



تاریخ: _____
 کیس نمبر: _____
 کیس کا نام: _____
 سٹر: _____
 کیس لوڈ: _____

میل کی دوبارہ تصدیق/اہلیتی سوالنامہ (Urdu)

نقد اعانت (Cash Assistance, CA) اور تکملاتی تغذیاتی اعانت پروگرام (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) کے لیے آپ کی مسلسل اہلیت کا تعین کرنے کے واسطے، آپ کو ہر سوال کا جواب دینا، اس فارم پر دستخط مع تاریخ درج کر کے اسے منسلک ڈاک خرچ ادا شدہ لفافے میں رکھ کر Family Independence Administration, P.O. Box 637, Canal Street Station, New York, NY 10213-0195 کے پتے پر ذیل کی تاریخ تک واپس بھیجنے ضروری ہے: _____ (واپسی کی تاریخ)

- کے لیے، اس فارم کو میل کی دوبارہ تصدیق کا فارم مانا جاتا ہے۔ SNAP کے لیے، یہ ایک اہلیتی سوالنامہ ہے۔ آپ جن تبدیلیوں کی رپورٹ کرتے ہیں ان کی تصدیق کرنے والے خطوط یا دستاویزات کی نقول منسلک کرنا ضروری ہے۔ اس کے علاوہ، اگر آپ یا آپ کے خاندان کے فرد کی کوئی نوکری (کمائی ہوئی آمدنی) ہے تو آپ کو پچھلی چار ادائیگی کی پرچیاں یا کمائی ہوئی مجموعی آمدنی اور پہلے 30 دن میں کام کا کام کی تعداد کا بیکر شوت جمع کروانا ضروری ہے۔ چاہے اجرتیں تبدیل نہ ہوئی ہوں۔
- فارم جمع نہیں کروانے یا مطلوبہ تصدیق کے بغیر اسے واپس بھیجنے کے نتیجے میں آپ کا کیس بند ہو سکتا ہے یا فوائد کم ہو سکتے ہیں۔

1. کیا آپ کو اب بھی درکار ہے: نقد اعانت? ہاں نہیں

SNAP? ہاں نہیں طبی اعانت? ہاں نہیں

اگر آپ نے نہیں کو نشان زد کرتے ہیں تو آپ کے فوائد روک دیے جائیں گے۔

2. پچھلی بار آپ نے اپنے گھرانے میں جتنے افراد کی رپورٹ کی اس کے بعد سے کیا کوئی آپ کے گھرانے میں آیا ہے یا گیا ہے (بشمول ولادت)? ہاں نہیں
- اگر ہاں، تو ذیل میں مطلوبہ معلومات فراہم کریں۔
 - اگر وہ اعانت کے لیے درخواست دینا چاہتے ہیں تو ایک درخواست مکمل کرنا ضروری ہے۔
 - اگر آپ کسی نو زائیدہ کی رپورٹ کر رہے ہیں تو تصدیق کے لیے سند ولادت کی نقل منسلک کریں۔

سوشل سیکیورٹی نمبر	نام	آپ سے رشتہ	منتقل ہو کر آئے	چلے گے	تاریخ

کیس نمبر:

3. نقد اعانت کے علاوہ، کیا آپ یا آپ کے گھر میں کسی کی آمدنی میں تبدیلی ہوئی ہے؟ کیا کسی کو کوئی نئی یا اضافہ شدہ آمدنی موصول ہونا شروع ہو گئی ہے یا پچھلی بار اپنی آمدنی کی رپورٹ کرنے کے بعد سے درج ذیل میں سے کسی وسیلے سے بونے والی آمدنی سے محروم ہو گئے ہیں؟

اگر آپ نے ہاں کو نشان زد کیا تو خود کو موصولہ رقم اور یہ بتائیں کہ آیا یہ رقم نئی ہے، زیادہ ہے یا کم ہے۔ اگر آپ یا آپ کے خاندان کے فرد کی کوئی نوکری (کمائی ہوئی آمدنی) ہے تو آپ کو حصہ B، ملازمت، مکمل کرنا اور پچھلی چار ادائیگی پرچیاں یا کمائی ہوئی مجموعی آمدنی اور 30 دن میں کام کا کام کی تعداد کا دیگر ثبوت جمع کروانا ضروری ہے اجرتیں تبدیل نہ ہوئی ہوں۔

کم	زیادہ	نئی	رقم	آمدنی کا ذریعہ
			\$ _____	A. زر تعاون <input type="checkbox"/> بان <input type="checkbox"/> نہیں
			\$ _____	B. ملازمت (چابے نئی ہو یا نہ ہو اور چابے پچھلی رپورٹ کردہ سے زیادہ ہو یا کم) براہ کرم آپ نے فی بقہہ جتنے گھنٹے کام کیا اس کی تعداد بیان کریں -
			\$ _____	C. بیروزگاری بیمه کے فوائد Insurance Benefits, UIB
			\$ _____	D. سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم Supplement Security Income, SSI
			\$ _____	E. SSI کے علاوہ سوشن سیکیورٹی انکم
			\$ _____	F. امداد اطفال (بشمل عدالت کی آرڈر کردہ ادائیگیاں)
			\$ _____	G. سابق فوجی یا دیگر فوجی فوائد
			\$ _____	H. دیگر آمدنی

4. کیا ہمارے پاس پچھلی بار آپ کے رپورٹ کرنے کے بعد سے درج ذیل میں کوئی تبدیلی ہوئی ہے؟

A. کرایے کی لاگتیں: بان نہیں

اگر بان تو بڑھا ہے گھٹا ہے نئی قم \$ _____ (تبدیلی کا ثبوت منسلک کریں)۔

B. کیا آپ درج ذیل کے لیے اپنے کرایے سے الگ ادا کرتے ہیں:

حرارت یا ائر کنڈیشننگ بان نہیں

دیگر یوٹیلیٹیز (بجلی، کھانا بنانے کی گیس، پانی، سیور، کچرا، وغیرہ) بان نہیں

C. کیا کوئی حاملہ، معدور یا 60 سال یا اس سے زیادہ عمر کا ہے؟ بان نہیں

اگر بان تو نام فراہم کریں (طبی ثبوت منسلک کریں):

کیس نمبر:

4. کیا بمارے پاس پچھلی بار آپ کے رپورٹ کرنے کے بعد سے درج ذیل میں کوئی تبدیلی ہوئی ہے؟ (جاری)

D. وسائل (جیسے، موٹر گاڑی، بینک کھاتہ، وغیرہ): بان نہیں

اگر بان تو وضاحت کریں (کار ٹائٹل، بینک کھاتہ وغیرہ کی فوٹو کاپی منسلک کریں):

E. امداد اطفال جو آپ اپنے گھرانے سے باہر کسی کو ادا کرتے ہیں: بان نہیں

اگر بان تو بڑھا بے گھٹا بے نئی قم \$ _____

(عدالتی آرڈر کی نقول منسلک کریں)

F. گھرانے کے اس فرد کے ذریعہ ادا کردہ طبی اخراجات جو معذور ہے یا جس کی عمر 60 سال یا اس سے زائد ہے:

بان نہیں

اگر بان تو تبدیلی کی وضاحت کریں:

G. دیگر تبدیلیاں: بان نہیں

اگر بان تو وضاحت کریں:

H. کوئی ایسی طبی کیفیت لاحق ہے جو کام کرنے یا جس قسم کا کام آپ کر سکتے ہیں اسے انجام دینے کی آپ کی

صلاحیت محدود ہو جاتی ہے؟ بان نہیں

اگر بان تو نام:

منحصرین کے بغیر ابل بدنی صلاحیت کا حامل بالغ (ABAWDs) - اگر آپ کے SNAP والے گھرانے میں کوئی شخص منحصرین کے بغیر ابل بدنی صلاحیت کا حامل بالغ ("ABAWD") Able Bodied Adult Without Dependents، "ABAWD" بے تو ملازمت یا دیگر عملی سرگرمیوں میں اس فرد کی مابانہ شرکت مہینے میں 80 گھنٹے سے کم ہو جانے پر آپ کو رپورٹ کرنا ضروری ہے۔

تمکلاتی تغذیاتی اعانت پروگرام، SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

یہ تعین کرنے کے لیے کہ آیا آپ کو اب بھی SNAP کے فوائد مل سکتے ہیں، آپ کو یہ اپلیتی سوالنامہ مکمل کرنا اور اس فارم کے صفحہ 1 پر درج تاریخ تک اسے واپس بھیجنा ضروری ہے۔ اگر آپ اپلیتی سوالنامہ مکمل کر کے آخری تاریخ تک اسے واپس نہیں بھیجتے ہیں تو آپ کے SNAP کے فوائد کم یہ بند ہو سکتے ہیں۔ اگر ایسا ہوتا ہے تو ہم آپ کو دوسرا نوٹس بھیجیں گے۔ یہ فیصلہ ضابطہ 18 NYCRR 387.17 پر مبنی ہے۔

ان تبدیلیوں کی فہرست جن کی ریورٹ آی کو اس وقت SNAP کے لیے کرنا ضروری ہے:

• آپ کے گھرانے میں کسی کی بھی کسی بھی آمدنی کے ذریعہ میں ہونے والی تبدیلیاں۔

• آپ کے گھرانے کی کل کمائی بھئی آمدنی میں ہونے والی تبدیلیاں جب وہ مہینے میں \$100 سے زیادہ تک اوپر یا نیچے ہو۔

کیس نمبر:

ان تبدیلیوں کی فہرست جن کی ریورٹ آپ کو اس وقت SNAP کے لیے کرنا ضروری ہے:

- آپ کے گھرانے کی کل عوامی ذرائع سے کمائی بونے والی تبدیلیاں جیسے سوشل سیکیورٹی کے فوائد یا بیروزگاری بیمه کے فوائد جب وہ مہینے میں \$100 سے زیادہ تک اوپر یا نیچے ہو۔
 - آپ کے گھرانے کی کل نجی ذرائع سے کمائی بونے والی تبدیلیاں جیسے امداد اطفال کی ادائیگیاں یا نجی معدنوئی بیمه جب وہ مہینے میں \$100 سے زیادہ تک اوپر یا نیچے ہو۔
 - عدالت کا آرڈر کردہ امداد اطفال جو آپ ادا کرتے ہیں اپنے SNAP والے گھرانے سے باہر کے کسی بچے کو۔
 - جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اس میں تبدیلیاں۔
 - اگر آپ منتقل ہو جاتے ہیں تو آپ کا نیا پتہ اور آپ کا نیا کرایہ یا رہن کی لاگتیں، حرارت/ایئر کنڈیشننگ کی لاگتیں، اور یوٹیلیٹی کی لاگتیں۔
 - ایک نئی یا مختلف کار یا دیگر گاڑی۔
 - آپ کے گھرانے کی نقدی، اسٹاکس، بونڈز، بینک یا یا بچت والے اداروں میں موجود رقم میں اضافہ اگر گھرانے کے تمام افراد کی کل نقدی یا بچت کی رقم کسی عمر رسیدہ یا مستقل طور پر معدنور گھرانے کے ممبر سے عاری گھرانے کے لیے \$2,250 یا عمر رسیدہ یا مستقل طور پر معدنور گھرانے کے ممبر والے گھرانے کے لیے \$3,500 سے زیادہ ہو۔
 - اگر آپ کے SNAP والے گھرانے میں کوئی شخص منحصرین کے بغیر اہل بدنی صلاحیت کا حامل بالغ (ABAWD) ہے تو ملازمت یا دیکھ عملی سرگرمیوں میں ان کی شرکت ہر مہینے 80 گھنٹے سے کم ہو جانے پر انہیں اس مہینے کے اختتام کے بعد 10 دنوں کے اندر ضلع ہذا کو بتانا ضروری ہے۔ ABAWD ضلع ہذا سے اہل قرار دینے والی عملی سرگرمی کی درخواست کر سکتا ہے تاکہ انہیں ABAWD کے وفاقی تقاضے کو پورا کرنے میں مدد مکر۔ اگر آپ کے SNAP والے گھرانے میں کوئی شخص ABAWD ہے اور آپ کا گھرانہ وفاقی سطح پر منظور شدہ ABAWD سے باز نامہ والے گھرانے میں منتقل ہو گیا ہے یا ABAWD کو یقین ہو کہ انہیں ABAWD کے تقاضے سے مستثنی قرار دیا جانا چاہیے تو بھی انہیں رپورٹ کرنا ضروری ہے۔

طبی اعانت – آپ کو اپنے پتہ، آمدنی، وسائل یا گھرانے کے سائز میں کسی تبدیلی کی رپورٹ اس ایجنسی کو کرنا ضروری ہے۔ اگر آپ کی طبی اعانت کا کوریج تبدیل ہو جاتا ہے تو آپ کو مطلع کر دیا جائے گا۔

آپ جن تبدیلیوں کی رپورٹ کرتے ہیں ان کی تصدیق کرنے والے خطوط یا دستاویزات کی نکول منسلک کرنا ضروری ہے۔ اس کے علاوہ، اگر آپ یا آپ کے خاندان کے فرد کی کوئی نوکری (کمائی ہوئی آمدنی) ہے تو آپ کو پچھلی چار ادائیگی کی پرچیاں یا کمائی ہوئی مجموعی آمدنی اور پر 30 نئی ملی گلگلہ کام ۲۰۲۱ کی تعداد کا بیگر ثبوت جمع کروانا ضروری ہے جائے اجر تین تبدیل نہ ہوئی یوں۔

اگر آپ کے SNAP والے گھرانے میں کوئی شخص منحصرین کے بغیر اپل بدنی صلاحیت کا حامل بالغ (ABAWD) ہے تو آپ کو اس مہینے کے اختتام کے بعد 10 دنوں کے اندر ہمیں یہ بتانا ضروری ہے کہ آیا ملازمت یا دیگر عملی سرگرمی میں اس فرد کی شرکت مہینے میں 80 گھنٹے سر کم ہوتی ہے۔

کیس نمبر:

ماسیق SSI سے عوامی اعانت کے فوائد واپس ادا کرنے کا اجازت نامہ

میں کمشنر برائے سوشن سیکیورٹی ایڈمنیسٹریشن، SSA (Social Security Administration, SSA) کو یہ فیصلہ کرنے کے دوران کہ آیا میں سپلیمنٹل سوشن سیکیورٹی انکم (Supplemental Security Income, SSI) کا ابل بون ریاستی یا مقامی فنڈر سے سوشن سروز ڈسٹرکٹ (Social Services District, SSD) کی جانب سے مجھ کو ادا کردہ عوامی اعانت (Public Assistance, PA) کے لیے مقامی SSD کو باز ادائیگی کرنے کے لیے سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم (Supplemental Security Income,SSI) کی میری پہلی ادائیگی استعمال کرنے کی اجازت دیتا ہو۔ اس PA کے لیے جو کسی وفاقی فنڈر کا استعمال کرکے ادا کیا گیا تھا SSD کو باز ادائیگی نہیں کرے گا۔

میں صرف اس صورت میں اس اجازت نامہ کا پابند ہوں گا جب ریاست SSA کو یہ نوٹس دے کہ میں نے اور SSD کے نمائندے نے اس پر دستخط کیا ہے۔ ریاست ہذا پر میرے SSI کے ریکارڈ کو میرے ریاستی ریکارڈ سے مماثل کرنے سے 30 تقویمی دنوں کے اندر مجھے نوٹس دینا لازم ہے۔ اسے 30 تقویمی دنوں کے بعد قبول نہیں کرے گا۔ اس کے باجائے، SSA مجھے اصولوں کے تحت میری ماسیق SSI کی ادائیگی بھیجے گا۔

SSI کی میری صرف پہلی ادائیگی استعمال کی جا سکتی ہے۔ اگر میری پہلی ادائیگی SSD کی بقايا رقم سے زائد ہے تو SSA اپنے اصول کے تحت باقی رقم مجھے بھیجے گا۔

SSI دو حالات میں SSD کو باز ادائیگی کر سکتا ہے:

(1) یہ SSD کو صرف اس صورت میں واپس ادائیگی کرے گا جب میرے SSI کے لیے درخواست دوں اور SSA مجھے ابل پائے۔

(2) یہ اس صورت میں SSD کو واپسی ادائیگی کرے گا جب میرے SSI کے فوائد برخاستگی یا موقوفی کے بعد دوبارہ چالو ہو جائیں گے۔

SSI صرف اس PA کے منظور SSD کو باز ادائیگی کرے گا جو اس نے مجھے ابلیت کے حوالے سے SSA کے تعین کا انتظار کر رہے ہوئے کے دوران مجھے ادا کیا تھا۔ اسے "عوری اعانت" کہا جاتا ہے۔ یہ مدت (1) SSI کے فوائد کی ادائیگی کے لیے میرے ابل ہونے کے پہلے مہینے کے ساتھ، یا (2) میرا SSA معطل یا برخاست ہونے کے بعد مجھے اس کے دوبارہ شروع کرنے کے پہلے دن شروع ہوتی ہے۔ اس مدت میں وہ مہینہ شامل ہے جس میں SSI کی ادائیگیاں واقع نہیں تھیں۔ اگر SSD میری آخری PA کی ادائیگی نہیں روک سکتا ہے تو وہ مدت اگلے مہینے ختم ہو جائے گی۔

SSI کی جانب سے SSD کو باز ادائیگی کر دینے کے زیادہ سے زیادہ 10 دن بعد، SSD کو مجھے ایک نوٹس بھیج کر ادا کردہ عوری اعانت کی رقم مجھے کو بتانا ضروری ہے۔ نوٹس سے مجھے یہ بھی معلوم ہوگا کہ SSA مجھے ایک خط بھیج کر مجھے کو بتائے گا کہ آیا مجھے پر واجب کوئی باقی SSI کی رقم SSA کے ذریعہ کس طرح ادا کی جائے گی اور یہ بتائے گا کہ اگر میں ریاست کے فیصلے سے اتفاق نہیں کرتا ہوں تو میں ریاست کے پاس اس فیصلے پر کس طرح اپیل کر سکتا ہوں۔

SSI اپنے اصولوں کے تحت، جس تاریخ کو میں نے اس اجازت نامہ پر دستخط کیا تھا، اس تاریخ کو، جب میں پہلی بار SSI کا ابل ہوا تھا کے طور پر استعمال کر سکتا ہے۔ ایسا وہ صرف اس صورت میں کرے گا جب میں اگلے 60 دنوں کے اندر SSI کے لیے درخواست دوں گا۔

یہ اجازت نامہ SSI کی کسی بھی ایسی درخواست یا اپیل پر لاگو ہوتا ہے جو SSA کے سامنے ابھی میری طرف سے زیر التوا ہے۔

SSI کے میرے کیس کا کلی طور پر فیصلہ بو جانے پر یہ اجازت نامہ ختم ہو جائے گا۔ SSA کی جانب سے پہلی بار مجھے ادائیگی بو جانے پر یہ ختم ہو جائے گا۔ ریاست ہذا اور میں اجازت نامہ ختم کرنے پر بھی منفق ہیں۔ اگر میں یہ اجازت نامہ ختم ہونے کے بعد SSI کے لیے دوبارہ درخواست دیتا ہوں یا اگر SSI کی درخواست یا اپیل زیر التوا بنے کے دوران میں SSI کا نیا دعوی دائر کرتا ہوں تو مجھے NYS کے اصولوں کے ساتھ ایک نئے اجازت نامہ پر دستخط کرنا ضروری ہے۔

کیس نمبر:

اگر میں باز ادائیگی کے بارے میں کیے گئے SSD کے فیصلے سے اختلاف کرتا ہوں تو مجھے منصفانہ سماعت کا موقع دیا جائے گا۔

مجھے "ساماجی خدمات پروگراموں کے بارے میں آپ کو کیا جانا چاہیے" (What You Should Know About Social Services Programs) نامی پرچہ کی ایک کاپی موصول ہو گئی۔ میں عبوری اعانت کے بارے میں اس میں مذکور باتوں کو سمجھتا ہوں۔

میں قسم کھاتا ہوں (یا) توثیق کرتا ہوں کہ اس فارم میں درج معلومات صحیح اور درست ہیں۔

نام (براہ کرم جلی حروف میں لکھیں): _____

دستخط:

شریک حیات یا مجاز نمائندے کے دستخط:

تاریخ:

انتباہ: اگر آپ اعانت کے لیے اپنی مسلسل اہلیت کے سلسلے میں سچائی نہیں بتاتے ہیں یا حقائق کو چھپاتے ہیں یا افشاء کرنے میں ناکام رہتے ہیں تو وفاqi اور ریاستی قانون جرمانہ، سزائے قید یا دونوں فراہم کرتا ہے۔ ضابطے کا تقاضا ہے کہ آپ ضروریات، امندی، وسائل، ملازمت، رہائش کے انتظامات یا پتے میں ہونے والی کسی بھی تبدیلیوں کی بابت اس ایجنسی کو فوری طور پر مطلع کریں۔

کارکن کا دستخط:

نوٹ: اس فارم کا آخری حصہ ووٹ ڈالنے کے لیے رجسٹریشن کی درخواست ہے۔ اگر آپ ووٹر رجسٹریشن کی درخواست فارم پر کرنے میں مدد حاصل کرنا چاہیں تو اپنے کارکن سے طلب کریں۔ ووٹ ڈالنے کے لیے رجسٹریشن کی درخواست دینے یا رجسٹریشن سے منع کرنے سے اعانت کی وہ رقم متاثر نہیں ہوگی جو آپ کو اس ایجنسی کے ذریعہ دی جائے گی۔ یہ فارم ایجنسی کو واپس بھیجن چاہے یہ مکمل ہو یا نہ ہو۔