

আপনি যখন এই রিপোর্টটি ফেরত দেবেন,
তখন দেখে নেবেন যে এই রিপোর্টের
পিছনের দিকে থাকা লোকাল
ডিস্ট্রিক্টের ঠিকানা টি যেন ফেরত
দেওয়ার খামের উইন্ডোতে দেখা যায়।

LDSS-4310-BE (Rev. 3/18)

পাঞ্চিক রিপোর্ট

সুবিধাবলী পাওয়া অব্যাহত রাখতে আপনাকে অবশ্যই এই রিপোর্টটি পূরণ করে **_____** এর মধ্যে
পিছনে উল্লিখিত ঠিকানায় ফেরত পাঠাতে হবে।

আপনার যোগ্যতা নির্ণায়ক কর্মীর সাথে আপনার শেষ যোগাযোগের পরে আপনার তথ্যের কোনও পরিবর্তন হয়ে থাকলে এই “পাঞ্চিক রিপোর্ট”টি সেই তথ্য
সংগ্রহ করতে আমাদের সহায়তা করে। এই “পাঞ্চিক রিপোর্ট”টি পূরণ করার আগে অনুগ্রহ করে সমস্ত নির্দেশাবলী পড়া এবং তা অনুসরণ করা নিশ্চিত
করুন। উপরে উল্লিখিত তারিখের মধ্যে এই “পাঞ্চিক রিপোর্ট”টি সম্পূর্ণ ও স্বাক্ষর করে তা ফেরত পাঠানো আপনার জন্য গুরুত্বপূর্ণ। সেটি করতে ব্যর্থ হলে
আপনার শিশু পরিচর্যা (Child Care) এবং/বা সাল্লিমেন্টাল নিউট্রিশন অ্যাসিস্টেন্স প্রোগ্রাম (SNAP) এর সুবিধাবলী বন্ধ হয়ে যেতে পারে।

কেসের নাম	কেসের নম্বর	
অফিস	ইউনিট	কর্মী
এই রিপোর্টটি কীভাবে পূরণ করবেন সে সম্পর্কে আপনার কোনও প্রশ্ন থাকলে, ফোন করুন: (_____) _____	_____ এর মধ্যে আমাদের অবশ্যই আপনার সম্পূর্ণ রিপোর্ট পেতে হবে। এই তারিখের মধ্যে সম্পূর্ণ রিপোর্ট না পেলে, আপনার শিশু পরিচর্যা এবং/বা SNAP এর সুবিধাবলী বন্ধ হয়ে যাবে। এই রিপোর্টটি ফেরত না দিতে পারলে তা আপনার মেডিকেইড কভারেজকে প্রভাবিত করবে না।	

সাধারণ নির্দেশাবলী

- আপনাকে অবশ্যই এই রিপোর্টের **সমস্ত প্রশ্নের উত্তর** দিতে হবে। শিশু পরিচর্যা এবং/বা SNAP সুবিধাবলী পাওয়া প্রত্যেকের জন্য, **বা** এই
সুবিধাবলী পাওয়ার জন্য আইনগত ভাবে দায়িত্বপ্রাপ্ত কারো জন্য এই রিপোর্টের সমস্ত প্রশ্নের উত্তর দিন।
- এই রিপোর্টটি সম্পূর্ণ করে ও স্বাক্ষর করে আপনাকে অবশ্যই _____ এর মধ্যে আপনাকে এই রিপোর্টের পিছনে উল্লিখিত
ঠিকানায় ফেরত পাঠাতে হবে, না হলে আপনার শিশু পরিচর্যা এবং/বা SNAP এর সুবিধাবলী কমানো বা বন্ধ করা হতে পারে।

রিমাইন্ডার: এর সাথে **আপনি সাময়িক সহায়তা (Temporary Assistance) এবং মেডিকেইড পেলে**, কোনও পরিবর্তন হলে 10 দিনের মধ্যে
সেই পরিবর্তনগুলি সম্পর্কে আপনাকে অবশ্যই জানাতে হবে। SNAP এর জন্য, আপনার মাসিক মোট আয় আপনার ঘোষিত আয়ের সীমা থেকে
130% বেশি হলে মাসের শেষ তারিখের পরের দশ দিনের মধ্যে আপনাকে অবশ্যই রিপোর্ট করতে হবে। যদি আপনার SNAP প্রাপ্ত পরিবারে কোন
নির্ভরশীল ছাড়া সুস্থ সবল প্রাপ্তবয়স্ক (Able-Bodied Adult Without Dependents, ABAWD) থাকেন, তাহলে তার কাজ প্রতি মাসে 80 ঘণ্টার কম
হয়ে গেলে সেই মাস শেষ হবার 10 দিনের মধ্যে ডিস্ট্রিক্টে অবশ্যই জানাতে হবে। ABAWD তার ফেডারেল ABAWD শর্তাবলী পূরণের জন্য
ডিস্ট্রিক্টের থেকে যোগ্য কাজের অনুরোধ করতে পারেন। যদি আপনার SNAP প্রাপ্ত পরিবারের কেউ ABAWD, থাকেন এবং যদি আপনার পরিবার
ফেডারেল ABAWD ওয়েভারসহ অন্য কোনও স্থানে চলে যায় বা যদি ABAWD মনে করেন তিনি ABAWD শর্তাধীন নন তাহলে তাহলে তাকে এই
বিষয়ে জানাতে হবে। তা না হলে, এই পাঞ্চিক রিপোর্ট বা পুনরায় শংসাকরণ, যেটি আগে হবে, সেই সময় ছাড়া অন্য কোনও সময় আপনাকে
পরিবর্তনগুলি রিপোর্ট করতে হবে না। আপনার **শিশু পরিচর্যা**য় প্রভাব ফেলে এরকম কোনও পরিবর্তন ঘটলে আপনাকে অবশ্যই অবিলম্বে
আপনার কর্মীকে জানাতে হবে।

নিউ ইয়র্ক সিটির জন্য – নতুন! আপনি এখন আপনার পাঞ্চিক রিপোর্ট দ্রুত ও সহজে **অনলাইনে**
(সেটি ডাকযোগে পাঠানোর পরিবর্তে) জমা করতে পারবেন।

এখানে যান www.nyc.gov/accesshra

সেকশন 1: অনুগ্রহ করে परिवारের प्रत्येक सदस्येय समस्त आय तालिकाबद्ध करून। आपनि शुधुमात्र SNAP सुविधावली पेले, आपनाके शुधुमात्र परिवारेय प्रत्येक कर्मरत सदस्येय आय एथाने तालिकाबद्ध करते हवे।

(आयेर उदाहरणगुलि एकटि चाकरि, बेकारर वीमा (Unemployment Insurance), सोश्याल सिकिउरिटरि सुविधावली (Social Security Benefits), साप्लिमेन्टल सिकिउरिटरि इनकाम (Supplemental Security Income, SSI) के अन्तर्भूक्त करे)

के	नियोगकारीर नाम वा आयेर अन्य उ९स	कत दिन अन्तर? (प्रात्यहिक, साप्ताहिक, द्वि-साप्ताहिक, मासिक)	मोट # घन्टा सप्ताहे कतक्षण काज करेछेन

सम्पूर्ण [] **मासे परिवारेय ये कोनओ सदस्येय उपार्जित समस्त आयेर प्रमाण पाठान।**

सकशन 2: आपनार शेष रिपोर्टेर पर थेके कि अन्य कोनओ परिवर्तन (निचेर वक्त्रगुलि पडुन) हयेछे, वा आपनि कि कोनओ परिवर्तन आशा करेछेन?

ना वा ह्याँ **ह्याँ हले आपनाके अवशयि निचेर अन्तत एकटि वक्त्रे टिक (✓) दिते हवे।**

- आपनार परिवारेय शारीरिक भावे सक्षम एकजन प्राप्तपवयस्क प्रति मासे अन्तत 80 घन्टा चाकरि करेननि/एकटि चाकरि कर्षकलापे अंशग्रहण करेननि। (के एवं कोन मासे आवश्यकता पूरण करेननि निचे ता लिखुन।)
- आपनार परिवार अन्य ठिकानाय चले गेछे (निचे नतुन ठिकानाटि लिखुन।)
- केउ आपनार परिवारे एसेछेन वा परिवार थेके चले गेछेन (के, कथन चले गेछेन एवं नतुन भाडार परिमाण लिखुन)
- आपनार भाडा बेडेछे ना कमेछे (नतुन भाडार परिमाण लिखुन।)
- आपनि कि एथन एगुलोय जन्य आलादा करे भाडा देन: हिटिंग एयार कन्डिशनिंग अन्यान्य इउटिलिटी (इलेक्ट्रिसिटी, रान्नाय ग्यास, जल, पय निष्काशन, आवर्जना परिष्कार)
- केउ चाकरिते योगदान करेछेन वा चाकरि छेडे दियेछेन (के, कथन, कोथाय चाकरि पेयेछेन वा कोथा थेके चाकरि छेडे दियेछेन ता लिखुन।)
- कारेय अनुपार्जित आयेर परिमाणे एकटि परिवर्तन हयेछिल।
- आपनार शिशु परिचर्याय खरच (आपनार शिशुय परिचर्याय जन्य आपनि या प्रदान करेन, शिशु परिचर्याय भर्तुकि नय) नतुन वा परिवर्ति हयेछे वा शिशु परिचर्या प्रदानकारी परिवर्तित हयेछे (नतुन परिमाण एवं के शिशु परिचर्या प्रदान करेन ता लिखुन।)
- परिवारेय कारेय मृत्यु वा जन्म (के एवं कथन ता लिखुन।)
- आपनार परिवारेय एकजन सदस्येय द्वारा प्रदान करा आइनगतभावे प्रदान करा शिशु सहायतार परिमाणे परिवर्तन (आपनार परिवारेय के सहायताटि प्रदान करेन ता लिखुन।)
- चिकि९सागत अवस्था कोनओ परिवर्तन यार जन्य परिवारेय कारेय काज करार क्षमता सीमित वा तारा ये धरनेर काज करेन ता करार क्षमता सीमित। (कार एवं कथन चिकि९सागत अवस्था हयेछे ता लिखुन।)
- अन्यान्य परिवर्तनसमूह या सुविधावलीके प्रभावित करते पारे (के, की, कथन परिवर्तन हयेछे ता लिखुन एवं संभव हले तार प्रमाण दिन।)

एथाने आपनार परिवर्तन(परिवर्तनगुलि) विशद लिखुन, एवं आपनार काछे कोनओ प्रमाण थाकले ता पाठान: _____

प्रत्ययन: आमि बुझेछि ये एहि रिपोर्टे आमि ये तथ्य दियेछि तार फले सामयिक सहायतार सुविधावली, SNAP सुविधावली, शिशु परिचर्याय सुविधावली सह आमार सहायताय परिवर्तन हते पारे वा आमार केसटि वक्त्र हये थेते पारे। आमार मोट आय 130% लेबेल पेरीये गेले, ये मासे सेटि पेयेछि सेह मासेर शेष तारिखेय 10 दिनेर मध्ये आमाके अवशयि सेटि रिपोर्ट करते हवे। आमि जानि ये कोनओ ब्यक्ति सामयिक सहायता, मेडिकेइड, शिशु परिचर्या वा SNAP सुविधावली पाओयार योग्य ना हओया सझेओ जालियातिर माध्यमे सेगुलि पाओयार चेष्टा करले वा पेले तार जन्य युक्तराष्ट्रीय एवं सेट आइन जरिमाना करे एवं/अथवा कारादन्ड देय। एहि फर्मे रिपोर्ट करा तथ्य मेडिकेइडेय जन्य आमार योग्यताके प्रभावित करते पारे।

आमि बुझेछि ये आमार सामयिक सहायता एवं मेडिकेइड केसेर कोनओ परिवर्तन हले आमाके अवशयि 10 दिनेर मध्ये ता रिपोर्ट करते आमार कर्मरि साथे योगायोग करते हवे।

आमि बुझेछि ये आमार शिशु परिचर्याय प्रभाव फेले एरकम कोनओ परिवर्तन घटले आमाके अवशयि अबिलम्बे आमार कर्मरि साथे योगायोग करते हवे। आमि एटिओ बुझेछि ये आमि यदि एमन एकजन शिशु परिचर्या प्रदानकारी ब्यवहार करि यिनि लाइसेन्स प्राप्त वा निबन्धित नन, अर्थ पाओयार जन्य आमार प्रदानकारीके अवशयि निर्दिष्ट आवश्यकतागुलि पूरण करते हवे।

आमार SNAP केसेर जन्य, आमाके अवशयि पाष्क रिपोर्ट एवं पुनःप्रत्ययन येटि आगे हवे, सेह समये परिवर्तनगुलि रिपोर्ट करते हवे। आमाके अन्य ये कोनओ समयओ परिवर्तन रिपोर्ट करते पारि। आमार SNAP परिवारे केउ एकजन ABAWD हले, कोनओ मासे तादेर काज करार समय 80 घन्टा क कम हले सेह मास शेष हओयार 10 दिनेर मध्ये आमाके अवशयि ता रिपोर्ट करते हवे।

गुरुत्वपूर्ण-आपनाके एहि फर्माटि स्वाक्षर करे फेरत पाठाने हवे। सकशन 2 ए कोनओ परिवर्तने आपनि "ह्याँ" ते टिक करे थाकले, निश्चित करून आपनि वक्त्रे(वक्त्रगुलि) टिक(✓) करेछेन एवं आरओ विशद दियेछेन। रिपोर्टटि सम्पूर्ण ना हले, आमरा आपनाके एकटि स्वगितादेशेय नोटिष पाठाने।

आपनार स्वाक्षर:	तारिख	टेलिफोन नम्बर (दिनेर बेलार)
-----------------	-------	-----------------------------

पूवण करून एवं प्रदत थामे फेरत पाठान

आपनि यथन एहि रिपोर्टटि फेरत पाठाने, निश्चित करून ये आपनि एहि ठिकानाटि फेरत पाठानेय थामेय उइन्तेते देखते पाछेन →