

درخواست اور حلف نامہ برائے  
سرکاری اعانت

IM کارکن	صرف دفتری استعمال کے لیے	کیس نمبر	تاریخ
IM سپروائزر		متعلقہ کیس نمبرز	تاریخ
TANF کی صورتحال: ( ) NA ( ) RA ( ) RO ( ) TR ( ) رجسٹر کرنے کی تاریخ			

**سیکشن I**

درخواست دہندہ: اس فارم کو محتاط طور پر اور درست طریقے سے مکمل کرنے کے لیے براہ کرم ایک قلم استعمال کریں۔ اگر آپ کو کوئی جواب یقینی طور پر معلوم نہ ہو تو، اس جگہ کو خالی چھوڑ دیں۔ اگر آپ کے کوئی سوالات ہوں تو، کاؤنٹی ویلفیئر ورکر سے پوچھیں۔

**ہلکے رنگ والے خاتوں میں نہ لکھیں**

1. آپ کس پروگرام (پروگراموں) کے لیے درخواست دینا یا دوبارہ درخواست دینا چاہتے ہیں؟

( ) ضرورت مند کنیوں کے لیے عارضی اعانت (TANF) AFDC ( ) - صرف میڈیکائیڈ ( ) عمومی امداد

( ) ریفیوگی کی باز آبادکاری پروگرام

( ) NJ SNAP پروگرام

( ) ہنگامی امداد

( ) ہنگامی امداد

مجھے (ہمیں) معلوم ہے کہ WFNJ کی اہلیت کی ایک شرط کے طور پر، مجھ (ہم) سے مسلسل اور سرگرمی کے ساتھ روزگار تلاش کرنے کا تقاضا کیا جائے گا تاکہ ہم خود مکلفی ہوسکیں۔  
مجھے (ہمیں) معلوم ہے کہ WFNJ کی اہلیت کی ایک شرط کے طور پر، مجھ (ہم) سے نیو جرسی ون اسٹاپ کریئر سنٹر کے ساتھ کام کرنے کے لیے اندرج کرانے کا تقاضا کیا جائے گا۔

2. کیا آپ کام کرنا چاہتے ہیں؟ [ ] ہاں [ ] نہیں

3. درخواست دہندہ کا نام:

4. رہائشی پتہ: وہ مقام جہاں آپ درحقیقت رہتے ہیں:

(آخری)	(پہلا)	(درمیانی)	(اصل)
(نمبر اور گلی یا آر ایف ڈی)	(شہر)	(ریاست)	(زپ کوڈ)
وہ پتہ جہاں آپ کی ڈاک جاتی ہے اگر وہ آپ کے مذکورہ بالا رہائشی پتے سے مختلف ہو۔			
(پی۔ او۔ باکس، گلی یا آر ایف ڈی)	(شہر)	(ریاست)	(زپ کوڈ)

آپ کا ٹیلیفون نمبر: گھر ( ) دفتر ( ) سیل ( )

5. نیو جرسی کی رہائش (NJ SNAP) کے مقاصد کے لیے اطلاق نہیں ہوتا

رہائش کی تصدیق

کیا آپ کا منصوبہ نیوجرسی میں رہائش جاری رکھنے کا ہے؟ [ ] ہاں [ ] نہیں  
اگر "نہیں"، وضاحت کریں:

6. آپ اپنے گھرانے سے باہر کے فرد (افراد) کو اپنے لیے NJ SNAP یا GA کے لیے درخواست دینے NJ SNAP یا GA بینیفٹس حاصل کرنے، یا آپ کے لیے غذا خریدنے کے واسطے NJ SNAP کا استعمال کرنے کی اجازت دے سکتے ہیں۔ اگر آپ NJ SNAP بینیفٹس کے لیے اہل ہیں تو، آپ کے نامزد فرد کو فیملیز فرسٹ EBT کارڈ موصول ہوگا جس کا استعمال وہ آپ کی غذا خریدنے کے لیے کرسکتا ہے۔ اگر آپ کسی ایسے فرد کو نامزد کرنا چاہتے ہیں تو، درج ذیل معلومات مکمل کریں:

نام	مجاز نمائندے کا	تاریخ پیدائش	پتہ	SSN (اختیاری)	ٹیلیفون نمبر

ذیل کے سوالات 7 اور 8 صرف NJ SNAP درخواست دہندگان کے لیے ہیں

7. آپ اپنا نام، پتہ، دستخط اور دستخط کی تاریخ فراہم کر کے فوری طور پر NJ SNAP کے لیے درخواست دائر کرنے کا حق رکھتے ہیں۔ اگر آپ کو اہل پایا جاتا ہے تو، آپ کے بینیفٹس کی ادائیگی اس تاریخ سے ہوگی۔ (اگر آپ ایک درخواست دائر کرتے ہیں اور اپنے حالات کے بارے میں تمام ضروری معلومات فراہم کرتے ہیں اور آپ کو اہل پایا جاتا ہے تو، آپ کو اس تاریخ سے 30 دنوں کے اندر NJ SNAP حاصل ہوسکتا ہے جب NJ SNAP کو آپ کی درخواست وصول ہوئی ہو۔)

8. اگر آپ کی آمدنی اور وسائل بہت کم ہیں تو، آپ تیز رفتار بینیفٹس کے اہل ہوسکتے ہیں (جو 7 دنوں میں موصول ہوجائے گا)۔ آپ کے جوابات ذیل کے سوالات اس بات کا تعین کریں گے کہ آیا آپ اس سروس کے لیے اہل ہیں:

(a) کیا آپ کے گھرانے کی کل ماہانہ آمدنی \$150.00 سے کم ہے اور آپ کے گھرانے کے کل تحلیل پذیر اثاثے (جیسے نقد یا چالو/بچت کھاتے) \$100.00 یا کم کے ہیں؟ [ ] ہاں [ ] نہیں  
(b) کیا آپ کے گھرانے کا ماہانہ کرایہ یا مارگیج مع افادہ جات آپ کے گھرانے کی کل ماہانہ مجموعی آمدنی مع کل تحلیل پذیر وسائل سے زیادہ ہے۔ [ ] ہاں [ ] نہیں  
(c) یا آپ کا گھرانہ تارک وطن یا موسمی کھپت مزدور گھرانہ ہے جس کی بہت معمولی آمدنی ہے یا بالکل بھی آمدنی نہیں ہے؟ [ ] ہاں [ ] نہیں

صرف دفتری استعمال کے لیے

قطعی اہلیت:

کیا گھرانے کا ہر فرد سرکاری اعانت (WFNJ) یا SSI وصول کرتا ہے؟ [ ] ہاں [ ] نہیں

9. (درخواست دینے والے فرد کا دستخط) (دستخط کرنے کی تاریخ)

**سیکشن II**

10. بنیادی معلومات: (گھرانے کے ہر اس فرد کا نام درج کریں جس کے لیے درخواست دی جارہی ہے، بشمول آپ)۔ پہلے بالغ افراد کا نام درج کریں، خاتون بالغ فرد کے نام سے شروع کریں، پھر سب سے بڑے اور پھر چھوٹے بچے کا نام درج کریں۔

NJ SNAP کے مقاصد کے لیے، ایسے لوگ جو آپ کے ساتھ رہتے ہیں، کھانا خریدتے ہیں اور کھاتے ہیں انہیں گھرانے کے ممبران میں شمار کیا جاتا چاہیے۔

نوٹ: گھرانے کے تمام افراد کے لیے سوشل سیکیورٹی نمبروں (SSNs) کی جمع آوری فوڈ اسٹیمپ ایکٹ 1977، حسب ترمیم 2011-2036 U.S.C. 7؛ عوامی قانون 104-193 کے تحت اجازت یافتہ ہے اور WFNJ کے لیے درخواست دینے والے سبھی افراد کے لیے SSNs جمع کروانے کی درخواست کرتا ہے۔ آپ کے SSN کا استعمال اس بات کے تعین کے لیے کیا جائے



PA									دیگر درخواست دہندہ
NJ SNAP									آخری
MA									پہلا درمیانی مخفف
									صرف دفتری استعمال کے لیے
PA									دیگر درخواست دہندہ
NJ SNAP									آخری
MA									پہلا درمیانی مخفف
									صرف دفتری استعمال کے لیے
PA									دیگر درخواست دہندہ
NJ SNAP									آخری
MA									پہلا درمیانی مخفف
									صرف دفتری استعمال کے لیے

11. اپنے گھرانے کے غیر ملکی/ غیر شہری افراد کا نام درج کریں

نام	داخلے کی تاریخ / آبائی رجسٹریشن نمبر	کفیل کا نام/ باز آباد کاری ایجنسی	کفیل/ باز آباد کاری ایجنسی کا پتہ	تاریخ جب شہریت کے لیے درخواست دی ہے	کفیل آمدنی

12. گھر کے دیگر افراد کا نام درج کریں جو اوپر درج نہیں ہیں (کرایے پر کمرہ لینے والے/ اقامت پذیر لوگوں کو شامل کریں)

نام	درخواست دہندہ کے ساتھ رشتہ

12a. ہنگامی رابطے کے ایک فرد کا نام درج کریں (صرف GA کے معاملات)

فون نمبر \_\_\_\_\_ پتہ \_\_\_\_\_

13. حاملہ خاتون کا نام

پیدائش کی متوقع تاریخ \_\_\_\_\_ ڈاکٹر کا نام \_\_\_\_\_ ڈاکٹر کا پتہ \_\_\_\_\_

14. آپ گھر میں بنیادی طور پر کون سی زبان بولی جاتی ہے؟

\_\_\_\_\_

15. کیا آپ یا درخواست دہندہ گھرانے کے کسی فرد کو اپریل 1997 کے بعد سے نیوجرسی یا کسی دیگر ریاست، خطہ میں TANF، یا نیوجرسی میں عمومی امداد (GA) ملتی ہے یا ملی ہے۔			
اعانت حاصل کرنے والا فرد	اعانت کی قسم	کب	اعانت فراہم کنندہ

16. کیا آپ یا آپ کے گھرانے کا کوئی فرد مفرور مجرم ہے یا کسی نے وفاقی یا ریاستی عدالت کے ذریعہ عائد کردہ پیرول یا پروبیشن کی شرائط کی خلاف ورزی کی ہے۔

مفرور یا خلاف ورزی کرنے والا فرد	فرار از



24. کیا درخواست دہندہ کے گھرانے کا کوئی ممبر مستقبل قریب میں کسی تبدیلی کی توقع کرتا ہے، جیسے کہ آمدنی، گھرانے کے سائز؛ رہائش گاہ کی تبدیلی؛ پناہ گاہ کے اخراجات میں تبدیلی؛ یا کسی آٹوموبائل کی خرید یا فروخت؟  
 [ ] ہاں [ ] نہیں اگر "ہاں"، تو کون سی تبدیلیاں:

25. کمائی گنی آمدنی: کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی فرد کو کام کرنے، بے بی سٹنگ، آپ کے اپنے کاروبار، متفرق کاموں، فروخت، یا دیگر کمائی والی آمدنی سے رقم حاصل ہوتی ہے؟ [ ] ہاں [ ] نہیں اگر ہاں تو، براہ کرم ہر فرد کے لیے درج ذیل معلومات فراہم کریں:

آخری نام پہلا نام	فی ہفتہ گھنٹے	کتنی بار ادائیگی ہوتی ہے	آجر کا نام اور پتہ یا اگر اپنا روزگار ہے تو "خود" کا	تاریخ	رقم	تاریخ	رقم

26. بچے/ بالغ کی نگہداشت: کیا آپ کی بہبود یا NJ SNAP گھرانے میں شامل کوئی فرد ملازمت، اسکول جانے، یا کام کی تلاش کے سبب بچے کی نگہداشت یا بالغ کی نگہداشت کے لیے ادائیگی کرتا ہے؟ [ ] ہاں [ ] نہیں اگر "ہاں" تو، کس کی دیکھ بھال کی جاتی تھی؟ (ذیل میں درج کریں)

بچہ/ بالغ فرد کا نام	نگہداشت فراہم کردہ بذریعہ (فرد)	فی ہفتہ دن	گھنٹے کے لحاظ سے شرح	کل دن	آپ کے ذریعہ ادا کردہ حقیقی رقم

## تصدیقات

27. بچے کی اعانت: کیا آپ قانونی طور پر اپنے گھرانے سے باہر کے کسی بچے کو بچے کی اعانت فراہم کرنے یا اس کی ادائیگی کے لیے قانونی طور پر ذمہ دار ہیں؟  
 [ ] ہاں [ ] نہیں اگر "ہاں" تو، براہ کرم درج ذیل معلومات کو مکمل کریں: (بچے کی اعانت کے بقایا جات کے لیے ادائیگی شامل کریں، اس وقت تک جب تک آپ قانونی طور پر ان کی ادائیگی کے ذمہ دار ہوں۔)

کس کے نام	پتہ	بچے کی عمر	مابانہ ادا شدہ/فراہم کردہ رقم	عدالتی حکم نمبر

28. صحت کا بیمہ: کسے صحت کے بیمہ کا احاطہ حاصل ہے؟ اگر کوئی نہیں تو، یہاں ( ) نشان لگائیں۔

آخری نام، پہلا نام	بیمہ کمپنی	پالیسی نمبر	پالیسی کا حامل

29. کیا کسی غیر حاضر والدین کے پاس آپ کے لیے طبی یا صحت کے بیمہ کا کوریج ہے؟ [ ] ہاں [ ] نہیں اگر "ہاں" تو، کون سا بیمہ؟

30. کیا کسی غیر حاضر والدین کے پاس ان میں سے کسی بچے کے لیے طبی یا صحت کے بیمہ کا کوریج ہے جن کے لیے آپ درخواست دے رہے ہیں؟

31. کیا آپ یا آپ کے گھرانے کے ممبران نے دیگر میڈیکل پروگراموں کے لیے درخواست دی ہے؟ اگر "ہاں" تو کون سا پروگرام؟  
- آپ نے کس تاریخ کو درخواست دی

32. دیگر آمدنی: کیا آپ یا آپ کی بہبود یا NJ SNAP گھرانے (بشمول سوتیلے والدین) میں شامل کسی فرد کو درج ذیل میں سے کوئی ملتا ہے یا کسی کے لیے درخواست دی ہے: ہاں نہیں اگر ہاں تو، ان سبھی کو نشان زد کریں جن کا اطلاق ہوتا ہو۔

یہ روزگاری بیمہ	جائیداد کے کرایے سے آمدنی	کارکن کا معاوضہ
سابق فوجی کے وظائف	کرایے پر کمرے (کمروں) والے اور/یا اقامت پذیر فرد سے آمدنی	یونین / پنشن کے بینیفٹس
سوشل سیکیورٹی/ریل روڈ ریٹائرمنٹ	رشتہ دار، دوست، لاجز یا یونینوں سے آمدنی	بچے کا تعاون
سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم (SSI)	انکم ٹیکس ریفرنڈ یا کمائی گئی آمدنی پر کریڈٹ	کسی ملازم کی جانب سے الاٹمنٹ کا چیک
معذوری کی ادائیگیاں	رضاعی نگہداشت کی ادائیگیاں	عمومی اعانت
رعایتی مطابقت	ٹرسٹ فنڈ	تربیت کا بہتہ
سود/اسٹاکس، بونڈز، بینک اکاؤنٹس وغیرہ سے منافع۔	یک مشت ادائیگیاں (ماضی کے بینیفٹس، عدالتی چارہ جونی سے حاصل رقم، وغیرہ)	طلب علم کے قرضے، عطیات، اسکالرشپس، یا وظف
سالانہ وظائف (اس میں زندگی کے بیمہ کے منافع جات شامل کریں)	یک مشت آمدنی، جینی ہوئی رقم، یا تحائف	کام سے متعلق اضافی اعانت
DGP&P ریلیٹو کیئر پرمانسی امداد	DGP&P لیگل گارجین شپ سبسڈی پروگرامز	دیگر آمدنی، جیسے کہ نان و نفقہ (بیان کریں):

اوپر نشان زد اثمتوں کے لیے درج ذیل معلومات فراہم کریں:

آخری نام، پہلا نام	آمدنی کا ذریعہ	وصولی کی تاریخ	کل رقم

#### تصدیقات

33. وسائل: (اس کا اطلاق NJ SNAP گھرانوں پر ہوتا ہے جو توسیع شدہ زمرہ بند اہلیت کے لیے اہل نہیں ہوتے) کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے کسی فرد کے چالو یا بچت کھاتے، اسٹاکس، بانڈز، سی ڈیز، IRA کا Keogh، میچونل فنڈز، ٹرسٹ فنڈز امریکی سیونگ بانڈز، کرسمس/تعمیل یا دیگر کلب کے بچت کھاتے، کریڈٹ یونین کی میمبرشپ، سیف ڈپازٹ باکس میں رقم یا قیمتی اشیاء، مالیت والے نوٹس یا معاہدے، مارگیج یا دیگر وسائل کی ملکیت ہے؟ [ ] ہاں [ ] نہیں

وہ فرد جو وسیلے کے مالک ہیں	وسیلہ کیا ہے؟	وسیلہ کہاں موجود ہے؟	وسیلے کی کتنی مالیت ہے؟

#### تصدیقات

34. درخواست دہندہ گھرانے میں موجود افراد کی زیر ملکیت تمام گاڑیوں کی فہرست دیں۔ سبھی قسم کی نقل و حمل جیسے کہ کاریں، وین، ٹریکٹر ٹرالرز، پک اپ ٹرکس، ٹریلرز، موٹر ہومز، موٹر سائیکلیں، بوٹس، وغیرہ کو شامل کریں۔ اگر کوئی نہ ہو تو، یہاں ( ) نشان لگائیں۔

مالک کا نام	ماڈل/طرز	سال/ساخت	استعمال کریں	کیلی بلیوبک ویلیو

35. کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی فرد اس گھر کے علاوہ جس میں آپ رہتے ہیں، کسی زمین یا جائیداد کا مالک ہے؟ [ ] ہاں [ ] نہیں  
اگر "ہاں"، تو وضاحت کریں:

36. کیا کوئی فرد غیر منقولہ یا ذاتی جائیداد (بشمول اسٹاکس) کی تجارت، لین دین، منتقلی یا فروخت کرتا ہے:					
TANF اور GA کے مقاصد کے لیے گزشتہ 12 مہینوں میں؟					
NJ SNAP کے مقاصد کے لیے گزشتہ 3 مہینوں میں؟					
کیا بیجا گیا، دیا گیا، وغیرہ؟	کس کے ذریعہ؟	کسے؟	تحفہ دینے یا فروخت کی تاریخ؟	بازار میں کل مالیت	موصول رقم

37. کیا آپ، یا آپ کے عرضی دہندہ گھرانے میں شامل کسی فرد کے کوئی زیر التواء دعوے جیسے عدالتی مقدمے، طلاق، تصفیہ، وراثت، حادثے کے دعوے، یا جائیداد کی فروخت، دیگر دعوے ہیں، یا کوئی فرد آپ کا یا ان کا مقروض ہے؟ [ ] ہاں [ ] نہیں  
اگر "ہاں"، تو وضاحت کریں:

WFNJ-10D مکمل کرنے کی تاریخ - (اس کا اطلاق صرف NJ SNAP کے مؤکلین پر نہیں ہوتا)

38. کیا درخواست دہندہ کے گھرانے میں کسی فرد کے پاس ہے: (اس کا اطلاق صرف NJ SNAP پر نہیں ہوتا)

(a) قیمتی ذاتی املاک جیسے کہ زیور، سکے/ڈاک ٹکٹ کا ذخیرہ، فر، وغیرہ کی جزوی یا کلی ملکیت ہے؟  
[ ] ہاں [ ] نہیں اگر "ہاں"، تو وضاحت کریں

(b) ایک تدفین کا پلاٹ یا انتظام؟ [ ] ہاں [ ] نہیں اگر "ہاں" تو اس کی مالیت

### GA اور NJ SNAP

پناہ گاہ سے متعلق معلومات: اسے ایسی صورت میں مکمل کی جائے اگر گھرانہ NJ SNAP پروگرام اور/یا GA میں شرکت کے لیے درخواست دے رہا ہو۔

39. کیا گھرانے سے باہر کا کوئی فرد گھرانے کے کوئی اخراجات ادا کرتا ہے یا اس کی ادائیگی میں مدد کرتا ہے؟ [ ] ہاں [ ] نہیں  
اگر "ہاں"، تو ذیل کو مکمل کریں:

رہائش کے اخراجات کی قسم	کسے ادا کیا جاتا ہے	ادا کردہ بذریعہ	ادا کردہ رقم	کتنی بار بل دیا جاتا ہے

40. رہائش کے اخراجات (درج ذیل کے لیے گھرانے کے اخراجات درج کریں):

صرف دفتری استعمال کے لئے		رہائش کے اخراجات	ادا کردہ رقم	کتنی بار بل دیا جاتا ہے	مابانہ لاگت
اگر استعمال کرتے ہوں		کرایہ/ مارگیج	\$		\$
HCSUA		جائیداد کے محصولات	\$		\$
		گھر پر بیمہ	\$		\$
		رہائش کا ذیلی جمع	\$		\$
		بجلی	\$		\$
		گیس	\$		\$
		تیل	\$		\$
		پانی	\$		\$
		سیوریج	\$		\$
		کوڑا/کچرا کی صفائی	\$		\$
		افادہ جات کی تنصیب کی لاگت	\$		\$
HCSUA		دیگر (کونلہ، لکڑی، کیروسین)	\$		\$

یا	\$	افادہ جات کا ذیلی جمع
یا	\$	41A. کیا آپ اپنے گھر کو گرم یا ٹھنڈا رکھنے کے افادہ جات کے لیے ادائیگی کرتے ہیں (آپ کے کرایے سے الگ)؟
	یا	41B. اگر آپ کا گھرانہ پانی، سیوریج، اور کوڑا اٹھانے کے اخراجات کے علاوہ افادہ جات کی ادائیگی کے لیے ذمہ دار ہے تو آپ کا گھرانہ معیاری یا حرارت کے استعمال سے متعلق الاؤنس حاصل کرنے کا انتخاب کرنے کا اہل ہوسکتا ہے۔
مابانہ۔ میزان۔ رہائش اختیار منتخب کرنے کی تاریخ		

42. اضافی طبی لاگتیں

کیا آپ کے گھرانے میں کوئی فرد 60 سال یا زیادہ کی عمر کا ہے، اور/یا وفاقی سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم (SSI)، سوشل سیکیورٹی ڈس ایبیلیٹی یا ویٹرنز والی ادائیگیوں کے لیے سند یافتہ ہے؟ [ ] ہاں [ ] نہیں اگر "ہاں" تو، درج ذیل کو مکمل کریں۔ اگر "نہیں" تو، صفحہ 12 پر جاری رکھیں۔ طبی اخراجات میں وہ رقمیں بھی شامل ہوسکتی ہیں جس کا بل دیا گیا ہے، خواہ آپ نے اصل میں اس طبی بل کی ادائیگی نہ کی ہو۔

صرف دفتری استعمال کے لئے

SSI کی رسید کی تصدیق کریں وفاقی اشتراک	مابانہ میزان	کتنی بار بل دیا جاتا ہے	ادا کردہ رقم	مسلسل ہونے والے طبی اخراجات کو چھوڑ کر، ان دیگر طبی خدمات کو درج کریں جس کی آپ کو ضرورت ہونی ہو۔
	\$		\$	طبی اور دانتوں سے متعلق خدمات
	\$		\$	ہسپتال یا نرسنگ کیئر
	\$		\$	ڈاکٹر کے ذریعہ تجویز کردہ دوا
	\$		\$	مصنوعی دانت، آلہ سماعت اور چشمے
	\$		\$	طبی نگہداشت حاصل کرنے کے لیے نقل و حمل کی لاگتیں
	\$		\$	خدمت گار یا نرس کی خدمات
	\$		\$	دیگر (وضاحت کریں)
SSI اور SSA صفحہ 6 پر درج ہے	میزان	گھرانے کے ان ممبران کے نام درج کریں جنہوں نے یہ اخراجات کیے ہیں:		42A

42B. کیا آپ نے اوپر جن طبی اخراجات کو درج کیا ہے ان کی ادائیگی، جزوی ادائیگی یا باز ادائیگی آپ کے گھرانے سے باہر کے دیگر ذریعہ سے ہوتی ہے جیسے طبی بیمہ، میڈیکیشنر، PAAD یا دیگر فرد؟  
[ ] ہاں [ ] نہیں اگر "ہاں" تو وہ کن اخراجات کی ادائیگی کرتے ہیں؟ وہ کتنی ادائیگی کرتے ہیں؟

صرف دفتری استعمال کے لئے						
ورک فرسٹ نیو جرسی اور/یا NJ SNAP ورک رجسٹریشن						
نام (16 سے زیادہ عمر کے سبھی کا)	اسٹثناء WFNJ کا کوڈ	لازمی WFNJ کی تاریخ	رضاکارانہ WFNJ کی تاریخ	حوالہ کی تاریخ	NJ SNAP کا کام سے اسٹثناء کا کوڈ	رجسٹریشن کی تاریخ

43. قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ داران۔ (اس کا اطلاق صرف میڈیکل کے مقاصد کے لیے ہوتا ہے)

اپنے زوج کا نام فراہم کریں اگر وہ گھر میں نہیں رہتے ہوں۔ 55 سال سے کم عمر کے کسی بچے کا نام فراہم کریں جس کے لیے اعانت کی درخواست نہیں کی جارہی ہے۔ اگر آپ کی عمر 18 سال سے کم ہے تو، اپنے والدین کا نام درج کریں۔

نام	پتہ	رشتہ داری	عمر

44. گھریلو توانائی میں اعانت



درج ذیل سوالات کے لیے آپ کے جوابات کا استعمال گھریلو توانائی میں اعانت (HEA)، اور HEA بینیفٹس کی رقم کے تعین کے لیے کیا جائے گا۔ ذیل کی فہرست کا استعمال کر کے، بتائیں کہ کون سا انٹم آپ کے حرارت/ربانشی انتظامات کی بہتر وضاحت کرتا ہے۔

HEA کوڈ:

(A) میری حرارت کے لیے دوسروں کے ذریعہ ادائیگی کی جاتی ہے۔

(C) میری حرارت ایک پبلک ہاؤسنگ اتھارٹی کے ذریعہ فراہم کی جاتی ہے یا مجھے کرایے میں چھوٹ ملتی ہے، اور میری حرارت میرے کرایے میں شامل ہے۔

(E) میں حرارت کے صرف ثانوی ذرائع کے لیے ادائیگی کرتا ہوں (جیسے لکڑی کے اسٹو، کیروسین بیٹر، الیکٹرک اسپیس ہیٹر، وغیرہ)۔

(F) میں دوسرے لوگوں کے ساتھ حرارت کے اخراجات کا اشتراک کرتا ہوں۔

(G) میری حرارت میرے کرایے میں شامل ہے، جو رعایت یافتہ نہیں ہے۔

(W) میں اپنے مالک مکان کو حرارت کے لیے الگ سے ادائیگی کرتا ہوں۔

میں اپنے ایندھن فراہم کنندہ کو اپنے گھر یا اپارٹمنٹ کے لیے براہ راست حرارت کے بنیادی ذریعہ کے لیے ادائیگی کرتا ہوں۔ میرا حرارت کا ذریعہ ہے:

(R) لکڑی

(M) کیروسین

(J) ایندھن والا تیل

(N) قدرتی گیس

(K) بجلی

(T) میں HEA بینیفٹس حاصل نہیں کرنا چاہتا۔

(P) کونلہ

(L) بوتل بند گیس

**ایم اطلاع**

اس فارم پر فراہم کردہ معلومات کی تصدیق وفاقی، ریاستی اور/ یا کاؤنٹی کے اہلکاروں کے ذریعہ کی جانے گی۔ اگر کوئی اطلاع غلط پائی جاتی ہے تو، آپ کو NJ SNAP بینیفٹس سے منع کیا جاسکتا ہے اور/ یا جان بوجھ کر غلط معلومات فراہم کرنے کے لیے آپ کے خلاف مجرمانہ عمل کا مقدمہ چلایا جاسکتا ہے۔

45 CFR 206.10(a)(iii) اور 7 CFR 273.2(b) کی تعمیل میں، ہم آپ کو اطلاع دے رہے ہیں کہ BCIS، ریاستی اور مقامی چائلڈ سپورٹ ایجنسیوں، سوشل سیکیورٹی کے اجرت اور بینیفٹس سے متعلق قانونوں، اور ریاستی اجرت اور بے روزگاری سے متعلق قانونوں کے لیے آمدنی اور اہلیت سے متعلق معلومات آپ کے سوشل سیکیورٹی نمبر (نمبروں) کا استعمال کر کے حاصل کی جائیں گی اور انہیں آپ کی جاری اہلیت کے تعین کے لیے استعمال کیا جائے گا۔ اس میں ہمارے ذریعہ آپ کے آجر، بینک، یا دیگر فریق کے ساتھ رابطہ شامل ہوسکتا ہے۔

ذیل میں فراہم کردہ برجاتوں کا اطلاق مذکورہ ذیل پر ہوتا ہے:

**NJ SNAP** کا کوئی وصول کنندہ جو جان بوجھ کر درخواست پر درج کسی بھی اصول کی خلاف ورزی کرتا ہے؛ یا

کوئی فرد جو جان بوجھ کر درج ذیل کے ذریعہ ایسے **NJ SNAP** بینیفٹس کے لیے درخواست دیتا ہے یا حاصل کرتا ہے جس کا وہ مستحق نہیں ہے:

- غلط یا گمراہ کن بیان دے کر۔

- حقائق کو چھپا کر یا خفیہ رکھ کر۔

- کوئی ایسا عمل کر کے جو فوڈ اسٹیمپ ایکٹ، **NJ SNAP** پروگرام کے ضابطوں یا کسی ایسے ریاستی قانون کے خلاف ہے جو **NJ SNAP** بینیفٹس کے استعمال، پیشکش، منتقلی، حصول، رسید یا تصرف یا رسائی کے آلات (جیسے کہ فیملیز فرسٹ EBT کارڈ) کے استعمال سے متعلق ہو۔

**سزائیں**

جان بوجھ کر **SNAP** قوانین کی خلاف ورزی کی سزاؤں میں برجانے کے ساتھ **SNAP** میں شرکت کرنے سے مذکورہ ذیل وقفوں کے لیے نااہل قرار دیا جاتا شامل ہے

< 12 مہینے پہلے جرم کے لیے؛

< 24 مہینے دوسرے جرم کے لیے؛ یا منشیات کے لیے **SNAP** بینیفٹس کی خرید و فروخت پر عدالت کے ذریعہ پہلی سزا

< 10 سال ایک ہی وقت میں متعدد **SNAP** بینیفٹس حاصل کرنے کے لیے کسی شخص کی شناخت یا رہائش کے بارے میں غلط یا گمراہ کن معلومات فراہم کرنے پر

< مستقل طور پر تیسرے جرم کے لیے، یا منشیات کے لیے **SNAP** بینیفٹس کی خرید و فروخت پر عدالت کے ذریعہ دوسری سزا، یا \$500 یا اس سے زیادہ کی **SNAP** بینیفٹس کی خرید و فروخت کے لیے عدالت سے سزا، یا اسلحہ، ایمپونیشن یا دھماکہ خیز مادے کے لیے **SNAP** بینیفٹس کی خرید و فروخت کے لیے عدالت سے سزا۔

\*مجرمانہ فعل یا مواخذہ جرم کی خلاف ورزی کے لیے ماخوذ کردہ کسی شخص پر عدالت کے ذریعہ ایک اضافی 18 مہینے کی معطلی (اس وقفے سے لگاتار) عائد کی جاسکتی ہے۔

خلاف ورزی کرنے والے پر \$250,000 تک کا جرمانہ، 20 سال تک کی قید ہوسکتی ہے اور وہ دیگر قابل اطلاق وفاقی قوانین کے تحت استغاثہ کا مستوجب ہوسکتا ہے۔

اس کے علاوہ، گھرانے کے باقی ممبران کو کسی ایسے فوڈ **NJ SNAP** کی بازادائیگی کرنی ہوگی جو گھرانے نے وصول کی ہے اور وہ اس کا مستحق نہیں تھا۔

P.L. 103-66 اور 104-193 کے تحت ان لوگوں کے لیے سزائیں مقرر ہیں جنہیں وفاقی، ریاستی یا مقامی عدالتوں میں درج ذیل کا مجرم پایا جاتا ہے:

(1) اسلحہ، گولی بارود، دھماکہ خیز مادوں، یا ممنوعہ مادوں کے لیے **NJ SNAP** بینیفٹس کا تبادلہ کرنے کا؛ یا

(2) فیملیز فرسٹ EBT کارڈوں کے استعمال کے ذریعہ **NJ SNAP** بینیفٹس کا استعمال، منتقلی، حصول یا تصرف کرنا، یا **NJ SNAP** بینیفٹس کو یہ جانتے ہوئے ادائیگی کے لیے پیش کرنا کہ اسے مجلس سازی کے ذریعہ حاصل کیا گیا ہے یا منتقل کیا گیا ہے، اگر یہ مالیت \$500 یا زیادہ ہو۔

**سزا کا انتہاء**

**NJ SNAP** بینیفٹس کے لیے درخواست دینے یا وصول کرنے یا اسے جاری رکھنے کے لیے غلط معلومات نہ دیں، یا معلومات نہ چھپائیں۔

**NJ SNAP** بینیفٹس کسی کو نہ دیں نہ ہی اسے فروخت کریں یا فیملیز فرسٹ کے کارڈ کا استعمال کر کے کسی ایسے فرد کو اس تک رسائی فراہم کریں جو آپ کے گھرانے کے لیے اسے استعمال کرنے کا مجاز نہیں ہے۔

غیر قانونی اشیاء جیسے الکحل والی مشروبات اور تمباکو خریدنے یا ادھار خریدی گئی غذا کی ادائیگی کرنے کے لیے کسی **NJ SNAP** بینیفٹ کا استعمال نہ کریں۔

کسی ایسے **NJ SNAP** بینیفٹ کا استعمال نہ کریں جو آپ کا گھرانہ حاصل کرنے کا مستحق نہیں ہے۔

کسی ایسے **NJ SNAP** بینیفٹس کے لیے مجلس سازی نہ کریں یا اس میں حصہ نہ لیں جسے آپ کا خاندان وصول کرنے کا مستحق نہ ہو۔

**NJ SNAP** کے لیے درخواست دینے اور وصول کرنے کے لیے گھرانے کے ممبر کے علاوہ - کسی کو وسائل منتقل نہ کریں۔

میں اس درخواست پر پوچھے گئے سوالات کو سمجھتا ہوں۔ میرے جوابات میرے تمام تر علم و یقین کے مطابق درست اور مکمل ہیں۔ مجھے معلوم ہے کہ لازمی طور پر میرا انٹرویو کیا جائے گا، اور یہ کہ میرے لیے **NJ SNAP** آفس کے ساتھ تعاون کرنا ضروری ہے۔ میں سزا کے انتہاء کو سمجھتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں اس پر متفق ہوں۔ اگر دستاویز دستیاب نہ ہو تو، میں ایسے فرد یا تنظیم کا نام دینے پر آمادہ ہوں جس سے **NJ SNAP** آفس ضروری ثبوت حاصل کرنے کے لیے رابطہ کرسکتا ہے۔ میں سمجھتا ہوں کہ اگر میں نے کمانی گئی آمدنی کی اطلاع نہیں دی ہے تو، میں کسی غیر مکسوبہ آمدنی میں \$50.00 سے زیادہ کی تبدیلی کی، یا اپنی کمانی گئی آمدنی کی ادائیگی کا پہلا چیک ملنے کے 10 دنوں کے اندر اس کی اطلاع دوں گا۔ میں سمجھتا ہوں کہ اگر میری کوئی کمانی گئی آمدنی نہیں ہے تو، کی ساخت (بشمول طالب علم والی حیثیت) میں ہونی تمام تبدیلیوں، رہائش گاہ میں تبدیلیوں اور اس کے نتیجے میں جانے پناہ کی لاگت میں ہونی تبدیلی، بچے کے لیے اعانت کی ادائیگی یا فراہمی کی قانونی ذمہ داری میں ہونی تبدیلیوں، ایسی صورت میں میرے ذریعہ بچے کی اعانت کے لیے دی جانے والی رقم میں تبدیلی کی، اگر میرے پاس اس کی ادائیگی کا 3 مہینے سے کم کا ریکارڈ ہو اور تبدیلی \$50.00 سے زیادہ کی ہو، کسی گاڑی کی خریداری کی یا میرے گھرانے کے وسائل (بچت اور چالو کھاتہ، نقد رقم، اسٹاکس اور مجموعی ادائیگیاں، کوئی نقد رقم جو کسی گاڑی کی فروخت یا تجارت سے حاصل ہو) میں اضافہ کی اطلاع دوں گا اگر وہ میرے زیادہ سے زیادہ وسائل کی حد تک پہنچتے ہوں یا اس سے زیادہ ہوجائیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اگر میں نے کمانی گئی آمدنی کی اطلاع دی ہے، یا میں چھ مہینے پر اطلاع دینے کے قاعدے پر ہوں تو، مجھے اپنی کل ماہانہ آمدنی میں صرف ایسی تبدیلی کی اطلاع دینے کی ضرورت ہے جو وفاقی حد افلاس کے 130 فیصد سے زیادہ ہو۔ میرا ورکر مجھے اس حد کا ایک نوٹس فراہم کرے گا۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ میں **NJ SNAP** بینیفٹس کے لیے اپنی درخواست پر کیے گئے فیصلے پر منصفانہ سماعت کی درخواست کرسکتا ہوں۔ اگر مجھے **NJ SNAP** بینیفٹس کے بارے میں مزید معلومات کی ضرورت ہوتی ہے تو، میں کاؤنٹی کے **NJ SNAP** آفس سے رابطہ کرسکتا ہوں۔

مجھے معلوم ہے کہ میں یا میرا نمائندہ، ایسی صورت میں زبانی یا تحریری کسی بھی طرح، ایک منصفانہ سماعت کی درخواست کرسکتا ہے، اگر میں اپنے کیس پر کی گئی کسی کارروائی سے مطمئن نہ ہوں۔ میرا کیس سماعت میں میرے ذریعہ منتخب کردہ کسی فرد کے ذریعہ پیش کیا جاسکتا ہے۔

**NJ SNAP کے لازمی روزگار اور تربیت کے شرکت کنندگان**

بعض **NJ SNAP** کے گھرانے کے ممبران، تاوقتیکہ انہیں خاص طور پر مستثنیٰ قرار نہ دیا گیا ہو، کو روزگار اور تربیت کی سرگرمیوں میں اندراج اور شرکت کرنا ضروری ہے۔ لازمی مندرجہ فرد اگر کام کی ضروریات پر عمل کرنے میں ناکام رہتے ہیں تو ان پر مذکورہ ذیل برجانہ عائد ہوگا:

(1) پہلی خلاف ورزی کے نتیجے میں لیے کم از کم 1 مہینے کے لیے نااہل؛

(2) دوسری خلاف ورزی کے نتیجے میں کم از کم 3 مہینے کے لیے نااہل؛

(3) تیسری، اور مابعد خلاف ورزیاں، اس کے نتیجے میں کم از کم 6 مہینے کے لیے نااہل قرار دیا جاتا۔

امریکی شہریت/ قانونی غیرملکی کی حیثیت  
WFNJ، MEDICAID اور **NJ SNAP** پروگرام کے مقاصد کے لیے)

ہر اس فرد کے لیے جو امریکی شہری نہیں ہے، آپ کو کاؤنٹی ویلفیئر ایجنسی آفس کو یا تو بیورو آف سیٹیزن شپ اینڈ امیگریشن سروس (BCIS) کی جانب سے دستاویزات یا کوئی ایسے دستاویزات دکھانے ہوں گے جس کے فیصلہ اسٹیٹ ایجنسی آپ کے امیگریشن والی حیثیت کے ثبوت کے طور پر کرتی ہے۔ غیرملکی والی حیثیت میں BCIS کے ذریعہ تصدیقی کارروائی کی جاسکتی ہے جس کے لیے اس درخواست فارم کی بعض معلومات BCIS کے پاس جمع کروانی ہوگی۔ BCIS سے حاصل ہونے والی معلومات سے آپ کے گھرانے کی اہلیت اور بینیفٹس کی سطحیں متاثر ہوسکتی ہیں۔ آپ کے لیے یہ تصدیق کرنا ضروری ہے کہ گھرانے کا ہر ممبر ایک امریکی شہری ہو یا امریکہ میں قانونی غیر ملکی حیثیت کے ساتھ رہا رہا ہو۔

**دستخط کرنے سے قبل ذیل کا بیان پڑھ لیں۔ اگر آپ اسے سمجھ نہیں پاتے ہیں یا آپ کے سوالات ہیں تو، براہ کرم پوچھ لیں۔**

❖ میں (ہم) اس بات سے اتفاق کرتا ہوں کہ میں (ہم) نے اس فارم کو جو بیانات دیے ہیں وہ میرے (ہمارے) تمام تر علم و یقین کے مطابق درست اور مکمل ہیں۔ مجھے (ہمیں) معلوم ہے کہ اپنی (ہماری) حالت کے بارے میں جھوٹ بولنا، ضروری معلومات فراہم کرنے میں ناکام رہنا یا دوسروں کو معلومات چھپانے کی ترغیب دینا خلاف قانون ہے اور اس کے نتیجے میں مجھے (ہمیں) قانونی کارروائی کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے۔

❖ میں (ہم) یہ سمجھتا ہوں کہ کوئی بھی معلومات جو میں (ہم) دیتا ہوں اس کی تصدیق کاؤنٹی ویلفیئر ایجنسی، اور/یا ڈویژن آف فیملی ڈیولپمنٹ اور/یا ڈویژن آف میڈیکل اسسٹنس اینڈ ہیلتھ سروسز کے ذریعہ کی جائے گی۔

❖ میں (ہم) بذریعہ ہذا، کاؤنٹی ویلفیئر ایجنسی، ڈویژن آف فیملی ڈیولپمنٹ اور/یا ڈویژن آف میڈیکل اسسٹنس اینڈ ہیلتھ سروسز کو ان بیانات کی تصدیق کے بنیادی مقاصد کے لیے جو میں (ہم) نے دی ہیں، کسی بھی ایسے فرد یا دیگر ذریعہ سے رابطہ کرنے کی اجازت دیتا ہوں جسے میرے (ہمارے) حالات کے بارے میں معلومات ہو (جس میں IRS، ریاستی اور مقامی چائلڈ سپورٹ ایجنسیاں، سوشل سیکورٹی ویج اینڈ بینیفٹ فائلز، اسٹیٹ ویج اینڈ ان ایمپلائمنٹ فائلز، کریڈٹ رپورٹنگ سروسز، ساتھ ہی آجرین، بینک اور دیگر فریقین شامل ہیں)۔ میں (ہم) اس بات کو سمجھتے ہیں کہ حاصل کردہ کوئی بھی آمدنی اور اہلیت سے متعلق معلومات کا استعمال میری (ہماری) جاری اہلیت کے تعین کے لیے کیا جائے گا۔

❖ مجھے (ہمیں) معلوم ہے کہ، ورک فرسٹ نیو جرسی ایکٹ، عوامی قانونی 1997، c.13، c.14، c.37 اور c.38 کے مطابق، سرکاری اعانت کی درخواست میں بجٹ یونٹ کے سبھی آئندہ ممبران کو شامل کیے جانے کی ضرورت ہے، خواہ یہ اصل درخواست کی تاریخ کے بعد بذریعہ ولادت، گود لینے، یا بجٹ یونٹ کے ساتھ رہنا شروع کرنے کے ذریعہ ہو۔

❖ مجھے (ہمیں) معلوم ہے کہ میرے (ہمارے) ذریعہ دی گئی کسی معلومات کا استعمال، سرکاری اعانت (بشمول میڈیکڈ)، NJ SNAP بینیفٹس، گھریلو توانائی میں اعانت کے بینیفٹس، یونیورسل سروس فنڈ بینیفٹس اور دیگر بینیفٹس کے لیے جس کا میں اہل ہوسکتا ہوں، کے لیے میری (ہماری) درخواست کے سلسلے میں کیا جائے گا۔

❖ مجھے (ہمیں) معلوم ہے کہ اگر اس درخواست کو WFNJ زمرے کے لیے منتخب کیا جاتا ہے تو، میں (ہم) اور میرے (ہمارے) خاندان کے تمام ممبران کا اندارج نیو جرسی ون اسٹاپ کریئر سنٹر میں کیا جائے گا اور ہم سے تعلیم، تربیت، حرفتی تشخیصات اور ملازمت کے حصول کی سرگرمیوں میں شرکت کا تقاضا کیا جاسکتا ہے۔

❖ مجھے (ہمیں) معلوم ہے کہ گھریلو توانائی میں اعانت سے متعلق تمام ادائیگیوں و فاقی فنڈز کی دستیابی کی مستوجب ہیں۔

❖ مجھے (ہمیں) معلوم ہے کہ گھریلو توانائی میں اعانت سے متعلق کی گئی تمام ادائیگیوں کا استعمال حرارتی/ٹھنڈا کرنے والی توانائی کی خرید کے لیے کیا جاتا ہے۔

❖ میں (ہم) نے اپنے حقوق اور ذمہ داریوں سے متعلق معلومات وصول کر لیے ہیں اور، اگر ضروری ہو تو، مجھے (ہمیں) اس کی وضاحت کردی گئی ہے۔ (WFNJ کا دستی کتابچہ دیکھیں)۔

❖ میں (ہم) کاؤنٹی ویلفیئر ایجنسی کو رہائشی حالات، خاندانی حالات یا جہاں بھی اطلاق ہو، کسی بھی ذریعہ سے، وصول شدہ رقم (ماسوا کمانی گئی آمدنی کے جو چھ مہینے کی اطلاعاتی تقاضوں کی مستوجب ہے) میں کسی تبدیلی کی فوری اطلاع دینے پر متفق ہیں۔ (دیکھیں WFNJ دستی کتابچہ)۔

❖ مجھے (ہمیں) معلوم ہے کہ میں (ہم) یا میرے (ہمارے) نمائندے، ایسی صورت میں زبانی یا تحریری کسی بھی طرح، ایک منصفانہ سماعت کی درخواست کرسکتے ہیں، اگر میں (ہم) کاؤنٹی ویلفیئر ایجنسی کے ذریعہ کی گئی کسی کارروائی سے مطمئن نہ ہوں۔ میرے (ہمارے) کیس کو سماعت میں کسی ایسے فرد کے ذریعہ پیش کیا جاسکتا ہے جسے میں (ہم) منتخب کریں۔

❖ مجھے (ہمیں) معلوم ہے کہ صرف WFNJ اور میڈیکڈ کے مقاصد کے لیے اس درخواست پر دستخط کرنے کے بعد، میں (ہم) کاؤنٹی ویلفیئر ایجنسی کو اعانت کا کوئی بھی ایسا حق تفویض کرتا ہوں جو کسی دیگر فرد کے ذریعہ میرے یا ایسے کسی دیگر اہل خاندان کے لیے، جس کے لیے میں (ہم) درخواست دے یا یا مدد حاصل کر رہا ہوں (رہے ہیں)، کیا جائے، اس میں حاصل ہونے قرضہ جات بھی شامل ہیں۔

❖ مجھے (ہمیں) معلوم ہے کہ طبی اعانت کی اہلیت کے ایک شرط کے طور پر، یہ تصور کیا گیا ہے کہ میں (ہم) نے کمشنر کو طبی نگہداشت سے متعلق اعانت کے حقوق، جس کا تعین عدالت یا انتظامی حکم کے ذریعہ کیا گیا ہو، ساتھ ہی طبی نگہداشت کے لیے کسی تیسرے فریق سے ادائیگی کے حقوق تفویض کردیے ہیں۔

❖ وفاقی قانون اور امریکی محکمہ زراعت (USDA) اور امریکی محکمہ صحت و خدمات انسانی (HHS) کی پالیسی کے مطابق، اس ادارے کے لیے نسل، رنگ، قومیت، جنس، عمر، یا معذوری کی بنیاد پر امتیاز برتنا ممنوع ہے۔ ووڈ اسٹیپ ایکٹ اور USDA کی پالیسی کے تحت، صنفی شناخت، مذہب، انتقام، ازدواجی حیثیت، خاندانی یا والدین کی حیثیت، جنسی رجحان، عوامی امداد کی آمدنی، جینیاتی معلومات یا سیاسی عقائد کی بناء پر بھی امتیاز ممنوع ہے۔ امتیاز برتنے سے متعلق شکایات کے فارمز آن لائن [www.ascr.usda.gov/complain\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complain_filing_cust.html) پر،

❖ USDA کے کسی بھی آفس میں، یا 632-9992 (866) پر کال کر کے حاصل کیے جاسکتے ہیں۔ جو افراد بہرے ہیں، یا اونچا سنتے ہیں یا بولنے سے معذور ہیں وہ USDA کے وفاقی ریلے سروس کے ذریعہ 877-8339 (800) پر؛ یا 845-6136 (800) (ہسپانوی) پر رابطہ کرسکتے ہیں۔ آپ فارم میں مطلوب تمام معلومات پر مشتمل خط بھی لکھ سکتے ہیں۔ مکمل شدہ شکایت کا فارمز یا خطوط تحریری طور پر منکورہ ذیل پر جمع کروائی جاسکتی ہیں:

HHS, Director  
Office of Civil Rights  
Federal Building  
26 Federal Plaza  
New York, New York 10007

یا

USDA, Director  
Office of Civil Rights  
Whitten Building, Rm. 326-W  
1400 Independence Ave. SW  
Washington, D.C. 20250- 9410  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

یا

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

میں (ہم) نے اس فارم کے صفحہ 10 پر موجود NJ SNAP سے متعلق سزا کے انتباہات اور شہریت/غیر ملکی والی قانونی حیثیت سے متعلق اہم نوٹس کو پڑھ لیا ہے۔ ( ) ہاں ( ) نہیں

**دستخط کرنے سے پہلے مکمل کریں**

❖ میں (ہم) یہ تصدیق کرتا ہوں کہ میں (ہم) نے ان بیانات کو پڑھ لیا ہے اور اس سے متفق ہیں اور اس بات سے پوری طرح آگاہ ہیں کہ ویلفیئر ایجنسی میرے (ہمارے) بیانات کی سچائی پر اعتبار کرتی ہے۔

❖ میں (ہم) دروغ حلفی کی سزا کے تحت، ذیل میں اپنے (ہمارے) نام کے دستخط کر کے، یہ تصدیق کرتا ہوں کہ، میں (ہم) اور گھرانے کے وہ تمام ممبران جن کے لیے میں (ہم) NJ SNAP بینیفٹس کے لیے درخواست دے رہا ہوں (رہے ہیں) امریکی شہری یا مہاجرت کی قانونی حیثیت والے غیر ملکی ہیں۔

❖ میں (ہم) دروغ حلفی کی سزا کے تحت یہ تصدیق کرتا ہوں کہ NJ SNAP پروگرام اور/یا WFNJ پروگرام کے لیے میرے (ہمارے) جوابات میرے (ہمارے) تمام تر علم و یقین کے مطابق درست اور مکمل ہیں۔

❖ مجھے (ہمیں) WFNJ کے کام سے متعلق تقاضوں کے بارے میں، اگر اطلاق ہو، ایجنسی کے نمائندے کے ذریعہ ایک تعارف حاصل ہوا ہے۔

نے میرے سامنے حلف لیا اور دستخط کیا

درخواست دہندہ کا دستخط تاریخ

آج مورخہ 2 ماہ

مشترکہ درخواست دہندہ کا دستخط تاریخ

(ایجنسی کا نمائندہ)

## اہم اطلاع NJ SNAP آمدنی میں کٹوتی کا استثناء

اگر آپ درج ذیل میں سے کسی اخراجات کی اطلاع دینے یا تصدیق کرنے میں ناکام رہتے ہیں جو یا تو آپ یا گھرانے کا دوسرا ممبر ادا کر رہا ہے تو، ہم اس سے یہ مطلب اخذ کریں گے کہ آپ ان غیر اطلاع شدہ اخراجات کے لیے آمدنی میں کٹوتی حاصل نہیں کرنا چاہتے۔

- کسی منحصر فرد کی نگہداشت کے اخراجات، اگر آپ اس وجہ سے کسی بچے یا دیگر منحصر فرد کی نگہداشت کے لیے ادائیگی کر رہے ہیں تاکہ گھرانے کا کوئی ممبر کام کرسکے، ملازمت تلاش کرسکے، یا ملازمت کی تیاری کے لیے تربیتی یا تعلیمی کلاسوں میں شرکت کرسکے؛
- بغیر باز ادائیگی والا طبی یا دانت سے متعلق خرچ، جس میں تجویز کردہ دوا، صحت یا ہسپتال میں بھرتی ہونے کا بیمہ، چشمے، یا خدمتگار کی نگہداشت شامل ہے؛
- بچے کی اعانت کی ادائیگی جو گھرانے کا کوئی ممبر قانونی ذمہ داری کے تحت کر رہا ہو، جس میں بقیہ جات کی ادائیگی؛ یا
- رہائش کے اخراجات، جیسے کہ کرایہ، افادہ جات (بشمول تنصیب کے معاوضے)، جائیداد کے محصولات، مالک مکان کا بیمہ، اور قدرتی آفات کے سبب آپ کے گھر کی مرمت کے اخراجات شامل ہیں۔

خواہ آپ NJ SNAP کے لیے درخواست دیتے وقت ہمیں نہ بھی بتائیں کہ (یا تصدیق کریں) کہ آپ ان میں سے کوئی اخراجات ادا کر رہے ہیں، آپ بعد میں بھی اگر ہمیں بتاتے ہیں (تصدیق کرتے ہیں) کہ آپ ان میں سے کسی خرچ کے لیے ادائیگی کر رہے ہیں تو آپ آمدنی میں کٹوتی کے مستحق ہوسکتے ہیں۔ یہ کٹوتیاں ان مہینوں کے لیے رجعی نہیں ہوں گی جن میں آپ نے ہمیں نہیں بتایا ہے کہ آپ ان اخراجات کی ادائیگی کر رہے ہیں۔

گھرانے کے سربراہ کے دستخط

آج کی تاریخ