



**Tennessee Department of Human Services** (اداره خدمات انسانی تنسی)  
**درخواست کمک خانواده**

اگر برای این درخواست به دلیل ناتوانی یا صحبت نکردن به انگلیسی، به کمک نیاز دارید، به ما بگویید. کمک رایگان در دسترس است. با شماره مرکز خدمات کمک خانواده به شماره 866-311-4287 و/یا TTY به شماره 711 تماس بگیرید. پس از پیام ضبط شده، به اپراتوری وصل می‌شوید که می‌تواند یک مترجم برای شما فراهم کند.

**این کادر صرفاً برای استفاده TDHS**

شماره پرونده: \_\_\_\_\_  
تاریخ دریافت: \_\_\_\_\_  
کانکی: \_\_\_\_\_

ما درخواست شما را فقط با نام، آدرس و امضای شما می‌گیریم. اما هرچه اطلاعات بیشتری به ما بگویید، سریع‌تر می‌توانیم ببینیم که می‌توانید کمک بگیرید یا خیر. اگر درخواست شما تأیید شود، مزایای شما ممکن است از زمانی دریافت درخواست شما شروع شود. در بیشتر موارد، برای تکمیل فرآیند درخواست، باید با یک کارمند TDHS صحبت کنید. ممکن است بتوانید در شرایط زیر، SNAP را در 7 روز دریافت کنید:

1. درآمد ماهانه خانوار شما کمتر از \$150 باشد و شما اکنون منابعی به مبلغ \$100 یا کمتر داشته باشید.
2. هزینه سرپناه شما (به علاوه اشتراکات آب، برق، ...) از درآمد ماهانه به اضافه پس‌انداز شما بیشتر است.
3. شما کشاورزی فصلی یا کار مهاجران انجام می‌دهید.

اگر معلولی دارید که پرکردن یا درک این برنامه را برای شما دشوار می‌کند، می‌توانیم به شما کمک کنیم. اگر نمی‌توانید به دفتر ما بیایید، می‌توانیم با شما تماس بگیریم یا با شما ملاقات کنیم. مشتریان می‌توانند درخواستی برای مزایا و مطالب صدور تصدیق به دفتر کانکی خود از طریق پست، تحویل دستی یا به صورت آنلاین در آدرس <https://onedhs.tn.gov> ارسال کنند.

<b>نام (کوچک/میانی/خانوادگی)</b>		<b>من برای موارد زیر درخواست می‌دهم: Families First ___SNAP___</b>	
<b>آدرس منزل</b>		اگر بهترین روش تماس و بهترین زمان برای تماس در طول روزهای هفته دارید، لطفاً ذکر کنید:	
<b>شهر</b>	<b>ایالت</b>	<b>کد پستی</b>	<b>تلفن منزل</b>
<b>آدرس پستی (اگر متفاوت است)</b>	<b>ایالت</b>	<b>کد پستی</b>	<b>تلفن محل کار</b>
<b>شهر</b>	<b>ایالت</b>	<b>کد پستی</b>	<b>تلفن همراه/سایر تلفن‌ها</b>
<b>آدرس ایمیل</b>	می‌تواند برای این مزایا برای من درخواست دهد: ( ) Families First ؛ ( ) SNAP می‌تواند از مزایای SNAP من برای من استفاده کند ( ) ؛ می‌تواند از مزایای Families First من برای من استفاده کند ( ) می‌تواند برای این مزایا برای من درخواست دهد: ( ) Families First ؛ ( ) SNAP می‌تواند از مزایای SNAP من برای من استفاده کند ( ) ؛ می‌تواند از مزایای Families First من برای من استفاده کند ( )		
آیا خود را بی خانمان می‌دانید؟ ( ) بله ( ) خیر آیا به کارت EBT نیاز دارید؟ ( ) بله ( ) خیر		<b>ثبت نام رأی‌دهنده</b> آیا در محل زندگی فعلی برای رأی دادن ثبت نام کرده‌اید؟ ( ) بله ( ) خیر مایلید برای رأی دادن ثبت نام کنید؟ ( ) بله ( ) خیر آیا می‌خواهید TDHS ثبت نام رأی‌دهنده را برای شما پست کند؟ ( ) بله ( ) خیر	
آیا به مترجم شفاهی نیاز دارید؟ ( ) بله ( ) خیر آیا معلولیت یا مانع زبانی دارید که نیاز به خدمات کمکی داشته باشد؟ ( ) بله ( ) خیر		مزایایی که ممکن است از TDHS دریافت کنید تغییری نمی‌کند چه برای رأی دادن ثبت نام کنید چه ثبت نام نکنید و همچنین شما را از درخواست مزایا باز نمی‌دارد.	
من بر اساس مجازات شهادت دروغ (اقدام به بیان اظهارات نادرست تحت سوگند) و سایر مجازات‌های قابل اجرا تأیید می‌کنم که اظهارات ارائه شده در این درخواست، هر ضمیمه و هر کسی که با من مصاحبه کرده است، درست و صحیح است. همه افرادی که برای کمک هزینه درخواست می‌کنند یا آن را دریافت می‌کنند، شهروندان ایالات متحده، اتباع خارجی قانونی، یا مهاجران واجد شرایط هستند. قوانین و اطلاعاتی را که به من داده شده درک می‌کنم و با آن موافقم. اگر از من خواسته شود، اطلاعاتی را ارائه خواهم داد که اظهارات من را ثابت کند، یا به TDHS اجازه می‌دهم تا اسناد مربوطه را دریافت کند. من می‌دانم که باید هر گونه تغییر را طبق درخواست TDHS گزارش کنم. من می‌دانم که صحت اطلاعاتی که ارائه می‌دهم توسط مقامات فدرال، ایالتی و محلی بررسی می‌شود تا مشخص شود که آیا چنین اطلاعاتی واقعی هستند یا خیر.			
نُشر: ممکن است لازم باشد ایالت تنسی یا افرادی که برای آن کار می‌کنند اطلاعاتی را که ارائه دادم، اثبات کنند. با امضای این سند، تصدیق می‌کنم که دریافت مدارک اثبات‌کننده مجاز است. این امر به آنها امکان می‌دهد تصمیم بگیرند که آیا می‌توانم SNAP یا Families First را دریافت کنم. همچنین تصدیق می‌کنم که «بیانیته تفاهم» را خوانده و درک کرده‌ام. اگر برای SNAP درخواست می‌دهید، ممکن است تحت بازبینی کنترل کیفیت (Quality Control) قرار بگیرید. مشتریان می‌توانند درخواستی برای مزایا و مطالب صدور تصدیق به دفتر کانکی خود از طریق پست، تحویل دستی یا به صورت آنلاین در آدرس <a href="https://OneDHS.tn.gov">https://OneDHS.tn.gov</a> ارسال کنند.			
امضا: _____		شاهد (اگر با X امضا کرده باشد): _____	
تاریخ: _____		تاریخ: _____	
سرپرست یا نماینده قانونی: _____		تاریخ: _____	

کارکنان TDHS باید بخش «فرم‌های» اینترانت را بررسی کنند تا اطمینان حاصل کنند که از نسخه جدید استفاده می‌شود. بدون تأیید قبلی، نمی‌توان فرم‌ها را تغییر داد.  
تاریخ آخرین بازبینی:  
تاریخ بعدی بازبینی:

ما از شماره‌های تأمین اجتماعی استفاده می‌کنیم تا هویت شما را احراز کنیم. ما از آنها برای اطمینان از دریافت مقدار مناسب کمک، تغییر میزان کمک دریافتی، بررسی سایر سوابق رایانه‌ای و دولتی و اطمینان از واجد شرایط بودن استفاده می‌کنیم. ما سوابق تأمین اجتماعی، IRS و اشتغال را بررسی می‌کنیم. ممکن است سوابق خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده (United States Citizenship and Immigration Services/USCIS) را بررسی کنیم. اگر این سوابق با آنچه شما می‌گویید مطابقت نداشته باشد، ممکن است بر امکان شما برای دریافت کمک هزینه و مقدار مزایای دریافتی Families First یا SNAP تأثیر بگذارد. اگر عمداً برای دریافت کمک اطلاعات نادرستی بدهید، ممکن است به زندان بروید.

با ارائه اطلاعات نژاد/قومیت، به روشن شدن این امر کمک می‌کند که آیا تنسی از قوانین حقوق مدنی پیروی می‌کند یا خیر. لطفاً از موارد زیر برای بیان نژاد استفاده کنید: W= سفید، B= سیاه‌پوست/آفریقایی آمریکایی، A= آسیایی، H= بومی هاوایی/سایر جزایر اقیانوس آرام، I= بومی آمریکا/بومی آلاسکا (خانواده شما ملزم به ارائه این اطلاعات به ما نیست و بر واجد شرایط بودن یا میزان مزایای شما تأثیری نخواهد داشت).

وضعیت تأهل: از یکی از موارد زیر برای هر یک از اعضای بزرگسال خانواده استفاده کنید: متأهل، مجرد، مطلقه، بیوه، جدا شده

همه افراد خانوار خود را ذکر کنید (شامل خود شخص)	آیا این شخص برای مزایا درخواست می‌دهد؟ (بله/خیر)	اگر شخص خواهان دریافت مزایا نیست، ضروری نیست		جنسیت: (مذکر/ مؤنث)	تاریخ تولد	وضعیت رزمنده‌گی	(اختیاری) نژاد (بخش بالا را ببینید) تمامی موارد مربوطه را وارد کنید	وضعیت تأهل (بخش بالا را ببینید)	(اختیاری) علامت بزنبند اگر هیسپانیک/ لاتین هستید	اگر فرد باردار است این گزینه را علامت بزنبند	اگر فرد معلول است این گزینه را علامت بزنبند
		شماره تأمین اجتماعی	اگر شهروند ایالات متحده هستید، این گزینه را علامت بزنبند								

**محکومیت‌های فدرال و/یا ایالتی:**

آیا شما یا هرکسی در خانوارتان در رابطه با دریافت TANF (مزایای نقدی) یا مزایای SNAP از دو یا چند ایالت به طور همزمان گناهکار شناخته شده‌اید؟ ( ) بله ( ) خیر  
 آیا کسی از وجوه TANF در مؤسسات زیر استفاده کرده است: مشروب فروشی، کازینو، اتاق پوکر، مرکز سرگرمی بزرگسالان، سالن‌های بینگو، بیست‌های مسابقه، و/یا فروشگاه‌های خرده فروشی دارای مجوز که بیشترین فروش آنها تنباکوی فله، سیگار برگ، سیگار، پیب، و لوازم دخانیاتی دیگر است؟ (فقط TANF) ( ) بله ( ) خیر  
 آیا شما یا یکی از اعضای خانوار بابت خرید یا فروش مزایای SNAP بیش از \$500 محکوم شده‌اید؟ ( ) بله ( ) خیر  
 آیا شما یا هرکسی از اعضای خانوار شما به دلیل اعمال مربوط به حمل، استفاده یا توزیع یک ماده مخدر کنترل شده پس از 96/22/08 (SNAP & TANF) محکوم به جرم شده‌اید؟ ( ) بله ( ) خیر  
 آیا شما یا یکی از اعضای خانوارتان برای اجتناب از تعقیب، بازداشت یا زندانی شدن، به دلیل محکومیت به جرم یا تلاش برای جرم، از قانون مخفی شده یا از آن فرار می‌کنید، یا ممکن است این موارد را نقض کرده باشید، یا شرایط آزادی مشروط یا آزادی به قید التزام را رعایت نمی‌کنید؟ ( ) بله ( ) خیر  
 آیا شما یا یکی از اعضای خانوار به دلیل داد و سند مزایای SNAP برای مواد مخدر یا مواد کنترل شده محکوم شده‌اید؟ ( ) بله ( ) خیر  
 آیا کسی که برای او درخواست می‌کنید SNAP و TANF را از ایالت دیگری در 30 روز گذشته دریافت کرده است؟ ( ) بله ( ) خیر  
 آیا پس از 7 فوریه 2014، شما یا یکی از اعضای خانوارتان به عنوان یک بزرگسال به دلیل سوء استفاده جنسی مشدده، قتل، بهره‌کشی جنسی و سایر موارد کودک‌آزاری، یک جرم فدرال یا ایالتی شامل آزار جنسی، یا یک جرم تحت قانون ایالتی که از نظر دادستان به طور قابل ملاحظه ای مشابه چنین جرمی است، محکوم شده‌اید؟ ( ) بله ( ) خیر

<p><b>این کادر فقط برای Families First مجوز ارائه سوابق حضور در مدرسه اینجاناب (مشتری) اجازه می‌دهد سوابق حضور در مدرسه کودکان مندرج در این درخواست توسط اداره آموزش و پرورش تنسی یا مدرسه فرزندم در اختیار اداره خدمات انسانی تنسی قرار گیرد. اداره خدمات انسانی از این سوابق، از جمله شماره‌های تأمین اجتماعی، برای کمک به من در انجام مسئولیت‌های مربوط به Families First استفاده خواهد کرد. زمانی که دیگر به این سوابق نیاز نباشد، از بین برده می‌شوند.</b></p> <p>امضا: _____ تاریخ: _____</p>	<p>اطلاعات من با <b>Books from Birth</b> به اشتراک گذاشته خواهد شد مگر اینکه با این کار مخالفت کنم.</p> <p>برای مخالفت با این امر، ___ اینجا را علامت بزنبند.</p> <p>آیا مایل به رعایت شرایط نفقه فرزند هستید؟ (فقط FF) _____</p> <p>بله _____ خیر _____</p>	<p>آیا یک نسخه از درخواست تکمیل شده خود را می‌خواهید؟ _____ بله _____ خیر</p> <p>اگر می‌خواهید، آیا نسخه کاغذی را ترجیح می‌دهید یا نسخه الکترونیکی؟ _____ نسخه کاغذی _____ نسخه الکترونیکی</p>
<p>مزایای SNAP شما ممکن است در شرایط زیر خاتمه یابد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ارائه اطلاعات نادرست یا مخفی کردن اطلاعات برای دریافت مزایای SNAP;</li> <li>استفاده از کارت امنیتی مزایای (Benefit Security Card) شخص دیگری بدون اجازه او؛</li> <li>خرید اقلای مانند آبجو، سیگار یا صابون با استفاده از مزایای SNAP یا پرداخت با حساب‌های اعتباری.</li> </ul> <p>اگر این قوانین را زیر پا بگذارید، مزایای SNAP را با شرایط زیر دریافت نخواهید کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 سال دفعه اول</li> <li>2 سال دفعه دوم</li> <li>برای همیشه سومین بار.</li> </ul>		
<p>هر عضوی که عمداً هر یک از قوانین را زیر پا بگذارد می‌تواند از یک سال تا به طور دائم از مزایای SNAP محروم شود، تا \$250000 جریمه شود، به تا 20 سال حبس یا هر دو محکوم شود. او همچنین ممکن است تحت پیگرد قانونی تحت سایر قوانین فدرال و ایالتی حاکم قرار گیرد. در صورت حکم دادگاه ممکن است او برای 18 ماه دیگر از SNAP محروم شود. کارت‌های EBT را داد و ستد نکنید یا نفروشید یا از کارت شخصی دیگر استفاده نکنید.</p>		

کارکنان TDHS باید بخش «فرم‌های» اینترنت را بررسی کنند تا اطمینان حاصل کنند که از نسخه جدید استفاده می‌شود. بدون تأیید قبلی، نمی‌توان فرم‌ها را تغییر داد.

تاریخ آخرین بازبینی:  
تاریخ بعدی بازبینی:

<p>اگر مزایای SNAP را با مواد مخدر مبادله کنید. ممکن است مزایای شما با شرایط زیر قطع شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بار اول 2 سال و بار دوم برای همیشه.</li> </ul> <p>اگر بابت جرائم زیر مجرم شناخته شوید ممکن است مزایای SNAP شما برای همیشه قطع شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• داد و ستد مزایای SNAP برای اسلحه، مهمات، یا مواد منفجره یا مواد کنترل شده (مواد مخدر غیرقانونی).</li> <li>• فروش مزایای SNAP به ارزش \$500 یا بیشتر.</li> </ul> <p>برای دریافت مزایای SNAP، اطلاعات نادرست در مورد هویت یا محل زندگی خود ارائه ندهید. ارائه اطلاعات نادرست می تواند شما را به مدت 10 سال از دریافت مزایای SNAP محروم کند.</p>		<p>اطلاعات مربوط به درآمد خانوار را در کادرهای زیر وارد کنید. درآمد شامل اما نه محدود به اشتغال، خوداشتغالی، نفقه، نفقه فرزند، مزایای از کار افتادگی، تأمین اجتماعی/SSI، غرامت کارگری، مزایای بیکاری، مستمری، حقوق و درآمد بهره است.</p>	
<p>فرد با درآمد مالیات/هزینه‌ها</p>		<p>منبع درآمد (مانند شغل، تأمین اجتماعی، نفقه فرزند)</p>	
<p>مبلغ ماهانه قبل از مالیات/هزینه‌ها</p>		<p>مبلغ ماهانه قبل از مالیات/هزینه‌ها</p>	
<p>هر گونه منابع خانوار (نقد، چک، پس انداز، یا سایر حساب‌های بانکی، گواهی سپرده، سهام، اوراق قرضه، صندوق‌های سرمایه‌گذاری مشترک، حساب‌های بازنشستگی، صندوق‌های امانی، سنوات، یا سایر دارایی‌های نقدی) را ذکر کنید</p> <p>نوع: _____ ارزش: \$ _____</p>		<p>نوع: _____ ارزش: \$ _____</p>	
<p>آیا کسی بین 18 تا 24 سال سن دارد و تا به حال در دوران کودکی تحت حضانت دولتی بوده است؟</p> <p>( ) بله ( ) خیر</p>		<p>هزینه‌های مراقبت از کودک</p> <p>مبلغ پرداختی در هفته: \$ _____</p> <p>نام ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از کودک: _____</p>	
<p>هزینه‌های پزشکی</p> <p>هزینه‌های پزشکی تکراری مانند نسخه یا حق بیمه را ذکر کنید. اگر سالخورده یا ناتوان هستید، این‌ها می‌توانند به شما کمک کنند SNAP بیشتری دریافت کنید.</p> <p>نوع: _____ \$ _____ در ماه</p> <p>نوع: _____ \$ _____ در ماه</p>		<p>هزینه‌های سرپناه</p> <p>اجاره / رهن (دور یک مورد خط بکشید)</p> <p>مبلغ ماهانه: \$ _____</p> <p>گاز/برق \$ _____ در ماه</p> <p>تلفن \$ _____ در ماه</p>	
<p>نقشه پرداختی کودک</p> <p>اگر به طور قانونی ملزم به پرداخت نفقه کودک به یا برای یک یا چند کودک هستید، آن را در اینجا وارد کنید:</p> <p>کودک: _____ \$ _____ در ماه</p> <p>کودک: _____ \$ _____ در ماه</p>			

## SNAP و FDPIR بیاتیه عدم تبعیض برای فرم درخواست مشترک

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 مؤسسه‌هایی که در برنامه‌های USDA مشارکت می‌کنند یا آن را اجرا می‌کنند، از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، منع می‌شوند. منشاء ملی، جنسیت (شامل هویت جنسی و گرایش جنسی)، اعتقادات مذهبی، ناتوانی، سن، عقاید سیاسی، یا تلافی برای فعالیت‌های حقوق مدنی قبلی در هر برنامه یا فعالیتی که توسط USDA انجام شده یا تأمین مالی شده است. آن دسته از برنامه‌هایی که کمک مالی فدرال را از وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (HHS) دریافت می‌کنند، مانند کمک موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF) و برنامه‌هایی که HHS را مستقیماً اجرا می‌کند نیز طبق قوانین فدرال حقوق مدنی و مقررات HHS از تبعیض منع شده‌اند.

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

### شکایات حقوق مدنی که شامل برنامه‌های USDA می‌شود

USDA کمک مالی فدرال را برای بسیاری از برنامه‌های امنیت غذایی و کاهش گرسنگی مانند برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)، برنامه توزیع غذا در رزرواسیون هند (FDPIR) و غیره ارائه می‌دهد. جهت ثبت شکایت برنامه تبعیض، فرم شکایت تبعیض برنامه (AD-3270) را تکمیل نمایید که به صورت آنلاین در آدرس زیر یافت می‌شود:

<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-farsi.pdf>

و در هر اداره USDA یا نامه‌ای خطاب به USDA بنویسید و تمام اطلاعات درخواستی موجود در فرم را در نامه ارائه دهید. درخواست کپی از فرم شکایت با شماره (866) 632-9992 تماس بگیرید. فرم یا نامه تکمیل شده خود را از طریق:

1. پست الکترونیکی: خدمات غذا و تغذیه، USDA

22314, Alexandria, VA 334 Braddock Place, Room 1320 یا

2. فکس: (833) 1665-256 یا (202) 7442-690

3. تلفن: (833) 1071-620 یا

4. ایمیل: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

ارسال نمایید.

جهت آگاهی از هر نوع اطلاعات دیگری در مورد مسائل SNAP، افراد باید با شماره خط تلفن اسنپ USDA به شماره 22-5689-1-800، که به زبان اسپانیایی نیز می‌باشد، تماس حاصل نموده یا با شماره‌های اطلاعات ایالت/خط تلفن تماس بگیرند (جهت لیست شماره‌های خط تلفن روی لینک کلیک کنید. حالت)؛ به صورت آنلاین در:

<https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory>

یافت می‌شود.

### شکایات حقوق مدنی که شامل برنامه‌های HHS می‌شود

HHS کمک مالی فدرال را برای بسیاری از برنامه‌ها برای ارتقای سلامت و رفاه فراهم می‌کند، از جمله TANF، Head Start، برنامه کمک به انرژی در خانه با درآمد کم (LIHEAP) و غیره. اگر بر این باورید که به دلیل نژاد، رنگ، منشأ ملی، معلولیت،

سن، جنسیت (از جمله بارداری، گرایش جنسی و هویت جنسی) یا مذهب در برنامه‌ها یا فعالیت‌هایی که HHS مستقیماً آن را انجام می‌دهد یا HHS برای شما مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید برای خود یا برای فردی دیگر به اداره حقوق مدنی (OCR) شکایت را مطرح نمایید.

برای ثبت شکایت از 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. همچنین می‌توانید از طریق پست با OCR تماس بگیرید: عملیات مدیریت پرونده متمرکز، وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، خیابان استقلال 200، S.W.، اتاق F HHH Bldg.509، واشنگتن، دی سی 20201؛ فکس: (202) 3818-619؛ یا ایمیل: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov) برای پردازش سریعتر، ما شما را تشویق می‌کنیم که به جای ارسال از طریق پست، از پورتال آنلاین OCR برای ثبت شکایت استفاده نمایید. کسانی که برای ثبت شکایت حقوق مدنی به کمک نیاز دارند می‌توانند به آدرس [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) ایمیل بزنند یا با شماره تلفن رایگان OCR با شماره تلفن 1-800-368-1019، 1-800-537-7697 TDD تماس بگیرند. برای افرادی که ناشنوا، کم شنوا یا مشکلات گفتاری دارند، خواهشمند است جهت دسترسی به خدمات مخابراتی 1-7-1 را شماره گیری نمایید. ما همچنین گونه‌های جایگزین (مانند خط بریل و چاپ بزرگ)، کمک‌های کمکی و خدمات کمک زبان را به صورت رایگان برای ثبت شکایت ارائه می‌دهیم.

این موسسه، ارائه‌کننده فرصت‌های مساوی است.