

Tennessee Department of Human Services (Tennessee ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုဌာန) မိသားစုအကူအညီ လျှောက်လွှာ	သင့်တွင် ချို့ယွင်းချက်တစ်ခု ရှိသောကြောင့် သို့မဟုတ် အင်္ဂလိပ်စကား မပြောနိုင်သောကြောင့် ဤလျှောက်လွှာအတွက် အကူအညီလိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြပါ။ အခမဲ့အကူအညီ ရရှိနိုင်ပါသည်။ မိသားစုအကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုစင်တာ ဖုန်းနံပါတ် 866-311-4287 နှင့်/သို့မဟုတ် TTY ဖုန်းနံပါတ် 711 သို့ ဆက်သွယ်ပါ။ အသံသွင်းထားသည့် မက်ဆေ့ချ်ပြီးဆုံးသွားသည့်နောက် သင့်အား စကားပြန်တစ်ဦး စီစဉ်ပေးနိုင်သည့် အော်ပရေတာနှင့် ချိတ်ဆက်ပေးပါမည်။
---	---

ဤအကွက်သည် TDHS အသုံးပြုရန်အတွက်သာဖြစ်သည်
အမှုကိစ္စ #- _____
လက်ခံရရှိသည့် ရက်စွဲ- _____
ကောင်တီ- _____

သင်၏အမည်၊ လိပ်စာနှင့် လက်မှတ်တို့သာပါသော သင့်လျှောက်လွှာကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံရယူပါမည်။ သို့သော် နောက်ထပ်အချက်အလက်များကို ပြောပြခြင်းဖြင့် သင်အကူအညီရရှိနိုင်၊ မရနိုင်ကို ကျွန်ုပ်တို့က ပိုမိုမြန်ဆန်စွာ သိနိုင်ပါမည်။ အကယ်၍ သင့်ကို အတည်ပြုပေးလိုက်ပါက သင့်လျှောက်လွှာကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံရရှိသည့်နေ့မှစ၍ သင်က အကျိုးခံစားခွင့်များကို စတင်ခံစားနိုင်ပါသည်။ များသောအားဖြင့် သင်သည် လျှောက်လွှာလုပ်ငန်းစဉ်ကို အပြီးသတ်ရန် TDHS ဝန်ထမ်းတစ်ဦးနှင့် ဆွေးနွေးရန် လိုအပ်ပါမည်။

သင်သည် အောက်ပါအခြေအနေများနှင့် ကိုက်ညီပါက SNAP ကို 7 ရက်အတွင်း ရရှိနိုင်ပါသည်-

1. သင်အိမ်ထောင်စု၏ လစဉ်ဝင်ငွေက \$150 အောက်ဖြစ်ပြီး သင့်တွင် ယခု အရင်းအမြစ် \$100 နှင့်အောက် ရှိပါက။
2. သင်၏ နေထိုင်ရာနေရာအတွက် ကုန်ကျစရိတ် (အသုံးဝန်ဆောင်မှုများအပါအဝင်) သည် သင်၏ လစဉ်ဝင်ငွေနှင့် စုဆောင်းငွေ နှစ်ခုပေါင်းထက် ပိုများနေပါက။
3. သင်သည် ရာသီအလိုက် ခြံအလုပ် သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်းအလုပ်ကို လုပ်ကိုင်ပါက။

ဤလျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ရာတွင် သို့မဟုတ် နားလည်ရာတွင် ခက်ခဲစေသည့် ချို့ယွင်းချက်တစ်ခု သင့်တွင်ရှိလျှင် ကျွန်ုပ်တို့က ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ သင်က ကျွန်ုပ်တို့ရှိသည့် မလာနိုင်လျှင် ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်ကို ဖုန်းဆက်နိုင်သည့် သို့မဟုတ် သင့်ထံ လာရောက်ပေးနိုင်ပါသည်။ ဝန်ဆောင်မှုရယူသူများသည် အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် လျှောက်လွှာနှင့် ထောက်ခံချက်စာရွက်စာတမ်းများကို ၎င်းတို့၏ ကောင်တီရှိသို့ စာတိုက်မှဖြစ်စေ၊ ကိုယ်တိုင်လာရောက်၍ဖြစ်စေ ပေးပို့နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် <https://onedhs.tn.gov/> တွင် အွန်လိုင်းမှတစ်ဆင့် လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။

အမည် (ပထမစာလုံး/အလယ်အစစာလုံး/နောက်ဆုံးစာလုံး)	ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားမည့် ပရိုဂရမ်- <input type="checkbox"/> Families First <input type="checkbox"/> SNAP		
အိမ်လိပ်စာ	တနင်္လာမှ သောကြာအတွင်း သင့်ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုရန် အသင့်တော်ဆုံးအချိန်နှင့် အဆင်ပြေဆုံး ဆက်သွယ်ရန်နည်းလမ်း ရှိပါက မှတ်ချက်ရေးသားပေးပါ-		
မြို့ ပြည်နယ် စာပို့ကုန်	အိမ်ဖုန်း	အလုပ်ဖုန်း	လက်ကိုင်ဖုန်း/အခြားဖုန်း
စာပို့လိပ်စာ (မတူပါက)	လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦး သို့မဟုတ် နှစ်ဦးကို ထားရှိနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်-		
မြို့ ပြည်နယ် စာပို့ကုန်	_____ သည် ကျွန်ုပ်အတွက် ဤအကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်ထားပေးနိုင်သည်- SNAP (<input type="checkbox"/>)၊ Families First (<input type="checkbox"/>) ကျွန်ုပ်၏ SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို ကျွန်ုပ်အတွက် အသုံးပြုပေးနိုင်သည် (<input type="checkbox"/>)၊ ကျွန်ုပ်၏ Families First အကျိုးခံစားခွင့်များကို ကျွန်ုပ်အတွက် အသုံးပြုပေးနိုင်သည် (<input type="checkbox"/>)		
အီးမေးလ်လိပ်စာ-	_____ သည် ကျွန်ုပ်အတွက် ဤအကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်ထားပေးနိုင်သည်- SNAP (<input type="checkbox"/>)၊ Families First (<input type="checkbox"/>) ကျွန်ုပ်၏ SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို ကျွန်ုပ်အတွက် အသုံးပြုပေးနိုင်သည် (<input type="checkbox"/>)၊ ကျွန်ုပ်၏ Families First အကျိုးခံစားခွင့်များကို ကျွန်ုပ်အတွက် အသုံးပြုပေးနိုင်သည် (<input type="checkbox"/>)		

သင့်ကိုယ်သင် အိမ်ခြေရာမဲ့ဟု ယူဆပါသလား။ () ဟုတ် () မဟုတ် EBT ကတ် လိုအပ်ပါသလား။ () ဟုတ် () မဟုတ်	မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ခြင်း သင်ယခုနေထိုင်ရာနေရာတွင် မဲပေးရန် မှတ်ပုံတင်ထားပါသလား။ () ဟုတ် () မဟုတ် သင် မဲပေးရန် မှတ်ပုံတင်လိုပါသလား။ () ဟုတ် () မဟုတ်
သင် စကားပြန် လိုအပ်ပါသလား။ () ဟုတ် () မဟုတ် သင့်တွင် ညှိနှိုင်းစီစဉ်မှု လိုအပ်သည့် ချို့ယွင်းချက် သို့မဟုတ် ဘာသာစကားအတားအဆီး ရှိပါသလား။ () ဟုတ် () မဟုတ်	သင်သည် TDHS အား မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ပုံစံကို သင့်ထံ စာတိုက်မှ ပို့ပေးစေလိုပါသလား။ () ဟုတ် () မဟုတ် မဲပေးရန် သင်မှတ်ပုံတင်ထားသည်ဖြစ်စေ၊ မှတ်ပုံမတင်ထားသည်ဖြစ်စေ TDHS ထံမှ သင်ရရှိနိုင်သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များက မပြောင်းလဲသလို အကျိုးခံစားခွင့်များ လျှောက်ထားခြင်းမှလည်း သင့်ကို တားဆီးမည်မဟုတ်ပါ။

ဤလျှောက်လွှာ၊ ပူးတွဲပါဖိုင်မှန်သမျှတွင် ရေးသားဖော်ပြထားသော၊ ကျွန်ုပ်အား အင်တာဗျူးသည် မည်သူမဆိုထံ ပြောကြားခဲ့သော ထွက်ဆိုချက်များသည် မှန်ကန်ကြောင်း မုသားသက်သေခံခြင်း (ကျမ်းဂန်ချက်အောက်တွင် မဟုတ်မမှန် ထွက်ဆိုခြင်း) ဆိုင်ရာ ပြစ်ဒဏ်နှင့် အခြားသက်ဆိုင်သော ပြစ်ဒဏ်အားလုံးအရ ကျွန်ုပ်အတည်ပြုပါသည်။ အကူအညီ လျှောက်ထားသူ သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိသူ အားလုံးသည် အမေရိကန်နိုင်ငံသားများ၊ တရားဝင် နိုင်ငံခြားသားများ သို့မဟုတ် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူများ ဖြစ်ကြပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် စည်းမျဉ်းများနှင့် ကျွန်ုပ်အား ပေးထားသည့် အချက်အလက်များကို နားလည်ပြီး သဘောတူပါသည်။ တောင်းဆိုလာပါက ကျွန်ုပ်၏ ထွက်ဆိုချက်ကို အထောက်အထားပြုသည့် အချက်အလက်များကို ပေးပါမည် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်သည် TDHS အား အထောက်အထား ရယူခွင့်ပြုပါသည်။ TDHS က ကျွန်ုပ်ကို ပြောပြသည့် နည်းလမ်းအတိုင်း မည်သည့်အပြောင်းအလဲကိုမဆို အကြောင်းကြားရမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်ပေးအပ်သည့် အချက်အလက်များက အဖြစ်မှန်ဟုတ် မဟုတ် ဆုံးဖြတ်ရန် အဆိုပါအချက်အလက်များသည် ဖက်ဒရယ်၊ ပြည်နယ်နှင့် ဒေသတွင်း အရာရှိများ၏ စိစစ်အတည်ပြုခြင်း ခံရမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

သဘောတူခွင့်ပြုချက်- Tennessee ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ၎င်းအတွက် အလုပ်လုပ်ပေးနေသူများက ကျွန်ုပ်ပေးခဲ့သည့် အချက်အလက်များ မှန်ကန်ကြောင်း အထောက်အထားပြုရန် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။ ဤစာရွက်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် အထောက်အထားရယူရန် ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုချက်ပေးရာရောက်ပါသည်။ ဤသို့ပြုလုပ်ခြင်းဖြင့် ၎င်းတို့သည် SNAP သို့မဟုတ် Families First ကို ကျွန်ုပ်ရရှိနိုင်၊ မရနိုင် ဆုံးဖြတ်ပေးနိုင်ပါမည်။ သိရှိနားလည်မှု ကြေညာချက်ကို ဖတ်ရှုပြီး သဘောပေါက်သည်ဟုလည်း ကျွန်ုပ်ပြောကြားရာရောက်ပါသည်။ SNAP အတွက် လျှောက်ထားပါက သင့်ကို အရည်အသွေး ထိန်းချုပ်မှုဆိုင်ရာ ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်း ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။

ဝန်ဆောင်မှုရယူသူများသည် အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် လျှောက်လွှာနှင့် ထောက်ခံချက်စာရွက်စာတမ်းများကို ၎င်းတို့၏ ကောင်တီရှိသို့ စာတိုက်မှဖြစ်စေ၊ ကိုယ်တိုင်လာရောက်၍ဖြစ်စေ ပေးပို့နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် <https://OneDHS.tn.gov/> တွင် အွန်လိုင်းမှတစ်ဆင့် လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။

လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____ အသိသက်သေ (X နှင့်အတူ လက်မှတ်ရေးထိုးခဲ့လျှင်)- _____ ရက်စွဲ- _____

အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ်- _____ ရက်စွဲ- _____

သင်မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း ပြောထားသည့်အတိုင်း ဟုတ်မှန်ကြောင်း စစ်ဆေးရန် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်များကို ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ သင့်တော်သော ထောက်ပံ့မှုပမာဏကို သင် ရရှိကြောင်း သေချာစေရန်၊ သင်ရရှိသည့် ထောက်ပံ့မှုပမာဏကို ပြောင်းလဲရန်၊ အခြားကုန်ပစ္စည်းများနှင့် အစိုးရလက်ထပ်မှု မှတ်တမ်းများကို စစ်ဆေးရန်နှင့် သင်အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း သေချာစေရန် ၎င်းတို့ကို ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုပါသည်။ လူမှုဖူလုံရေး၊ IRS နှင့် အလုပ်အကိုင်မှတ်တမ်းများကို ကျွန်ုပ်တို့ စစ်ဆေးပါသည်။ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု နိုင်ငံသားနှင့် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ (USCIS) မှတ်တမ်းများကို ကျွန်ုပ်တို့ စစ်ဆေးနိုင်ပါသည်။ အဆိုပါမှတ်တမ်းများက သင်ပြောထားသည့်များနှင့် မကိုက်ညီလျှင် သင်အကူအညီရရှိရန်၊ မရရှိနိုင်နှင့် သင်ရရှိမည့် Families First သို့မဟုတ် SNAP ပမာဏအပေါ် သက်ရောက်နိုင်ပါသည်။ အကူအညီရရှိရန် မှားယွင်းသောအချက်အလက်များကို တမင်တကာ ပေးပါက သင်သည် ထောင်ဒဏ်ကျခံရနိုင်ပါသည်။

လူမျိုး/လူမျိုးစု အချက်အလက်များကို ပေးအပ်ခြင်းဖြင့် Tennessee သည် နိုင်ငံသားအခွင့်အရေး ဥပဒေများကို လိုက်နာနေခြင်းရှိ၊ မရှိ သက်သေပြရန် အထောက်အကူပြုပါသည်။ လူမျိုးကို ရည်ညွှန်းရန် ဖော်ပြပါအချက်များကို အသုံးပြုပါ- W = လူဖြူ၊ B = လူမည်း၊ အာဖရိကန် အမေရိကန်၊ A = အာရှတိုက်သား၊ H = ဟာဂိုင်အီ ဒေသခံ/အခြားပစိဖိတ်ကျွန်းသား၊ I = အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း/အလက်စကာ ဒေသခံ (သင့်အိမ်ထောင်စုသည် ဤအချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား မဖြစ်မနေပေးရန် မလိုအပ်ဘဲ ၎င်းသည် သင်၏ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်အဆင့်အပေါ် သက်ရောက်မှုမရှိပါ။)

အိမ်ထောင် ရှိ/မရှိ- အရွယ်ရောက်ပြီး အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးစီအတွက် အောက်ပါတို့မှ တစ်ခုခုကို အသုံးပြု၍ ဖော်ပြပါ- အိမ်ထောင်ရှိ၊ လူလွတ်၊ ကွာရှင်း၊ မုဆိုးဖို/မုဆိုးမ၊ အိမ်ထောင်ကွဲ

သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်တိုင်းကို စာရင်းပြုစုပါ (သင်ကိုယ်တိုင်အပါအဝင်) လူများ ထပ်ထည့်ရန် နောက်ထပ်လျှောက်လွှာ သို့မဟုတ် စာရွက်ကို ပူးတွဲထည့်ပေးပါ	ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် လျှောက်ထားနေပါသလား။ (ဟုတ်/မဟုတ်)	(ဤပုဂ္ဂိုလ်က အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်မခံလိုလျှင် မလိုအပ်ပါ) အချက်အလက်များကို ပိုမိုသိရှိလိုပါက အထက်ပါဖော်ပြချက်ကို ကြည့်ပါ။		လိင် (ကျား/မ)	မွေးသက္ကရာဇ်	စစ်မှုထမ်းဟောင်းအခြေအနေ	(ဆန္ဒရှိလျှင် ထည့်ရန်) လူမျိုး (အထက်တွင်ကြည့်ပါ) သက်ဆိုင်သမျှ အားလုံးကို ထည့်ပါ	အိမ်ထောင် ရှိ/မရှိ (အထက်တွင်ကြည့်ပါ)	(ဆန္ဒရှိလျှင် ထည့်ရန်) ဟစ်စပန်းနစ်/လက်တင်နို ဖြစ်လျှင် အကွက်ကို အမှန်ဖြစ်ပါ	ကိုယ်ဝန်ဆောင် ဖြစ်လျှင် အကွက်ကို အမှန်ဖြစ်ပါ	မသန်စွမ်းသူ ဖြစ်လျှင် အကွက်ကို အမှန်ဖြစ်ပါ
		လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်	အမေရိကန် နိုင်ငံသား ဖြစ်လျှင် အကွက်ကို အမှန်ဖြစ်ပါ								

ဖက်ဒရယ်နှင့်/သို့မဟုတ် ပြည်နယ်ဆိုင်ရာ ပြစ်ဒဏ်ကျခြင်းများ-

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးသည် တစ်ချိန်တည်းတွင် ပြည်နယ်နှစ်ခုနှင့်အထက်မှ TANF (ငွေသားအကျိုးခံစားခွင့်များ) သို့မဟုတ် SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်ခံခြင်းကြောင့် အပြစ်ရှိသည်ဟု စီရင်ချက်ချမှတ်ခံရဖူးပါသလား။ () ဟုတ် () မဟုတ်

တစ်စုံတစ်ဦးသည် TANF ရန်ပုံငွေများကို ဖော်ပြပါနေရာများတွင် သုံးစွဲဖူးပါသလား- အရက်ဆိုင်များ၊ ကာစီနိုများ၊ ဖဲချပ်ဝေခန်းများ၊ အရွယ်ရောက်ပြီးသူ ဖျော်ဖြေရေးလုပ်ငန်း၊ ဘင်ဂိုခန်းမများ၊ ကားပြိုင်မောင်းပွဲများ နှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးရွက်ကြီး၊ ဆေးပြင်းလိပ်၊ စီးကရက်၊ ဆေးတံများအပြင် ဆေးလိပ်နှင့်ဆက်စပ်သော အခြားပစ္စည်းများကို အများဆုံးရောင်းချသည့် လိုင်စင်ရ လက်လီစတိုးဆိုင်များ။ (TANF သီးသန့်) () ဟုတ် () မဟုတ်

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးသည် \$500 အထက် တန်ဖိုးရှိသော SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို ဝယ်ယူခြင်း သို့မဟုတ် ရောင်းချခြင်းအတွက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခံရဖူးပါသလား။ () ဟုတ် () မဟုတ်

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးသည် 08/22/96 နောက်ပိုင်း ထိန်းချုပ်ထားသော မူးယစ်ဆေးဝါးတစ်ခုကို လက်ဝယ်ထားရှိခြင်း၊ အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ဖြန့်ဖြူးခြင်းနှင့်ဆက်စပ်သော အပြစ်အမှုကြောင့် ကြီးလေးသောပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခံရဖူးပါသလား (SNAP နှင့် TANF)။ () ဟုတ် () မဟုတ်

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးသည် စီရင်ချက်ချခံထားရသည့် ကြီးလေးသောပြစ်မှု သို့မဟုတ် ကြီးလေးသောပြစ်မှုကျူးလွန်ရန် ကြိုးပမ်းမှုအတွက် ဥပဒေအရ တရားစွဲခံရခြင်းမှ တိမ်းရှောင်ရန် ဝမ်းနည်းစွာ အပြစ် ရှိနေခြင်း သို့မဟုတ် ရှောင်ပြေးနေခြင်း၊ ဖမ်းဆီးထိန်းသိမ်းခံရနေခြင်း သို့မဟုတ် ထောင်ကျနေခြင်း ရှိပါသလား သို့မဟုတ် ကတိခံဝန်ချက်ဖြင့် လွတ်ပေးခြင်း သို့မဟုတ် ခံဝန်ချုပ်ဖြင့်လွတ်ခြင်းဆိုင်ရာ စည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက်များကို ချိုးဖောက်ခြင်း(များ) သို့မဟုတ် မလိုက်နာခြင်း ရှိနိုင်ပါသလား။ () ဟုတ် () မဟုတ်

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးသည် SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို မူးယစ်ဆေးဝါးများ သို့မဟုတ် ထိန်းချုပ်ထားသောပစ္စည်းများနှင့် အလဲအလှယ်လုပ်ခြင်းကြောင့် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခံရဖူးပါသလား။ () ဟုတ် () မဟုတ်

သင်လျှောက်ထားပေးမည့်သူသည် လွန်ခဲ့သောရက် 30 အတွင်း အခြားပြည်နယ်မှ SNAP နှင့် TANF ကို လက်ခံရရှိထားပါသလား။ () ဟုတ် () မဟုတ်

သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးသည် 2014 ခုနှစ်၊ ဖေဖော်ဝါရီလ 7 ရက်နောက်ပိုင်းတွင် ဆိုးရွားသော လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာစော်ကားမှု၊ လူသတ်မှု၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ အမြတ်ထုတ်ခြင်းနှင့် ကလေးသူငယ်များအား အခြားပုံစံဖြင့် အနိုင်ကျင့်စော်ကားမှု၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ စော်ကားမှုပါဝင်သော ဖက်ဒရယ် သို့မဟုတ် ပြည်နယ်ဆိုင်ရာ ရာဇဝတ်မှု သို့မဟုတ် ရာဇဝတ်မှုတစ်ခုနှင့် သိသိသာသာ တူညီသည်ဟု ရှေ့နေချုပ်က ဆုံးဖြတ်သည့် ပြည်နယ်ဥပဒေအရ ရာဇဝတ်မှုတစ်ခုကို ကျူးလွန်သော အရွယ်ရောက်ပြီးသူတစ်ဦးအနေဖြင့် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခံရဖူးပါသလား။ () ဟုတ် () မဟုတ်

<p>ဤအကွက်သည် Families First အတွက်သာဖြစ်သည်- ကျောင်းခေါ်ကြိမ်မှတ်တမ်းများကို ထုတ်ပြန်ရန် ခွင့်ပြုချက်</p> <p>Tennessee Department of Education (Tennessee ပညာရေးဌာန) သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့ကလေး၏ကျောင်းက ဤလျှောက်လွှာပေါ်ရှိ ကလေးများ၏ ကျောင်းခေါ်ကြိမ်မှတ်တမ်းများကို Tennessee Department of Human Services (Tennessee ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုဌာန) သို့ ထုတ်ပြန်ခြင်းအား ကျွန်ုပ်တို့ (ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ) အနေဖြင့် ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။ Department of Human Services (ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုဌာန) သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ Families First တာဝန်များကို ပြည့်မြောက်အောင် ဆောင်ရွက်ရာတွင် ကျွန်ုပ်တို့ကို ကူညီရန် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်များ အပါအဝင် ဤမှတ်တမ်းများကို အသုံးပြုပါမည်။ မှတ်တမ်းများကို မလိုအပ်တော့သည့်အခါ ၎င်းတို့ကို ဖျက်ဆီးပစ်ပါမည်။</p> <p>လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____</p>	<p>ကျွန်ုပ်တို့ငြင်းဆိုထားခြင်းမရှိလျှင် ကျွန်ုပ်တို့၏အချက်အလက်များကို Books from Birth နှင့် မျှဝေပါမည်။</p> <p>ငြင်းဆိုမည်ဆိုလျှင် ဤနေရာတွင် အမှန်ဖြစ်ပါ _____။</p> <p>သင်သည် ကလေးထောက်ပံ့မှုအမိန့်များကို လိုက်နာရန် ဆန္ဒရှိပါသလား။ (FF သီးသန့်)</p> <p>ဟုတ် _____ မဟုတ် _____</p>	<p>သင်၏ ဖြည့်စွက်ထားသော လျှောက်လွှာ မိတ္တူကို လိုချင်ပါသလား။</p> <p>_____ ဟုတ် _____ မဟုတ်</p> <p>သို့ဆိုလျှင် စာရွက်မိတ္တူနှင့် အီလက်ထရောနစ်မိတ္တူတွင် မည်သည်ကို ပိုလိုလားပါသနည်း။</p> <p>_____စာရွက်မိတ္တူ _____အီလက်ထရောနစ် မိတ္တူ</p>	<p>အောက်ပါတို့ကို သင်ပြုလုပ်ပါက သင့် SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များ ရပ်ဆိုင်းသွားနိုင်သည်-</p> <ul style="list-style-type: none"> • SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန် မှားယွင်းသော အချက်အလက်များကို ပေးခြင်း သို့မဟုတ် အချက်အလက်မှန်များကို ဖုံးကွယ်ခြင်း။ • ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ အခြားသူတစ်ဦးဦး၏ အကျိုးခံစားခွင့် လူမှုဖူလုံရေးကတ်ကို အသုံးပြုခြင်း။ • SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များဖြင့် ဘီယာ၊ စီးကရက် သို့မဟုတ် ဆပ်ပြာကဲ့သို့ ပစ္စည်းများကို ဝယ်ယူခြင်း သို့မဟုတ် ခရက်ဒစ်အကောင့်များအတွက် ပေးချေခြင်း။ <p>ဤစည်းမျဉ်းများကို သင်ချိုးဖောက်လျှင် သင်သည် အောက်ဖော်ပြပါ အချိန်ကာလအထိ SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိမည်မဟုတ်ပါ-</p> <ul style="list-style-type: none"> • ပထမအကြိမ်ဆိုလျှင် 1 နှစ် • ဒုတိယအကြိမ်ဆိုလျှင် 2 နှစ် • တတိယအကြိမ်ဆိုလျှင် တစ်သက်လုံး။ <p>SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို မူးယစ်ဆေးဝါးများနှင့် အလဲအလှယ်ပြုလျှင်။ သင်သည် အောက်ပါကာလများအထိ အကျိုးခံစားခွင့်များ ဖြတ်တောက်ခံရနိုင်သည်-</p> <ul style="list-style-type: none"> • ပထမအကြိမ်ဆိုလျှင် 2 နှစ်နှင့် ဒုတိယအကြိမ်ဆိုလျှင် တစ်သက်လုံး။ <p>သင်က အောက်ပါတို့ကို ကျူးလွန်ကြောင်း တွေ့ရှိလျှင် သင့် SNAP ကို တစ်သက်လုံး ဖြတ်တောက်ပစ်နိုင်သည်။</p> <ul style="list-style-type: none"> • SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို သေဆုံး၊ ခဲယမ်းမီးကျောက် သို့မဟုတ် ပေါက်ကွဲစေတတ်သောပစ္စည်းများ သို့မဟုတ် ထိန်းချုပ်ထားသောပစ္စည်းများ (တရားမဝင်သော ဆေးဝါးများ) နှင့် လဲလှယ်ခြင်း။ • \$500 နှင့်အထက် တန်ဖိုးရှိသော SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရောင်းချခြင်း။ <p>SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များစွာ ရရှိရန် သင်မည်သို့မည်ဝါဖြစ်ကြောင်းနှင့် သင်နေထိုင်သည့်နေရာအကြောင်း မှားယွင်းသောအချက်အလက်များကို မပေးပါနှင့်။ မှားယွင်းသောအချက်အလက်များကို ပေးလျှင် SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များကို 10 နှစ်ကြာ မရရှိနိုင်ပါ။</p>
<p>စည်မျဉ်းတစ်ရပ်ရပ်ကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ချိုးဖောက်သည် မည်သည့်အဖွဲ့ဝင်မဆိုသည် SNAP ခံစားခွင့်အတွက် တစ်နှစ်ကြာမှသည် တစ်သက်လုံးအထိ ပိတ်ပင်ခံရနိုင်သည်။ \$250,000 အထိ ဒဏ်ငွေချမှတ်ခံရနိုင်သည်။ အနှစ် 20 အထိ ထောင်ကျနိုင်သည် သို့မဟုတ် နှစ်မျိုးလုံးခံရနိုင်သည်။ သူ သို့မဟုတ် သူမသည် အခြားသော သက်ဆိုင်ရာ ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်ဥပဒေများအရလည်း တရားစွဲဆိုခြင်းခံရနိုင်သည်။ တရားရုံးက အမိန့်ချလျှင် သူ သို့မဟုတ် သူမသည် SNAP ခံစားခွင့်မှ နောက်ထပ် 18 လ ပိတ်ပင်ခံရနိုင်သည်။ EBT ကတ်များကို အရောင်းအဝယ် ပြုလုပ်ခြင်း သို့မဟုတ် ရောင်းချခြင်းမပြုရ သို့မဟုတ် အခြားသူ၏ကတ်ကို အသုံးမပြုရ။</p>			
<p>အောက်ပါအကွက်များတွင် သင့်အိမ်ထောင်စု၏ ဝင်ငွေအကြောင်း အချက်အလက်ကို ထည့်သွင်းပါ။ ဝင်ငွေတွင် အလုပ်အကိုင်၊ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း၊ မယားစရိတ်၊ ကလေးထောက်ပံ့မှု၊ မသန်စွမ်း အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ လူမှုဖူလုံရေး/SSI၊ အလုပ်သမားလျော်ကြေး၊ အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ပင်စင်လစာများ၊ ထောက်ပံ့ကြေးများနှင့် အတိုးရငွေတို့ အကန့်အသတ်မရှိ ပါဝင်သည်။</p>			
<p>ဝင်ငွေရှိသူ အခွန်အခများ/ အသုံးစရိတ်များ</p>	<p>ဝင်ငွေအရင်းအမြစ် (ဥပမာ- အလုပ်၊ လူမှုဖူလုံရေး၊ ကလေးထောက်ပံ့မှု)</p>	<p>အခွန်များ/အသုံးစရိတ်များမနှုတ်မီ လစဉ်ပမာဏ</p>	
<p>အမျိုးအစား- _____ တန်ဖိုး- \$ _____</p>	<p>အမျိုးအစား- _____ တန်ဖိုး- \$ _____</p>	<p>အမျိုးအစား- _____ တန်ဖိုး- \$ _____</p>	
<p>ရှိသမျှ အိမ်ထောင်စု အရင်းအမြစ်များ (ငွေသား၊ စာရင်းရှင်အကောင့်၊ ငွေစုအကောင့် သို့မဟုတ် အခြားဘဏ်အကောင့်များ၊ အပ်ငွေ သက်သေခံလက်မှတ်များ၊ စတော့များ၊ ငွေချေးစာချုပ်များ၊ အပြန်အလှန် ရင်းနှီးမြှုပ်နှံငွေများ၊ အငြိမ်းစား အကောင့်များ၊ ယုံကြည်အပ်နှံမှု ရန်ပုံငွေများ၊ နှစ်စဉ်ကြေးများ သို့မဟုတ် အခြားသော ငွေဖြစ်လွယ်သည့် ပိုင်ဆိုင်မှုများ) ကို စာရင်းပြုစုပါ</p> <p>အမျိုးအစား- _____ တန်ဖိုး- \$ _____</p> <p>အမျိုးအစား- _____ တန်ဖိုး- \$ _____</p>			
<p>ကလေးဘဝက ပြည်နယ်၏ ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်မှုကို ခံယူခဲ့ဖူးသော အသက် 18 နှစ်မှ 24 နှစ်အကြား လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးဦး ရှိပါသလား။ () ဟုတ် () မဟုတ်</p>	<p>နေထိုင်ရာနေရာအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များ အိမ်ငှားခ / အိမ်ရာချေးငွေ (တစ်ခုကို ပိုင်းပေးပါ)</p>	<p>ကျန်းမာရေး အသုံးစရိတ်များ ဆရာဝန်ညွှန်းဆေးဝါးများ သို့မဟုတ် အာမခံ ပရီမီယံကြေးများကဲ့သို့သော ပုံမှန်ပေးဆွဲရသော ကျန်းမာရေး အသုံးစရိတ်များကို စာရင်းပြုစုပါ။ သင်က သက်ကြီးရွယ်အို သို့မဟုတ်</p>	<p>ကလေးထောက်ပံ့ကြေး ပေးချေမှု သင်သည် ကလေးတစ်ဦးအတွက် သို့မဟုတ် ကလေးများအတွက် ထောက်ပံ့ကြေးများ ပေးဆောင်ရန် ဥပဒေအရ တာဝန်ရှိပါက ဤနေရာတွင် ထည့်သွင်းပါ-</p>

TDHS ဝန်ထမ်းများသည် လက်ရှိစာရွက်များကို အသုံးပြုကြောင်း သေချာစေရန် အင်ထရာနက်၏ "ဖောင်ပုံစံများ" အပိုင်းကို စစ်ဆေးကြည့်ရှုသင့်သည်။ ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ဖောင်ပုံစံများကို ပြင်ဆင်၍မရပါ။

နောက်ဆုံး ပြန်လည်သုံးသပ်သည့် ရက်စွဲ-

နောက်ထပ် ပြန်လည်သုံးသပ်မည့် ရက်စွဲ-

HS-0169

စတင်အကျိုးဝင်သည့်ရက်စွဲ-

RDA- 1716

စာမျက်နှာ 3 / 7

<p>ကလေးစောင့်ရှောက်မှု စရိတ်များ</p> <p>တစ်ပတ်လျှင် ပေးဆောင်ရသည့် ပမာဏ- \$ _____</p> <p>ကလေးစောင့်ရှောက်ပေးသူအမည်- _____</p>	<p>လစဉ်ပမာဏ- \$ _____</p> <p>ဓာတ်ငွေ/လျှပ်စစ်သုံးစွဲခ တစ်လလျှင် \$ _____</p> <p>ဖုန်းခေါ်ဆိုခ တစ်လလျှင် \$ _____</p>	<p>မသန်စွမ်းသူ (ဖြစ်နေလျှင် ဤအရာများသည် သင့်ကို SNAP ခံစားခွင့် ပိုမိုရရှိအောင် ကူညီပေးနိုင်သည်။</p> <p>အမျိုးအစား- _____ တစ်လလျှင် \$ _____</p> <p>အမျိုးအစား- _____ တစ်လလျှင် \$ _____</p>	<p>ကလေး- _____ တစ်လလျှင် \$ _____</p> <p>ကလေး- _____ တစ်လလျှင် \$ _____</p>
---	--	--	---

TDHS ဝန်ထမ်းများသည် လက်ရှိစာရွက်စာတမ်းများကို အသုံးပြုကြောင်း သေချာစေရန် အင်ထရာနက်၏ "ဖောင်ပုံစံများ" အပိုင်းကို စစ်ဆေးကြည့်ရှုသင့်သည်။ ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ဖောင်ပုံစံများကို ပြင်ဆင်၍မရပါ။

နောက်ဆုံး ပြန်လည်သုံးသပ်သည့် ရက်စွဲ-

နောက်ထပ် ပြန်လည်သုံးသပ်မည့် ရက်စွဲ-

HS-0169

စတင်အကျုံးဝင်သည့်ရက်စွဲ-

RDA- 1716

စာမျက်နှာ 4 / 7

SNAP နှင့် FDPIR ပူးတွဲ လျှောက်လာပုံစံအတွက် ခွဲခြားဆက်ဆံမှု မရှိခြင်း ကေညာချက်

ဖက်ဒရယ်လူမှု အခွင့်အရေး ဥပဒေများနှင့် အမေရိကန် ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးရေးဌာန (USDA) လူမှု အခွင့်အရေးဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများနှင့် မူဝါဒများနှင့်အညီ၊ USDA၊ ၎င်း၏ အေဂျင်စီများ၊ ရုံးများ၊ ဝန်ထမ်းများ နှင့် USDA အစီအစဉ်များတွင် ပါဝင်သော သို့မဟုတ် စီမံခန့်ခွဲသော အဖွဲ့အစည်းများသည် မည်သည့် အစီအစဉ် တွင် မဆို သို့မဟုတ် USDA မှ လုပ်ဆောင်သော လုပ်ငန်းစဉ် သို့မဟုတ် USDA မှ ထောက်ပံ့သော လုပ်ငန်းစဉ်များတွင် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ မွေးဖွားရာ ဇာတိ၊ လိင် (ကျား-မခွဲခြားမှုနှင့် လိင်စိတ်တိမ်းညွတ်မှုအပါအဝင်)၊ အသက်၊ မသန်စွမ်းမ၊ နှင့် ယခင်လူမှုအခွင့်အရေး လုပ်ငန်းစဉ်များအတွက် လက်တုံ့ပြန်ခြင်း သို့မဟုတ် လက်စားခြေခြင်းအခြေခံများအပေါ်တွင် ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းမှ တားမြစ်ထားသည်။ အစီအစဉ်များသည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေး၊ ငွေကြေး၊ ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာန (HHS) မှ လိုအပ်နေသော မိသားစုများအတွက် ယာယီထောက်ပံ့မှု (TANF) ကဲ့သို့ ဖက်ဒရယ် ဘာရေး ထောက်ပံ့မှုကို ရရှိထားပြီး HHS မှ တိုက်ရိုက် လည်ပတ်သော အစီအစဉ်များသည်လည်း ဖက်ဒရယ် လူမှု အခွင့်အရေး ဥပဒေများနှင့် HHS လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအောက်တွင် ခွဲခြားဆက်ဆံမှုများကို တားမြစ်ထားသည်။

အစီအစဉ် အချက်အလက်များအတွက် အခြားသော ဆက်သွယ်ရေး နည်းလမ်းများ (ဥပမာ- Braille၊ ပုံပုံစာအကြီး၊ အသံတိတ်ခွေ၊ နှင့် အမေရိကန် သင်္ကေတ ဘာသာစကား) လိုအပ်သည့် မသန်စွမ်းမှုရှိသူများသည် ၎င်းတို့ အကျိုးခံစားခွင့်များ လျှောက်ထားသည့် (ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသနယ်) အေဂျင်စီကို ဆက်သွယ်ရမည်။ နားကန်းခြင်း၊ အကြားအာရုံ ချို့တဲ့ခြင်းများရှိသော သို့မဟုတ် စကားပြောခြင်း မသန်စွမ်းမှု ရှိသော လူပုဂ္ဂိုလ်များ သည် (800) 877-8339 တွင် ဖက်ဒရယ် လက်ဆင့်ကမ်း ဝန်ဆောင်မှု တဆင့် USDA ကို ဆက်သွယ်နိုင်သည်။ ထို့အပြင် အစီအစဉ် အချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ် ဘာသာ အပြင် အခြားသော ဘာသာစကားများဖြင့်လည်း ရရှိနိုင်သည်။

USDA အစီအစဉ် များ ပါဝင်သော လူမှု အခွင့်အရေးဆိုင်ရာ တိုင်ကြားမှုများ

USDAသည် ဖြည့်စွက်အဟာရ အကူအညီ အစီအစဉ် (SNAP)၊ အိန္ဒိယ အရံတပ်ဖွဲ့များအပေါ် အစားအစာ ဖြန့်ဖြူးရေး အစီအစဉ် (FDPIR) နှင့် အခြားအစီအစဉ် များကဲ့သို့ အစားအစာ ဖူလုံရေးနှင့် ငတ်မွတ်မ လျော့ချရေး အစီအစဉ် အများအပြားအတွက် ဖက်ဒရယ် ဘာရေး အကူအညီများကို ပေးသည်။ အစီအစဉ် တစ်ခုတွင် ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုက်ကြားချက်ကို ပြုလုပ်လိုပါက အွန်လိုင်း <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-burmese.pdf> တွင် တွေ့ရှိနိုင်သည့် သို့မဟုတ် USDA ရုံး တစ်ရုံးစီ တွင်ရရှိနိုင်သည့် အစီအစဉ် ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက် ပုံစံ (AD-3027) ကို ဖြည့်စွက်ပါ သို့မဟုတ် USDA ကို လိပ်မူလျက် စာတစောင်ရေးသား ပီး စာထဲတွင် ဖောင်ပုံစံတွင် တောင်းဆိုထားသည့် အချက်အလက်အားလုံးကို ထည့်သွင်းဖော်ပြပါ။ တိုင်ကြားမှု ဖောင်ပုံစံကို တောင်းခံရန်အတွက် (866) 632-9992 ကို ခေါ်ဆိုပါ။ သင်၏ ဖြည့်စွက် ပီး ဖောင်ပုံစံ သို့မဟုတ် စာကို USDA သို့ အောက်ပါနည်းလမ်းများဖြင့် ပေးပို့နိုင်သည်။

1. **စာပို့ရန်။** အစာနှင့် အဟာရ ဝန်ဆောင်မှု (Food and Nutrition Service) USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; သို့မဟုတ်
2. **ဖက်စ်။** (833) 256-1665 သို့မဟုတ် (202) 690-7442; သို့မဟုတ်
3. **ဖုန်း။** (833) 620-1071; သို့မဟုတ်
4. **အီးမေးလ်။** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

TDHS ဝန်ထမ်းများသည် လက်ရှိစာရွက်များကို အသုံးပြုကြောင်း သေချာစေရန် အင်ထရာနက်၏ "ဖောင်ပုံစံများ" အပိုင်းကို စစ်ဆေးကြည့်ရှုသင့်သည်။ ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ဖောင်ပုံစံများကို ပြင်ဆင်၍မရပါ။

နောက်ဆုံး ပြန်လည်သုံးသပ်သည့် ရက်စွဲ-

နောက်ထပ် ပြန်လည်သုံးသပ်မည့် ရက်စွဲ-

SNAP နှင့် ပတ်သက်သော ကိစ္စရပ်များနှင့် ပတ်သက်သည့် အခြားအချက်အလက်များအတွက်၊ လူပုဂ္ဂိုလ်များသည် စပိန်ဘာသာဖြင့် USDA SNAP Hotline နံပါတ် (800) 221-5689 ကို ဆက်သွယ်သင့်သည် သို့မဟုတ် ပြည်နယ်ပြန် ကားရေး/ Hotline နံပါတ်များကို

ခေ ဆိုသင့်သည် (ပြည်နယ် ဟော့လိုင်းနံပါတ်များစာရင်းအတွက် လင့်ခ်ကို နှိပ်ပါ။) အွန်လိုင်း- <https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory> မှာ တွေ့နိုင်ပါသည်။

HHS အစီအစ များ ပါဝင်သော လူမှု အခွင့်အရေးဆိုင်ရာ တိုင်ကြားမှုများ

HHS သည် TANF၊ Head Start၊ ဝင်ငွေခံယူမှုအိမ်စွမ်းအင် အကူအညီ အစီအစ (LIHEAP)၊ နှင့် အခြား အစီအစ များ အပါအဝင် ကျန်းမာရေး၊ ငွေ စိတ်ချမ်းသာမှုကို အားပေးသော အစီအစ အများအပြားအတွက် ဖက်ဒရယ် ဘာ ရေး အကူအညီပေးသည်။ သင်သည် HHS က တိုက်ခိုက် လည်ပတ်သော သို့မဟုတ် HHS က ဖက်ဒရယ် ဘာ ရေး အကူအညီပေးသော အစီအစ များ သို့မဟုတ် လုပ်ဆောင်မှုများတွင် သင်၏ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ မွေးရာဒေသ၊ မသန်စွမ်းမ၊ အသက်၊ (ကိုယ်ဝန်ဆောင်မ၊ လိင် စိတ် သဘောထား၊ နှင့် ကျားမ သတ်မှတ်ချက် အပါအဝင်) လိင်၊ သို့မဟုတ် ကိုးကွယ်သည့် ဘာသာ တို့ကြောင့် ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းခံရသည်ဟု ယုံ ကည်ပါက လူမှု အခွင့်အရေး ဆိုင်ရာ ရုံး (OCR) ကို သင်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် တခြား တစ်စုံတစ်ယောက်အတွက် တိုင်ကြားမှုကို တင်သွင်းနိုင်သည်။

HHS မှတစ်ဆင့် ဖက်ဒရယ်ဘာ ရေးဆိုင်ရာအကူအညီကိုလက်ခံရရှိသည့် ပရိုဂရမ်တစ်ခု သို့မဟုတ် သင်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် အခြားသူတစ်ဦးအတွက် ခွဲခြားဆက်ဆံမှုနှင့် ပတ်သက်၍ တိုင်ကြားရန်၊ OCR ၏တိုင်ကြားချက်ပေ တယ် <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> မှတစ်ဆင့် အွန်လိုင်းဖောင်ကိုဖြည့်ပါ။ သင်သည် OCR ကို မေးလ်မှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်နိုင်သည်။ ဗဟိုချုပ်ကိုင်မကိစ္စခံခံမှုဆောင်ရွက်မှု၊ အမေရိကန် ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားဝန်ဆောင်မှုဌာန၊ 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201၊ ဖက်စ်။ (202) 619-3818; သို့မဟုတ် အီးမေးလ်- OCRmail@hhs.gov။ ပိုမိုမြန်ဆန်စွာ လုပ်ဆောင်နိုင်စေရန်အတွက်၊ မေးလ်မှတစ်ဆင့် တိုင်ကြားမှုများတင်ပြခြင်းထက် OCR အွန်လိုင်းပေ တယ်ကို အသုံးပြု ၍ တိုင်ကြားချက်တင်ရန် သင့်အား က န်ပံတို့ တိုက်တွန်းပါသည်။ လူမှု အခွင့်အရေးဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်တစ်ခု တင်သွင်းရာတွင် အကူအညီ လိုအပ်သူများသည် OCR ကို OCRMail@hhs.gov သို့ အီးမေးလ်ပို့နိုင်သည် သို့မဟုတ် OCR ခေ ဆိုခ အခမဲ့ 1-800-368-1019၊ TDD 1-800-537-7697 တွင် OCR သို့ ဖုန်းခေ ဆိုခိုင်ပါသည်။ နားမကြားသူများ၊ အကြားအာရုံချို့ တဲ့သူများ သို့မဟုတ် စကားပြောရခက်ခဲနေသူများအတွက် 7-1-1 သို့ခေ ဆိုခေ ဆက်သွယ်ရေး ထပ်ဆင့်လင့်ခ်ဆောင်မများကို ရယူသုံးစွဲပါ။ က န်ပံတို့သည် အခြားပုံစံများ (ဥပမာ Braille နှင့် စာလုံးကြီး ပုံပုံခြင်းကဲ့သို့) အရန်အကူအညီများနှင့် တိုင်ကြားချက်တစ်ခုအတွက် အခမဲ့ဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးဆောင်ပါသည်။

ဤအဖွဲ့အစည်းသည် ညီမျှသော အခွင့်အလမ်း ပေးသည့် အဖွဲ့တစ်ခု ဖြစ်သည်။

TDHS ဝန်ထမ်းများသည် လက်ရှိစားရှင်းများကို အသုံးပြုကြောင်း သေချာစေရန် အင်ထရာနက်၏ "ဖောင်ပုံစံများ" အပိုင်းကို စစ်ဆေးကြည့်ရှုသင့်သည်။ ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ဖောင်ပုံစံများကို ပြင်ဆင်၍မရပါ။
နောက်ဆုံး ပြန်လည်သုံးသပ်သည့် ရက်စွဲ-
နောက်ထပ် ပြန်လည်သုံးသပ်မည့် ရက်စွဲ-
HS-0169

TDHS ဝန်ထမ်းများသည် လက်ရှိဗားရှင်းများကို အသုံးပြုကြောင်း သေချာစေရန် အင်ထရာနက်၏ "ဖောင်ပုံစံများ" အပိုင်းကို စစ်ဆေးကြည့်ရှုသင့်သည်။ ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ဖောင်ပုံစံများကို ပြင်ဆင်၍မရပါ။

နောက်ဆုံး ပြန်လည်သုံးသပ်သည့် ရက်စွဲ-

နောက်ထပ် ပြန်လည်သုံးသပ်မည့် ရက်စွဲ-

HS-0169

စတင်အကျုံးဝင်သည့်ရက်စွဲ-

RDA- 1716

စာမျက်နှာ 7 / 7