

सार्वजनिक सहायता के लिए आवेदन पत्र एवं शपथ पत्र

केवल कार्यालय उपयोग के लिए

IM कामगार _____ दिनांक _____ केस संख्या _____

IM पर्यवेक्षक _____ दिनांक _____ संबंधित केस सं. _____

TANF की स्थिति: () NA () RA () RO () TR पंजीकरण का दिनांक _____

अनुभाग I

आवेदक: इस फॉर्म को सावधानी से एवं सटीकता से पूरा करने के लिए पैन का इस्तेमाल करें। यदि आपको किसी उत्तर के बारे में पूरा विश्वास नहीं है, तो उस स्थान को खाली स्थान छोड़ दें। यदि आपका कोई प्रश्न हो, तो काउंटी कल्याण कामगार से पूछें।

शेडेड बॉक्स में न लिखें।

1. आप कौन से कार्यक्रम(ओं) के लिए आवेदन या फिर से आवेदन करना चाहते हैं?

() जरूरतमंद परिवारों को अस्थायी सहायता (TANF) () AFDC-केवल MEDICAID () सामान्य सहायता

() NJ SNAP कार्यक्रम () शरणार्थी पुनर्स्थापना कार्यक्रम

() आपातकालीन सहायता () किनशिप देखभाल छूट कार्यक्रम

मैं(हम) समझता हूँ(समझते हैं) कि WFNJ पात्रता की एक शर्त के रूप में मुझे(हमें) लगातार एवं सक्रियता के साथ रोजगार की तलाश करते रहना होगा ताकि आत्मनिर्भरता प्राप्त करने का प्रयत्न किया जा सके।

मैं(हम) समझता हूँ(समझते हैं) कि WFNJ पात्रता की एक शर्त के रूप में मुझे(हमें) काम के लिए न्यू जर्सी वन स्टॉप सेंटर कैरियर सेंटर पर पंजीकरण कराना होगा।

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

3. आवेदक का नाम: _____

(अंतिम)

(प्रथम)

(मध्यम)

(पूर्व नाम)

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

(संख्या एवं मुहल्ला या आरएफडी)

(शहर)

(राज्य)

(जिप कोड)

यदि आपका डाक का पता उपरोक्त निवास के पते से अलग है।

(पो. बॉक्स, मुहल्ले का पता, या आरएफडी)

(शहर)

(राज्य)

(जिप कोड)

आपका टेलीफोन नंबर: घर () _____ कार्यस्थल () _____ सैल () _____

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

निवास सत्यापन

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

यदि "नहीं, विवरण दें: _____

6. आप NJ SNAP लाभों या GA को प्राप्त करने के लिए अपने घर से बाहर के किसी व्यक्ति(यों) को अपने लिए NJ SNAP या GA लाभों के लिए आवेदन करने के लिए या आपके लिए भोजन खरीदने हेतु NJ SNAP लाभों प्रयोग करने के लिए अधिकृत कर सकते हैं। यदि आप NJ SNAP लाभों के लिए पात्र हैं, तो जिस व्यक्ति को आप नामित करते हैं, उसे फेमिली फर्स्ट ईबीटी कार्ड प्राप्त होगा जिसका इस्तेमाल वह आपके भोजन को खरीदने के लिए कर सकेगा। यदि आप ऐसे किसी व्यक्ति को नामित करना चाहते हैं तो निम्नलिखित जानकारी को पूर्ण करें:

अधिकृत प्रतिनिधि का नाम

जन्म तिथि

पता

SSN (वैकल्पिक)

टेलीफोन संख्या

अधिकृत प्रतिनिधि का नाम	जन्म तिथि	पता	SSN (वैकल्पिक)	टेलीफोन संख्या

नीचे के प्रश्न 7 एवं 8 - केवल NJ SNAP आवेदकों के लिए

7. आपके पास अपना नाम, पता, हस्ताक्षर एवं हस्ताक्षर करने की तिथि उपलब्ध कराकर तुरंत NJ SNAP के लिए आवेदन पत्र दाखिल करने का अधिकार है। यदि आपको पात्र निर्धारित किया जाता है, तो आपके लाभों का भुगतान उसी तिथि से किया जाएगा। (यदि आप एक आवेदन दाखिल करते हैं और अपनी स्थिति के बारे में समस्त जानकारी उपलब्ध कराते हैं और यदि आप पात्र पाए जाते हैं तो आप NJ SNAP कार्यालय द्वारा आपका आवेदन प्राप्त करने के 30 दिनों के भीतर NJ SNAP प्राप्त कर सकते हैं।)

8. अगर आपकी आय और संसाधन बहुत कम हैं, तो आप 7 दिनों के भीतर त्वरित लाभों के लिए पात्र हो सकते हैं। आपके उत्तर निम्नलिखित प्रश्नों के लिए यह निर्धारित करेंगे कि आप इस सेवा के लिए योग्य हैं या नहीं:

(क) क्या आपकी सकल घरेलू मासिक आय \$150.00 से कम है और क्या आपके सकल घरेलू तरल संसाधन (जैसे नकदी या बैंकिंग/बचत खाते) \$100.00 अथवा इससे कम हैं?

[] हाँ [] नहीं

(ख) क्या आपके घर का मासिक किराया या गिरवी और सुविधाएं आपकी सकल घरेलू आय व सकल तरल संसाधनों से अधिक हैं? [] हाँ [] नहीं

(ग) क्या आपका परिवार एक प्रवासी या मौसमी कृषि मजदूर है जिसकी बहुत थोड़ी या आय है या कोई आय नहीं है? [] हाँ [] नहीं

केवल कार्यालय उपयोग के लिए

श्रेणी के अनुसार पात्रता:

क्या आपके घर में प्रत्येक व्यक्ति सार्वजनिक सहायता (WFNJ) या SSI प्राप्त करता है? [] हाँ [] नहीं

9. _____

(आवेदन पत्र की पहल करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर)

(हस्ताक्षर की तिथि)

नाम	सामाजिक सुरक्षा संख्या	जन्मतिथि जन्म-स्थान	आवेदक से सम्बंध	लिंग (स्त्री) या (पुरुष)	जाति/ जातीयता	वैध विदेशी एवं BCIS स्थिति	वैवाहिक स्थिति	ग्रेड और स्कूल	
अन्य आवेदक									PA
अंतिम									NJ SNAP MA
प्रथम m.i.									
केवल कार्यालय के प्रयोग के लिए									
अन्य आवेदक									PA
अंतिम									NJ SNAP MA
प्रथम m.i.									
केवल कार्यालय के प्रयोग के लिए									
अन्य आवेदक									PA
अंतिम									NJ SNAP MA
प्रथम m.i.									
केवल कार्यालय के प्रयोग के लिए									
अन्य आवेदक									पीए
अंतिम									NJ SNAP MA
प्रथम m.i.									
केवल कार्यालय के प्रयोग के लिए									

11. अपने घर में विदेशियों/गैर-नागरिकों के नाम सूचीबद्ध करें।

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

12. घर में अन्य लोगों को सूचीबद्ध करें जो ऊपर सूचीबद्ध नहीं हैं (रूमर्स/बोर्डर्स को शामिल करें)

नाम	आवेदक से संबंध

12a. आकस्मिक स्थिति में संपर्क करने योग्य व्यक्ति को सूचीबद्ध करें (केवल GA मामले) _____

फोन # _____ पता _____

13. गर्भवती माता का नाम _____ जन्म की अनुमानित तिथि _____

चिकित्सक का नाम _____ चिकित्सक का पता _____

14. आपके घर में बोली जाने वाली मुख्य भाषा कौन सी है? _____.

15. क्या आपने या आवेदक के घर के किसी अन्य सदस्य ने अप्रैल 1997 के बाद से न्यू जर्सी में या किसी अन्य राज्य, क्षेत्र, में TANF को या न्यू जर्सी में सामान्य सहायता (GA) को प्राप्त किया है।			[]हाँ	[]नहीं
सहायता प्राप्त करने वाला व्यक्ति	सहायता का प्रकार	कब	सहायता प्रदाता	

16. क्या आप, या आपके घर का कोई सदस्य भगोड़ा है, या संघीय या राज्य न्यायालय द्वारा लगाई गई पैरोल या परीवीक्षा की शर्तों का उल्लंघन करने वाला है?		[]हाँ	[]नहीं
भगोड़ा या उल्लंघन करने वाला व्यक्ति	से भागने वाला		

17. क्या आपको या आपके घर के किसी भी सदस्य को धोखे से दो या अधिक स्थानों पर एक ही समय पर जांचयुक्त लाभों को प्राप्त करने के लिए दोषी ठहराया गया है?			[]हाँ	[]नहीं
धोखाधड़ी का दोषी ठहराया गया व्यक्ति	धोखाधड़ी कहाँ हुई	कब	क्या लाभ	

18. क्या 22 अगस्त, 1996 के बाद से आपने या आपके आवेदक घर के किसी सदस्य ने किसी नियंत्रित पदार्थ को रखने का अपराध किया है और उसका दोषी पाया गया है, उसका उपयोग या वितरण किया है जो एक अभ्यारोप्य अपराध है? केवल GA पर लागू			[]हाँ	[]नहीं
अपराध करने वाला व्यक्ति	अपराध का प्रकार	अपराध कहाँ हुआ		

19. यदि आपको रखने या इस्तेमाल करने के लिए अभ्यारोप्य अपराध के लिए दोषी पाया गया था, तो क्या आपने स्वास्थ्य विभाग एवं वरिष्ठ सेवाएं लाइसेंसशुदा या अनुमोदित आवासीय ड्रग उपचार कार्यक्रम में पंजीकरण कराया या उसको पूरा किया है?		[]हाँ	[]नहीं
उपचार प्राप्त करने वाला व्यक्ति	उपचार सुविधा	उपचार का दिनांक	

19. a. यदि आपने स्वास्थ्य विभाग एवं वरिष्ठ सेवाएं लाइसेंसशुदा या अनुमोदित आवासीय ड्रग उपचार कार्यक्रम में पंजीकरण नहीं कराया है या उसको पूरा नहीं किया है तो क्या कारण है?

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

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

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

यदि हाँ, क्यों? _____

21. क्या आपके परिवार में कोई हड़ताल पर है? []हाँ []नहीं यदि हाँ, तो कौन? _____

22. रोजगार की अंतिम तारीख क्या थी? _____ ।

22a. आप अपने पिछले रोजगार के बाद से क्या कर रहे हैं? _____

23. केवल WFNJ प्रयोजनों के लिए, प्रत्येक व्यक्ति के लिए सभी रोजगारों को सूचीबद्ध करें जो पिछले 3 सालों में सहायता के लिए आवेदन कर रहे हैं, सबसे ताजा से शुरू करके।

नाम	नियोक्ता का नाम	नियोक्ता का पता	आरंभ का दिनांक	समाप्ति का दिनांक

24. क्या आवेदक का कोई घरेलू सदस्य निकट भविष्य में परिस्थितियों में किसी परिवर्तन की उम्मीद करता है, जैसे कि आय, परिवार का आकार, आवास की लागत में परिवर्तन या किसी वाहन की खरीद या उसकी बिक्री?

हाँ नहीं यदि "हाँ", तो क्या परिवर्तन: _____

25. अर्जित आय: क्या आप या आपके साथ रहने वाला कोई व्यक्ति काम करके, बेबी सिटिंग करके, अपना कारोबार करके, भिन्न कामों से, बिक्री करके या अन्य अर्जित आमदनियों से पैसा प्राप्त करता है? हाँ नहीं यदि "हाँ", तो प्रत्येक व्यक्ति के लिए निम्नलिखित जानकारी उपलब्ध कराएं:

अंतिम नाम			
प्रथम नाम			
प्रति सप्ताह घंटे			
कितनी बार भुगतान किया गया			
नियोक्ता का नाम एवं पता या "स्वयं" यदि स्वयं नियोजित			
वेतन (किसी भुगतान की गई कटौती से पहले) कुल राशियां तथा तिथियां	दिनांक	राशि	दिनांक

26. बाल/वयस्क देखभाल: क्या आपके कल्याण या NJ SNAP परिवार में कोई व्यक्ति नौकरी, स्कूल जाने, काम की तलाश करने के कारण बाल या वयस्क देखभाल के लिए भुगतान करता है?

हाँ नहीं यदि "हाँ", किसकी देखभाल की? (नीचे सूचीबद्ध करें)

बच्चे/वयस्क का नाम	के द्वारा देखभाल उपलब्ध कराई गई (व्यक्ति)	प्रति सप्ताह घंटे	घंटे की दर	कुल दिन	भुगतान की गई वास्तविक राशि/किसके द्वारा

सत्यापन

27. बाल समर्थन: क्या आप अपने परिवार के बाहर किसी बच्चे को भुगतान करने या समर्थन प्रदान करने के लिए कानूनी रूप से बाध्य हैं?
 हाँ नहीं यदि "हाँ", तो निम्न जानकारी को पूरा करें: (बाल समर्थन बकाया के लिए भुगतानों को शामिल करें, जब तक कि उनका भुगतान करने के लिए कानूनन बाध्य हैं।)

किसको	पता	बच्चे की आयु	MO. राशि भुगतान की गई/ उपलब्ध कराई गई	अदालत की आदेश संख्या

28. स्वास्थ्य बीमा: स्वास्थ्य बीमा में कौन शामिल है? यदि कोई नहीं, तो यहां () चैक करें।

अंतिम नाम, प्रथम नाम	बीमा कंपनी	पॉलिसी संख्या	पॉलिसी धारक

29. क्या किसी अनुपस्थित जीवनसाथी के पास आपके लिए चिकित्सा या स्वास्थ्य बीमा कवरेज है? हाँ नहीं यदि "हाँ", तो क्या बीमा:

30. क्या किसी अनुपस्थित माता-पिता के पास ऐसे किसी बच्चे के लिए चिकित्सा या स्वास्थ्य बीमा कवरेज है जिनके लिए आप आवेदन कर रहे हैं?
 हाँ नहीं यदि "हाँ", क्या बीमा, और किसके लिए:

31. क्या आपने या आपके घर के सदस्यों ने अन्य **MEDICAID** कार्यक्रमों के लिए आवेदन किया है? यदि "हाँ", तो कौन सा कार्यक्रम?

आपके आवेदन करने का दिनांक _____

32. अन्य आमदनी: क्या आप या आपकी नकद सहायता या **NJ SNAP** परिवार में शामिल कोई (सौतेले माता-पिता सहित) निम्नलिखित में किसी को प्राप्त करता है या आवेदन किया है: हाँ ___ नहीं ___ यदि हाँ, तो जो लागू हैं सभी को चैक करें।

बेरोजगारी बीमा	संपत्ति के किराए से आय	कामगार मुआवजा
बुजुर्ग लाभ	रूमर और/या बोर्डर्स से आय	संघीय/पेंशन लाभ
सामाजिक सुरक्षा/रेलरोड सेवानिवृत्ति	रिश्तेदारों, मित्रों, लॉज या संघों से आय	बाल समर्थन
पूरक सुरक्षा आय (SSI)	आयकर वापसी या अर्जित आय क्रेडिट	सर्विसमैन से आवंटन जांच
विकलांगता भुगतान	फोस्टर केयर भुगतान	सामान्य सहायता
सब्सिडीयुक्त दत्तक ग्रहण	ट्रस्ट फंड्स	प्रशिक्षण भत्ता
स्टॉक्स, बांड, बैंक खातों इत्यादि से ब्याज/लाभांश	एकमुश्त भुगतान (पूर्वव्यापी लाभों, मुकदमों इत्यादि से पैसा)	विद्यार्थी ऋण, अनुदान, छात्रवृत्ति, या वजीफा
वार्षिकी लाभ (जीवन बीमा लाभांश शामिल करें)	एकमुश्त आय, जीत, या उपहार	पूरक काम समर्थन
DCP&P रिश्तेदार देखभाल स्थायित्व समर्थन	DCP&P कानूनी संरक्षकता सब्सिडी कार्यक्रम	अन्य आय, जैसे कि भत्ता (बताएं):

उपरोक्त चैक किए गए मदों के लिए निम्नलिखित जानकारी दें:

अंतिम नाम, प्रथम नाम	आय का स्रोत	प्राप्ति की तिथियां	कुल राशि

सत्यापन

33. संसाधन: (उन NJ SNAP परिवारों पर लागू जो विस्तारित श्रेणीगत पात्रता के लिए पात्र नहीं हैं) क्या आप या आपके साथ रहने वाले किसी भी व्यक्ति के पास नकद, बैंकिंग, या बचत खाते, शेयर, बॉन्ड, सीडी, IRA/Keogh, म्यूचुअल फंड, ट्रस्ट फंड, अमेरिकी सेविंग बॉन्ड, क्रिसमस/अवकाश या अन्य क्लब बचत खाते, क्रेडिट यूनियन सदस्यता, किसी सुरक्षित जमा बॉक्स में धन या कीमती सामान, नोट्स या मूल्य के ठेके, बंधक या अन्य संसाधनों का स्वामित्व है? [] हाँ [] नहीं

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

सत्यापन

34. आवेदक के परिवार में व्यक्तियों द्वारा रखे गए सभी वाहनों को सूचीबद्ध करें। सभी तरह के परिवहनों को शामिल करें, जैसे कि कारें, वैन, ट्रैक्टर ट्रेलर्स, पिक अप ट्रक्स, ट्रेलर्स, मोटर होम्स, मोटरसाइकिल, नावें इत्यादि। यदि कोई नहीं, तो यहां () चैक करें।

मालिक का नाम	मॉडल/स्टाइल	साल/मेक	उपयोग	कैली ब्लूबुक मूल्य

35. क्या आपके पास या आपके साथ रहने वाले किसी व्यक्ति के पास उस मकान के अलावा जिसमें आप रहते हैं कोई जमीन या रीयल एस्टेट है? [] हाँ [] नहीं
यदि "हाँ", तो बताएं: _____

36. क्या किसी ने रीयल एस्टेट या निजी संपत्ति (शेयर सहित) का व्यापार किया है, उनको दिया है, हस्तांतरित किया है या बेचा है: TANF एवं GA प्रयोजनों के लिए पिछले 12 महीनों में?					[] हाँ [] नहीं
पिछले 3 महीनों में NJ SNAP प्रयोजनों के लिए?					[] हाँ [] नहीं
क्या बेचा, दिया गया था, इत्यादि?	किसके द्वारा?	किसको?	उपहार या बिक्री की तारीख?	कुल बाजार मूल्य	प्राप्ति की गई राशि

37. क्या आप पर या आपके आवेदक परिवार में शामिल किसी व्यक्ति पर कोई दावा लम्बित हैं, जैसे मुकदमे, तलाक, पुनर्स्थापना, उत्तराधिकार, दुर्घटना दावे, संपत्ति की बिक्री, अन्य दावे, या क्या आप पर या उन पर कोई देनदारी है? [] हाँ [] नहीं

यदि "हाँ", तो बताएं: _____

WFNJ-10D को पूरा करने का दिनांक _____ (केवल NJ SNAP ग्राहकों पर लागू नहीं होता है)

38. क्या आवेदक के घर में किसी व्यक्ति के पास है: (केवल NJ SNAP पर लागू नहीं होता है)

(क) गहने, सिक्के/डाक टिकट संग्रह, फर, इत्यादि जैसी मूल्यवान निजी संपत्ति का अंशकालिक या पूर्ण स्वामित्व?

[] हाँ [] नहीं यदि "हाँ", तो बताएं: _____

(ख) एक दफन भूखंड या व्यवस्था? [] हाँ [] नहीं यदि "हाँ", तो मूल्य _____

NJ SNAP एवं GA

आवास जानकारी: उस स्थिति में पूर्ण किया जाए जब कोई परिवार NJ SNAP कार्यक्रम और/या GA में भाग लेने के लिए आवेदन कर रहा है।

39. क्या परिवार के बाहर कोई व्यक्ति किसी घरेलू खर्चों का भुगतान करता है या उसमें सहायता करता है? [] हाँ [] नहीं

यदि "हाँ", तो नीचे पूर्ण करें:

आवास के खर्चों का प्रकार	किसको भुगतान किया	द्वारा भुगतान किया	भुगतान की गई राशि	कितनी बार बिल किया गया

40. आवास की लागत (निम्नलिखित के लिए घरेलू खर्चों को सूचीबद्ध करें):

आवास का खर्च			केवल कार्यालय के प्रयोग के लिए		
आवास का खर्च	भुगतान की गई राशि	कितनी बार बिल किया गया	मासिक लागत		
किराया/गिरवी	\$		\$	यदि HCSUA इस्तेमाल कर रहे हैं	
संपत्ति कर	\$		\$		
घर का बीमा	\$		\$		
आवास का उप योग			\$		
बिजली	\$		\$	HCSUA	
गैस	\$		\$		
तेल	\$		\$		
पानी	\$		\$		
सीवरेज	\$		\$		
कचरा/ट्रैश निपटान	\$		\$		
सुविधाओं के संस्थापना की लागत	\$		\$		
अन्य (कोयला, लकड़ी, कोरोसीन)	\$		\$		
सुविधाओं का उप योग			\$		
			या		
41A. क्या आप अपने घर को ठंडा या गरम करने के लिए सुविधाओं हेतु (किराये से अलग) भुगतान करते हैं?			\$		
[] हाँ [] नहीं			या		
41B. यदि आपका परिवार पानी, सीवरेज, और कचरा हटाने के अलावा सुविधाओं के भुगतान के लिए जिम्मेदार है, तो आपका परिवार या तो मानक या हीटिंग सुविधा भत्ता प्राप्त करने का चयन कर सकता है।					
				मासिक कुल आवास विकल्प चुनने का दिनांक	

42. **अतिरिक्त चिकित्सीय खर्च**

क्या आपके घर कोई भी व्यक्ति 60 वर्ष या उससे अधिक उम्र का, और/या संघीय अनुपूरक सुरक्षा आय SSI या फिर सामाजिक सुरक्षा विकलांगता या बुजुर्ग भुगतानों के लिए प्रमाणित है? [] हाँ [] नहीं यदि "हाँ", तो निम्नलिखित को पूरा करें। यदि "नहीं", तो पृष्ठ 12 पर जारी रखें। चिकित्सा व्यय में वह राशि भी शामिल हो सकती है जिसका बिल दिया गया है, भले ही आपने वास्तव में चिकित्सा बिल का भुगतान न किया हो।

				केवल कार्यालय के प्रयोग के लिए	
इन नियमित रूप से होने वाले चिकित्सीय खर्चों के अतिरिक्त उन चिकित्सीय सेवाओं को सूचीबद्ध करें जिनकी आपको आवश्यकता हो सकती है।	भुगतान की गई राशि	कितनी बार बिल किया गया	कुल मासिक	SSI की सत्यापित रसीद	
चिकित्सीय एवं दंत सेवाएँ	\$		\$	_____ संघीय भाग	
अस्पताल या नर्सिंग परिचर्या	\$		\$		
चिकित्सक द्वारा सिफारिश की गई दवाएं	\$		\$		
डैंचर्स, श्रवण यंत्र एवं आँखों के चश्मे	\$		\$		
चिकित्सा परिचर्या प्राप्त करने के लिए परिवहन लागत	\$		\$		
किसी सेवक या नर्स की सेवाएं	\$		\$		
अन्य (बताएं)	\$		\$		
			\$	SSA एवं SSI	
42A.	उन पारिवारिक सदस्यों के नामों को सूचीबद्ध करें जो इन खर्चों को करते हैं:			पृष्ठ 6 पर सूचीबद्ध	

42B. क्या आपके द्वारा ऊपर सूचीबद्ध किसी चिकित्सा खर्च के लिए भुगतान किया गया है, आंशिक रूप से भुगतान किया गया है या आपके परिवार के बाहर किसी अन्य स्रोत से प्रतिपूर्ति की गई है जैसे चिकित्सा बीमा, चिकित्सा देखभाल, PAAD या कोई अन्य व्यक्ति?

[] हाँ [] नहीं यदि "हाँ", तो वे किस खर्च का भुगतान करते हैं? वे कितना भुगतान करते हैं?

केवल कार्यालय के प्रयोग के लिए

वर्क फर्स्ट न्यू जर्सी और/या NJ SNAP कार्य पंजीकरण

नाम (16 साल से अधिक सभी)	छूट WFNJ कोड	अनिवार्य WFNJ का दिनांक	स्वैच्छिक WFNJ दिनांक	संदर्भकरण का दिनांक	NJSNAP कार्य छूट कोड	पंजीकरण का दिनांक

43. कानूनन उत्तरदायी रिश्तेदार (यह केवल MEDICAID प्रयोजनों के लिए लागू है।)

अपने जीवनसाथी का नाम उपलब्ध कराएं यदि वह घर में नहीं है। 55 साल से कम आयु के बच्चों के नाम उपलब्ध कराएं जिनके लिए सहायता का अनुरोध नहीं किया जा रहा है। यदि आपकी आयु 18 वर्ष से कम है तो अपने माता-पिता को सूचीबद्ध करें।

नाम	पता	सम्बंध	उम्र

44. घरेलू ऊर्जा सहायता

निम्नलिखित प्रश्न के लिए आपके उत्तरों का इस्तेमाल गृह ऊर्जा सहायता (HEA) के लिए पात्रता और HEA लाभों की राशि का निर्धारण करने के लिए किया जाएगा। नीचे दी गई सूची का इस्तेमाल करके, कौन सा आइटम आपकी हीटिंग/जीवनयापन व्यवस्था का सबसे अच्छा वर्णन करता है।

- () मेरी ऊष्मा का भुगतान का दूसरों के द्वारा किया जाता है। (A) HEA कोड: _____
- () मेरी ऊष्मा को एक लोक आवास प्राधिकारी द्वारा उपलब्ध कराया जाता है या मुझे किराया छूट प्राप्त होती है और मेरी ऊष्मा मेरे किराए में शामिल है। (C)
- () मैं केवल किसी द्वितीयक ऊष्मा स्रोत के लिए भुगतान करता हूँ (जैसे लकड़ी का चूल्हा, केरोसीन, विद्युत स्पेस हीटर आदि)। (E)
- () मैं ऊष्मा की लागत को दूसरों के साथ साझा करता हूँ। (F)
- () मेरी ऊष्मा मेरे किराए में शामिल है जो कि छूट प्राप्त नहीं है। (G)
- () मैं अपने मकान मालिक को ऊष्मा के लिए अलग से प्रभार अदा करता हूँ। (W)

मैं अपने ईंधन के आपूर्तिकर्ता को अपने घर या अपार्टमेंट के लिए ऊष्मा के प्राथमिक स्रोत के लिए सीधे भुगतान करता हूँ। गर्मी के लिए मेरा स्रोत है:

- () ईंधन ऑयल (J) () केरोसीन (M) () लकड़ी (R)
- () बिजली (K) () प्राकृतिक गैस (N)
- () बोटल गैस (L) () कोयला (P) () HEA लाभों को प्राप्त करने की मेरी इच्छा नहीं है। (T)

महत्वपूर्ण सूचना

इस फॉर्म पर उपलब्ध कराई गई जानकारी संचाय, राज्य और/अथवा देश के अधिकारियों द्वारा सत्यापन के अधीन होगी। यदि कोई गलत पाई जाती है, तो आपको NJ SNAP लाभों से वंचित किया जा सकता है और/या जानबूझकर गलत जानकारी उपलब्ध कराने के लिए आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है।

45 CFR 206.10(a)(iii) एवं 7 CFR 273.2(b) के अनुपालन के क्रम में हम आपको अधिसूचित करते हैं कि BCIS के लिए आय और पात्रता जानकारी, राज्य तथा स्थानीय बाल समर्थन एजेंसियां, सामाजिक सुरक्षा मजदूरी एवं लाभ सहायता फाइलों, एवं बेरोजगारी फाइलों को आपकी सामाजिक सुरक्षा संख्या(ओं) का इस्तेमाल करके प्राप्त किया जाएगा तथा आपकी मौजूदा पात्रता का निर्धारण करने में प्रयोग किया जाएगा। इसमें हमारे द्वारा आपके नियोक्ता, बैंक या अन्य किसी पक्ष से संपर्क करना शामिल हो सकता है।

नीचे उपलब्ध कराए दण्ड निम्नलिखित पर लागू होते हैं-

कोई भी NJ SNAP प्राप्तकर्ता जो स्वेच्छा से आवेदन पत्र पर सूचीबद्ध नियमों में किसी को तोड़ता है, या

कोई व्यक्ति जो ऐसे NJ SNAP लाभों के लिए निम्नलिखित के द्वारा जानबूझकर आवेदन करता है या उनको प्राप्त करता है जिनके लिए वह पात्र नहीं है:

- एक गलत या भ्रामक वक्तव्य दिया।

- तथ्यों को छिपाया या उनको दबाया।

ऐसा कृत्य है किया जो खाद्य स्टांप कानून, NJ SNAP कार्यक्रम विनियमों या NJ SNAP लाभों या उपयोग के उपकरणों (जैसे फैमिली फर्स्ट ईबीटी कार्ड्स) के इस्तेमाल, प्रस्तुतिकरण, हस्तांतरण, अभियोग, प्राप्ति या कब्जे का उल्लंघन करता है।

दण्ड

जानबूझ कर SNAP नियमों का उल्लंघन करने के लिए दंड में निम्नलिखित समय अवधि के लिए SNAP में भाग लेने से अयोग्यता शामिल है

- पहले अपराध के लिए 12 महीने;
- दूसरे अपराध के लिए 24 महीने, या किसी नियंत्रित पदार्थ के लिए SNAP लाभों की बिक्री करने के लिए पहली न्यायालय दोषसिद्धि;
- एक ही समय पर एक से अधिक SNAP लाभों को पाने के लिए किसी व्यक्ति की पहचान या पते के बारे में झूठ बोलने या गलत प्रतिनिधित्व करने के लिए 10 वर्ष;
- तीसरे अपराध के लिए स्थायी रूप से, या किसी नियंत्रित पदार्थ के लिए SNAP लाभों की बिक्री करने के लिए दूसरी न्यायालय दोषसिद्धि, या \$500 या अधिक के SNAP लाभों के बेचने/व्यापार करने के लिए न्यायालय दोषसिद्धि, या आग्नेस्त्रों, गोलाबारूद या विस्फोटकों के लिए SNAP लाभों का व्यापार करने के लिए न्यायालय दोषसिद्धि।

*किसी न्यायालय द्वारा ऐसे किसी व्यक्ति के लिए एक 18 महीने का निलंबन (इस अवधि के साथ-साथ) किया जा सकता है जो गंभीर अपराध या आपराधिक उल्लंघन का अपराधी पाया जाता है।

उल्लंघनकर्ता पर \$250,000 तक का जुर्माना, 20 साल का कारावास, या दोनों हो सकते हैं, और अन्य संचाय लागू कानूनों के तहत अभियोगन के अधीन हैं।

इसके अलावा, घर के शेष सदस्यों को उन NJ SNAP लाभों के लिए वापस भुगतान करना होगा जिनको उन्होंने पात्र न होने पर प्राप्त किया है।

P.L. 103-66 एवं 104-193 ने उन व्यक्तियों के लिए दंडों को स्थापित किया है जो किसी संचाय, राजकीय, या स्थानीय अदालत में दोषी पाए जाते हैं।

- 1) अग्नेयास्त्रों, विस्फोटक पदार्थों, या नियंत्रित पदार्थों के लिए NJSNAP लाभों का व्यापार करना, या
- 2) फैमिली फर्स्ट ईबीटी कार्ड्स के इस्तेमाल के माध्यम से, या कार्ड्स, या भुगतान के लिए NJ SNAP लाभों को प्रस्तुत करके NJSNAP लाभों का इस्तेमाल करना, हस्तांतरण करना, अभियोग करना, या कब्जे में रखना यह जानते हुए भी कि इनको जालसाजी से प्राप्त किया गया है या हस्तांतरण किया गया है, यदि मूल्य \$500 या अधिक है।

दण्ड चेतावनी

NJ SNAP लाभों को प्राप्त करने के लिए या उनको प्राप्त करना जारी रखने के लिए झूठी जानकारी न देना जानकारी को छिपाए नहीं।

NJ SNAP लाभों को ऐसे किसी व्यक्ति को न देना या न बेचना या फैमिली फर्स्ट ईबीटी कार्ड का उपयोग न करने देना जो उनको अपने परिवार के लिए प्राप्त करने के लिए अधिकृत नहीं है।

NJ SNAP लाभों का इस्तेमाल किसी अपात्र मदों जैसे कि अल्कोहल पेय और तंबाकू खरीदने के लिए न करें। या उस भोजन के लिए भुगतान करना जिसको उधार में खरीदा गया था।

NJ SNAP लाभों का इस्तेमाल उनके लिए न करें जिनको प्राप्त करने के लिए आपका परिवार हकदार नहीं है।

उन NJ SNAP लाभों के प्राप्त करने के लिए जिनको प्राप्त करने के लिए आपका परिवार पात्र नहीं है, धोखा न देना या किसी बेइमान कृत्य में भागीदार न बनें।

NJ SNAP लाभों के लिए आवेदन करने के लिए तथा उनको प्राप्त करने के लिए संसाधनों को किसी गैर पारिवारिक सदस्य को हस्तांतरित न करें।

मैंने इस आवेदन पत्र पर प्रश्नों को समझ लिया है। मेरे उत्तर मेरी सर्वश्रेष्ठ जानकारी और विश्वास से सही और पूर्ण हैं। मैंने समझ लिया है कि मेरा साक्षात्कार लिया जाएगा, और मुझे NJ SNAP कार्यालय का सहयोग करना होगा। मैं दंड चेतावनी को समझता हूँ। मैंने समझ लिया है कि जो कुछ मैंने कहा है उसे प्रमाणित करने के लिए मुझे दस्तावेज उपलब्ध कराने हो सकते हैं। मैं इसके लिए सहमत हूँ। यदि दस्तावेज उपलब्ध नहीं हैं, तो मैं ऐसे किसी व्यक्ति या संगठन का नाम देने के लिए सहमत हूँ जिससे NJ SNAP कार्यालय आवश्यक प्रमाण प्राप्त करने के लिए संपर्क कर सकता है। मैं समझता हूँ कि यदि मैंने किसी अर्जित आय की सूचना नहीं दी है, तो मुझे \$50.00 से अधिक की किसी भी अनार्जित आय में होने वाले किसी भी परिवर्तन की या अर्जित आय की प्राप्ति की सूचना अपने पहले वेतन बैंक के 10 दिनों के भीतर देनी होगी। मैं समझता हूँ कि यदि मेरी कोई अर्जित आय नहीं है, तो मुझे घरेलू संरचना में समस्त परिवर्तनों (विद्यार्थी स्थिति सहित), आवास में परिवर्तन और इसके परिणामस्वरूप आवास की लागत में परिवर्तन, बच्चे को भुगतान करने या समर्थन देने की अपनी कानूनी बाध्यताओं में परिवर्तन, मेरे द्वारा उपलब्ध कराए जाने वाले बाल समर्थन की राशि में परिवर्तन यदि मेरा इसको भुगतान करने का 3 महीने से कम का रिकार्ड है और यदि परिवर्तन \$50.00 से अधिक है, किसी वाहन की खरीदारी या अपने परिवार के संसाधनों में वृद्धि (बचत एवं बैंकिंग खाता, हाथ में नकदी, शेयर या एकमुश्त भुगतान, किसी वाहन की बिक्री या व्यापार से पैदा नकदी) की जानकारी देनी होगी यदि ये मेरी अधिकतम संसाधन सीमा को पार कर जाते हैं। मैं समझता हूँ कि यदि मेरी कोई सूचित अर्जित आय है, मैं छः माह की रिपोर्टिंग पर हूँ, तो मुझे केवल अपनी उस कुल मासिक में होने वाले किसी परिवर्तन की जानकारी देने की आवश्यकता है जो संचाय गरीबी स्तर सीमा से 130 प्रतिशत अधिक है। मेरा कामगार मुझे उस सीमा की सूचना उपलब्ध कराएगा। मैं यह भी समझता हूँ कि मैं NJ SNAP लाभों के लिए मेरे आवेदन पर किए गए किसी निर्णय की निष्पक्ष सुनवाई के लिए अनुरोध कर सकता हूँ। यदि मुझे NJ SNAP लाभों के बारे में अधिक जानकारी की आवश्यकता होगी, तो मेरे द्वारा काउंटी NJ SNAP कार्यालय से संपर्क किया जा सकता है।

मैं समझता हूँ कि मैं या मेरा प्रतिनिधि मेरे मामले में की गई किसी कार्रवाई से संतुष्ट नहीं होते हैं तो मौखिक या लिखित में किसी निष्पक्ष सुनवाई के लिए अनुरोध कर सकते हैं। मेरे मामले को सुनवाई में ऐसे किसी व्यक्ति द्वारा प्रस्तुत किया जा सकता है जिसका चयन मैं करूँ।

NJ SNAP अनिवार्य रोजगार एवं प्रशिक्षण प्रतिभागिता

कुछ NJ SNAP घरेलू सदस्यों को, बशर्त विशिष्ट रूप से छूट प्राप्त न हों, रोजगार एवं प्रशिक्षण गतिविधियों में पंजीकृत कराना और भाग लेना आवश्यक है। अनिवार्य पंजीकरण कराने वाले जो आवश्यकताओं के अनुरूप कार्य करने में विफल रहते हैं, वे निम्नलिखित दंड के अधीन होंगे:

- 1) प्रथम उल्लंघन के परिणामस्वरूप कम से कम 1 माह की अयोग्यता होती है;
- 2) दूसरे उल्लंघन के परिणामस्वरूप कम से कम 3 माह की अयोग्यता होती है;
3. तीसरे और इसके बाद के उल्लंघन के परिणामस्वरूप, कम से कम 6 माह की अयोग्यता होती है।

यू.एस. नागरिकता/कानूनी विदेशी स्थिति

(WFNJ, MEDICAID एवं NJSNAP कार्यक्रम के प्रयोजनों के लिए)

प्रत्येक उस व्यक्ति के लिए जो एक अमेरिकी नागरिक नहीं है, आपको काउंटी कल्याण एजेंसी कार्यालय को या ब्यूरो ऑफ सिटिजनशिप एण्ड इमिग्रेशन सर्विस (BCIS) से कोई दस्तावेज या फिर कोई अन्य दस्तावेज दिखाना होगा जिसका निर्धारण राज्य एजेंसी आपकी आप्रवासन स्थिति के प्रमाण के रूप में करती है। वैध विदेशी स्थिति BCIS के सत्यापन के अधीन हो सकती है जिसके लिए इस आवेदन पत्र में कुछ जानकारी BCIS को प्रस्तुत करने की आवश्यकता होगी। BCIS से प्राप्त जानकारी आपके परिवार की पात्रता एवं लाभों के स्तर को प्रभावित कर सकती है। आपको प्रमाणित करना होगा कि प्रत्येक घरेलू सदस्य अमेरिकी नागरिक है या फिर अमेरिका में कानूनी आप्रवासी स्थिति में रह रहा है।

हस्ताक्षर करने से पहले, नीचे दिए गए कथनों को पढ़ लें। यदि आपको समझ में नहीं आता है या आपका कोई प्रश्न है तो कृपया पूछें।

- ❖ मैं(हम) सहमत/दिता हूँ(हमें) कि इस फॉर्म पर मेरे(हमारे) द्वारा दिए गए कथन मेरी(हमारी) सर्वश्रेष्ठ जानकारी के अनुसार सत्य हैं और पूर्ण हैं। मैं(हम) जानता हूँ(जानते हैं) कि अपनी स्थिति के बारे में झूठ बोलना, आवश्यक जानकारी को देने में विफल रहना या दूसरों के द्वारा जानकारी को छिपवाना कानून के विरुद्ध है इसके कारण मैं(हम) अभियोग के अधीन हो सकता हूँ(सकते हैं)।
- ❖ मैं(हम) समझता हूँ(समझते हैं) कि मेरे(हमारे) द्वारा दी गई जानकारी काउंटी कल्याण एजेंसी, और/या परिवार विकास विभाग और/या चिकित्सीय सहायता एवं स्वास्थ्य सेवा विभाग द्वारा सत्यापन के अधीन है।
- ❖ मैं(हम) इसके द्वारा मेरे(हमारे) द्वारा दिए गए कथनों के सत्यापन के एकमात्र प्रयोजनों के लिए काउंटी कल्याण एजेंसी, परिवार विकास विभाग और/या चिकित्सीय सहायता एवं स्वास्थ्य सेवा विभाग को ऐसे किसी भी व्यक्ति या किसी अन्य स्रोत से संपर्क करने के लिए अधिकृत करता हूँ(करते हैं) जिनको मेरी(हमारी) परिस्थितियों के बारे में जानकारी हो (आईआरएस, राज्य और स्थानीय बाल समर्थन एजेंसियां, सामाजिक सुरक्षा वेतन एवं लाभ फाइलें, राजकीय वेतन एवं बेरोजगारी फाइलें, ऋण रिपोर्टिंग सेवाएं, साथ ही नियोक्ता, बैंक या अन्य पक्ष सहित)। मैं(हम) समझता हूँ(समझते हैं) कि प्राप्त की गई किसी भी आय एवं पात्रता जानकारी का इस्तेमाल मेरी(हमारी) वर्तमान पात्रता का निर्धारण करने के लिए किया जाएगा।
- ❖ मैं(हम) समझता हूँ(समझते हैं) कि वर्क फ्रस्ट न्यू जर्सी अधिनियम, सार्वजनिक कानून, 1997 c.13, c.14, c.37 एवं c.38 के अनुसार सार्वजनिक सहायता के लिए आवेदन पत्र में बजट इकाई के वे आगामी सदस्य भी शामिल होंगे जिनको शामिल किया जाना आवश्यक है, चाहे जन्म द्वारा, गोद लेने के द्वारा, या फिर मूल आवेदन पत्र देने की तिथि के बाद से बजट इकाई के साथ रहना शुरू करने के द्वारा।
- ❖ मैं(हम) जानता हूँ(जानते हैं) कि मेरे(हमारे) द्वारा दी गई जानकारी का इस्तेमाल सार्वजनिक सहायता (MEDICAID सहित), NJ SNAP लाभ, यूनिवर्सल सर्विस फंड लाभ एवं अन्य लाभों के लिए जिनके लिए मैं पात्र हूँ, के लिए मेरे(हमारे) आवेदन पत्र के संबंध में किया जाएगा।
- ❖ मैं(हम) समझता हूँ(समझते हैं) कि यदि इस आवेदन पत्र को WFNJ श्रेणी के लिए स्वीकार कर लिया जाता है, तो मुझे(हमें) और मेरे(हमारे) परिवार के सभी सदस्यों को न्यू जर्सी वन स्टॉप कैरियर सेंटर में पंजीकृत कर लिया जाएगा और शिक्षा, प्रशिक्षण, व्यावसायिक सहायता एवं नौकरी दिलाने वाली गतिविधियों में भाग लेना आवश्यक हो सकता है।
- ❖ मैं(हम) समझता हूँ(समझते हैं) कि समस्त घरेलू ऊर्जा सहायता भुगतान संघीय निधियों की उपलब्धता के अधीन हैं।
- ❖ मैं(हम) समझता हूँ(समझते हैं) कि समस्त घरेलू ऊर्जा सहायता भुगतानों को हीटिंग/कूलिंग ऊर्जा को खरीदने में इस्तेमाल किया जाएगा।
- ❖ मैं(हमने) मेरे(हमारे) अधिकारों एवं जिम्मेदारियों के संबंध में जानकारी को, यदि आवश्यक हो, को प्राप्त कर लिया है और उसको मुझे(हमें) समझा दिया गया है। (WFNJ हैडबुक देखें)।
- ❖ मैं(हम) काउंटी कल्याण एजेंसी को यथा लागू जीवनयापन की परिस्थिति, पारिवारिक स्थिति या किसी भी स्रोत से प्राप्त धन (केवल उस अर्जित आय के अलावा जो छः माह की रिपोर्टिंग आवश्यक के अधीन है) में होने वाले किसी भी परिवर्तन की जानकारी तुरंत देने के लिए सहमत हूँ(हैं)। (WFNJ हैडबुक देखें)।
- ❖ मैं(हम) समझता हूँ(समझते हैं) कि यदि मैं(हम) काउंटी कल्याण एजेंसी द्वारा की गई किसी कार्रवाई से संतुष्ट नहीं होते हैं तो मैं(हम) या मेरे(हमारे) प्रतिनिधि मौखिक या लिखित में किसी निष्पक्ष सुनवाई के लिए अनुरोध कर सकते हैं। मेरे(हमारे) मामले को सुनवाई में ऐसे किसी व्यक्ति द्वारा प्रस्तुत किया जा सकता है जिसका चयन मैं करूँ(हम करें)।
- ❖ मैं(हम) समझता हूँ(समझते हैं) कि इस आवेदन पत्र पर केवल WFNJ एवं मैडिकेड प्रयोजनों के लिए हस्ताक्षर करके मैं(हम) काउंटी कल्याण एजेंसी को समर्थन देने के किसी भी अधिकार को सौंपते हूँ, जिसमें ऐसे किसी व्यक्ति से मेरे लिए या किसी अन्य पारिवारिक सदस्य के लिए उपार्जित बकाया भी शामिल है जिसके लिए मैं(हम) आवेदन कर रहे हैं या सहायता प्राप्त कर रहे हैं।
- ❖ मैं(हम) समझता हूँ(समझते हैं) कि चिकित्सीय सहायता के लिए पात्रता की एक शर्त के रूप में यह माना जाता है कि मैंने(हमने) कमिश्नर को किसी न्यायालय या किसी प्रशासनिक आदेश द्वारा यथा निर्धारित चिकित्सीय देखभाल के प्रयोजन के समर्थन के लिए किसी भी अधिकार तथा किसी भी तृतीय पक्ष से चिकित्सीय देखभाल के लिए भुगतान हेतु अधिकारों को सौंप दिया है।
- ❖ संघीय कानून और अमेरिकी कृषि विभाग (यूएसडीए), अमेरिकी स्वास्थ्य एवं मानव सेवा विभाग (HHS) के अनुसार यह संस्था जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, लिंग, यौन अभिविन्यास, आयु, विकलांगता, धर्म या राजनीतिक मान्यताओं के आधार पर भेदभाव करने से निषिद्ध है। खाद्य स्टाम्प अधिनियम और यूएसडीए नीति के तहत, लिंग पहचान, धर्म, प्रतिशोध, वैवाहिक स्थिति, पारिवारिक या माता-पिता की स्थिति, यौन अभिविन्यास, सार्वजनिक सहायता आय प्राप्त, आनुवांशिक जानकारी या राजनीतिक मान्यताओं के आधार पर भी भेदभाव वर्जित है। भेदभाव के खिलाफ शिकायत करने के लिए फॉर्म को ऑनलाइन www.ascr.usda.gov/complain_filing_cust.html पर, किसी भी USDA कार्यालय पर या (866) 632-9992 पर फोन करके प्राप्त किया जा सकता है। जो व्यक्ति बधिर हैं, जिनको सुनने में कठिनाई होती है या जिनको बोलने की विकलांगता है, वे संघीय रिसे सेवा के माध्यम से (800) 877-8339 पर या (800) 845-6136 (स्पैनिश) पर USDA से संपर्क कर सकते हैं। आप फॉर्म में अनुरोध की गई जानकारी शामिल करते हुए एक पत्र भी लिख सकते हैं। पूरा किए गए शिकायत फॉर्म या पत्रों को लिखित में यहां पर जमा किया जा सकता है:

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

US Department of Agriculture
Director, Office of Adjudication
1400 Independence Ave. SW
Washington, D.C. 20250- 9410
फैक्स (202) 690-7447
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

पूर्ण करें
हस्ताक्षर करने
से पहले

मैंने (हमने) इस आवेदन पत्र के पृष्ठ 10 पर महत्वपूर्ण नोटिस को पढ़ लिया है जिसमें NJ SNAP दण्ड चेतावनियाँ एवं नागरिकता/कानूनी विदेशी स्थिति के बारे में बताया गया है। () हूँ () नहीं

- ❖ मैं (हम) सत्यापित करते हैं कि मैंने (हमने) इन कथनों को पढ़ लिया है और उनसे सहमत हूँ और पूरी तरह से महसूस करते हैं कि कल्याण एजेंसी मेरे(हमारे) कथनों की सत्यता एवं सटीकता पर भरोसा करती है।
- ❖ मैं (हम) मिथ्या साक्ष्य के दण्ड के तहत प्रमाणित करते हैं कि नीचे अपने नाम पर हस्ताक्षर करके कि मैं (हम) तथा सभी घरेलू सदस्य जिनके लिए मैं(हम) NJ SNAP लाभों के लिए आवेदन कर रहे हैं अमेरिकी नागरिक हूँ या कानूनी आप्रवासन स्थिति में विदेशी हूँ।
- ❖ मैं (हम) मिथ्या साक्ष्य के दण्ड के तहत प्रमाणित करते हैं कि NJ SNAP कार्यक्रम और/या WFNJ के लिए आवेदन पत्र के संबंध में मेरे(हमारे) उत्तर मेरी(हमारी) सर्वश्रेष्ठ जानकारी में सही और पूर्ण हैं।
- ❖ मैंने (हमने) एजेंसी के किसी प्रतिनिधि से WFNJ कार्य आवश्यकताओं पर अभिन्नमुखीकरण प्राप्त कर लिया है, यदि आवश्यक हो तो।

मेरे समक्ष शपथ ली और सदस्यता ली

आवेदक के हस्ताक्षर

दिनांक

2 के दिन को

सह आवेदक के हस्ताक्षर

दिनांक

(एजेंसी प्रतिनिधि)

महत्वपूर्ण सूचना
NJ SNAP आयकर कटौती छूट

यदि आप निम्नलिखित में से किसी भी खर्च की सूचना देने में या उसका सत्यापन करने में असफल रहते हैं जिसका भुगतान या तो आप या आपके घर का कोई अन्य सदस्य कर रहा है, तो हम इसका मतलब यह निकालेंगे कि आप सूचित न किए गए खर्चों के लिए कोई आय कटौती प्राप्त करना नहीं चाहते हैं।

- निर्भर देखभाल खर्च, यदि आप किसी बच्चे या निर्भर की देखभाल के लिए खर्च कर रहे हैं ताकि कोई घरेलू सदस्य काम कर सके, रोजगार की तलाश कर सके, या रोजगार की तैयारी के लिए प्रशिक्षण या शिक्षण कक्षाओं में शामिल हो सके
- प्रतिपूर्ति न किया गया कोई चिकित्सा या दंत चिकित्सा खर्च, जिसमें सिफारिश की गई दवा, स्वास्थ्य या अस्पताल में भर्ती होने का बीमा, आंखों का चश्मा, या सेवक की परिचर्या
- कोई बाल समर्थन भुगतान, जो कोई पारिवारिक सदस्य कानूनी बाध्यता के तहत कर रहा है, जिसमें बकाया राशि का भुगतान भी शामिल है, या
- आवास खर्च, जैसे कि किराया, सुविधाएं (संस्थापना शुल्क सहित), संपत्ति कर, मकान मालिक का बीमा, एवं किसी प्राकृतिक आपदा के कारण होने वाली क्षति हेतु अपने घर की मरम्मत।

यदि आप हमें नहीं भी बताते हैं (या सत्यापित नहीं करते हैं) कि आप इनमें से किसी खर्च को उठा रहे हैं तब भी जब आप NJ SNAP के लिए आवेदन करते हैं, आपको तब भी आप बाद में आय में कटौती प्राप्त कर सकते हैं बाद में जब आप हमें बताते हैं (या सत्यापित करते हैं) कि आप इन खर्चों के लिए भुगतान कर रहे हैं। कटौती उन महीनों के लिए पीछे से लागू नहीं जिनके लिए आपने हमें नहीं बताया कि आप इन खर्चों के लिए भुगतान कर रहे हैं।

घर के मुखिया के हस्ताक्षर _____

आज की तिथि _____