

این فرم برای سه برنامه اول لیست شده در زیر استفاده می شود. کارمند پرونده شما می تواند به شما بگوید که چگونه درخواست دهید.

برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP) Supplemental Nutrition Assistance Program

SNAP به خانواده های کم درآمد کمک می کند تا مواد غذایی مورد نیاز خود را برای سلامتی بهتر خریداری کنند.



کمک های پزشکی

کمک پزشکی (MA) Medical Assistance یک برنامه بیمه مراقبت بهداشتی جامع برای خانواده ها و افراد است که دسترسی به خدمات مراقبت های بهداشتی را برای بسیاری از ساکنان کم درآمد ایالت فراهم می کند. بسته به درآمد و عوامل دیگر، افراد ممکن است واجد شرایط خدمات باشند.



برنامه سلامت کودکان مریلند (MCHP) Maryland Children's Health Program مزایای بهداشتی کاملی را برای کودکان تا 19 سال و زنان باردار در هر سنی که دستورالعمل های درآمد را رعایت می کنند، ارائه می دهد. کارمند پرونده شما می تواند دستورالعمل های درآمد را با شما در میان بگذارد.

کمک نقدی

کمک های نقدی موقت (TCA) Temporary Cash Assistance به خانواده های نیازمند دارای فرزند در زمانی که درآمد و منابع خانواده نیازهای آنها را برآورده نمی کند، کمک نقدی می کند. افراد متقاضی و دریافت کننده TCA در فعالیت های کاری شرکت می کنند.

کمک های اضطراری به خانواده های دارای فرزند (EAFC) Emergency Assistance to Families with Children به خانواده هایی که با بحرانی مانند اخراج یا سایر موارد اضطراری مواجه هستند، کمک نقدی می کند.

برنامه کمک موقت به معلولیت (TDAP) Temporary Disability Assistance Program کمک نقدی را برای بزرگسالان معلولی که نمی توانند کار کنند، ارائه می دهد.



خدمات مراقبت از کودک

برنامه خرید مراقبت از کودک (POC) Purchase of Child Care به خانواده های واجد شرایط کمک می کند تا هزینه مراقبت از کودک را از طریق کوپن پرداخت کنند. کوپن ها را می توان برای خرید مراقبت از هر مرکز مراقبت از کودک یا خانه دارای مجوز استفاده کرد. کوپن ها همچنین می توانند برای پرداخت به اعضای تایید شده خانواده که مراقبت از کودک را ارائه می دهند استفاده شود. مدیر پرونده شما به شما می گوید که چگونه برای این کمک درخواست دهید.



کمک به انرژی

دفتر برنامه های انرژی خانه (OHEP) Office of Home Energy Programs به خانواده ها کمک می کند تا قبوض آب و برق خود را بپردازند، بحران گرمایش را به حداقل برسانند، و هزینه های انرژی را از طریق برنامه کمک به انرژی مریلند و برنامه خدمات جهانی برق مقرون به صرفه تر کنند. مدیر پرونده شما به شما می گوید که چگونه برای این کمک درخواست دهید.



| این بخش فقط برای استفاده اداری است | | | | | |
|------------------------------------|-----|-------|------------------|------------------------------|--------------|
| .Cat | #AU | وضعیت | صفحه نمایش WOMIS | ارسال دوباره پرونده نیاز است | واضح کننده: |
| | | | | از جانب: | |
| | | | | برای: | بررسی کننده: |
| | | | | | |

اطلاعات کلی

درپاره SNAP

شما حق دارید بلافاصله با پر کردن نام، آدرس و امضای قسمت جلوی این فرم درخواست کمک، برای SNAP ثبت نام کنید. اگر واجد شرایط هستید، از تاریخی که فرم امضا شده را دریافت می کنیم، مزایایی را ارائه خواهیم کرد.

اگر مدرکی مبنی بر هویت خود به ما بدهید و یکی از موارد زیر در مورد شما صدق کند، ممکن است فوراً SNAP دریافت کنید:

- اجاره ماهیانه یا رهن و خدمات آب و برق خانوار شما بیشتر از درآمد و منابع خانوار شماست.
- درآمد ناخالص ماهانه خانوار شما کمتر از 150 دلار است و منابع شما، مانند حساب های چک یا پس انداز، است 100 دلار یا کمتر.
- خانواده شما یک خانواده مهاجر یا کشاورز فصلی است.

اگر واجد شرایط دریافت فوری اسنپ هستید، ما ظرف 7 روز از تاریخ امضای این فرم، به درخواست شما اقدام خواهیم کرد.

سوالات زیر را کامل نکنید. این بخش فقط برای استفاده اداری است.

SNAP تسریع شده

متقاضیانی که استانداردهای تسریع شده زیر را رعایت می کنند، واجد شرایط دریافت مزایای SNAP در مدت 7 روز هستند. قبل از تأیید مزایا، خانوارها باید درخواست کمک را تکمیل و امضا کنند و مدرک هویتی ارائه دهند.

1. آیا کل درآمد خانوار در این ماه، قبل از کسر، کمتر از 150 دلار است، و خانواده پول نقد/پس انداز 100 دلار یا کمتر؟

بله خیر

ا. مبلغ اجاره ماهیانه یا مبلغ وام مسکن خانوار

ب. استاندارد ایزار مناسب

ج. درآمد تقریبی ماهانه

د. پول نقد/پس انداز خانگی برای همه اعضا

\$ _____
مجموع \$
\$ _____
مجموع \$

2. آیا مجموع هزینه های سرپناه بیش از درآمد و منابع ماهانه است؟

بله خیر

3. آیا اعضای خانوار بی بضاعت کارگران مهاجر یا فصلی هستند که پول نقد و پس انداز آنها بیش از 100 دلار یا کمتر هستند؟

بله خیر

4. اگر پاسخ هر سوال 1-3 بله است، سریع تر اقدام کنید. تسریع شده واجد شرایط؟

بله خیر

من گواهی می دهم که این متقاضی را از نظر SNAP تسریع شده بررسی کردم، هویت متقاضی را تأیید کردم و تشخیص دادم که خانواده بوده نبوده به طور بالقوه برای صدور تسریع شده در این زمان واجد شرایط است.

امضای بررسی کننده

تاریخ

مرحله 1: درباره خودتان به ما بگویید

برای درخواست کمک، این بخش را تکمیل کرده و نام خود را امضا کنید. اگر فرم کامل را پر کنید می توانیم سریعتر به شما کمک کنیم.

| | | | |
|--|--------------|------------|---------|
| نام کامل (آخر، اول، حرف اول وسط) | | آدرس ایمیل | |
| آدرس منزل (شماره و خیابان) | شهر | ایالت | کد پستی |
| آدرس پستی (شماره و خیابان یا صندوق پستی) | شهر | ایالت | کد پستی |
| تلفن منزل | تلفن محل کار | تلفن همراه | |

| | |
|-----------|-------------|
| امضای شما | تاریخ امروز |
|-----------|-------------|

| | | | |
|--|--|---|---------|
| <p>نماینده مجاز: شما می توانید فردی را برای نمایندگی خود انتخاب کنید. اگر شخصی را برای کمک به شما انتخاب می کنید، اطلاعات زیر را در مورد آن شخص به ما بدهید و انتخاب کنید که می خواهید این شخص چه کاری انجام دهد.</p> | | | |
| نام (آخر، اول، وسط) | ارتباط | شماره تلفن | |
| شماره، خیابان | شهر | ایالت | کد پستی |
| <p>انتخاب کنید که می خواهید نماینده چه کاری انجام دهد:</p> | | | |
| <input type="checkbox"/> مصاحبه را کامل کند برای شما | <input type="checkbox"/> از کارت استقلال شما (پول نقد) استفاده کند | <input type="checkbox"/> اطلاعاتی که شما را دریافت کرد | |
| <input type="checkbox"/> درخواست شما را امضا کند | <input type="checkbox"/> از مزایای SNAP شما استفاده کند | <input type="checkbox"/> کارت کمک پزشکی شما را دریافت کند | |

مرحله 2: به ما بگویید چگونه می توانیم به شما کمک کنیم

1. اکنون به چه نوع کمکی نیاز دارید؟ (همه موارد اعمال شده را انتخاب کنید)
 - SNAP
 - کمک نقدی
 - کمک های پزشکی
 - ارجاع به خدمات مراقبت از کودک
 - ارجاع به کمک انرژی
2. آیا از 3 ماه گذشته صورتحساب پزشکی پرداخت نشده ای دارید؟
 - بله
 - خیر
3. آیا شما یکی از این مشکلات را دارید؟
 - بیوتیلبیتی بسته شد
 - اخراج یا توقیف
 - نبود غذا
 - نبودگرما
 - نبود جایی برای اقامت
 - نداشتن توان پرداخت مراقبت از کودک
 - سایر _____
4. اکنون شما یا هرکسی که با شما زندگی می کند چه نوع کمکی دریافت می کنید؟

| نوع کمک | شخص دریافت کننده کمک |
|---------|----------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

5. آیا شما یا هرکسی که با شما زندگی می کند از ایالتی غیر از مریلند کمک دریافت کرده اید؟
(اگر بله، لطفاً جاهای خالی زیر را پر کنید) بله خیر

در ایالتی که دریافت شده چی زمانی دریافت شده نوع کمک

6. آیا کسی که برای برنامه سلامت کودکان مریلند درخواست می دهد، بیمه درمانی مبتنی بر کارمند (بیمه ای که در محل کار دریافت می کنید) دارد؟ بله خیر

7. آیا کسی که برای برنامه سلامت کودکان مریلند درخواست داده است، بیمه کارمندی را در 6 ماه گذشته کنار گذاشته است؟ بله خیر

مرحله 3: درباره افراد خانواده خود به ما بگویید

8. از افرادی که با شما زندگی می کنند به ما بگویید.

برای همه کسانی که با شما زندگی می کنند جاهای خالی را پر کنید. ابتدا نام خود را فهرست کنید. شماره تامین اجتماعی و تابعیت برای اعضای که برای مزایا درخواست نمی کنند اختیاری است.

| خود شما | مشتری شناسه# |
|---|---|
| نام کامل (آخر، اول، حرف اول وسط) _____ | نام کامل (آخر، اول، حرف اول وسط) _____ |
| رابطه با شما _____ | رابطه با شما _____ |
| تاریخ تولد (ماه/روز/سال) _____ | تاریخ تولد (ماه/روز/سال) _____ |
| درخواست دادن <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | درخواست دادن <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| معلول؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | معلول؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| شماره تامین اجتماعی _____ | شماره تامین اجتماعی _____ |
| وضعیت تاهل _____ | وضعیت تاهل _____ |
| ایالات متحده شهروند <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ایالات متحده شهروند <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| تعداد فرزندان _____ | تعداد فرزندان _____ |
| جنسیت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث | جنسیت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث |

| عضو اضافی خانواده | مشتری شناسه# |
|---|---|
| نام کامل (آخر، اول، حرف اول وسط) _____ | نام کامل (آخر، اول، حرف اول وسط) _____ |
| رابطه با شما _____ | رابطه با شما _____ |
| تاریخ تولد (ماه/روز/سال) _____ | تاریخ تولد (ماه/روز/سال) _____ |
| درخواست دادن <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | درخواست دادن <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| معلول؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | معلول؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| شماره تامین اجتماعی _____ | شماره تامین اجتماعی _____ |
| وضعیت تاهل _____ | وضعیت تاهل _____ |
| ایالات متحده شهروند <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ایالات متحده شهروند <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| تعداد فرزندان _____ | تعداد فرزندان _____ |
| جنسیت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث | جنسیت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث |

| عضو اضافی خانواده | مشتری شناسه# |
|---|---|
| نام کامل (آخر، اول، حرف اول وسط) _____ | نام کامل (آخر، اول، حرف اول وسط) _____ |
| رابطه با شما _____ | رابطه با شما _____ |
| تاریخ تولد (ماه/روز/سال) _____ | تاریخ تولد (ماه/روز/سال) _____ |
| درخواست دادن <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | درخواست دادن <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| معلول؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | معلول؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| شماره تامین اجتماعی _____ | شماره تامین اجتماعی _____ |
| وضعیت تاهل _____ | وضعیت تاهل _____ |
| ایالات متحده شهروند <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | ایالات متحده شهروند <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| تعداد فرزندان _____ | تعداد فرزندان _____ |
| جنسیت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث | جنسیت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث |

| مشتری شناسه# | | عضو اضافی خانواده | | |
|---|--|---|--|--|
| نام کامل (آخر، اول، حرف اول وسط) | | رابطه با شما | | |
| تاریخ تولد (ماه/روز/سال) | | شماره تامین اجتماعی | | |
| درخواست دادن | | معلول؟ | | |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | |
| وضعیت تاهل | | ایالات متحده شهروند | | |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | |
| نژاد | | مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> | | |

| مشتری شناسه# | | عضو اضافی خانواده | | |
|---|--|---|--|--|
| نام کامل (آخر، اول، حرف اول وسط) | | رابطه با شما | | |
| تاریخ تولد (ماه/روز/سال) | | شماره تامین اجتماعی | | |
| درخواست دادن | | معلول؟ | | |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | |
| وضعیت تاهل | | ایالات متحده شهروند | | |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | |
| نژاد | | مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> | | |

| مشتری شناسه# | | عضو اضافی خانواده | | |
|---|--|---|--|--|
| نام کامل (آخر، اول، حرف اول وسط) | | رابطه با شما | | |
| تاریخ تولد (ماه/روز/سال) | | شماره تامین اجتماعی | | |
| درخواست دادن | | معلول؟ | | |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | |
| وضعیت تاهل | | ایالات متحده شهروند | | |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | |
| نژاد | | مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> | | |

| مشتری شناسه# | | عضو اضافی خانواده | | |
|---|--|---|--|--|
| نام کامل (آخر، اول، حرف اول وسط) | | رابطه با شما | | |
| تاریخ تولد (ماه/روز/سال) | | شماره تامین اجتماعی | | |
| درخواست دادن | | معلول؟ | | |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | |
| وضعیت تاهل | | ایالات متحده شهروند | | |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | |
| نژاد | | مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> | | |

9. آیا کسی در خانواده شما باردار است؟

نام کامل (آخر، اول، حرف اول وسط) تاریخ مورد انتظار

10. والدین غایب فرزندان در خانواده خود را فهرست کنید.

والدین کودکی که با شما زندگی نمی کنند، والدین غایب هستند. همچنین اگر همسران یا شما زندگی نمی کند، فهرست کنید. آنچه در مورد شخص می دانید را وارد کنید.

| شناسه مشتری# | تامین اجتماعی# | آدرس | تاریخ تولد | نام (آخر، اول، وسط) |
|--------------|----------------|------|------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

مرحله 4: در مورد درآمد خود به ما بگویید

11. در این بخش در مورد تمام پولی که اعضای خانواده شما در هر ماه دریافت می کنند، چه به دست آمده و چه غیر به دست آمده، به ما بگویید. ما به این اطلاعات نیاز داریم تا بتوانیم مزایای صحیح را به شما ارائه دهیم. تمام درآمدها را قبل از کسر لیست کنید. نوع و میزان درآمد را ذکر کنید. (انواع درآمد شامل درآمد تمام یا نیمه وقت، خوداشتغالی، پرستاری از کودک، مشاغل غیر عادی، کار روزانه، پرداخت های اتاقک/مرز، مزایای تامین اجتماعی، مستمری، نفقه، نفقه فرزند، کمک های نقدی موقت و هر گونه درآمد به دست آمده یا غیرمستقیم دیگر است.)

| نام شخص دارای درآمد | نوع درآمد | نام و آدرس کارفرما | مقدار درآمد | چند بار دریافت شده است |
|---------------------|-----------|--------------------|-------------|------------------------|
| | | | \$ | |
| | | | \$ | |
| | | | \$ | |

12. اگر الان کار نمی کنید، کارتان کی تمام شد؟

نام و آدرس کارفرما

تاریخ پایان کار

دلیل پایان کار

تاریخ آخرین چک دریافتی

مرحله 5: درباره دارایی های خود به ما بگویید

13. لطفاً در مورد دارایی های خود، از جمله پولی که دارید و چیزهایی که دارید به ما بگویید. نمونه هایی از دارایی ها شامل حساب های بانکی، گواهی سپرده، سرمایه گذاری، سهام، اوراق قرضه، ملک های است که در آن زندگی نمی کنید.

| نوع حساب بانکی یا دارایی | مبلغ در حساب یا ارزش دارایی | نام شخص دارای حساب/دارایی |
|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | \$ | |
| | \$ | |
| | \$ | |

مرحله 6: در مورد هزینه های خود به ما بگویید

فقط در صورتی که برای مزایای SNAP درخواست می دهید به این سوالات زیر پاسخ دهید.

14. در این بخش در مورد هزینه های خود برای محل زندگی و سایر هزینه ها به ما بگویید.

| هزینه | مبلغ | چند وقت؟ | نام شخصی که پرداخت می کند |
|---|------|----------|---------------------------|
| اجاره یا رهن | \$ | | |
| مالیات و بیمه | \$ | | |
| هزینه های تعاونی یا کاندو یا اجاره زمین | \$ | | |
| آب، فاضلاب، زباله | \$ | | |
| گاز، برق | \$ | | |
| تلفن | \$ | | |
| هزینه های مراقبت از کودک یا بزرگسال (نگهداری از کودک) | \$ | | |
| هزینه های پزشکی برای افراد مسن یا معلول | \$ | | |
| حمایت قانونی از کودکان | \$ | | |

15. آیا گرما شامل اجاره شما می شود؟
اگر گرما شامل اجاره نمی شود، چگونه خانه خود را گرم می کنید؟
بله خیر
-
16. آیا هزینه تهویه مطبوع را پرداخت می کنید؟
نام شرکت آب و برق یا شخصی که پرداخت می کنید
بله خیر
-
17. آیا کسی در مورد هزینه های سرپناه به شما کمک می کند؟
نام کامل شخصی که کمک می کند (آخر، اول، اولیه)
بله خیر
-
18. آیا هر یک از هزینه های سرپناه خود را که در بالا ذکر شده تقسیم می کنید؟
نام کامل هزینه های سرپناه مشترک (آخرین، اولین، اولیه) سهم شما
بله خیر
-
19. آیا در مسکن عمومی، مسکن بخش 8، یا بخش 515 اداره خانه کشاورزان (FMHA) Home Administration زندگی می کنید؟
بله خیر
-
20. آیا در 12 ماه گذشته کمک انرژی (کمک دولت برای قبض های گرمایش یا برق) را در آدرس فعلی خود دریافت کرده اید؟
بله خیر

استعلام اعلامیه خانگی - اگر برای کمک نقدی موقت یا برنامه کمک تغذیه تکمیلی درخواست می کنید تکمیل کنید

1. آیا کسی در خانواده شما محکوم شده است به:
a. جنایت سلطان مواد مخدر در 22 اوت 1996 یا بعد از آن؟
(سلطان مواد مخدر - سازمان دهنده، ناظر، تامین کننده مالی یا مدیری که به عنوان یک همدست در توطئه ای برای تولید، توزیع، پخش، حمل و نقل یا وارد کردن یک ماده خطرناک کنترل شده به ایالت عمل می کند).
بله خیر اگر بله، چه کسی؟
-
- b. جنایت قاچاق مواد مخدر در تاریخ 22 اوت 1996 یا بعد از آن؟
(فروشنده حجم - فردی که مقادیر خاصی از یک ماده خطرناک کنترل شده را تولید، توزیع، پخش یا در اختیار دارد).
بله خیر اگر بله، چه کسی؟
-
2. آیا کسی در خانواده شما پس از 7 فوریه 2014، به دلیل تشدید سوء استفاده جنسی، قتل، بهره کشی جنسی و سایر سوء استفاده از کودکان، تجاوز جنسی طبق تعریف قانون خشونت علیه زنان در سال 1994 یا قانون ایالتی مشابه محکوم شده است و همچنین با شرایط حکم آنها مطابقت ندارد؟
بله خیر اگر بله، چه کسی؟
-
3. آیا کسی در خانواده شما در حال حاضر آزادی مشروط یا عفو مشروط را نقض می کند یا از پلیس یا دادگاه فرار می کند؟
بله خیر اگر بله، چه کسی؟
-
4. آیا کسی در خانواده شما از 22 اگوست 1996 در یک دادگاه فدرال یا ایالتی به دلیل نگفتن حقیقت در مورد محل زندگی یا هویت خود برای دریافت مزایای SNAP یا کمک نقدی از بیش از یک مکان در همان ماه محکوم شده است؟
بله خیر اگر بله، چه کسی؟
-
5. آیا دادگاه یکی از اعضای خانواده شما را به دلیل تجارت یا قاچاق مزایای 500 دلاری SNAP یا بیشتر محکوم کرده است؟
بله خیر اگر بله، چه کسی؟
-
6. آیا کسی در خانواده شما تحت هویت دیگری یا به عنوان عضوی از خانواده دیگر یا در ایالت دیگر از مزایای دریافت می کند؟
بله خیر اگر بله، چه کسی؟

حقوق مشتری

مطابق با قوانین فدرال حقوق مدنی و مقررات و سیاست‌های حقوق مدنی وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA)، وزارت کشاورزی ایالات متحده، آژانس‌ها، دفاتر و کارمندان آن، و مؤسساتی که در برنامه‌های USDA شرکت می‌کنند یا اجرا می‌کنند، از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، منشأ ملی، جنسیت (از جمله هویت جنسیتی و گرایش جنسی)، عقیده مذهبی، ناتوانی، سن، اعتقادات سیاسی، یا تلافی برای فعالیت‌های حقوق مدنی قبلی در هر برنامه یا فعالیتی که توسط USDA انجام شده یا تامین مالی می‌شود منع شده‌اند. برنامه‌های که کمک مالی می‌گیرند از وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (HHS) U.S. Department of Health and Human Services کمک مالی فدرال دریافت می‌کنند، مانند کمک موقت برای خانواده‌های نیازمند و Temporary Assistance for Needy Families (TANF)، و برنامه‌هایی که HHS مستقیماً اجرا می‌کند نیز طبق قوانین فدرال حقوق مدنی و مقررات HHS از تبعیض منع می‌شوند.

افراد دارای معلولیت که برای اطلاعات برنامه نیاز به وسایل ارتباطی جایگزین دارند (مانند خط بریل، چاپ بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی)، باید با آژانس (ایالتی یا محلی) که در آن درخواست مزایا کرده‌اند تماس بگیرند. افرادی که ناشنوا، کم شنوا یا دارای ناتوانی در گفتار هستند، می‌توانند از طریق خدمات رله فدرال به شماره 877-8339 (800) با USDA تماس بگیرند. علاوه بر این، اطلاعات برنامه ممکن است به زبان‌های دیگری غیر از انگلیسی در دسترس باشد.

USDA کمک مالی فدرال برای بسیاری از برنامه‌های امنیت غذایی و کاهش گرسنگی مانند برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)، برنامه توزیع غذا در رزرواسیون سرخ پوستان (FDPIR) و غیره ارائه می‌کند. برای ثبت شکایت برنامه تبعیض، فرم شکایت تبعیض برنامه را تکمیل کنید، (AD-3027) که به صورت آنلاین در آدرس زیر موجود است: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> و در هر دفتر USDA یا نامه ای خطاب به USDA بنویسید و تمام اطلاعات درخواست شده در فرم را در نامه ارائه کنید. برای درخواست کپی فرم شکایت با شماره 632-9992 (866) تماس بگیرید. فرم یا نامه تکمیل شده خود را از طریق پست به USDA ارسال کنید: خدمات غذا و تغذیه، USDA، 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; یا فکس: 256-1665 (833) یا 690-7442 (202); یا تلفن: 620-1071 (833); یا ایمیل: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

برای هر گونه اطلاعات دیگری در مورد مسائل SNAP، افراد باید یا با شماره خط تلفن اسنپ USDA به شماره 221-5689 (800)، که به زبان اسپانیایی نیز می‌باشد، تماس بگیرند یا با شماره های اطلاعات ایالت/خط تلفن تماس بگیرند برای لیست شماره های خط تلفن بر اساس ایالت، روی پیوند کلیک کنید؛ که آنلاین یافت می‌شود در: خط تلفن SNAP.

HHS کمک های مالی فدرال را برای بسیاری از برنامه ها برای ارتقای سلامت و رفاه فراهم می کند، از جمله TANF، Head Start، برنامه کمک به انرژی در خانه با درآمد کم (LIHEAP) Low Income Home Energy Assistance Program و غیره. اگر فکر می‌کنید که به دلیل نژاد، رنگ، منشأ ملی، ناتوانی، سن، جنسیت (از جمله بارداری، گرایش جنسی و هویت جنسی)، یا مذهب در برنامه‌ها یا فعالیت‌هایی که HHS مستقیماً انجام می‌دهد یا HHS کمک مالی فدرال ارائه می‌دهد مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید برای خود یا شخص دیگری با اداره حقوق مدنی (OCR) شکایت کنید

برای ثبت شکایت تبعیض برای خود یا شخص دیگری در رابطه با برنامه دریافت کمک مالی فدرال از طریق HHS، فرم را به صورت آنلاین از طریق پورتال شکایت OCR به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> تکمیل کنید. شما همچنین می‌توانید با OCR از طریق پست در تماس باشید: عملیات مدیریت پرونده متمرکز، وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; فکس: 619-3818 (202); یا ایمیل: OCRmail@hhs.gov. افرادی که برای ثبت شکایت حقوق مدنی به کمک نیاز دارند، می‌توانند OCR را به آدرس OCRAid@hhs.gov ایمیل کنند یا با شماره تلفن رایگان OCR با شماره تلفن 1-800-368-1019، TDD 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای افرادی که ناشنوا، کم شنوا یا مشکلات گفتاری دارند، لطفاً برای دسترسی به خدمات رله مخابراتی 1-7-1 را شماره گیری کنید.

این موسسه، یک ارائه کننده فرصتهای مساوی است.

من تحت مجازات شهادت دروغ، گواهی می‌دهم که تمام اطلاعاتی که در این فرم ارائه کرده‌ام درست، صحیح و تا حد توانایی، اعتقاد و دانش من، از جمله اطلاعات مربوط به شهروندی و وضعیت بیگانه متقاضیان مزایا، صحیح است. من به هر شخص، شراکت، شرکت، انجمن یا آژانس دولتی که حقایق مربوط به صلاحیت من را می‌داند، اجازه می‌دهم آن اطلاعات را به وزارتخانه ارائه دهد. من همچنین به وزارت اجازه می‌دهم با هر شخص، شراکت، شرکت، انجمن یا سازمان دولتی که مدرکی دال بر واجد شرایط بودن من برای دریافت مزایا ارائه کرده است، تماس بگیرد.

امضای شما

تاریخ امروز

امضای نماینده مجاز (در صورت وجود)

تاریخ امروز

اطلاعات تکمیلی

اگر برای نوشتن اطلاعاتی که در صفحه دیگری جا نمی‌شود به فضایی نیاز دارید، آن را اینجا اضافه کنید: