درخواست اور حلف نامہ برائے
پبلک اسسٹینس

صرف دفتر کے استعمال کے لئے

IM کا کارکن_____تاریخ_____کیس نمبر_____

IM کا سپروائزر_____تاریخ_____متعلقہ کیس نمبر(ات)_____

TANFکی کیفیت ( ) TR ( ) RO ( ) RA ( ) NA رجسٹرڈ کئے جانے کی تاریخ_____

سیکشن I

درخواست دہندہ: برائے مہربانی اس فارم کو دھیان سے اور ٹھیک ٹھیک پر کرنے کے لئے قلم کا استعمال کریں۔ اگر آپ کو کسی جواب کے بارے میں یقین نہیں ہے تو جگہ کو خالی چھوڑ دیں۔ اگر آپ کے پاس کوئی سوال ہو تو کاؤنٹی ویلفیئر کے کارکن سے پوچھیں۔

گہرے رنگ والے خانوں میں نہ لکھیں

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

( ) ضرورت مند گھرانوں کے لئے عارضی تعاون (TANF) ( ) AFDC-ONLY ( ) میڈیکیڈ ( ) عمومی تعاون
( ) NJ SNAP پروگرام ( ) پناہ گزینوں کی باز آباد کاری کا پروگرام
( ) ہنگامی تعاون ( ) کنشپ کیئر سبسڈی پروگرام

میں (ہم) سمجھتا ہوں (سمجھتے ہیں) کہ WFNJ کی اہلیت کی ایک شرط کے طور پر مجھ (ہم) سے مطلوب ہوگا کہ ذاتی کفالت کے حصول کی کوشش میں مسلسل اور سرگرمی کے ساتھ ملازمت تلاش کریں۔
میں (ہم) سمجھتا ہوں (سمجھتے ہیں) کہ WFNJ کی اہلیت کی ایک شرط کے طور پر مجھ (ہم) سے مطلوب ہوگا کہ کام کے لئے نیو جرسی ون اسٹاپ کیریئر سنٹر میں رجسٹریشن کرائیں۔

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

3.درخواست دہندہ کا نام:_____
(LAST) (FIRST) (MI) (MAIDEN)

4. رہائش کا پتہ: **وہ جگہ جہاں آپ حقیقت میں رہتے ہیں:**

_____
(ZIP CODE) (STATE) (CITY) (NUMBER AND STREET OR RFD)

وہ پتہ جہاں میل جاتا ہو اگر مذکورہ بالا رہائش کے پتہ سے مختلف ہو۔

_____
(ZIP CODE) (STATE) (CITY) P.O. BOX, STREET ADDRESS, OR RFD)

آپ کا ٹیلیفون نمبر: **گھر**_____ ( ) **مقام کار** _____ ( ) **سیل**_____ ( )

5. نیوجرسی کی رہائش (NJ SNAP کے مقاصد کے لئے لاگو نہیں ہوتا)

رہائش کی تصدیق

کیا آپ نیوجرسی میں رہائش جاری رکھنے کا منصوبہ رکھتے ہیں؟ **[ ]ہاں [ ]نہیں**
اگر **"نہیں"** تو وضاحت کریں:_____-

6.آپ اپنے لئے NJ SNAP یاGA کی خاطر درخواست دینے کے لئے،NJ SNAP کے منافع یا GA کے منافع حاصل کرنے کے لئے یا اپنے لئے کھانا خریدنے کی خاطر NJ SNAP کے منافع کے استعمال کے لئے اپنے گھرانے سے باہر کے کسی فرد (افراد) کو مجاز بنا سکتے ہیں۔ اگر آپ NJ SNAP کے منافع کے لئے اہل ہیں تو جس فرد کو آپ مقرر کرتے ہیں اسے فیملیز فرسٹ EBT کارڈ موصول ہوگا کہ جسے وہ آپ کے لئے کھانا خریدنے کے خاطر استعمال کرسکتا یا سکتی ہے۔ اگر آپ کسی ایسے شخص کو مقرر کرنا چاہتے ہیں تو درج ذیل معلومات کی خانہ پری کریں:

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

ذیل کے سوالات 7 اور 8 – صرف NJ SNAP کے درخواست دہندگان کے لئے

7. آپ اپنا نام، پتہ، دستخط اور تاریخ فراہم کرتے ہوئے جلد سے جلد NJ SNAP کے لئے درخواست دینے کا حق رکھتے ہیں۔ اگر آپ فیصلہ شدہ اہل ہیں تو آپ کے منافع اسی تاریخ سے ادا کئے جائیں گے۔ (اگر آپ درخواست دیتے ہیں اور اپنے حالات کے بارے میں تمام ضروری معلومات فراہم کرتے ہیں اور اہل قرار دیئے جاتے ہیں تو آپ اس تاریخ سے 30 دنوں کے اندر NJ SNAP پا سکتے ہیں جس میں دفتر کو آپ کی درخواست موصول ہوتی ہے۔)
8. اگر آپ بہت کم آمدنی اور ذرائع رکھتے ہیں تو آپ فوری منافع کے لئے اہل ہوسکتے ہیں (جو 7 دنوں کے اندر موصول ہوں گے)۔ **درج ذیل سوالات کے تنیں آپ کے جوابات متعین کریں گے کہ آیا آپ اس خدمت کے لئے اہل قرار دیئے جاتے ہیں:**

(a)کیا آپ کے گھرانے کی کل مجموعی ماہانہ آمدنی $150.00 سے کم ہے اور آپ کے گھرانے کے کل سیال ذرائع (جیسے نقدی یا چالو/بچت کھاتے) $100.00 یا اس سے کم ہیں؟ **[ ]ہاں** **[ ]نہیں**

(b) کیا آپ کے گھرانے کا ماہانہ کرایہ یا رہن نیز افادی اشیاء آپ کے گھرانے کی کل ماہانہ مجموعی آمدنی نیز کل سیال ذرائع سے زیادہ ہیں؟ **[ ]ہاں** **[ ]نہیں**

(c) کیا آپ کا گھرانا تارک وطن ہے یا معمولی یا بغیر آمدنی والا موسم میں کھیتوں پر کام کرنے والا گھرانا ہے؟ **[ ]ہاں** **[ ]نہیں**

صرف دفتر کے استعمال کے لئے

زمرہ جاتی اہلیت:

کیا گھر میں کوئی شخص عوامی تعاون (WFNJ) یا SSI وصول پاتا ہے؟ [ ]ہاں [ ] نہیں

9._____

(DATE SIGNED) (SIGNATURE OF PERSON INITIATING APPLICATION)

سیکشن II

10.بنیادی معلومات: (اپنے آپ سمیت، گھرانے کے ہر اس شخص کا نام درج کریں جس کے لئے درخواست دی جارہی ہے۔)
خواتین بالغان سے شروع کرتے ہوئے پہلے بالغ درخواست دہندگان کے نام درج کریں، پھر سب سے چھوٹے بچہ سے سب سے بڑے بچہ کا نام درج کریں۔
NJ SNAP کے مقاصد کے لئے، ان لوگوں کا شمار گھرانے کے افراد کے طور پر کیا جانا چاہئے جو آپ کے ساتھ رہتے ہیں، کھانا خریدتے ہیں اور آپ کے ساتھ کھاتے ہیں۔

ملاحظہ: 1977 کے فوڈ اسٹیمپ ایکٹ، ترمیم شدہ، 2011-2036 U.S.C. 7، کے تحت گھرانے کے تمام افراد کے لئے سوشل سیکورٹی نمبرات (SSNs) جمع کرنے کی اجازت ہے؛ عوامی قانون 193-104 ان تمام افراد کے لئے SSNs جمع کرنے کو ضروری قرار دیتا ہے جو WFNJ کے لئے درخواست دے رہے ہیں۔ آپ کا SSN اس چیز کی تعیین کے لئے استعمال کیا جائے گا کہ آیا آپ کا گھرانا NJ SNAP پروگرام اور/یا WFNJ پروگرام میں شرکت کرنے کا اہل ہے یا مسلسل اہل ہے۔ ہم کمپیوٹر سے ملانے والے پروگراموں کے ذریعہ اس معلومات کی تصدیق کریں گے۔ یہ معلومات پروگرام کے ضابطوں کے ساتھ تعمیل پر نظر رکھنے اور پروگرام کے نظم کے لئے بھی استعمال کی جائے گی۔ یہ معلومات دفتری جانچ کے لئے دیگر وفاقی اور ریاستی ایجنسیوں کے سامنے اور قانون سے بھاگنے والے لوگوں کو پکڑنے کے مقصد سے قانون کو نافذ کرنے والے افسران کے سامنے ظاہر کی جاسکتی ہے۔ اگر آپ کے گھرانے کے خلاف NJ SNAP کا دعوی سامنے آتا ہے تو کلیم کی کارروائی کے لئے، تمام SSNs سمیت، اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات وفاقی اور ریاستی ایجنسیوں، اسی طرح نجی کلیم کی وصولی سے متعلقہ ایجنسیوں کو بھیجی جاسکتی ہے۔ NJ SNAP کے مقاصد کے لئے، گھرانے کے ہر فرد کے SSN سمیت، مطلوبہ معلومات کی فراہمی رضاکارانہ ہے۔ تاہم، یہ معلومات فراہم کرنے میں ناکامی کا نتیجہ آپ کے گھرانے کے لئے NJ SNAP کے منافع اور/یا WFNJ کے منافع کے انکار کے صورت میں ظاہر ہوگا۔

صرف دفتر کے استعمال کے لئے صرف **TANF/MEDICAID کے مقاصد کے لئے** _____ WFNJ-1L کی خانہ پری کی تاریخ _____	درج ذیل سوال 1964 کے سول رائٹس ایکٹ کے مطابق تحقیق کے مقاصد سے پوچھا جا رہا ہے۔ (جواب دینے میں ناکامی اہلیت کو متاثر نہیں کے گی۔) **صرف NJSNAP کے مقاصد کے لئے!**اگر آپ جواب نہیں دیتے ہیں تو آپ کی اہلیت سے متعلقہ کارکن آپ کے لئے اس کی خانہ پری کرے گا۔ آپ کے لئے **نسل** اور **نسلی اصلیت** سے متعلق سیکشن کی خانہ پری کرنا ضروری ہے۔ **نسل** I - امریکی ہندوستانی یا الاسکا کا مقامی باشندہ A - ایشیائی B – سیاہ فارم یا افریقی امریکی H – ہوائی کا مقامی باشندہ یا دیگر پیسیفک آئیلینڈر W- سفید فام 0 – امریکی ہندوستانی یا الاسکا کا مقامی باشندہ اور ایشیائی 1 – امریکی ہندوستانی یا الاسکا کا مقامی باشندہ اور سیاہ فام یا افریقی امریکی	2 امریکی ہندوستانی یا الاسکا کا مقامی باشندہ اور ہوائی کا مقامی باشندہ یا دیگر پیسیفک آئیلینڈر 3 امریکی ہندوستانی یا الاسکا کا مقامی باشندہ اور سفید فام 4 ایشیائی اور سیاہ فام یا افریقی امریکی 5 ایشیائی اور ہوائی کا مقامی باشندہ یا دیگر پیسیفک آئیلینڈر 6 ایشیائی اور سفید فام 7 سیاہ فام یا افریقی امریکی اور ہوائی کا مقامی باشندہ یا دیگر پیسیفک آئیلینڈر 8 سیاہ فام یا افریقی امریکی اور سفید فام 9 سفید فام اور ہوائی کا مقامی باشندہ یا دیگر پیسیفک آئیلینڈر **نسلی اصلیت** 1 ہسپانوی یا لاطینی 2 غیر ہسپانوی یا لاطینی

نام	سوشل سیکورٹی نمبر	تاریخ پیدائش مقام پیدائش	درخواست دہندہ سے رشتہ	جنس (عورت) یا (مرد)	نسل/نسلی اصلیت	قانونی غیرملکی و BCIS کی کیفیت	ازدواجی حیثیت	گریڈ اور اسکول	
درخواست دہندہ									PA
اخری									NJ SNAP
									MA
پہلا m.i.									
صرف دفتر کے استعمال کے لئے									
دیگر درخواست گزار									PA
اخری									NJ SNAP
									MA

پہلا m.i.									
صرف دفتر کے استعمال کے لئے									
دیگر درخواست گزار									**PA**
آخری									**NJ SNAP**
									MA
پہلا m.i.									
صرف دفتر کے استعمال کے لئے									

نام	سوشل سیکورٹی نمبر	تاریخ پیدائش / مقام پیدائش	درخواست دہندہ سے رشتہ	جنس (عورت) یا (مرد)	نسل/نسلی اصلیت	قانونی غیرملکی و BCIS کی کیفیت	ازدواجی حیثیت	گریڈ اور اسکول	
دیگر درخواست گزار									**PA**
آخری									**NJ SNAP**
									MA
پہلا m.i.									
صرف دفتر کے استعمال کے لئے									
دیگر درخواست گزار									**PA**
آخری									**NJ SNAP**
									MA
پہلا m.i.									
صرف دفتر کے استعمال کے لئے									
دیگر درخواست گزار									**PA**
آخری									**NJ SNAP**
									MA
پہلا m.i.									
صرف دفتر کے استعمال کے لئے									
دیگر درخواست گزار									**PA**
آخری									**NJ SNAP**
									MA
پہلا m.i.									
صرف دفتر کے استعمال کے لئے									

11. اپنے گھرانے میں غیرملکیوں/غیرشہریوں کے نام درج کریں

نام	داخلہ کی تاریخ/ پیدائش کا ملک	رجسٹریشن #	کفیل کا نام/ بازآبادکاری کی ایجنسی	کفیل/ بازآبادکاری کی ایجنسی کا پتہ	شہریت کے لئے درخواست دینے کی تاریخ	کفیل کی آمدنی

12. گھر میں موجود ان دیگر اشخاص کو درج کریں جو اوپر درج نہیں کئے گئے ہیں (کمرہ لینے والے افراد/کرایہ داران کو شامل کریں)

نام	درخواست دہندہ سے رشتہ

12a.ایمرجنسی کی صورت میں رابطہ کئے جانے والے شخص کا نام درج کریں (صرف GA کے معاملات)_____-

فون _____# پتہ_____-

13. متوقع ماں کا نام_____متوقع تاریخ پیدائش_____

ڈاکٹر کا نام_____ڈاکٹر کا پتہ_____

14. آپ کے گھر میں بولی جانے والی اصل زبان کیا ہے؟_____ -

15. کیا آپ یا درخواست گزار کے گھرانے کا کوئی فرد اپریل 1997 سے نیو جرسی یا کسی دیگر صوبہ، ریاست میں TANF وصول پاتے ہیں یا آپ نے پایا ہے یا نیو جرسی میں عمومی تعاون (GA) وصول پایا ہے؟	**[ ]ہاں [ ] نہیں**

تعاون وصول پانے والا فرد	تعاون کی نوعیت	کب	تعاون فراہم کنندہ

16. کیا آپ یا آپ کے گھرانے کا کوئی فرد فراری مجرم ہے یا وفاقی یا ریاستی عدالت کے ذریعہ نافذ کردہ پیرول یا پروبیشن کے کسی شرط کی خلاف ورزی کی ہے؟	**[ ] ہاں [ ] نہیں**

فرار ہونے والا یا خلاف ورزی کرنے والا	سے فرار ہونے والا

17. کیا آپ یا آپ کے گھرانے کا کوئی فرد دھوکے سے بیک وقت دو یا اس سے زیادہ جگہوں میں ذرائع کی جانچ سے متعلقہ منافع وصول کرنے کے لئے مجرم گردانا گیا ہے؟	**[ ]ہاں [ ] نہیں**

دھوکا دہی کے لئے مجرم گردانا گیا فرد	دھوکا دہی کا معاملہ کہاں پیش آیا تھا	کب	کون سے منافع

18. 22 اگست 1996 سے کیا آپ یا درخواست گزار کے گھرانے کے کسی فرد نے ممنوعہ مادہ کو قبضہ میں رکھنے، استعمال کرنے یا تقسیم کرنے کے جرم کا ارتکاب کیا ہے، جو ایک قابل مواخذہ جرم ہے، اور اس کے لئے مجرم گردانا گیا ہے؟ **صرف GA پر لاگو ہوتا ہے**	**[ ]ہاں [ ] نہیں**

جرم کا ارتکاب کرنے والا فرد	جرم کی نوعیت	جرم کا معاملہ کہاں پیش آیا تھا

19. اگر آپ قبضہ میں رکھنے یا استعمال کے لئے کسی قابل مواخذہ جرم کے لئے مجرم گردانے گئے تھے تو کیا آپ نے محکمۂ صحت اور سینئر سروسیز کے لائسنس یافتہ یا منظور شدہ منشیات سے متعلقہ علاج کے رہائشی پروگرام میں داخلہ لیا ہے یا پورا کیا ہے؟	**[ ]ہاں [ ] نہیں**

علاج کرانے والا فرد	علاج کی سہولت	علاج کی تاریخ

19. a.اگر آپ نے محکمۂ صحت اور سینئر سروسیز کے لائسنس یافتہ یا منظور شدہ منشیات سے متعلقہ علاج کے رہائشی پروگرام میں داخلہ نہیں لیا ہے یا نہیں پورا کیا ہے تو کیا وجہ ہے؟

_____
_____
_____.

20. کیا گھرانے میں کسی فرد نے رضاکارانہ طور پر کوئی ملازمت چھوڑی ہے؟

WFNJ کے لئے گزشتہ 90 دنوں میں [ ]**ہاں** [ ] **نہیں** اگر **ہاں** تو کون؟_____-
NJ SNAP کے لئے گزشتہ 60 دنوں میں [ ]**ہاں** [ ] **نہیں** اگر **ہاں** تو کون؟_____-
اگر **ہاں** تو کیوں؟_____-

21. کیا آپ کے گھرانے میں کوئی اسٹرائک پر ہے؟ [ ]**ہاں** [ ] **نہیں** اگر **ہاں** تو کون؟_____-

22. ملازمت کی آخری تاریخ کیا تھی؟_____-

22a. آپ اپنی گزشتہ ملازمت کے بعد سے کیا کرتے رہے ہیں؟ _____
_____-

23. صرف WFNJکے مقاصد کے لئے، سب سے حالیہ معاملہ سے شروع کرتے ہوئے، ان تمام افراد کی تمام ملازمت درج کریں جنہوں نے گزشتہ 3 سالوں میں تعاون کے لئے درخواست دیئے ہیں۔

نام	آجر کا نام	آجر کا پتہ	آغاز کی تاریخ	اختتام کی تاریخ

24. کیا درخواست دہندہ کے گھرانے کا کوئی فرد مستقبل قریب میں حالات میں کسی تبدیلی کی توقع رکھتا ہے، جیسے آمدنی؛ گھرانے کے حجم میں تبدیلی؛ رہائش؛ پناہ گاہ کے اخراجات میں تبدیلی؛ یا کسی گاڑی کا خریدنا یا بیچنا؟
[ ]**ہاں** [ ] **نہیں** اگر **"ہاں"** تو کون سی تبدیلیاں:_____
_____.

25. **کمائی جانے والی آمدنی:** کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی فرد کام کرنے، بچہ کی دیکھ بھال کرنے، اپنے خود کے کاروبار، متفرق کام، کچھ بیچنے سے رقم یا دیگر کمائی ہوئی آمدنی پاتا ہے؟ [ ]**ہاں** [ ] **نہیں**اگر **"ہاں"** تو ہر شخص کے لئے درج ذیل معلومات فراہم کریں:

آخری نام پہلا نام			
گھنٹے فی ہفتہ			
کتنی بار ادائیگی کی گئی			
آجر کا نام اور پتہ یا "ذاتی" اگر ذاتی کاروبار میں لگے ہوں			
	تاریخ رقم	تاریخ رقم	تاریخ رقم

ادائیگی (کسی ادا کردہ تخفیفات سے پہلے) مجموعی رقومات اور تاریخیں			

26. بچہ/بالغ کی نگہداشت: کیا کوئی فرد کسی ملازمت، اسکول جانے، یا کام کی دیکھ بھال کرنے کی وجہ سے بچہ کی نگہداشت یا بالغ کی نگہداشت کے لئے آپ کے ویلفیئر یا NJ SNAP کے گھرانے کی ادائیگی میں شامل کیا گیا ہے؟ **[ ]ہاں [ ] نہیں** اگر **"ہاں"** تو کس کے لئے دیکھ بھال کی جارہی تھی؟ (نیچے درج کریں)

بچہ/بالغ فرد کا نام	نگہداشت فراہم کی گئی بذریعہ (شخص)	دن فی ہفتہ	گھنٹہ وار قیمت	کل دن	ادا کی گئی حقیقی رقم/کس کے ذریعہ

تصدیقات

27. بچہ کا تعاون: کیا آپ اپنے گھرانے سے باہر کسی بچہ کے تعاون کے لئے ادائیگی کرنے یا کسی بچہ کو تعاون فراہم کرنے کے لئے قانونی طور پر پابند کئے گئے تھے؟ **[ ]ہاں [ ] نہیں**اگر **"ہاں"** تو درج ذیل معلومات کی خانہ پری کریں: (بچہ کے تعاون کی خاطر بقایا جات کے لئے ادائیگیاں شامل کریں، اگر آپ قانونی طور پر انہیں ادا کرنے کے پابند ہیں۔)

کسے	پتہ	بچہ کی عمر	ادا کردہ/فراہم کردہ ماہانہ رقم	عدالتی حکم کا نمبر

28. طبی بیمہ: طبی بیمہ کے ذریعہ کسے تحفظ فراہم کیا گیا ہے؟ **اگرکوئی نہیں تو یہاں ( ) صحیح کا نشان لگائیں۔**

آخری نام، پہلا نام	بیمہ کمپنی	پالیسی نمبر	پالیسی ہولڈر

29. کیا کوئی غیرموجود جوڑا آپ کے لئے طبی بیمہ کا کوریج رکھتا/رکھتی ہے؟ **[ ]ہاں [ ] نہیں**اگر **"ہاں"** تو کون سا بیمہ؟ _____.

30. کیا غیرموجود والد/والدہ میں سے کوئی ان بچوں میں سے کسی کے لئے میڈیکل یا طبی بیمہ کا کوریج رکھتا/رکھتی ہے جن کے لئے آپ درخواست دے رہے ہیں؟ **[ ]ہاں [ ] نہیں**اگر **"ہاں"** تو کون سا بیمہ اور کس کے لئے؟_____ _____.

31. کیا آپ یا آپ کے گھرانے کے افراد نے دیگر میڈیکیڈ پروگراموں کے لئے درخواست دی تھی؟ اگر **"ہاں"** تو کون سا پروگرام؟ _____وہ تاریخ جس میں آپ نے درخواست دی تھی _____.

32. <u>دیگر آمدنی:</u> کیا آپ یا آپ کے ویلفیئر یا NJ SNAP گھرانے میں شامل کردہ کوئی بھی فرد (بشمول سوتیلے والدین) درج ذیل میں سے کوئی وصول پاتے ہیں یا اس کے لئے درخواست دی ہے: **ہاں** ____ **نہیں**____ **اگر ہاں تو ان سب پر صحیح کا نشان لگائیں جو لاگو ہوتے ہیں۔**

	بے روزگاری بیمہ		املاک کے کرایہ سے آمدنی		کارکنان کا معاوضہ
	ویٹرن کے منافع		کمرہ میں رہنے والے فرد (افراد) اور/یا کرایہ داران		یونین/وظیفہ کے منافع
	سوشل سیکورٹی/ریل بورڈ کی سبکدوشی		رشتہ دار، دوست، لاج یا یونینوں سے آمدنی		بچہ کا تعاون

	سپلیمنٹل سیکورٹی انکم (SSI)		انکم ٹیکس کی واپسی یا ارنڈ انکم کریڈٹ		کسی سروس مین کی طرف سے تفویض کردہ چیک
	معذوری سے متعلقہ ادائیگیاں		فوسٹر کیئر سے متعلقہ ادائیگیاں		عمومی تعاون
	گود لینے کا امدادی عمل		ٹرسٹ کا فنڈ		تربیتی بھتہ
	اسٹاک، بونڈز، بینک کھاتوں وغیرہ سے سود/امدادی رقومات		یکمشت ادائیگیاں (پہلے سے لاگو منافع سے، قانونی کارروائیوں وغیرہ سے رقم)		طلباء کے لون، عطیات، اسکارشپ یا وظیفے
	سالانہ وظیفہ کے منافع (زندگی کے بیمہ کی امدادی رقومات شامل کریں)		یکمشت کمائیاں، جیتی جانے والی رقومات، یا تحفے		سپلیمنٹل ورک سپورٹ
	DYFS ریلیٹیو کیئر پرمانینسی سپورٹ		DYFS لیگل گارجین شپ سبسڈی پروگرامز		دیگر آمدنی، جیسے، نان و نفقہ (صراحت کریں):

اوپر صحیح کا نشان لگائی گئی چیزوں کے لئے درج ذیل معلومات فراہم کریں:

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

تصدیقات

33. ذرائع: **(NJ SNAP کے ان گھرانوں پر لاگو ہوتا ہے جو توسیعی زمرہ جاتی اہلیت کے لئے اہل نہیں ہیں)** کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی فرد نقدی، چالو یا بچت کھاتے، اسٹاک، بونڈز، C.D.'s، IRA's/Keogh، میوچول فنڈز، ٹرسٹ کے فنڈز، یو ایس سیونگز بونڈز، کرسمس/چھٹی یا دیگر کلب کے بچت کھاتے، کریڈٹ یونین کی رکنیت، کسی سیف ڈپوزٹ باکس میں رقم یا قیمتی اشیاء، قیمتی نوٹ یا معاہدے، رہن کی ملکیت یا دیگر ذرائع رکھتا ہے؟ **[ ]ہاں [ ] نہیں**

وہ شخص جو ذریعہ کا مالک ہے	ذریعہ کیا ہے؟	ذریعہ کہاں ہے؟	ذریعہ کی مالیت کیا ہے؟

تصدیقات

34. درخواست دہندہ گھرانے کے افراد کے ملکیت میں رہنے والی تمام گاڑیوں کو درج کریں۔ ہر قسم کے نقل و حمل کا ذریعہ جیسے کار، وین، ٹریکٹر ٹریلرز، پک-اپ ٹرک، ٹریلرز، موٹر ہومز، موٹرسائیکلیں، کشتیاں وغیرہ شامل کریں۔ **اگر کوئی نہ ہو تو یہاں ( ) صحیح کا نشان لگائیں۔**

مالک کا نام	موڈل/اسٹائل	سال/میک	استعمال	کیلی بلوبک کی قیمت

35. کیا آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والا کوئی فرد اس مکان کے علاوہ کسی آراضی یا جائداد غیرمنقولہ کا مالک ہے جس میں آپ رہتے ہیں؟ **[ ]ہاں [ ] نہیں**
اگر **"ہاں"** تو وضاحت کریں:_____
_____-

36. کیا کسی نے غیرمنقولہ یا ذاتی املاک (بشمول اسٹاک) کی تجارت کیا ہے، دیا ہے، منتقل کیا ہے یا بیچا ہے: گزشتہ 12 مہینوں کے اندر TANF اور GA کے مقاصد کے لئے؟	**[ ]ہاں [ ] نہیں**
گزشتہ 3 مہینوں کے اندر NJ SNAP کے مقاصد کے لئے؟	**[ ]ہاں [ ] نہیں**

کیا بیچا گیا، دیا گیا تھا، وغیرہ؟	کس کے ذریعہ؟	کس کو؟	تحفہ دینے یا بیچنے کی تاریخ؟	مارکیٹ کی کل قیمت	وصول پائی گئی رقم

37. کیا آپ یا آپ کے درخواست دہندہ گھرانے میں شامل کردہ کوئی فرد کوئی موقوف کلیم جیسے قانونی کارروائیاں، طلاق، تصفیہ جات، وراثت، حادثاتی کلیم، املاک کی فروخت کاری، دیگر کلیم رکھتا ہے، یا کوئی آپ کا مقروض ہے یا آپ ان کے مقروض ہیں؟ **[ ]ہاں [ ] نہیں**
اگر **"ہاں"** تو وضاحت کریں:._____
_____-

WFNJ-10D کی خانہ پری کرنے کی تاریخ_____. (NJ SNAP فقط کے گاہکوں پر لاگو نہیں ہوتا ہے)

38. کیا درخواست دہندہ گھرانے کا کوئی فرد رکھتا ہے: **(NJ SNAP پر لاگو نہیں ہوتا ہے)**

(**a**) قیمتی ذاتی املاک جیسے زیور، سکے/اسٹیمپ اکٹھے کرنا، پوستین وغیرہ کی جزوی یا کلی ملکیت؟
[ ]ہاں [ ] نہیںاگر **"ہاں"** تو وضاحت کریں_____ -

(b) تدفین کی جگہ یا بندوبست **[ ]?ہاں [ ] نہیناگر "ہاں" تو قیمت**_____ -

NJ SNAP اور GA

پناہ گاہ سے متعلق معلومات: اس صورت میں پر کیا جائے گا جب گھرانا NJ SNAP پروگرام اور/یا GA میں شرکت کے لئے درخواست دے رہا ہو۔

39. کیا گھرانے سے باہر کا کوئی فرد گھرانے کے کسی اخراجات کی ادائیگی کرتا ہے یا ادائیگیوں میں مدد کرتا ہے؟ **[ ]ہاں [ ] نہیں**
اگر **"ہاں"** تو درج ذیل کی خانہ پری کریں:

پناہ گاہ کے خرچ کی نوعیت	کسے ادا کیا گیا	کس کے ذریعہ ادا کیا گیا	ادا کی گئی رقم	کتنی بار بل دیا گیا

40. پناہ گاہ کی لاگتیں (درج ذیل کے لئے گھرانے اخراجات درج کریں:)

پناہ گاہ کا خرچ	**ادا کی گئی رقم**	**کتنی بار بل دیا گیا**	**ماہانہ لاگت**	**صرف دفتر کے استعمال کے لئے**
کرایہ/رہن	**$**		**$**	اگر استعمال کررہے ہوں **HCSUA**
پراپرٹی ٹیکس	**$**		**$**	
گھر کا بیمہ	**$**		**$**	
	پناہ گاہ کا جزوی میزان		**$**	
بجلی	**$**		**$**	
گیس	**$**		**$**	
تیل	**$**		**$**	
پانی	**$**		**$**	
نکاس	**$**		**$**	
کوڑا کرکٹ/کچرے کو ہٹانا	**$**		**$**	
افادی اشیاء کی تنصیب کی لاگت	**$**		**$**	
دیگر (کوئلہ، لکڑی، کیروسین)	**$**		**$**	**HCSUA**
	افادی اشیاء کا جزوی میزان		**$** یا	

41A. کیا آپ اپنے گھر کو گرم یا ٹھنڈا کرنے کی خاطر افادی اشیاء (اپنے کرایہ کے علاوہ) کے لئے ادائیگی کرتے ہیں؟ **$** یا
[ ]ہاں [ ] نہیں
41B. اگر آپ کا گھرانا پانی، نکاس اور کوڑا کرکٹ ہٹانے کے علاوہ افادی اشیاء کی ادائیگی کے لئے ذمہ دار

ہے تو آپ کا گھرانا **معیاری یا حرارت کا افادی بھتہ** وصول پانے کا انتخاب کرنے کا اہل ہوسکتا ہے۔

ماہانہ۔ کل۔ پناہ گاہ اختیار کے انتخاب کی تاریخ

42. اضافی طبی اخراجات

کیا آپ کے گھرانے میں 60 سال یا اس سے زیادہ عمر کا کوئی فرد ہے اور/یا فیڈرل سپلیمنٹل سیکورٹی انکم (SSI)، سوشل سیکورٹی ڈس ایبیلیٹی یا ویٹرن کی ادائیگیوں کے لئے تصدیق شدہ ہے؟ **[ ]ہاں [ ] نہیں** اگر **"ہاں"** تو درج ذیل کی خانہ پری کریں۔ اگر **"نہیں"** تو صفحہ 12 پر جاری رکھیں۔

برابر ہونے والے طبی اخراجات کے علاوہ ان دیگر طبی خدمات کو درج کریں جن کی آپ کو ضرورت پڑی ہو۔	**ادا کی گئی رقم**	**کتنی بار بل دیا گیا**	**ماہانہ میزان**	**صرف دفتر کے استعمال کے لئے** **SSI** کی وصولی کی تصدیق کریں
طبی اور دانت سے متعلقہ خدمات	**$**		**$**	_____فیڈرل شیئر
اسپتال یا نرسنگ کیئر	**$**		**$**	
کسی ڈاکٹر کے ذریعہ تجویز کردہ دوائیں	**$**		**$**	
دانت کے چوکے، سماعت سے متعلقہ امدادی آلات اور عینک	**$**		**$**	
طبی نگہداشت تک پہنچنے کے لئے نقل و حمل کے اخراجات	**$**		**$**	
کسی خادم یا نرس کی خدمات	**$**		**$**	
دیگر (وضاحت کریں)	**$**		**$**	**SSA** اور **SSI** **صفحہ 6 پر درج ہیں**
			$	
42A. گھرانے کے ان افراد کے نام درج کریں جو یہ اخراجات رکھتے ہیں:			**میزان**	

42B. کیا مذکورہ بالا کوئی بھی طبی اخراجات آپ کے گھرانے سے باہر کے کسی دیگر ذریعہ جیسے طبی بیمہ، میڈیکیئر، PAAD یا کسی دیگر فرد کے ذریعہ ادا کئے جاتے ہیں، جزوی طور پر ادا کئے جاتے ہیں یا ان کی باز ادائیگی کی جاتی ہے؟

[ ]ہاں [ ] نہیں اگر **"ہاں"** تو وہ کون سا (سے) خرچ (اخراجات) ادا کرتے ہیں؟ وہ کتنا ادا کرتے ہیں؟

_____

_____

_____

صرف دفتر کے استعمال کے لئے

ورک فرسٹ نیو جرسی اور/یا NJ SNAP ورک رجسٹریشن

نام (16 کے اوپر تمام)	WFNJ کوڈ کو مستثنی رکھیں	WFNJ کی واجبی تاریخ	WFNJ کی رضاکارانہ تاریخ	ریفرل کی تاریخ	NJSNAP ورک کا استثنائی کوڈ	رجسٹریشن کی تاریخ

43. قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ داران۔ **(یہ صرف میڈیکیڈ کے مقاصد کے لئے لاگو ہوتا ہے۔)**

اپنے جوڑے کا نام فراہم کریں اگر گھر میں نہ ہو۔ 55 سال کی عمر سے کم کسی بھی بچہ (بچوں) کے نام فراہم کریں جن کے لئے تعاون کی درخواست نہیں کی گئی ہے۔ اگر آپ 18 سال سے کم عمر کے ہیں تو اپنے والدین کو درج فہرست کریں۔

نام	پتہ	رشتہ	عمر

44. گھریلو توانائی سے متعلقہ تعاون

درج ذیل سوال کے تئیں آپ کا جواب گھریلو توانائی سے متعلقہ تعاون (HEA) اور HEA کے منافع کی رقم کے لئے اہلیت کی تعیین کرنے کی خاطر استعمال کیا جائے گا۔ درج ذیل فہرست کا استعمال کرتے ہوئے اشارہ کریں کہ کون سا آئٹم آپ کی حرارت/رہائش کے انتظام کو سب سے بہتر طور پر بیان کرتا ہے۔

( ) میری حرارت کے لئے دوسرے لوگوں کے ذریعہ ادائیگی کی جاتی ہے۔ **(A)** **HEA کوڈ:**_____

( ) میری حرارت ایک پبلک ہاؤسنگ اتھارٹی کے ذریعہ فراہم کی جاتی ہے یا مجھے کرایہ کے ضمن میں مدد ملی تھی اور میری حرارت میرے کرایہ میں شامل ہے۔ **(C)**

( ) میں صرف حرارت کے ایک ثانوی ذریعہ (جیسے وڈ اسٹو، کیروسین ہیٹر، الیکٹرک اسپیس ہیٹر، وغیرہ) کے لئے ادائیگی کرتا ہوں۔ **(E)**

( ) میں حرارت کی لاگت دوسروں کے ساتھ برداشت کرتا ہوں۔ **(F)**

( ) میری حرارت میرے کرایہ میں شامل ہے، جو امدادی نہیں ہے۔ **(G)**

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

میں اپنے مکان یا اپارٹمنٹ کی حرارت کے بنیادی ذریعہ کے لئے اپنے ایندھن کے سپلائر کو براہ راست ادائیگی کرتا ہوں۔ میری حرارت کا ذریعہ ہے:

( ) ایندھن کا تیل**(J)** ( ) کیروسین**(M)** ( ) لکڑی **(R)**

( ) بجلی**(K)** ( ) قدرتی گیس**(N)**

( ) بوتل بند گیس**(L)** ( ) کوئلہ**(P)** ( ) میں HEA کے منافع حصول کرنا نہیں چاہتا ہوں۔ **(T)**

اہم نوٹس

اس فارم میں فراہم کردہ معلومات وفاقی، ریاستی اور/یا کاؤنٹی کے افسران کے ذریعہ تصدیق کے تحت ہوگی۔ اگر کوئی معلومات غیر صحیح پائی جاتی ہے تو آپ کے لئے **NJ SNAP** کے منافع سے انکار کیا جا سکتا ہے اور/یا آپ دانستہ طور پر غلط معلومات فراہم کرنے کے لئے تعزیراتی کارروائی کے تحت ہوسکتے ہیں۔

45 CFR 206.10(a)(iii) اور **7 CFR 273.2(b)** کی تعمیل کرتے ہوئے، ہم آپ کو اطلاع دے رہے ہیں کہ **BCIS** کے لئے آمدنی اور اہلیت سے متعلقہ معلومات، ریاستی اور مقامی چائلڈ سپورٹ کی ایجنسیاں، سوشل سیکورٹی کی اجرت اور منافع سے متعلقہ فائلیں اور ریاستی اجرت اور بے روزگاری سے متعلقہ فائلیں آپ کے سوشل سیکورٹی نمبر (نمبرات) سے حاصل کی جائیں گی اور آپ کی اہلیت جاری رکھنے کی تعیین میں استعمال کی جائیں گی۔ اس میں ہمارے ذریعہ آپ کے آجر، بینک یا دیگر فریق سے رابطہ کرنا شامل ہوسکتا ہے۔

ذیل میں فراہم کردہ جرمانے درج ذیل پر لاگو ہوتے ہیں:

NJ SNAP کا کوئی بھی وصول کنندہ جو ارادی طور پر درخواست میں درج کردہ ضوابط میں سے کسی کی خلاف ورزی کرتا ہے؛ یا

کوئی بھی ایسا شخص جو ارادی طور پر درج ذیل چیزیں انجام دیتے ہوئے **NJ SNAP** کے ایسے منافع کے لئے درخواست دیتا ہے یا وصول پاتا ہے جس کا وہ حقدار نہیں ہے:

غلط یا گمراہ کن بیان دینا۔

. حقائق کو چھپانا یا روک لینا۔

- کوئی ایسا کام کرنا جو فوڈ اسٹیمپ ایکٹ، **NJ SNAP** پروگرام کے ضوابط یا **NJ SNAP** کے منافع کے استعمال، پیشی، منتقلی، حصول، وصولی، یا قبضہ میں رکھنے یا رسائی کے آلات (جیسے فیملیز فرسٹ کے **EBT** کارڈز) سے متعلق ریاست کے کسی قانون کی خلاف ورزی کے مترادف ہے۔

جرمانے

مذکورہ بالا خلاف ورزیوں کے نتیجہ میں متعلقہ فرد **NJ SNAP** میں شرکت کرنے یا مزید شرکت کرنے سے روکا جاسکتا ہے جیسا کہ نیچے آ رہا ہے۔

پہلی خلاف ورزی - * 12 مہینے

دوسری خلاف ورزی - * 24 مہینے

تیسری خلاف ورزی – مستقل طور پر نا اہل قرار دیا جانا

*کسی بھی ایسے شخص کے لئے جو کسی جرم یا قابل تعزیر خلاف ورزی کے لئے مجرم گردانا گیا ہو مزید 18 مہینے کی معطلی (اس مدت سے تسلسل کے ساتھ)۔

خلاف ورزی کرنے والے شخص پر **$250,000** تک کا جرمانہ عائد کیا جاسکتا ہے، 20 سال تک قید کیا جا سکتا ہے یا دونوں کیا جاسکتا ہے اور وہ دیگر قابل نفاذ وفاقی

دیگر جرمانے (جاری)

■ **NJ SNAP** پروگرام سے مستقل طور پر نا اہل قرار دیا جانا

نیز، کوئي ایسا فرد جو ایک سے زیادہ عملداری سے **NJ SNAP** کے منافع حاصل کرنے کے لئے جان بوجھ کر دھوکا دہی پر مبنی بیانات دینے کے لئے موزوں عملداری کی کسی عدالت کے ذریعہ مجرم پایا جاتا ہے وہ بیک وقت:

■ **NJ SNAP** پروگرام سے 10 سالوں کے لئے نا اہل قرار دے دیا جائے گا۔

جرمانے سے متعلق انتباہ

NJ SNAP کے منافع کے لئے درخواست دینے، یا وصول پانے یا پانا جاری رکھنے کے لئے غلط معلومات نہ فراہم کریں یا معلومات نہ چھپائیں۔

کسی بھی ایسے شخص کو اپنے **NJ SNAP** کے منافع نہ دیں یا فروخت کریں یا فیملیز فرسٹ کے **EBT** کارڈوں کے استعمال کے ذریعہ رسائی نہ فراہم کریں جو آپ کے گھرانے کے لئے انہیں استعمال کرنے کا مجاز نہیں ہے۔

NJ SNAP کے کسی بھی منافع کا استعمال غیر جائز چیزیں جیسے الکحلی مشروبات اور تمباکو خریدنے کے لئے نہ کریں۔

NJ SNAP کے کسی بھی ایسے منافع کا استعمال نہ کریں جسے آپ کا گھرانا وصول پانے کا حقدار نہیں تھا۔

NJ SNAP کے ایسے منافع پانے کے لئے دھوکا نہ دیں یا کسی بے ایمانی کے کام میں شرکت نہ کریں جسے آپ کا گھرانا وصول پانے کا حقدار نہیں تھا۔

NJ SNAP کے منافع کے لئے درخواست دینے یا انہیں پانے کی خاطر گھر سے باہر کے کسی فرد کو ذرائع نہ منتقل کریں۔

میں اس درخواست میں دیئے گئے سوالات کو سمجھتا ہوں۔ میری جانکاری اور یقین کی حد تک میرے جوابات درست اور مکمل ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ مجھ سے ضرور انٹرویو لیا جائے گا اور میرے لئے **NJ SNAP** کے دفتر کے ساتھ تعاون کرنا ضروری ہے۔ میں جرمانہ سے متعلقہ انتباہ کو سمجھتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں نے جو کچھ کہا ہے اسے ثابت کرنے کے لئے مجھے دستاویزات فراہم کرنے پڑ سکتے ہیں۔ میں اس سے اتفاق کرتا ہوں۔ اگر دستاویزات دستیاب نہ ہوں تو میں کسی ایسے شخص یا تنظیم کا نام دینے سے اتفاق کرتا ہوں جس سے ضروری ثبوت حاصل کرنے کے لئے **NJ SNAP** کا دفتر رابطہ کر سکے۔ میں سمجھتا ہوں کہ اگر میں نے کسی کمائی جانے والی آمدنی کی رپورٹ نہ دی ہو تو میرے لئے **$50.00** سے زیادہ کی نہ کمائی ہوئی آمدنی میں کسی بھی تبدیلی کی رپورٹ کرنا یا کمائی ہوئي آمدنی کی رسید میرے پہلے پے چک کی تاریخ سے 10 دنوں کے اندر فراہم کرنا ضروری ہے۔ میں سمجھتا ہوں کہ اگر میرے پاس کوئی کمائی ہوئی آمدنی نہیں ہے تو میرے لئے گھرانے کی ترکیب (بشمول طالب علم کی حیثیت) میں ہونے والی تمام تبدیلیوں، رہائش میں تبدیلیوں اور پناہ گاہ کی لاگتوں میں نتیجہ کے طور پر ہونے والی تبدیلی، چائلڈ سپورٹ کی ادائیگی کرنے یا فراہم کرنے کے لئے میری قانونی ذمہ داری میں تبدیلیوں، جو چائلڈ سپورٹ میں فراہم کرتا ہوں اس کی رقم میں کسی تبدیلی، اگر میں اس کی ادائیگی کرنے کا 3 مہینہ سے کم کا ریکارڈ رکھتا ہوں اور تبدیلی **$50.00** سے زیادہ ہے، کوئي گاڑی خریدنے یا میرے گھرانے کے ذرائع (بچت یا چالو کھاتہ، دستیاب نقدی، اسٹاک یا یکمشت ادائیگیوں، کسی گاڑی کے فروخت یا تجارت سے حاصل ہونے والی نقدی کی

قوانین کے تحت قانونی کارروائی کی شرط پر ہوسکتا ہے۔

اس کے علاوہ، گھرانے کے باقی افراد سے مطلوب ہوگا کہ وہ **NJ SNAP** کے کوئی بھی ایسے منافع واپس کریں جو گھرانے نے وصول پائے تھے اور جس کے وہ حقدار نہیں تھے۔

P.L. 103-66 اور **104-193** نے ان افراد کے لئے جرمانے مقرر کئے ہیں جو کسی وفاقی، ریاستی یا مقامی عدالت میں درج ذیل کے مجرم پائے جاتے ہیں:

1) آتشی اسلحوں، گولہ بارود، دھماکہ خیز مادوں یا ممنوعہ مادوں کے لئے **NJSNAP** کے منافع کو فروخت کرنا؛ یا

2) فیملیز فرسٹ کے **EBT** کارڈوں کے استعمال کے ذریعہ **NJ SNAP** کے منافع کو استعمال کرنا، منتقل کرنا، حاصل کرنا یا قبضہ میں رکھنا یا **NJ SNAP** کے منافع کو ادائیگی کے لئے پیش کرنا جسے دھوکے سے حاصل کیا جانے والا یا منتقل کیا جانے والا جانا جاتا ہو، اگر قیمت **$500** یا اس سے زیادہ ہے۔

22ستمبر 1996 سے لاگو ہوتے ہوئے، وہ افراد جو موزوں عمل داری کی کسی عدالت کے ذریعہ پروگرام کی خلاف ورزیاں کرنے والے قرار دیئے گئے ہیں درج ذیل کے تحت ہوں گے:

رپورٹ کرنا ضروری ہے، اگر وہ میرے کم سے کم ذریعہ کی حد تک پہنچتی ہے یا اس سے زیادہ ہوتی ہے۔ میں سمجھتا ہوں کہ اگر میں نے کمائی ہوئی آمدنی کی رپورٹ کردی ہے یا میں چھ مہینے کی رپورٹنگ پر ہوں تو مجھ سے صرف یہ مطلوب ہے کہ میں اپنی ایسی ماہانہ کل آمدنی میں ہونے والی تبدیلی کی رپورٹ کروں جو وفاقی غربت کی سطح کی حد سے 130 فیصد زیادہ ہو۔ میرا کارکن اس حد سے متعلق مجھے ایک نوٹس فراہم کرے گا۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ میں **NJ SNAP** کے منافع کے لئے اپنی درخواست سے متعلق کئے جانے والے فیصلے کے بارے میں ایک منصفانہ سماعت کی درخواست کرسکتا ہوں۔ اگر مجھے **NJ SNAP** کے منافع سے متعلق مزید معلومات درکار ہوگی تو میں کاؤنٹی کے **NJ SNAP** کے دفتر سے رابطہ کرسکتا ہوں۔

میں سمجھتا ہوں کہ میں یا میرا نمائندہ، زبانی طور پر یا تحریری شکل میں، منصفانہ سماعت کی درخواست کرسکتے ہیں، اگر میں اپنے کیس سے متعلق کی گئی کسی کارروائی سے اتفاق نہیں کرتا ہوں۔ سماعت میں میرا کیس میری طرف سے منتخب کردہ کسی بھی شخص کے ذریعہ پیش کیا جاسکتا ہے۔

U.S. کی شہریت/قانونی غیرملکی حیثیت
(WFNJ، میڈیکیڈ اور NJ SNAP پروگرام کے مقاصد کے لئے)

ہر اس شخص کے لئے جو یو ایس کا شہری نہیں ہے آپ کو بیورو آف سٹیزن شپ اینڈ امیگریشن سروس **(BCIS)** کی طرف سے دستاویز یا ایسے دیگر دستاویزات جنہیں ریاستی ایجنسی آپ کی ترک وطن کی حیثیت کے ثبوت قرار دیتی ہے کاؤنٹی ویلفیئر ایجنسی کے دفتر کو دکھانے کی ضرورت ہوگی۔ غیرملکی حیثیت **BCIS** میں تصدیق کی شرط پر ہوسکتی ہے جو **BCIS** کو اس درخواست فارم سے مخصوص معلومات جمع کرنے کا تقاضا کرے گا۔ **BCIS** سے حاصل شدہ معلومات آپ کے گھرانے کی اہلیت اور منافع کی سطح کو متاثر کرسکتی ہے۔ آپ کے لئے اس بات کی تصدیق کرنا ضروری ہے کہ گھرانے کا ہر فرد یو ایس کا شہری ہے یا یو ایس میں قانونی ترک وطن کی حیثیت کے تحت رہ رہا ہے۔

دستخط کرنے سے پہلے ذیل میں دیئے گئے بیانات پڑھیں۔ اگر آپ سمجھتے نہیں ہیں یا کوئی سوال رکھتے ہیں تو برائے مہربانی پوچھ لیں۔

* میں (ہم) اتفاق کرتا ہوں (کرتے ہیں) کہ وہ بیانات جو میں (ہم) نے اس فارم میں دیا ہے (دیئے ہیں) میری (ہماری) جانکاری کے مطابق درست اور مکمل ہیں۔ میں (ہم) جانتا ہوں (جانتے ہیں) کہ میری (ہماری) حالت کے بارے میں جھوٹ بولنا، ضروری معلومات فراہم کرنے میں ناکامی یا دوسروں کے لئے معلومات روکنے کا سبب بننا قانون کے خلاف ہے اور مجھے (ہمیں) قانونی کارروائی کے تحت لا سکتا ہے۔

* میں (ہم) سمجھتا ہوں (سمجھتے ہیں) کہ کوئی بھی ایسی معلومات جو میں (ہم) فراہم کرتا ہوں (فراہم کرتے ہیں) کاؤنٹی ویلفیئر ایجنسی، اور/یا ڈویژن آف فیملی ڈیولپمنٹ اور/یا ڈویژن آف میڈیکل اسسٹینس اور طبی خدمات کے ذریعہ تصدیق کی شرط پر ہے۔

* میں (ہم) کاؤنٹی ویلفیئر ایجنسی، اور/یا ڈویژن آف فیملی ڈیولپمنٹ اور/یا ڈویژن آف میڈیکل اسسٹینس اور طبی خدمات کو ان بیانات کی تصدیق کے مقصد سے جو میں (ہم) نے دیئے ہیں کسی بھی ایسے فرد یا دیگر ذریعہ سے رابطہ کرنے کا مجاز بناتا ہوں (بناتے ہیں) جو میرے (ہمارے) حالات کے بارے میں جانکاری رکھتا ہو (جس میں شامل ہے IRS، ریاستی اور مقامی چائلڈ سپورٹ کی ایجنسیاں، سوشل سیکورٹی ویج اور منافع سے متعلقہ فائلیں، اسٹیٹ ویج اور بے روزگاری سے متعلقہ فائلیں، کریڈٹ رپورٹنگ کے خدمات، اسی طرح آجرین، بینک یا دیگر فریق)۔ میں (ہم) سمجھتا ہوں (سمجھتے ہیں) کہ آمدنی اور اہلیت سے متعلق حاصل کردہ کوئی بھی معلومات میری (ہماری) جاری اہلیت کی تعیین کرنے کے لئے استعمال کی جائے گی۔

* میں (ہم) سمجھتا ہوں (سمجھتے ہیں) کہ، ورک فرسٹ نیو جرسی ایکٹ، پبلک لاء 1997 c.13, c.14, c.37 اورc.38 کے مطابق، عوامی تعاون کی درخواست میں بجٹ یونٹ کے مستقبل کے وہ تمام افراد شامل کئے جائیں گے جن کا شامل کیا جانا مطلوب ہے، خواہ اصل درخواست کی تاریخ کے بعد پیدائشی طور پر یا گود لینے کے ذریعہ یا بجٹ یونٹ کے ساتھ زندگی گزارنے کی شروعات کرنے کے ذریعہ۔

* میں (ہم) جانتا ہوں (جانتے ہیں) کہ ایسی کوئی بھی معلومات جو میں (ہم) فراہم کرتا ہوں (فراہم کرتے ہیں) عوامی تعاون (بشمول میڈیکیڈ)،NJ SNAP کے منافع، گھریلو توانائی کے تعاون سے متعلقہ منافع، یونیورسل سروس فنڈ کے منافع اور کسی بھی ایسے دیگر منافع کے لئے،جس کے لئے میں اہل ہوسکتا ہوں، میری (ہماری) درخواست کے ساتھ مربوط ہو استعمال کی جائے گی۔

* میں (ہم) سمجھتا ہوں (سمجھتے ہیں) کہ اگر یہ درخواست WFNJ کے زمرہ کے لئے قبول کی جاتی ہے تو میں (ہم) اور میرے (ہمارے) گھرانے کے تمام افراد نیو جرسی ون اسٹاک کیریئر سنٹر میں داخل کئے جائیں گے اور ہم سے تعلیم، تربیت، پیشہ ورانہ تشخیص اور ملازمت کے لئے تقرری کی سرگرمیوں میں شرکت کرنا مطلوب ہوسکتا ہے۔

* میں (ہم) سمجھتا ہوں (سمجھتے ہیں) کہ گھریلو توانائی کے تعاون سے متعلقہ تمام ادائیگیاں وفاقی فنڈ کی دستیابی کی شرط کے تحت ہے۔

* میں (ہم) سمجھتا ہوں (سمجھتے ہیں) کہ گھریلو توانائی کے تعاون سے متعلقہ تمام ادائیگیاں حرارت/برودت کی توانائی خریدنے کی بابت استعمال کی جانی ہیں۔

* میں (ہم) میرے حقوق اور ذمہ داریوں سے متعلق معلومات وصول پا چکے ہیں اور مجھ (ہم) سے ان کی وضاحت کردی گئی ہے، اگر ضروری ہو۔ (میرے حقوق اور ذمہ داریوں سے متعلق WFNJ کا کتابچہ دیکھیں۔)

* میں (ہم) اتفاق کرتا ہوں (کرتے ہیں) کہ کاؤنٹی ویلفیئر ایجنسی کو رہائش کے حالات، گھرانے کی حالت یا کسی بھی ذریعہ سے وصول پائی جانے والی رقم (سوائے اس کمائی ہوئی آمدنی کے جو چھ مہینے کی رپورٹنگ کی شرائط کے تحت ہے) رقم میں ہونے والی تبدیلی کے بارے میں فوری طور پر آگاہ کریں گے، جب لاگو ہوتا ہو۔ (WFNJ کا کتابچہ دیکھیں۔)

* میں (ہم) سمجھتا ہوں (سمجھتے ہیں) کہ میں (ہم) یا میرا (ہمارا) نمائندہ، زبانی طور پر یا تحریری شکل میں، ایک منصفانہ سماعت کی درخواست کرسکتا ہوں (سکتے ہیں)، اگر میں (ہم) کاؤنٹی ویلفیئر ایجنسی کے ذریعہ کی گئی کسی بھی کارروائی سے مطمئن نہیں ہوں (ہیں)۔ میرا (ہمارا) کیس سماعت میں میرے (ہمارے) طرف سے منتخب کردہ کسی بھی شخص کے ذریعہ پیش کیا جاسکتا ہے۔

* میں (ہم) سمجھتا ہوں (سمجھتے ہیں) کہ صرف WFNJ اور میڈیکیڈ کے مقاصد کے لئے اس درخواست پر دستخط کر کے میں (ہم) کاؤنٹی ویلفیئر ایجنسی کو اپنے لئے یا گھرانے کے کسی ایسے دیگر فرد کے لئے جس کے لئے میں (ہم) مدد کی خاطر یا اس کی وصولی کے لئے درخواست دے رہے ہیں، برداشت کئے گئے کسی بھی بقایا جات سمیت، تعاون کرنے کا کوئی بھی حق تفویض کرتا ہوں (کرتے ہیں)۔

* میں (ہم) سمجھتا ہوں (سمجھتے ہیں) کہ طبی تعاون کے لئے ایک شرط کے طور پر سمجھا جاتا ہے کہ میں (ہم) نے کمشنر کو طبی نگہداشت کے مقصد سے تعاون دینے کے لئے کوئی بھی حقوق تفویض کردیئے ہیں جیسا کہ کسی عدالت یا انتظامی حکم یا کسی بھی تیسرے فریق کی طرف سے طبی نگہداشت کے لئے ادائیگی کے تئیں کسی بھی حقوق کے ذریعہ تعیین کی گئی ہے۔

*وفاقی قانون اور یو ایس کے محکمۂ زراعت(USDA) اور یو ایس کے محکمۂ صحت اور انسانی خدمات (HHS) کی پالیسی کے مطابق، اس ادارہ کو نسل، رنگ، قومی اصلیت، جنس، عمر یا معذوری کی بنیاد پر امتیاز برتنے سے روکا گیا ہے۔ فوڈ اسٹیمپ ایکٹ اور USDA کے پالیسی کے تحت مذہب یا سیاسی عقائد کی بنیاد پر بھی امتیاز برتنا ممنوع ہے۔ امتیاز سے متعلقہ شکایات تحریری شکل میں درج ذیل دفاتر میں پیش کی جاسکتی ہیں:

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

یا

USDA, Director
Office of Civil Rights
Whitten Building, Rm. 326-W
1400 Independence Ave. SW
Washington, D.C. 20250- 9410

یا

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

دستخط کرنے سے پہلے خانہ پری کریں

میں (ہم) نے NJ SNAP کے جرمانے سے متعلقہ انتباہات اور شہریت قانونی غیرملکی حیثیت کے حوالہ سے اس فارم کے صفحہ 10 پر دی گئی اہم نوٹس کو پڑھ لیا ہے۔ ( ) ہاں ( ) نہیں

* میں (ہم) توثیق کرتا ہوں (کرتے ہیں) کہ میں (ہم) نے ان بیانات کو پڑھ لیا ہے اور ان سے اتفاق کرتے ہیں اور پورے طور پر سمجھتے ہیں کہ ویلفیئر ایجنسی میرے (ہمارے) بیان کی سچائی اور درستگی پر بھروسہ کرتی ہے۔

*میں (ہم)، ذیل میں میرے (ہمارے) نام (ناموں) پر دستخط کرتے ہوئے، دروغ گوئی کے جرمانے کے تحت تصدیق کرتا ہوں (کرتے ہیں) کہ میں (ہم) اور گھرانے کے وہ تمام افراد جن کے لئے میں (ہم) NJ SNAP کے منافع کے لئے درخواست دے رہا ہوں (رہے ہیں) یو ایس کے شہری یا قانونی ترک وطن کی حیثیت میں غیرملکی ہیں۔

* میں (ہم) دروغ گوئی کے جرمانے کے تحت تصدیق کرتا ہوں (کرتے ہیں) کہ NJ SNAP پروگرام اور/یا WFNJ پروگرام کے لئے درخواست سے متعلق میرے (ہمارے) جوابات، میری (ہماری) جانکاری کے مطابق، درست اور مکمل ہیں۔

* میں (ہم) ایجنسی کے نمائندہ کے ذریعہ WFNJ کے کام کی شرائط کے تئیں ایک مختصر جائزہ وصول پا چکا ہوں (چکے ہیں)، اگر لاگو ہوتا ہو۔

_____ میرے سامنے حلف لیا گیا اور دستخط کیا گیا

درخواست دہندہ کا دستخط تاریخ

_____یہ_____دن_____2_____

باہم درخواست دہندہ کا دستخط تاریخ

_____

(ایجنسی کا نمائندہ)

اہم نوٹس
NJ SNAP کی آمدنی کی تخفیف کا مرفوضہ

اگر آپ درج ذیل میں سے کسی بھی اخراجات کی رپورٹ یا تصدیق کرنے میں ناکام ہوتے ہیں جو آپ یا گھرانے کا کوئی دیگر فرد ادا کررہا ہے تو ہمارے نزدیک اس کا مطلب یہ ہوگا کہ آپ ان رپورٹ نہ کئے گئے اخراجات کے لئے آمدنی میں تخفیف وصول کرنا نہیں چاہتے ہیں۔

- ایک منحصر فرد کی نگہداشت کا خرچ، اگر آپ کسی بچہ یا دیگر منحصر شخص کی نگہداشت کے لئے ادا کر رہے ہیں تاکہ گھرانے کا کوئی فرد کام کرسکے، ملازمت تلاش کرسکے یا ملازمت کے لئے تیاری کرنے کی خاطر تربیتی یا تعلیمی کلاسوں میں شرکت کرسکے؛
- باز ادائیگی نہ کیا گیا طبی یا دانت سے متعلقہ خرچ، بشمول مجوزہ دوائیں، صحت یا اسپتال میں بھرتی سے متعلق بیمہ، عینک یا خدمت گار کی نگہداشت؛
- چائلڈ سپورٹ کی ادائیگی جو گھرانے کا کوئی فرد قانونی فرض کے تحت کررہا ہو، بشمول بقایاجات کی ادائیگیاں؛ یا
- پناہ گاہ کا خرچ، جیسے کرایہ، افادی اشیاء (بشمول تنصیب کے اخراجات)، پراپرٹی ٹیکس، گھر کے مالک کا بیمہ، اورقدرتی حادثہ کی وجہ سے آپ کے گھر کی مرمت کے لئے چارجیز۔

اگر آپ ہمیں اس وقت یہ نہ بتائیں (یا تصدیق نہ کریں) کہ آپ ان اخراجات میں سے کوئی ایک برداشت کررہے ہیں تب بھی آپ کو بعد میں آمدنی کی تخفیف موصول ہوسکتی ہے، اگر آپ ہمیں بتائیں (یا تصدیق کریں) کہ آپ ان اخراجات میں سے ایک کی ادائیگی کررہے ہیں۔ ان مہینوں کے لئے تخفیف پہلے سے لاگو نہیں ہوگی کہ آپ نے ہمیں نہیں بتایا تھا کہ آپ ان اخراجات کی ادائیگی کررہے تھے۔

گھرانے کے سربراہ کا دستخط _____

آج کی تاریخ _____