্থান	চিকিৎসার তারিখ	

19. a. আপনি যদি ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ ও সিনিয়র সার্ভিসেস দ্বারা লাইসেন্সকৃত বা অনুমোদিত আবাসিক মাদক চিকিৎসার কার্যক্রমে নথিভুক্ত না হন বা তা সম্পূর্ণ না করে থাকেন, তাহলে এর কারণ কী?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. পরিবারের কেউ কি স্বেচ্ছায় কোনো চাকরি ছেড়েছেন?

গত 90 দিনে WFNJ এর জন্য [ ]হ্যাঁ [ ] না যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে তিনি কে? \_\_\_\_\_.

গত 60 দিনে NJ SNAP এর জন্য [ ]হ্যাঁ [ ] না যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে তিনি কে? \_\_\_\_\_.

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কেন? \_\_\_\_\_.

21. আপনার পরিবারের কেউ কি ধর্মঘট করছেন? [ ]হ্যাঁ [ ] না যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কে? \_\_\_\_\_.

22. নিয়োগের শেষ দিনটি কী ছিল? \_\_\_\_\_.

22a. আপনার শেষ চাকরির পর থেকে আপনি কী করছেন? \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

23. শুধুমাত্র WFNJ-এর উদ্দেশ্যে, গত 3 বছরে সহায়তার আবেদনকারী প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য সমস্ত নিয়োগের তালিকা দিন, সবচেয়ে সাম্প্রতিকটি দিয়ে শুরু করুন।

নাম	নিয়োগকর্তার নাম	নিয়োগকর্তার ঠিকানা	শুরুর তারিখ	শেষের তারিখ

24. আবেদনকারী পরিবারের কোনো সদস্য কি নিকট ভবিষ্যতে পরিস্থিতির কোনো পরিবর্তনের আশা করেন, যেমন আয়, পরিবারের আয়তন, বাসস্থান, আশ্রয়ের খরচের পরিবর্তন; কিংবা একটি যানবাহন কেনা বা বেচা?

হ্যাঁ  না যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে কী পরিবর্তন: \_\_\_\_\_

25. অর্জিত আয়: আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসরত কেউ কি কাজ করা, বেবি-সিটিং বা শিশুর দেখাশোনা, আপনার নিজের ব্যবসা, ছোটখাটো কাজকর্ম, বিক্রি করা থেকে অর্থ পান বা

অন্যান্য অর্জিত আয় আছে?  হ্যাঁ  না যদি "হ্যাঁ" হয়, প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য নিম্নলিখিত তথ্য দিন:

পদবী নাম			
প্রতি সপ্তাহে কত ঘণ্টা			
কত ঘন ঘন বেতন দেওয়া হয়			
নিয়োগকর্তার নাম ও ঠিকানা বা যদি স্বনিযুক্ত হন তাহলে "স্বয়ং"			
বেতন (বেতন থেকে কোনো বিয়োজনের আগে) মোট পরিমাণ ও তারিখ	তারিখ পরিমাণ	তারিখ পরিমাণ	তারিখ পরিমাণ

26. শিশু/প্রাপ্তবয়স্কের পরিচর্যা: আপনার ওয়েলফেয়ার বা NJ SNAP পরিবারের অন্তর্ভুক্ত কেউ কি চাকরি, স্কুলে যাওয়া বা চাকরি খোঁজার কারণে কোনো শিশু বা প্রাপ্তবয়স্কের পরিচার্যার জন্য মূল্য দিয়েছেন?  হ্যাঁ  না যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে কার পরিচার্যা করা হয়েছিল? (নিচে তালিকাভুক্ত করুন)

শিশু/প্রাপ্তবয়স্কের নাম	পরিচার্যা প্রদানকারী (ব্যক্তি)	প্রতি সপ্তাহে কত দিন	প্রতি ঘণ্টা হারে	মোট দিন	আসলে যে অর্থ প্রদান করা হয়েছে/কার দ্বারা

সত্যতা প্রতিপাদন

**27. চাইল্ড সাপোর্ট:** আপনি কি আপনার পরিবারের বাইরের কোনো শিশুকে অর্থ প্রদান করা বা চাইল্ড সাপোর্ট দেওয়ার জন্য আইনত বাধ্য?

[ ] হ্যাঁ [ ] না যদি "হ্যাঁ" হয়, নিচের তথ্য সম্পূর্ণ করুন: (চাইল্ড সাপোর্টের বকেয়া থাকা অর্থ অন্তর্ভুক্ত করুন, যতক্ষণ আপনি তা পরিশোধ করার জন্য আইনত বাধ্য।)

কাকে	ঠিকানা	শিশুর বয়স	মাসিক যত অর্থ পরিশোধ/ প্রদান করা হয়েছে	আদালতের আদেশ নম্বর

**28. স্বাস্থ্য বীমা:** কে স্বাস্থ্য বীমার আওতায় আছেন? যদি কেউ না থাকেন, এখানে টিক ( ) দিন।

নামের শেষ অংশ, নামের প্রথম অংশ	বিমা কোম্পানি	পলিসি নম্বর	পলিসি ধারক

**29.** একজন অনুপস্থিত স্বামী বা স্ত্রী কি আপনার জন্য চিকিৎসা বা স্বাস্থ্য বিমা নিয়েছেন? [ ] হ্যাঁ [ ] না যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে কোন বিমা?

**30.** আপনি যে সমস্ত শিশুর জন্য আবেদন করেছেন তাদের মধ্যে কারো জন্য কি একজন অনুপস্থিত মা বা বাবা চিকিৎসা বা স্বাস্থ্য বিমা নিয়েছেন?

[ ] হ্যাঁ [ ] না যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে কোন বিমা এবং কার জন্য? \_\_\_\_\_

**31.** আপনি বা আপনার পরিবারের সদস্যরা কি অন্যান্য মেডিকেইড কার্যক্রমের জন্য আবেদন করেছেন? যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে কোন কার্যক্রম?

\_\_\_\_\_ | আপনার আবেদন করার তারিখ \_\_\_\_\_।

**32. অন্যান্য আয়:** আপনি অথবা আপনার ওয়েলফেয়ার বা NJ SNAP পরিবারের অন্তর্ভুক্ত কেউ কি (সত মা-বাবা সহ)

নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে কোনোটি পান বা আবেদন করেছেন: হ্যাঁ \_\_\_\_\_ না \_\_\_\_\_ যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক দিন।

কর্মহীন বিমা	সম্পত্তির ভাড়া থেকে আয়	কর্মীদের ক্ষতিপূরণ
অবসরপ্রাপ্ত সেনার বেনিফিট	রুমার ও/বা বোর্ডার থেকে আয়	ইউনিয়ন/পেনশন বেনিফিট
সোশ্যাল সিকিওরিটি/রেলরোড অবসরগ্রহণ	আত্মীয়, বন্ধু, লজ বা ইউনিয়ন থেকে আয়	চাইল্ড সাপোর্ট:
সাপ্লিমেন্টাল সিকিওরিটি ইনকাম (SSI)	আয়কর রিফান্ড বা আর্নড ইনকাম ক্রেডিট	সামরিক বাহিনীর কর্মীর থেকে অ্যালটমেন্ট চেক
প্রতিবন্ধকতা অর্থপ্রদান	ফস্টার কেয়ার অর্থপ্রদান	সাধারণ সহায়তা
ভর্তুকিপ্ৰাপ্ত দত্তকগ্রহণ	ট্রাস্ট ফান্ড	প্রশিক্ষণ ভাতা
স্টক, বন্ড, ব্যাংক অ্যাকাউন্ট ইত্যাদি থেকে সুদ/ডিভিডেন্ড	এককালীন অর্থপ্রদান (অতীতের বেনিফিট, মামলা থেকে অর্থ ইত্যাদি)	ছাত্র ঋণ, অনুদান, ছাত্র বৃত্তি বা স্টাইপেন্ড
অ্যানুইটি বেনিফিট (জীবন বিমার ডিভিডেন্ড সহ)	এককালীন আয়, পুরস্কার জয় বা উপহার	সাপ্লিমেন্টাল ওয়ার্ক সাপোর্ট
DCP&P রিলেটিভেয়ার পার্মানেন্সি সাপোর্ট	DCP&P আইনি অভিভাবক ভর্তুকি কার্যক্রম	ন্য আয়, যেমন খোরপোশ (নির্দিষ্টভাবে বলুন:)

উপরে টিক দেওয়া আইটেমগুলির জন্য নিম্নলিখিত তথ্য দিন:

নামের শেষ অংশ, নামের প্রথম অংশ	আয়ের উৎস	যে তারিখে প্রাপ্ত হয়েছে	মোট অর্থরাশি

সত্যতা প্রতিপাদন

33. সম্পদ: (প্রসারিত শ্রেণীগত যোগ্যতার জন্য অযোগ্য NJ SNAP পরিবারগুলির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) আপনি বা আপনার সাথে বসবাসরত কারো কি নগদ অর্থ, চেকিং বা সেভিংস অ্যাকাউন্ট, স্টক, বন্ড, C.D., IRA/Keogh, মিউচুয়াল ফান্ড, ট্রাস্ট ফান্ড, U.S. সেভিংস বন্ড, ক্রিসমাস/ছুটি কাটানো, বা অন্যান্য ক্লাব সেভিংস অ্যাকাউন্ট, ক্রেডিট ইউনিয়ন এর সদস্যতা, সেফ ডিপোজিট বক্সে অর্থ বা মূল্যবান সামগ্রী, মূল্যবান নোট বা চুক্তি, বন্ধকের মালিকানা বা অন্য কোনো সম্পদ আছে? [ ] হ্যাঁ [ ] না

যে ব্যক্তি সম্পদের মালিক	সম্পদটি কী?	সম্পদটি কোথায়?	সম্পদটির মূল্য কত?

### সত্যতা প্রতিপাদন

34. আবেদনকারীর পরিবারের ব্যক্তিদের মালিকানাধীন সমস্ত যানবাহনের তালিকা দিন। গাড়ি, ভ্যান, ট্র্যাক্টর ট্রেলার, পিক-আপ ট্রাক, ট্রেলার, মোটর হোম, মোটরসাইকেল, নৌকা ইত্যাদির মতো সমস্ত ধরনের পরিবহনকে অন্তর্ভুক্ত করুন। যদি কোনোটা না থাকে, এখানে টিক ( ) দিন।

মালিকের নাম	মডেল/স্টাইল	বছর/নির্মাতা	ব্যবহার	কেলি রুব্যাক মূল্য

35. আপনি অথবা আপনার সঙ্গে বসবাসরত কেউ কি আপনি যে বাড়িতে বাস করেন সেটি ছাড়া অন্য কোনো জমি বা রিয়েল এস্টেটের মালিক? [ ] হ্যাঁ [ ] না  
যদি "হ্যাঁ" হয়, ব্যাখ্যা করুন: \_\_\_\_\_

36. কেউ কি বাস্তব বা ব্যক্তিগত সম্পত্তি (স্টক সহ) বিনিময়, দান, হস্তান্তর বা বিক্রি করেছেন:					[ ] হ্যাঁ [ ] না	
গত 12 মাসে TANF ও GA-এর উদ্দেশ্যে?					[ ] হ্যাঁ [ ] না	
গত 3 মাসে NJ SNAP-এর উদ্দেশ্যে?					[ ] হ্যাঁ [ ] না	
কী বিক্রি, দান, ইত্যাদি করা হয়েছিল?	কার দ্বারা?	কাকে?	উপহার বা বিক্রির তারিখ?	মোট বাজার মূল্য	প্রাপ্ত অর্থরাশি	

37. আপনার অথবা আপনার আবেদনকারী পরিবারের অন্তর্ভুক্ত কারো বিরুদ্ধে কি কোনো দাবি অসমীমাংসিত আছে, যেমন আইনি মামলা, বিবাহ বিচ্ছেদ, নিষ্পত্তি, উত্তরাধিকার, দুর্ঘটনা সংক্রান্ত দাবি, সম্পত্তি বিক্রয়, অন্যান্য দাবি, অথবা অন্য কেউ কি আপনার কাছে বা তাদের কাছে ঋণী? [ ] হ্যাঁ [ ] না  
যদি "হ্যাঁ" হয়, ব্যাখ্যা করুন: \_\_\_\_\_

WFNJ-10D সম্পূর্ণ করার তারিখ \_\_\_\_\_ (শুধুমাত্র NJ SNAP গ্রাহকদের জন্য প্রযোজ্য নয়)

38. আবেদনকারী পরিবারের কারো কি এগুলি আছে: (NJ SNAP-এর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়)

(a) অলঙ্কার, মুদ্রা/ডাকটিকিটের সংগ্রহ, ফার ইত্যাদির মতো মূল্যবান ব্যক্তিগত সম্পত্তির আংশিক বা পূর্ণ মালিকানা?

[ ] হ্যাঁ [ ] না যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে ব্যাখ্যা করুন \_\_\_\_\_

(b) কবরের জমি বা ব্যবস্থা ? [ ] হ্যাঁ [ ] না যদি "হ্যাঁ" হয়, তবে মূল্য \_\_\_\_\_।

**NJ SNAP ও GA**

**আগ্রয়ের তথ্য:** পরিবারটি যদি NJ SNAP কার্যক্রম ও/বা GA.-এ অংশগ্রহণের জন্য আবেদন করে, তাহলে সম্পূর্ণ করতে হবে।

39. পরিবারের বাইরের অন্য কেউ কি পরিবারের কোনো খরচ পরিশোধ করেন বা অর্থপ্রদানে সহায়তা করেন? [ ] হ্যাঁ [ ] না  
যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে নিম্নলিখিত সম্পূর্ণ করুন:

আগ্রয়ের খরচের ধরন	কাকে প্রদান করা হয়েছে	প্রদানকারী	প্রদত্ত অর্থ	কত ঘন ঘন বিল করা হয়

40. **আগ্রয়ের খরচ** (নিম্নলিখিতগুলির জন্য পরিবারের খরচের তালিকা দিন:)

আগ্রয়ের খরচ	প্রদত্ত অর্থ	কত ঘন ঘন বিল করা হয়	শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য
ভাড়া/বন্ধক	\$		মাসিক খরচ
সম্পত্তি কর	\$		\$
বাড়ির বিমা	\$		\$
আগ্রয় মোট			\$
বিদ্যুৎ	\$		\$
গ্যাস	\$		\$
তেল	\$		\$
জল	\$		\$
নিকাশী	\$		\$
আবর্জনা/বর্জ্য অপসারণ	\$		\$
ইউটিলিটি স্থাপনের খরচ	\$		\$
অন্যান্য (কমলা, কার্ট, কেবোসিন)	\$		\$
ইউটিলিটি মোট			\$
			বা
41A. আপনি কি আপনার বাড়িকে গরম বা ঠান্ডা করার জন্য ইউটিলিটির মূল্য পরিশোধ করেন (যা আপনার ভাড়া থেকে আলাদা)? [ ] হ্যাঁ [ ] না			\$
41B. আপনার পরিবার যদি জল, নিকাশী ও আবর্জনা অপসারণের অতিরিক্ত ইউটিলিটির মূল্য পরিশোধের জন্য দায়ী হয়, তাহলে আপনার পরিবার স্ট্যান্ডার্ড বা হিটিং ইউটিলিটি ভাতার মধ্যে একটি বেছে নেওয়ার যোগ্য হতে পারে।			\$
			বা
			মাসিক মোট আগ্রয়
			বিকল্প নির্বাচনের তারিখ

42. **অতিরিক্ত চিকিৎসা খরচ**

আপনার পরিবারের কেউ কি 60 বছর বা তার বেশি বয়সী, ও/বা যুক্তরাষ্ট্রীয় স্যান্সিমেটাল সিকিওরিটি ইনকাম (SSI), সোশ্যাল সিকিওরিটি ডিসেবিলিটি বা অবসরপ্রাপ্ত সেনার অর্থপ্রদানের জন্য সার্টিফিকেড? [ ] হ্যাঁ [ ] না যদি "হ্যাঁ" হয়, নিচের তথ্য সম্পূর্ণ করুন: যদি "না" হয়, 12 পাতায় এগিয়ে যান। চিকিৎসার খরচে এমন অর্থরাশি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে যা বিল করা হয়েছে, এমন কি আপনি যদি আসলে চিকিৎসার বিল পরিশোধ না করে থাকেন তাহলেও।

নিয়মিত ঘটে এমন চিকিৎসা খরচের পাশাপাশি, অন্যান্য চিকিৎসা পরিষেবাগুলির তালিকা দিন যা আপনার প্রয়োজন হতে পারে।	প্রদত্ত অর্থ	কত ঘন ঘন বিল করা হয়	শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য
মেডিকাল ও ডেন্টাল পরিষেবা	\$		মাসিক মোট
হাসপাতাল বা নার্সিং পরিচর্যা	\$		\$
ডাক্তার দ্বারা প্রেসক্রাইব করা ওষুধ	\$		\$
নকল দাঁত, হিয়ারিং এইড ও চশমা	\$		\$
চিকিৎসা পরিচর্যা পাওয়ার জন্য পরিবহনের খরচ	\$		\$
আয়া বা নার্সের পরিষেবা	\$		\$
অন্যান্য (ব্যাখ্যা করুন)	\$		\$
			\$
42A. পরিবারের যে সব সদস্যের এই খরচগুলি আছে তাদের নামের তালিকা দিন:			মোট

SSI প্রাপ্তির সত্যতা প্রতিপাদন করুন

ফেডেরাল শেয়ার

SSA ও SSI তালিকাভুক্ত আছে

পাতা 6 এ

**42B.** আপনি উপরে যে সমস্ত চিকিৎসা খরচের তালিকা দিয়েছেন তার কোনোটা কি আপনার পরিবারের বাইরের কোনো উৎস দ্বারা আংশিক বা সম্পূর্ণ প্রদান করা হয় বা খরচ পরিশোধ করা হয়, যেমন চিকিৎসা বিমা, মেডিকেশ্যর, PAAD বা অন্য কোনো ব্যক্তি?

[ ] **হ্যাঁ** [ ] **না** যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে তারা কোন খরচ(গুলি) প্রদান করেন? তারা কত অর্থ প্রদান করেন?

---



---



---

**শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য**  
ওয়ার্ক ফার্স্ট নিউ জার্সি ও/বা NJ SNAP ওয়ার্ক রেজিস্ট্রেশন

নামগুলি (সবাই 16এর বেশি)	ছাড়ের কোড	WFNJ	বাধ্যতামূলক WFNJ তারিখ	স্বৈচ্ছামূলক WFNJ তারিখ	রেফারালের তারিখ	NJSNAP ওয়ার্ক একজেম্পট কোড	নিবন্ধীকরণের তারিখ

**43. আইনত দায়িত্বশীল আত্মীয়।** (এটা শুধুমাত্র মেডিকেইড-এর উদ্দেশ্যেই প্রযোজ্য।)

যদি বাড়িতে না থাকেন, তাহলে আপনার স্বামী বা স্ত্রীর নাম দিন। 55 বছরের কম বয়সী যে কোনো সন্তানের নাম(গুলি) দিন, যাদের জন্য সহায়তার অনুরোধ করা হচ্ছে না। আপনার বয়স যদি 18 এর কম হয়, তাহলে মা-বাবার তথ্য দিন।

নাম	ঠিকানা	সম্পর্ক	বয়স

**44. হোম এনার্জি অ্যাসিস্ট্যান্স**

হোম এনার্জি অ্যাসিস্ট্যান্স (HEA) এর জন্য যোগ্যতা ও HEA সুবিধার পরিমাণ নির্ধারণ করার জন্য, আপনার নিচের প্রশ্নটির উত্তর ব্যবহার করা হবে। নিচের তালিকাটি ব্যবহার করে, নির্দেশ করুন যে কোন আইটেমটি আপনার হিটিং/বসবাসের ব্যবস্থাকে সবচেয়ে ভালভাবে বর্ণনা করে।

- ( ) অন্য কেউ আমার হিটিং-এর মূল্য প্রদান করেন। **(A)** **HEA কোড:** \_\_\_\_\_
- ( ) কোনো সরকারী আবাসন কর্তৃপক্ষ আমার হিটিং প্রদান করে অথবা আমি ভাড়ায় ভর্তুকি পেয়েছিলাম এবং হিটিং-এর মূল্য আমার ভাড়ায় অন্তর্ভুক্ত। **(C)**
- ( ) আমি শুধু হিটের অপ্রধান উৎসের জন্য মূল্য প্রদান করি (যেমন কার্ঠের উনুন, কেরোসিন হিটার, ইলেক্ট্রিক স্পেস হিটার ইত্যাদি)। **(E)**
- ( ) আমি হিটিং-এর খরচ অন্যদের সঙ্গে ভাগ করে নিই। **(F)**
- ( ) আমার হিটিং-এর খরচ আমার ভাড়ায় অন্তর্ভুক্ত আছে, যা ভর্তুকিপ্ৰাপ্ত নয়। **(G)**
- ( ) আমি হিটিং-এর জন্য আমার বাড়িওয়ালাকে আলাদাভাবে মূল্য দিই। **(W)**

আমি আমার বাড়ি বা অ্যাপার্টমেন্টের হিটিং-এর প্রধান উৎসের জন্য সরাসরি জ্বালানি সরবরাহকারীকে মূল্য প্রদান করি। আমার হিটিং-এর উৎস হল:

- ( ) জ্বালানি তেল **(J)**                      ( ) কেরোসিন **(M)**                      ( ) কার্ঠ **(R)**  
 ( ) বিদ্যুৎ **(K)**                      ( ) প্রাকৃতিক গ্যাস **(N)**                      ( ) বটল-এর গ্যাস **(L)**  
 ( ) কয়লা **(P)**                      ( ) আমি HEA সুবিধা পেতে চাই না। **(T)**

**গুরুত্বপূর্ণ বিজ্ঞপ্তি**

এই ফর্মে প্রদত্ত তথ্যের সত্যতা যুক্তরাষ্ট্রীয়, রাজ্য ও/বা কাউন্টি কর্তৃকদানের দ্বারা যাচাই করা হবে। যদি কোনো কিছু অসত্য পাওয়া যায়, তাহলে আপনাকে NJ SNAP সুবিধা দিতে অস্বীকার করা হতে পারে এবং/বা জেনেবুঝে মিথ্যা তথ্য দেওয়ার জন্য আপনার বিরুদ্ধে ফৌজদারী মামলা করা হতে পারে।

45 CFR 206.10(a)(iii) ও 7 CFR 273.2(b) মান্য করার জন্য, আমরা আপনাকে অবহিত করছি যে আপনার সোশ্যাল সিকিওরিটি নম্বর ব্যবহার করে BCIS-এর জন্য আয় ও যোগ্যতা সংক্রান্ত তথ্য, স্টেট ও স্থানীয় চাইল্ড সাপোর্ট এজেন্সি, সোশ্যাল সিকিওরিটি বেতন ও সুবিধার ফাইল, এবং স্টেটের বেতন ও বেকারছ সংক্রান্ত ফাইলগুলি সংগ্রহ করা হবে এবং আপনার যোগ্যতা অব্যাহত রাখার বিষয়টি নির্ধারণ করার জন্য ব্যবহার করা হবে। এর জন্য আমরা আপনার নিয়োগকর্তা, ব্যাংক বা অন্য পক্ষের সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারি।

নিচে দেওয়া শাস্তিগুলি নিম্নলিখিত ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হয়:

NJ SNAP প্রাপক কোনো ব্যক্তি, যিনি আবেদনপত্রে তালিকাভুক্ত কোনো নিয়ম ইচ্ছাকৃতভাবে লঙ্ঘন করেন; অথবা

কোনো ব্যক্তি যিনি NJ SNAP সুবিধা পাওয়ার যোগ্য না হওয়া সত্ত্বেও, ইচ্ছাকৃতভাবে নিম্নলিখিত পদক্ষেপের দ্বারা তার জন্য আবেদন করেন বা তা নেন:

মিথ্যা বা বিভ্রান্তকারী বিবৃতি দিয়েছিলেন।

তথ্য গোপন করেছিলেন বা লুকিয়েছিলেন।

- এমন কোনো কাজ সংঘটিত করেছিলেন যা ফুড স্ট্যাম্প আইন, NJ SNAP কার্যক্রমের নিয়মাবলী অথবা NJ SNAP সুবিধা বা অ্যাক্সেস ডিভাইসের (যেমন ফ্যামিলিজ ফাস্ট EBT কার্ড) ব্যবহার, উপস্থাপনা, হস্তান্তর, অর্জন, গ্রহণ বা অধিকারের সাথে সম্পর্কিত কোনো স্টেট আইনের লঙ্ঘন হিসেবে বিবেচিত হয়।

**শাস্তি**

ইচ্ছাকৃতভাবে SNAP নিয়মাবলী লঙ্ঘনের জন্য শাস্তিগুলির মধ্যে অন্তর্ভুক্ত হল নিম্নলিখিত সময়কালের জন্য SNAP-এ অংশগ্রহণ করতে অযোগ্য ঘোষণা করা

- 12 মাস, প্রথম বার অপরাধের জন্য;
- 24 মাস, দ্বিতীয় বার অপরাধের জন্য, অথবা SNAP সুবিধাগুলির বিনিময়ে কোনো নিয়ন্ত্রিত পদার্থ কেনাবেচার অপরাধে প্রথমবার আদালতে দোষী সাব্যস্ত হওয়ার জন্য;
- 10 বছর, একই সাথে অনেকগুলি SNAP সুবিধা পাওয়ার জন্য কোনো ব্যক্তির বাসস্থান বা পরিচয় সম্বন্ধে মিথ্যা কথা বলা বা ভুল তথ্য পেশ করার জন্য;
- স্থায়ীভাবে, তৃতীয়বার অপরাধের ক্ষেত্রে, অথবা SNAP সুবিধাগুলির বিনিময়ে কোনো নিয়ন্ত্রিত পদার্থ কেনাবেচার অপরাধে দ্বিতীয়বার আদালতে দোষী সাব্যস্ত হওয়ার জন্য, অথবা \$500 বা তার বেশি মূল্যের SNAP সুবিধা বিক্রি/কেনাবেচা করার অপরাধে আদালতে দোষী সাব্যস্ত হওয়ার জন্য, অথবা SNAP সুবিধাগুলির বিনিময়ে অগ্নেমাস্ত্র, গোলা-বারুদ বা বিস্ফোরক দ্রব্য কেনাবেচার অপরাধে আদালতে দোষী সাব্যস্ত হওয়ার জন্য।

\*কোনো ব্যক্তি গুরুতর অপরাধ বা অসদাচরণ সংক্রান্ত লঙ্ঘনে দোষী প্রমাণিত হলে, আদালত অতিরিক্ত 18 মাস নিলম্বনের শাস্তি আরোপ করতে পারে (যা এই সময়কালের পরে ঘটবে)।

লঙ্ঘনকারীকে \$250,000 পর্যন্ত জরিমানা করা হতে পারে, 20 বছর পর্যন্ত কারাবন্দী করা হতে পারে বা দুটোই হতে পারে, এবং অন্যান্য প্রযোজ্য যুক্তরাষ্ট্রীয় আইনগুলির অধীনে তার বিরুদ্ধে মামলাও করা হতে পারে।

এছাড়াও, পরিবারটি যে সমস্ত NJ SNAP সুবিধা পাওয়ার অধিকারী না হওয়া সত্ত্বেও তা পেয়েছিল, পরিবারের অবশিষ্ট সদস্যদের তা শোধ দিতে হবে।

P.L. 103-66 ও 104-193 সেই ব্যক্তিদের জন্য শাস্তির বিধান তৈরি করেছে যাদের কোনো ফেডারাল, স্টেট বা স্থানীয় আদালতে দোষী পাওয়া যাবে:

1) NJ SNAP সুবিধার বিনিময়ে অগ্নেমাস্ত্র, গোলাগুলি, বিস্ফোরক দ্রব্য, বা নিয়ন্ত্রিত পদার্থ কেনা; বা

2) ফ্যামিলিজ ফাস্ট EBT কার্ড-এর মাধ্যমে NJ SNAP সুবিধা ব্যবহার, হস্তান্তর, অর্জন, বা দখল করা, অথবা NJ SNAP সুবিধাগুলি প্রভারণামূলকভাবে প্রাপ্ত বা হস্তান্তরিত হয়েছে তা জানা সত্ত্বেও অর্থপ্রদানের জন্য সেগুলি পেশ করা, যদি তার মূল্য \$500 বা আরো বেশি হয়।

**শাস্তির সতর্কীকরণ**

NJ SNAP সুবিধার জন্য আবেদন করা বা সুবিধা পাওয়ার জন্য বা সুবিধা পাওয়া চালিয়ে যাওয়ার জন্য মিথ্যা তথ্য দেবেন না, বা তথ্য লুকোবেন না।

ফ্যামিলিজ ফাস্ট EBT কার্ডগুলি ব্যবহার করে এমন কাউকে NJ SNAP সুবিধা দেবেন না বা বিক্রি করবেন না বা এতে প্রবেশাধিকার দেবেন না, যিনি আপনার পরিবারের জন্য সেগুলি ব্যবহার করতে অনুমোদিত নন।

অ্যালকোহলযুক্ত পানীয় ও তামাকের মতো অযোগ্য জিনিসগুলি কেনার জন্য অথবা ধারে কেনা হয়েছিল এমন খাবারের মূল্য পরিশোধের জন্য কোনো NJ SNAP সুবিধা ব্যবহার করবেন না।

আপনার পরিবার যে NJ SNAP সুবিধা পাওয়ার অধিকারী ছিল না, তা ব্যবহার করবেন না।

আপনার পরিবার যে NJ SNAP সুবিধা পাওয়ার অধিকারী নয় তা পাওয়ার জন্য, ঠকাবেন না অথবা কোনো অসৎ কাজে অংশ নেবেন না।

NJ SNAP সুবিধার জন্য আবেদন করা এবং তা পাওয়ার জন্য আপনার সম্পত্তি পরিবার-বহির্ভূত কাউকে হস্তান্তর করবেন না।

আমি এই আবেদনপত্রের প্রস্তুতি বৃদ্ধি। আমার উত্তরগুলি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস অনুযায়ী সর্বোত্তম সঠিক ও সম্পূর্ণ। আমি বৃদ্ধি যে আমার সাক্ষাৎকার নেওয়া হবে, এবং আমাকে NJ SNAP অফিসের সঙ্গে সহযোগিতা করতে হবে। আমি শাস্তির সতর্কীকরণ বুঝেছি। আমি বৃদ্ধি যে আমি যা বলেছি তা প্রমাণ করার জন্য আমাকে নথিপত্র প্রদান করতে হতে পারে। আমি তা করতে সম্মত হচ্ছি। যদি নথিপত্র নষ্ট না হয়, তাহলে প্রয়োজনীয় প্রমাণ পাওয়ার জন্য NJ SNAP অফিস যে ব্যক্তি বা সংস্থার সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারে, আমি তার নাম দিতে সম্মত হচ্ছি। আমি বৃদ্ধি যে আমি যদি কোনো অর্জিত আয়ের কথা না জানিয়ে থাকি, সেই ক্ষেত্রে অনর্জিত আয়ের \$50.00 এর বেশি যে কোনো পরিবর্তন, স্টক বা আমার প্রথম পে-চেক পাওয়ার 10 দিনের মধ্যে অর্জিত আয় প্রাপ্তি সম্বন্ধে আমাকে অবশ্যই রিপোর্ট করতে হবে। আমি বৃদ্ধি যে আমার যদি কোনো অর্জিত আয় না থাকে, তাহলে পরিবারের গঠনের সমস্ত পরিবর্তন (ছাত্র অবস্থা সহ), বাসস্থানের পরিবর্তন বা তার ফলস্বরূপ আগ্রহের খরচের পরিবর্তন, চাইল্ড সাপোর্ট প্রদান করা বা তার অর্থ পরিশোধ করার জন্য আমার আইনি বাধ্যবাধকতার পরিবর্তন, আমার যদি চাইল্ড সাপোর্ট প্রদান করার 3-মাসের কম সময়কালের রেকর্ড থাকে এবং সেই পরিবর্তন \$50.00-এর বেশি হয় সেই ক্ষেত্রে আমি যে পরিমাণ চাইল্ড সাপোর্ট প্রদান করি তার কোনো পরিবর্তন, গাড়ি কেনা বা আমার পরিবারের সম্পদের কোনো বৃদ্ধি (সেভিংস ও চেকিং অ্যাকাউন্ট, হাতে থাকা নগদ অর্থ, স্টক বা এককালীন অর্থপ্রদান, কোনো গাড়ি বিক্রি বা বিনিময় করার মাধ্যমে প্রাপ্ত নগদ অর্থ) সম্বন্ধে আমাকে অবশ্যই রিপোর্ট করতে হবে, যদি এগুলি আমার সম্পদের সর্বোচ্চ সীমাকে স্পর্শ বা অতিক্রম করে যায়। আমি বৃদ্ধি যে আমি যদি অর্জিত আয়ের বিষয়ে রিপোর্ট করে থাকি, কিংবা আমি যদি ছয় মাসের রিপোর্টিং-এ থাকি, তাহলে আমাকে আমার মাসিক মোট আয়ের শুধু সেই পরিবর্তন সম্বন্ধেই রিপোর্ট করতে হবে, যা যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্য সীমার 130 শতাংশকে অতিক্রম করে। আমার কর্মী আমাকে সেই সীমার একটি বিজ্ঞপ্তি প্রদান করবেন। আমি আরো বৃদ্ধি যে NJ SNAP সুবিধার জন্য আমার আবেদনের বিষয়ে গৃহীত সিদ্ধান্তের একটি ন্যায় শুনানির জন্য আমি অনুরোধ করতে পারি। আমার যদি NJ SNAP সুবিধার বিষয়ে আরো তথ্য প্রয়োজন হয়, তাহলে আমি কাউন্টির NJ SNAP অফিসে যোগাযোগ করতে পারি।

আমি বৃদ্ধি যে আমার কেসে গৃহীত কোনো পদক্ষেপের সাথে আমি যদি ভিন্নমতই, সেই ক্ষেত্রে আমি অথবা আমার প্রতিনিধি একটি ন্যায় শুনানির জন্য মৌখিক বা লিখিতভাবে অনুরোধ করতে পারি। আমার বেছে নেওয়া যে কোনো ব্যক্তি শুনানিতে আমার কেসটি উপস্থাপনা করতে পারেন।

**NJ SNAP বাধ্যতামূলক নিয়োগ এবং প্রশিক্ষণের অংশগ্রহণকারী**

NJ SNAP পরিবারের কিছু সদস্য নিয়োগ এবং প্রশিক্ষণের কার্যক্রমে রেজিস্টার করতে ও অংশ নিতে বাধ্য হবেন, যদি না সুনির্দিষ্টভাবে তাদের ছাড় দেওয়া হয়ে থাকে। যারা রেজিস্টার করতে বাধ্য, তারা কাজের আবশ্যিকতাগুলি মান্য করতে ব্যর্থ হলে, নিম্নলিখিত শাস্তিগুলির মুখে পড়বেন:

- 1) 1<sup>ম</sup> লঙ্ঘনের ফলস্বরূপ কমপক্ষে 1 মাসের জন্য অযোগ্য ঘোষণা করা হয়;
- 2) 2<sup>য়</sup> লঙ্ঘনের ফলস্বরূপ কমপক্ষে 3 মাসের জন্য অযোগ্য ঘোষণা করা হয়;
- 3) 3<sup>য়</sup> ও পরবর্তী লঙ্ঘনগুলির ক্ষেত্রে কমপক্ষে 6 মাসের জন্য অযোগ্য ঘোষণা করা হয়।

**U.S. নাগরিকত্ব/আইনসম্মত ভিনদেশী অবস্থা (WFNJ, মেডিকিইড, ও NJ SNAP কার্যক্রমের উদ্দেশ্যে)**

U.S.-এর নাগরিক নন এমন প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য, আপনাকে কাউন্টি ওয়েলফেয়ার অফিসকে বুঝিয়ে অফ সিটিজেনশিপ অ্যান্ড ইমিগ্রেশন সার্ভিস (BCIS)-এর কাগজপত্র অথবা সরকারী এজেন্সি অন্য যে সব নথিপত্রকে আপনার অভিবাসন অবস্থার প্রমাণ হিসেবে নির্ধারণ করে তা দেখাতে হবে। BCIS ভিনদেশী অবস্থার সত্যতা যাচাই করতে পারে যার জন্য এই আবেদনের ফর্ম থেকে BCIS-এর কাছ থেকে নির্দিষ্ট কিছু তথ্য জমা দিতে হবে। BCIS-এর কাছ থেকে প্রাপ্ত তথ্য আপনার পরিবারের যোগ্যতা ও সুবিধার মাত্রাকে প্রভাবিত করতে পারে। আপনাকে অবশ্যই প্রত্যয়ন করতে হবে যে পরিবারের প্রত্যেক সদস্য U.S. এর নাগরিক অথবা আইনসম্মত অভিবাসী হিসেবে U.S. এ বসবাস করছেন।

**স্বাক্ষর করার আগে, নিচের বিবৃতিগুলি পড়ুন। আপনি যদি বুঝতে না পারেন  
অথবা আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে যোগাযোগ করুন।**

- আমি (আমরা) সম্মত হচ্ছি যে আমি (আমরা) এই ফর্মে যে বিবৃতিগুলি দিয়েছি তা আমার (আমাদের) স্ত্রাণ অনুযায়ী সর্বতোভাবে সত্য ও সম্পূর্ণ। আমি (আমরা) জানি যে আমার (আমাদের) অবস্থা সম্বন্ধে মিথ্যা বলা, প্রয়োজনীয় তথ্য দিতে ব্যর্থ হওয়া, অথবা অন্যদের তথ্য লুকোতে বলা আইনের বিরুদ্ধে, এবং এর ফলে আমার (আমাদের) বিরুদ্ধে আইনি মামলা করা হতে পারে।
- আমি (আমরা) বুঝি যে, কাউন্টি ওয়েলফেয়ার এজেন্সি, ও/বা ডিভিশন অফ ফ্যামিলি ডেভেলপমেন্ট ও/বা ডিভিশন অফ মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্স, ও হেলথ সার্ভিসেস আমার (আমাদের) দেওয়া তথ্যের সত্যতা যাচাই করতে পারে।
- আমি/আমরা এতদ্বারা কাউন্টি ওয়েলফেয়ার এজেন্সি, ডিভিশন অফ ফ্যামিলি ডেভেলপমেন্ট ও/বা ডিভিশন অফ মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্স, ও হেলথ সার্ভিসেসকে এমন যে কোনো ব্যক্তি বা অন্যান্য সূত্রের সঙ্গে যোগাযোগ করার অধিকার প্রদান করছি, যিনি আমার (আমাদের) অবস্থা সম্বন্ধে অবগত থাকতে পারেন (IRS, স্টেট ও স্থানীয় চাইল্ড সাপোর্ট এজেন্সি, সোশ্যাল সিকিওরিটি ওয়েজ অ্যান্ড বেনিফিট ফাইল, স্টেট ওয়েজ অ্যান্ড আনএমপ্লয়মেন্ট ফাইল, ক্রেডিট রিপোর্টিং সার্ভিসেস, এবং নিয়োগকর্তা, ব্যাংক বা অন্যান্য পক্ষগুলিকে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে), যার একমাত্র উদ্দেশ্য হল আমার (আমাদের) দেওয়া বিবৃতিগুলির সত্যতা প্রতিপাদন করা। আমি (আমরা) বুঝি যে, আয় ও যোগ্যতা সম্পর্কে প্রশ্ন যে কোনো তথ্য আমার (আমাদের) যোগ্যতা অব্যাহত থাকা নির্ধারণের জন্য ব্যবহার করা হবে।
- আমি (আমরা) বুঝি যে, ওয়ার্ক ফার্স্ট নিউ জার্সি অ্যাক্ট, পারিক ল' 1997 c.13, c.14, c.37 ও c.38 অনুযায়ী, বাজেট ইউনিটের সমস্ত ভবিষ্যত সদস্যকে সরকারী সহায়তার জন্য আবেদনে অন্তর্ভুক্ত করা হবে যাদের অন্তর্ভুক্ত করা আবশ্যিক, তা মূল আবেদনের তারিখের পরে জন্মসূত্র, দত্তক গ্রহণের সূত্র বা বাজেট ইউনিটের সঙ্গে থাকতে শুরু করার সূত্র যেভাবেই হোক না কেন।
- আমি (আমরা) জানি যে, সরকারী সহায়তা (মেডিকিডেইড সহ), NJ SNAP সুবিধা, হোম এনার্জি অ্যাসিস্ট্যান্স সুবিধা, ইউনিভার্সাল সার্ভিস ফান্ড সুবিধা এবং আমি অন্য যে সব সুবিধাগুলির জন্য যোগ্য হতে পারি সেগুলির জন্য আমার (আমাদের) করা আবেদনের প্রসঙ্গে আমার (আমাদের) দেওয়া যে কোনো তথ্যকে ব্যবহার করা হবে।
- আমি (আমরা) বুঝি যে, এই আবেদনটি যদি WFNJ শ্রেণীর জন্য গৃহীত হয়, তাহলে আমাকে (আমাদের) এবং আমার (আমাদের) পরিবারের সকল সদস্যকে নিউ জার্সি ওয়ান স্টপ কেয়ার সেন্টারে নথিভুক্ত করা হয়, এবং শিক্ষা, প্রশিক্ষণ, বৃত্তিমূলক মূল্যায়ন ও চাকরিতে নিয়োগের কার্যকলাপগুলিতে অংশগ্রহণ করা আবশ্যিক হতে পারে।
- আমি (আমরা) বুঝি যে, হোম এনার্জি অ্যাসিস্ট্যান্স-এর জন্য প্রদত্ত সমস্ত অর্থ যুক্তরাষ্ট্রীয় তহবিলের লভ্যতার ওপর নির্ভরশীল।
- আমি (আমরা) বুঝি যে, হোম এনার্জি অ্যাসিস্ট্যান্স-এর জন্য প্রদত্ত সমস্ত অর্থ হিটিং/কুলিং এনার্জি কেনার উদ্দেশ্যে ব্যবহার করতে হবে।
- আমি/আমরা আমার অধিকার ও দায়িত্বগুলি সম্বন্ধে তথ্য পেয়েছি এবং আমাকে (আমাদের) সেগুলি ব্যাখ্যা করা হয়েছে, যদি তা প্রয়োজন হয়। (WFNJ হ্যান্ডবুক দেখুন)
- আমি (আমরা) বসবাসের অবস্থা, পরিবারের অবস্থা, বা যে কোনো উৎস থেকে প্রাপ্ত অর্থের (দুই মাসের রিপোর্ট করার বাধ্যবাধকতার অধীন অর্জিত আয় ছাড়া) কোনো পরিবর্তন সম্বন্ধে কাউন্টি ওয়েলফেয়ার এজেন্সিকে অবিলম্বে জানাতে সম্মত হচ্ছি, যখন প্রয়োজ্য। (WFNJ হ্যান্ডবুক দেখুন)
- আমি (আমরা) বুঝি যে, আমি (আমরা) যদি কাউন্টি ওয়েলফেয়ার এজেন্সি দ্বারা গৃহীত কোনো পদক্ষেপের ব্যাপারে সন্তুষ্ট না হই, সেই ক্ষেত্রে আমি (আমরা) বা আমার (আমাদের) প্রতিনিধি মৌখিক বা লিখিতভাবে একটি ন্যায় শুনানির অনুরোধ করতে পারি। আমার (আমাদের) বেছে নেওয়া যে কোনো ব্যক্তি শুনানিতে আমার কেসটি উপস্থাপনা করতে পারেন।
- আমি (আমরা) বুঝি যে, শুধুমাত্র WFNJ ও মেডিকিডেইড-এর উদ্দেশ্যে এই আবেদনে স্বাক্ষর করার পরে, আমি (আমরা) পরিবারের অন্য যে সব সদস্যের জন্য সহায়তার আবেদন করছি বা গ্রহণ করছি তাদের বা আমার জন্য অন্য কোনো ব্যক্তির থেকে সহায়তার অধিকার কাউন্টি ওয়েলফেয়ার এজেন্সিকে প্রদান করছি, জমে যাওয়া যে কোনো বকেয়াও এর অন্তর্ভুক্ত।
- আমি (আমরা) বুঝি যে, চিকিৎসা সহায়তার জন্য যোগ্যতার একটি শর্ত হিসেবে, বিবেচনা করা হয় যে আমি (আমরা) কোনো আদালত বা প্রশাসনিক আদেশ দ্বারা নির্ধারিত চিকিৎসা পরিচর্যার উদ্দেশ্যে সহায়তার অধিকার এবং কোনো তৃতীয় পক্ষের থেকে চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য অর্থ প্রদানের অধিকার কমিশনারকে প্রদান করেছি।
- যুক্তরাষ্ট্রীয় আইন ও U.S. ডিপার্টমেন্ট অফ অ্যাগ্রিকালচার (USDA) ও U.S. ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেস (HHS)-এর নীতি অনুযায়ী, এই প্রতিষ্ঠানে জাতি, বর্ণ, দেশীয় মূল, লিঙ্গ, বয়স, বা অক্ষমতার ভিত্তিতে বৈষম্যমূলক আচরণ করা নিষিদ্ধ। ফুড স্ট্যাম্প আইন ও USDA নীতির অধীনে, লিঙ্গগত পরিচয়, ধর্ম, প্রতিশোধ, বৈবাহিক অবস্থা, পরিবার বা মা-বাবার অবস্থা, যৌন আকর্ষণের ঝোঁক, সরকারী সহায়তা থেকে উপার্জন প্রাপ্তি, জিন সংক্রান্ত তথ্য বা রাজনৈতিক বিশ্বাসের ভিত্তিতেও বৈষম্যমূলক আচরণ করা নিষিদ্ধ। বৈষম্য সংক্রান্ত অভিযোগের ফর্মগুলি অনলাইনে [www.ascr.usda.gov/complain\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complain_filing_cust.html)-এ, বা যে কোনো USDA অফিস থেকে, বা (866) 632-9992 নম্বরে ফোন করে পাওয়া যায়। বধির, শ্রবণশক্তি কম কিংবা কথা বলার অক্ষমতা আছে এমন মানুষেরা ফেডারাল রিলে সার্ভিস-এর মাধ্যমে USDA-এর সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারেন (800) 877-8339 নম্বরে; বা (800) 845-6136 নম্বরে (স্প্যানিশ)। ফর্মে যে সব তথ্যের জন্য অনুরোধ করা হয়েছে সেই সমস্ত তথ্য সহ আপনি একটি চিঠিও লিখতে পারেন। সম্পূর্ণ করা অভিযোগের ফর্ম বা চিঠিগুলি লিখিতভাবে এখানে জমা দেওয়া যায়:

HHS, Director  
Office for Civil Rights, Room 515-F  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
ভয়েস (202) 619-0403 / TTY (800) 537-7697

US Department of Agriculture  
Director, Office of Adjudication  
1400 Independence Ave. SW  
Washington, D.C. 20250- 9410  
ফ্যাক্স (202) 690-7447  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Office of the Director  
Division of Family Development  
New Jersey Department of Human Services  
P.O. Box 716  
Trenton, New Jersey 08625

**স্বাক্ষর  
করার আগে  
সম্পূর্ণ করুন**

আমি (আমরা) এই ফর্মের 10 পাতায় গুরুত্বপূর্ণ বিজ্ঞপ্তি পড়েছি যা NJ SNAP সংক্রান্ত শাস্তির সতর্কীকরণ ও নাগরিকস্ব/আইনসম্মত তিনদেশী অবস্থার প্রতি নির্দেশ করছে। ( ) হ্যাঁ ( ) না

- আমি (আমরা) প্রত্যয়ন করছি যে আমি (আমরা) এই বিবৃতিগুলি পড়েছি ও এগুলির বিষয়ে সম্মত হচ্ছি এবং পূর্ণরূপে উপলব্ধি করি যে ওয়েলফেয়ার এজেন্সি আমার (আমাদের) বিবৃতির সত্যতা ও নির্ভুলতার উপরে নির্ভর করে।
- আমি (আমরা) শপথতপের শাস্তির অধীনে, নিচে আমার (আমাদের) নাম(গুলি) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে প্রত্যয়ন করছি যে, আমি (আমরা) এবং পরিবারের সেই সমস্ত সদস্য যাদের জন্য আমি (আমরা) NJ SNAP সুবিধার জন্য আবেদন করছি, তারা U.S.-এর নাগরিক অথবা আইনসম্মত অভিবাসী মর্যাদাপ্রাপ্ত তিনদেশী ব্যক্তি।
- আমি (আমরা) শপথতপের শাস্তির অধীনে প্রত্যয়ন করছি যে, NJ SNAP কার্যক্রম ও/বা WFNJ কার্যক্রমের জন্য আবেদনের প্রসঙ্গে আমার (আমাদের) উত্তরগুলি আমার (আমাদের) স্ত্রাণ অনুযায়ী সর্বতোভাবে সঠিক ও সম্পূর্ণ।
- আমি (আমরা) WFNJ কাজের বাধ্যবাধকতাগুলির বিষয়ে এজেন্সির প্রতিনিধির দ্বারা একটি ধারণা পেয়েছি, যদি প্রয়োজ্য হয়।

আমার সামনে শপথ নিয়েছেন ও স্বাক্ষর করেছেন

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

তারিখ

2 সালের এই \_\_\_\_\_ তম দিনে

সহ-আবেদনকারীর স্বাক্ষর

তারিখ

(এজেন্সির প্রতিনিধি)

## গুরুত্বপূর্ণ বিজ্ঞপ্তি NJ SNAP আয় বিয়োজনের অব্যাহতি

আপনি অথবা পরিবারের অন্য কোনো সদস্য নিম্নলিখিত যে সমস্ত খরচগুলি পরিশোধ করছেন, আপনি যদি তা রিপোর্ট করতে বা তার সত্যতা প্রতিপাদন করতে ব্যর্থ হন, তাহলে আমরা তার অর্থ এই ধরে নেব যে আপনি এই রিপোর্ট না করা খরচগুলির জন্য আয়ের বিয়োজন পেতে চান না।

- আপনি যদি কোনো শিশু বা অন্য নির্ভরশীল ব্যক্তিদের পরিচর্যার মূল্য প্রদান করেন, যাতে পরিবারের একজন সদস্য কাজ করতে, চাকরি খুঁজতে পারেন, কিংবা চাকরির জন্য প্রস্তুত হওয়ার উদ্দেশ্যে প্রশিক্ষণ বা শিক্ষামূলক ক্লাসে উপস্থিত থাকতে পারেন, সেই ক্ষেত্রে নির্ভরশীল ব্যক্তিদের পরিচর্যার খরচ।
- প্রেসক্রিপশন অনুযায়ী ওষুধ, স্বাস্থ্য বা হাসপাতালে ভর্তির বিমা, চশমা বা আয়ার পরিচর্যা সহ, যে সমস্ত মেডিক্যাল বা ডেন্টাল খরচের জন্য অর্থ শোধ দেওয়া হয় না।
- কোনো আইনি বাধ্যবাধকতার অধীনে পরিবারের একজন সদস্য যে চাইল্ড সাপোর্টের অর্থ প্রদান করছেন, যার মধ্যে বকেয়া থাকা অর্থপ্রদানও অন্তর্ভুক্ত; অথবা
- ভাড়া, ইউটিলিটি (সংস্থাপনের খরচ সহ), সম্পত্তি কর, বাড়িওয়ালার বিমা, এবং প্রাকৃতিক বিপর্যয়ের কারণে আপনার বাড়ির ক্ষতি মেরামত করার খরচগুলির মতো আশ্রয় সংক্রান্ত ব্যয়।

NJ SNAP-এর জন্য আবেদন করার সময় আপনি যদি আমাদের না বলেন (বা প্রতিপাদন করেন) যে আপনি এই খরচগুলির মধ্যে কোনোটি বহন করছেন, এমন কি তাহলেও আপনি পরবর্তীকালে একটি আয় বিয়োজন পেতে পারেন, যদি আপনি আমাদের বলেন (বা প্রতিপাদন করেন) যে আপনি এই খরচগুলির মধ্যে কোনোটি প্রদান করছেন। আপনি যে মাসগুলিতে আমাদের জানান নি যে আপনি এই খরচগুলি বহন করছিলেন, বিয়োজনটি অতীতের সেই মাসগুলির জন্য প্রযোজ্য হবে না।

পরিবারের কর্তার স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

আজকের তারিখ \_\_\_\_\_