



Tennessee Department of Human Services
(टेनेसी मानवीय सेवा विभाग)
आर्थिक सहायता आवेदन

तपाईं असक्षम हुनुभएकाले वा अङ्ग्रेजी बोल्न नसक्ने भएकाले तपाईंलाई यस आवेदनमा सहायता चाहिन्छ भने कृपया हामीलाई भन्नुहोस्। निःशुल्क सहायता उपलब्ध हुन्छ। परिवार सहायता सेवा केन्द्र नम्बर 866-311-4287 र/वा TTY नम्बर 711 मा सम्पर्क गर्नुहोस्। सन्देश रेकर्ड गरिसकेपछि, तपाईं तपाईंलाई दोभाषे उपलब्ध गराउन सक्ने अपरेटरकहाँ पुग्नु हुने छ।

यो बाकस TDHS ले मात्र प्रयोग गर्छ

मुद्दा #: _____
प्राप्त गरेको मिति: _____
काउन्टी: _____

हामी केवल तपाईंको नाम, ठेगाना र हस्ताक्षरका साथ तपाईंको आवेदन लिने छौं। तर जति धेरै तपाईं हामीलाई बताउनुहुन्छ, त्यति नै छिटो हामी तपाईं मद्दत प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ कि सक्नुहुन्न भनी देख्न सक्छौं। तपाईंलाई स्वीकार गरिएमा, तपाईंका लाभहरू हामीले तपाईंको आवेदन प्राप्त गरेको मितिबाट सुरु हुन सक्छ। धेरैजसो अवस्थामा, तपाईंले आवेदन प्रक्रिया पूरा गर्नका लागि TDHS कार्यकर्तासँग कुरा गर्नु पर्ने छ।

निम्न भएमा तपाईं 7 दिनमा SNAP प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ:

1. तपाईंको परिवारको मासिक आमदानी \$150 भन्दा कम भएमा र तपाईंसँग अब \$100 वा सोभन्दा कम स्रोत भएमा।
2. तपाईंको आश्रय लागत (प्लस उपयोगिताहरू) तपाईंको मासिक आय र बचत भन्दा बढी छ।
3. तपाईं मौसमी खेत वा प्रवासी काम गर्नुहुन्छ।

तपाईंसँग तपाईंलाई यो आवेदन भर्न वा बुझ्न गाह्रो बनाउने असक्षमता छ भने, हामी मद्दत गर्न सक्छौं। तपाईं हाम्रो कार्यालयमा आउन सक्नुहुन्न भने हामी तपाईंलाई कल गर्न वा भेट्न सक्छौं। ग्राहकहरूले मेल, ह्याण्ड-डेलिभरीमार्फत आफ्नो काउन्टी कार्यालयमा लाभ र प्रमाणपत्र सामग्रीहरूका लागि आवेदन पेश गर्न सक्छन् वा <https://onedhs.tn.gov/> मा अनलाइन आवेदन दिन सक्छन्।

नाम (पहिलो/बिचको/अन्तिम)			म निम्नका लागि आवेदन दिँदै छु: <input type="checkbox"/> Families First <input type="checkbox"/> SNAP		
गृह ठेगाना			तपाईंसँग सम्पर्कको उत्तम मोड र हप्ताको दिनमा कल गर्ने उत्तम समय छ भने, कृपया निम्न कुरा नोट गर्नुहोस्:		
सहर	राज्य	जीप कोड	घरको फोन	कार्यालयको फोन	सेल/अन्य फोन
पत्राचार ठेगाना (भिन्न भएमा)			मसँग एक वा दुई अधिकारप्राप्त प्रतिनिधिहरू हुन सक्छन् भन्ने कुरा म बुझ्दछु:		
सहर	राज्य	जीप कोड	_____ ले मेरा लागि यी लाभहरूका लागि आवेदन दिन सक्छ: SNAP (<input type="checkbox"/>); Families First (<input type="checkbox"/>) मेरो लागि मेरो SNAP लाभहरू प्रयोग गर्न सक्छ (<input type="checkbox"/>); मेरो लागि मेरो Families First लाभहरू प्रयोग गर्न सक्छ (<input type="checkbox"/>) _____ ले मेरा लागि यी लाभहरूका लागि आवेदन दिन सक्छ: SNAP (<input type="checkbox"/>); Families First (<input type="checkbox"/>) मेरो लागि मेरो SNAP लाभहरू प्रयोग गर्न सक्छ (<input type="checkbox"/>); मेरो लागि मेरो Families First लाभहरू प्रयोग गर्न सक्छ (<input type="checkbox"/>)		
इमेल ठेगाना:					
तपाईं आफूलाई घरबारविहीन ठान्नुहुन्छ? () हो () होइन तपाईंलाई EBT कार्ड चाहिन्छ? () चाहिन्छ () चाहिँदैन		मतदाताको दर्ता तपाईं अहिले जहाँ बस्नुहुन्छ त्यहाँ मतदान गर्न दर्ता हुनुहुन्छ? () छु () छैन तपाईं मतदान गर्न दर्ता गर्न चाहनुहुन्छ? () चाहन्छु () चाहन्न तपाईं TDHS ले तपाईंलाई मतदाता दर्ता फाराम मेल गरेको चाहनुहुन्छ? () चाहन्छु () चाहन्न			
तपाईंलाई दोभाषे चाहिन्छ? () चाहिन्छ () चाहिँदैन तपाईंको असक्षमता वा भाषाको अवरोध छ जसका लागि आवासको आवश्यकता छ? () छ () छैन		TDHS बाट तपाईंले प्राप्त गर्न सक्ने लाभहरू तपाईं मतदान गर्न दर्ता गर्न वा नगर्न परिवर्तन गर्नुहुन्न र यसले तपाईंलाई लाभका लागि आवेदन गर्नबाट रोक्दैन।			
<p>म झूटा साक्षीको दण्ड (शपथअन्तर्गत झूटा बयान दिने) र अन्य सबै लागू हुने दण्डहरूअन्तर्गत यस आवेदनमा दिइएका कथन, कुनै संलग्न र जसले मलाई अन्तर्वार्ता लिएका छन् ती सत्य र सही छन् भनी प्रमाणित गर्दछु। सहायताका लागि आवेदन दिने वा प्राप्त गर्ने सबै व्यक्तिहरू अमेरिकी नागरिक, कानुनी विदेशी वा योग्य आप्रवासीहरू हुन्। म मलाई दिइएको नियम र जानकारी बुझ्छु र त्यसमा सहमत छु। अनुरोध गरिएमा, म मेरो बयान प्रमाणित गर्ने जानकारी दिने छु वा म प्रमाण प्राप्त गर्न TDHS लाई अनुमति दिन्छु। म मैले TDHS ले बताएअनुसार कुनै पनि परिवर्तनबारे रिपोर्ट गर्नुपर्छ भन्ने कुरा बुझ्दछु। म मैले उपलब्ध गराएको जानकारी त्यस्तो जानकारी तथ्यपरक छ कि छैन भनेर निर्धारण गर्नका लागि संघीय, राज्य र स्थानीय अधिकारीहरूद्वारा प्रमाणीकरणको अधीनमा हुने छ भन्ने कुरा बुझ्छु।</p> <p>खुलासा: टेनेसी राज्य वा यसका लागि काम गर्ने व्यक्तिहरूले मैले दिएको जानकारी सत्य हो भनेर प्रमाणित गर्न आवश्यक हुन सक्छ। यो कागजमा हस्ताक्षर गरेर, म प्रमाण प्राप्त गर्न ठीक छ भन्छु। यसले उहाँहरूलाई म SNAP वा Families First प्राप्त गर्न सक्छु कि सक्दिन भनेर निर्णय गर्न अनुमति दिने छ। म मैले सम्झौता विवरण पढेको र बुझेको छु भनी बताउँछु। तपाईंले SNAP का लागि आवेदन दिनुभो भने, तपाईं गुणस्तर नियन्त्रण समीक्षाको अधीनमा हुन सक्नुहुन्छ। ग्राहकहरूले मेल, ह्याण्ड-डेलिभरीमार्फत आफ्नो काउन्टी कार्यालयमा लाभ र प्रमाणपत्र सामग्रीहरूका लागि आवेदन पेश गर्न सक्छन् वा https://OneDHS.tn.gov/ मा अनलाइन आवेदन दिन सक्छन्।</p>					
हस्ताक्षर: _____		मिती: _____		साक्षी (x ले हस्ताक्षर गरिएमा): _____ मिती: _____	
अभिभावक वा अधिकारप्राप्त प्रतिनिधि: _____			मिती: _____		

TDHS कर्मचारीले हालको संस्करणहरूको प्रयोग सुनिश्चित गर्न इन्ट्रानेटको "फारामहरू" खण्ड जाँच गर्नुपर्छ। पूर्व स्वीकृतिविना फारामहरू परिवर्तन गर्न सकिँदैन।

पछिल्लो पटक समीक्षा गरिएको मिति:

अर्को समीक्षाको मिति:

HS-0169

लागू हुने मिति:

RDA: 1716

पृष्ठ 1 मध्ये 7

तपाईंले आफूलाई जो भन्नुभएको छ तपाईं त्यही नै हो भनी जाँच गर्न हामीले सामाजिक सुरक्षा नम्बर प्रयोग गर्छौं। हामीले तिनीहरूलाई सही मात्रामा सहायता प्राप्त गर्न, तपाईंले प्राप्त गर्ने सहायताको मात्रा परिवर्तन गर्न, अन्य कम्प्युटर र सरकारी रेकर्डहरू जाँच र तपाईं योग्य हुनुहुन्छ भनी सुनिश्चित गर्न प्रयोग गर्छौं। हामी सामाजिक सुरक्षा, IRS र रोजगारी रेकर्ड जाँच गर्छौं। हामी संयुक्त राज्यको नागरिकता र आप्रवासन सेवा (USCIS) रेकर्डहरू जाँच गर्न सक्छौं। ती रेकर्डहरू तपाईंले भन्नुभएका कुराहरूसँग मेल खाँदैनन् भने, यसले तपाईंले मद्दत प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ वा पाउन सक्नुहुन्छ र तपाईंले कति परिवार पहिले वा SNAP पाउनु हुन्छ भन्ने कुरालाई असर गर्न सक्छ। तपाईंले मद्दत प्राप्त गर्ने उद्देश्यका साथ गलत जानकारी दिनुभयो भने, तपाईं जेल जान सक्नुहुन्छ।

जाति/जातियतासम्बन्धी जानकारी प्रदान गरेर, यसले टेनेसीले नागरिक अधिकार कानूनको पालना गरिरहेको छ कि छैन भनेर देखाउन मद्दत गर्छ। कृपया जाति सङ्केत गर्न निम्न प्रयोग गर्नुहोस्: **W** = श्वेत जाति, **B** = कालो/अफ्रिकी अमेरिकी, **A** = एसियाली, **H** = मूल निवासी हवाईयन/अन्य प्रशान्त टापुवासी, **I** = अमेरिकी भारतीय/अलास्का मूल निवासी (तपाईंको परिवारले हामीलाई यो जानकारी दिन आवश्यक छैन र यसले तपाईंको योग्यता वा लाभ स्तरलाई प्रभाव पार्ने छैन।)

वैवाहिक स्थिति: घरको प्रत्येक वयस्क सदस्यका लागि तलका मध्ये एउटा प्रयोग गर्नुहोस्: **विवाहित, अविवाहित, सम्बन्धविच्छेद, विधवा, छुट्टिएको**

आफ्नो घरका सबैलाई सूचीबद्ध गर्नुहोस् (आफै सहित) थप व्यक्तिहरू थप्नका लागि, कृपया अर्को आवेदन वा कागजको पाना संलग्न गर्नुहोस्	यस व्यक्तिले लाभहरूको लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ? (छ/छैन)	(व्यक्ति लाभ लिन चाहँदैन भने आवश्यक छैन)		लिङ्ग (पुरुष/महिला)	जन्म मिति	सेवानिवृत्त सैनिक स्थिति	वैकल्पिक जाति (माथि हेर्नुहोस्) लागू हुने सबै प्रविष्ट गर्नुहोस्	वैवाहिक स्थिति (माथि हेर्नुहोस्)	वैकल्पिक हिस्पेनिक/ल्याटिनो भएमा बाकसमा चिह्न लगाउनुहोस्	महिला गर्भवती भएमा बाकसमा चिह्न लगाउनुहोस्	व्यक्ति असक्षम भएमा बाकसमा चिह्न लगाउनुहोस्
		थप जानकारीका लागि माथि कथन हेर्नुहोस्।	सामाजिक सुरक्षा नम्बर								
			अमेरिकी नागरिक हो भने बाकसमा चिह्न लगाउनुहोस्								

संघिय र/वा राज्य धारणा:

के तपाईं वा तपाईंको परिवारमा कोही एकै समयमा दुई वा बढी राज्यहरूबाट TANF (नगद लाभहरू) वा SNAP लाभहरू प्राप्त गरेकोमा दोषी फेला परेको छ? () छ () छैन
 के कसैले निम्न प्रतिष्ठानहरूमा TANF कोषहरू प्रयोग गरेको छ: रक्सी पसलहरू, क्यासिनोहरू, पोकर कोठाहरू, वयस्क मनोरञ्जन व्यवसाय, बिर्नो हल, रेस ट्याकहरू र/वा इजाजतपत्र प्राप्त खुद्रा स्टोरहरू जसले तिनीहरूको सबैभन्दा ठूलो बिक्री खुकुलो तंबाकू, चुरोट, चुरोट, पाइप र अन्य धूम्रपान सामान प्राप्त गर्छ? (TANF मात्र) () हो () होइन
 के तपाईं वा घरको कुनै सदस्य \$500 भन्दा बढी SNAP लाभहरू खरिद वा बिक्री गरेकोमा दोषी ठहरिएका छन्? () छन् () छैनन्
 08/22/96 (SNAP र TANF) पछि नियन्त्रित लागू पदार्थ धारण, प्रयोग वा वितरण गर्नेसँग सम्बन्धित व्यवहारको कारणले तपाईं र तपाईंको परिवारको कुनै सदस्यलाई घोर अपराध गरेको भनी अपराधी ठहर गरिएको छ? () छ () छैन
 के तपाईं वा तपाईंको परिवारको कुनै सदस्य अभियोगबाट बन्नु, हिरासतमा लिइएको वा जेलमा जानु, सजाय पाएको अपराध वा जघन्य अपराधको प्रयासबाट बन्नु कानूनबाट लुकेको वा भाग्दै हुनुहुन्छ वा त्यस्ता उल्लङ्घन(हरू) हुन सक्छ वा परोल वा परिक्षणको सर्तहरू अनुरूप छैन? () हो () होइन
 तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्यलाई 8/22/96 पछि लागू औषधका लागि SNAP लाभहरूको कारोबारमा अपराधी ठहर गरिएको छ? () छ () छैन
 के तपाईंले पछिल्लो 30 दिन भित्र अर्को राज्यबाट SNAP र TANF का लागि आवेदन गरिरहनुभएको छ? () छ () छैन
 के तपाईं वा तपाईंको कुनै पनि घरायसी सदस्यलाई शुक्रवार, फेब्रुअरी 7, 2014 पछि उत्तेजित यौन दुर्व्यवहारको वयस्क, हत्या, यौन शोषण र बालबालिकाको अन्य दुर्व्यवहार, यौन दुर्व्यवहार संलग्न हुने संघीय वा राज्य अपराध वा महान्यायव्यवस्थाद्वारा उक्त अपराध जस्ता मूल रूपमा समान निर्धारण गरिएको राज्य कानून अन्तर्गतको अपराधको आरोप लगाइएको छ? () छ () छैन

<p>यो बाकस पहिले परिवारका लागि मात्र: विद्यालय हाजिरी रेकर्डहरू खुलासा गर्ने अनुमति म (ग्राहक) टेनेसी डिपार्टमेन्ट अफ एजुकेशन वा मेरो बच्चाको स्कूलद्वारा Tennessee Department of Human Services (टेनेसी डिपार्टमेन्ट अफ ह्युमन सर्भिसिज) मा जारी गर्न यस आवेदनमा बच्चाहरूको स्कूल हाजिरी रेकर्डहरूका लागि अनुमति दिन्छु। मेरो परिवारको पहिलो जिम्मेवारीहरू पूरा गर्न मलाई मद्दत गर्न मानव सेवा विभागले सामाजिक सुरक्षा नम्बरहरू सहित यी रेकर्डहरू प्रयोग गर्ने छ। रेकर्डहरू अब आवश्यक नहुँदा नष्ट हुने छन्।</p> <p>हस्ताक्षर: _____ मिति: _____</p>	<p>मैले अस्वीकार नगरेसम्म मेरो जानकारी जन्मका पुस्तकहरूसँग साझा गरिने छ।</p> <p>_____ अस्वीकार गर्न यहाँ चिह्न लगाउनुहोस्।</p> <p>तपाईं बाल समर्थनको पालना गर्न इच्छुक हुनुहुन्छ? (FF मात्र)</p> <p>_____ छैन</p>	<p>तपाईं आफ्नो पूरा भएको आवेदनको प्रतिलिपि चाहनुहुन्छ?</p> <p>_____ चाहन्छु _____ चाहन्न</p> <p>त्यसो हो भने, तपाईं कागजी प्रतिलिपि वा इलेक्ट्रोनिक प्रतिलिपि चाहनुहुन्छ?</p> <p>_____ कागजी प्रतिलिपि _____ इलेक्ट्रोनिक प्रतिलिपि</p>	<p>निम्न अवस्थामा तपाईंका SNAP लाभहरू समाप्त हुन सक्छन्:</p> <ul style="list-style-type: none"> SNAP लाभहरू प्राप्त गर्न गलत जानकारी दिनुहोस् वा तथ्यहरू लुकाउनुहोस्; उनीहरूको अनुमतिविना अरू कसैको लाभ सुरक्षा कार्ड प्रयोग गर्नुहोस्; बियर, सिगरेट वा साबुन जस्ता SNAP फाइदाहरू भएका चीजहरू किन्नुहोस् वा क्रेडिट खाताहरूमा भुक्तानी गर्नुहोस्। <p>तपाईंले यी नियमहरू तोड्नु भयो भने, तपाईंले निम्नका लागि SNAP लाभहरू प्राप्त गर्नु हुने छैन:</p> <ul style="list-style-type: none"> पहिलो पटक 1 वर्ष दोस्रो पटक 2 वर्ष तेस्रो पटक सधैं।
--	---	--	---

तलको बाकसमा आफ्नो परिवारको आम्दानीका बारेमा जानकारी प्रविष्ट गर्नुहोस्। आम्दानीमा रोजगारी, स्व-रोजगारी, भत्ता, बाल सहायता, असक्षमता लाभहरू, सामाजिक सुरक्षा/SSI, कामदारको क्षतिपूर्ति, बेरोजगारी लाभहरू, निवृत्तिभरणहरू, भत्ताहरू र ब्याज आम्दानी समावेश छन् तर सीमित छैनन्।		तपाईंले औषधिका लागि SNAP लाभहरूको व्यापार गर्नुहुन्छ भने। तपाईंलाई निम्नका लागि रोक लगाउन सकिन्छः	
आम्दानी भएको व्यक्ति	आम्दानीको स्रोत (जस्तै जागिर, सामाजिक सुरक्षा, बाल सहायता)	कर / खर्च अघि मासिक रकम	<ul style="list-style-type: none"> पहिलो पटक 2 वर्ष र दोस्रो पटक सधैंभरि।
कर/खर्चहरू			तपाईं दोषी पाइनुभयो भने तपाईंलाई SNAP बाट स्थायी रूपमा हटाउन सकिन्छः
			<ul style="list-style-type: none"> बन्दुक, गोला बारुद वा विस्फोटक पदार्थ वा नियन्त्रित पदार्थ (गैरकानुनी लागूपदार्थ) का लागि व्यापार SNAP लाभहरू; \$ 500 वा बढी मूल्यको SNAP लाभहरू बेच्दै।
कुनै पनि घरायसी स्रोतहरू (नगद, चेक, बचत वा अन्य बैंक खाताहरू, जम्मा प्रमाणपत्रहरू, स्टकहरू, बन्डहरू, म्युचुअल फन्डहरू, सेवानिवृत्ति खाताहरू, ट्रस्ट कोषहरू, वार्षिकीहरू वा अन्य तरल सम्पत्तिहरू) सूचीबद्ध गर्नुहोस्।		धेरै SNAP लाभहरू प्राप्त गर्न तपाईंको हुनुहुन्छ वा तपाईं कहाँ बस्नुहुन्छ भन्नेबारे गलत जानकारी नदिनुहोस्। गलत जानकारी दिनुले तपाईंलाई 10 वर्षका लागि SNAP लाभहरू प्राप्त गर्नबाट रोक्न सक्छ।	
प्रकार: _____	मूल्य:\$ _____	प्रकार: _____	मूल्य:\$ _____
प्रकार: _____	मूल्य:\$ _____	प्रकार: _____	मूल्य:\$ _____
के 18 देखि 24 वर्षको बीचको कोही हुनुहुन्छ र कहिल्यै बच्चाको रूपमा राज्यको हिरासतमा रहेको हुनुहुन्छ? () छ () छैन	निवासस्थान लागतहरू भाडा / धितो (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्) मासिक रकम: \$ _____	चिकित्सा खर्चहरू प्रिस्क्रिप्शन वा बीमा प्रिमियमहरू जस्ता पुनरावर्ती चिकित्सा खर्चहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्। तपाईं वृद्ध वा असक्षम हुनुहुन्छ भने यसले तपाईंलाई थप SNAP प्राप्त गर्न मद्दत गर्न सक्छ। प्रकार: _____ \$ _____ प्रति महिना	बाल सहायता भुक्तानी तपाईं कानुनी रूपमा बच्चा वा बच्चाहरूलाई बाल सहायता भुक्तानीहरू तिर्न बाध्य हुनुहुन्छ भने यसलाई यहाँ प्रविष्ट गर्नुहोस्: बच्चा: _____ \$ _____ प्रति महिना बच्चा: _____ \$ _____ प्रति महिना
बाल स्याहार खर्चहरू प्रति हप्ता भुक्तान रकम: \$ _____ बाल स्याहार प्रदायकको नाम: _____	ग्यास/बिजुली \$ _____ प्रति महिना फोन \$ _____ प्रति महिना	प्रकार: _____ \$ _____ प्रति महिना	

TDHS कर्मचारीले हालको संस्करणहरूको प्रयोग सुनिश्चित गर्न इन्टरनेटको "फारामहरू" खण्ड जाँच गर्नुपर्छ। पूर्व स्वीकृतिविना फारामहरू परिवर्तन गर्न सकिँदैन।

पछिल्लो पटक समीक्षा गरिएको मिति:

अर्को समीक्षाको मिति:

HS-0169

लागू हुने मिति:

RDA: 1716

पृष्ठ 3 मध्ये 7

एसएनएपि र एफडिपिआइआर गैरभेदभाव अभिव्यक्तिका लागि संयुक्त आवेदन फारम

नागरिक अधिकार सम्बन्धी संघीय कानून र संयुक्त राज्य अमेरिकाको कृषि विभाग (युएसडिए) को नागरिक अधिकार सम्बन्धी नीति नियमहरू बमोजिम युएसडिए, यसका एजेन्सीहरू, कार्यालयहरू र कर्मचारीहरू र युएसडिएको कार्यक्रमहरू व्यवस्थापन गर्ने वा ती कार्यक्रमहरूमा सहभागी भएका संस्थाहरूले जात, रंग, राष्ट्रियता, लिङ्ग (लैङ्गिक पहिचान र यौनिक अभिमुखीकरण लगायत), धार्मिक आस्था, अशक्तता, उमेर, राजनीतिक विश्वास, वा युएसडिएले आयोजना गरेको वा आर्थिक सहयोग प्रदान गरेको कुनै पनि कार्यक्रम वा गतिविधिमा पूर्व नागरिक अधिकार सम्बन्धी गतिविधिको बदलामा वा प्रतिशोधका आधारमा भेदभाव गर्न निषेध गरिएको छ । संयुक्त राज्य अमेरिकाको स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (एचएचएस) बाट संघीय वित्तीय सहयोग प्राप्त गर्ने कार्यक्रमहरू जस्तै गरिव परिवारका लागि अस्थायी सहयोग (टिएएनएफ), र एचएचएसले प्रत्यक्ष रूपमा संचालन गर्ने कार्यक्रमहरूले समेत नागरिक अधिकार सम्बन्धी संघीय कानून र एचएचएसको नियमावलीहरू अन्तर्गत भेदभाव गर्न निषेध गरिएको छ ।

कार्यक्रमको जानकारी प्राप्त गर्न ब्रेल, टूलो प्रिन्ट, अडियोटेप, अमेरिकन सांकेतिक भाषा जस्ता वैकल्पिक माध्यमहरू आवश्यक भएका अशक्त व्यक्तिहरूले आफ्नो हितका लागि आवेदन दिएको एजेन्सीमा (राज्य वा स्थानीय) सम्पर्कगर्नुपर्छ । बहिरो, सुन्न वा कठिनाइ हुने व्यक्तिहरूले संघीय रिले सेवाको (८००) ८७७-८३३९ मार्फत युएसडिएलाई सम्पर्क गर्न सक्दछन् । त्यसैगरी अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा पनि कार्यक्रमको जानकारी उपलब्ध गराउन सकिनेछ ।

युएसडिए कार्यक्रमहरु समावेश हुने नागरिक अधिकार सम्बन्धी उजुरीहरु

पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (एसएनएपि), भारतीय आरक्षणमा खाद्य वितरण कार्यक्रम (एफडिपिआइआर) लगायतका धेरै खाद्य सुरक्षा तथा भोक न्यूनीकरण कार्यक्रमहरूमा युएसडिएले संघीय आर्थिक सहायता पदार्न गर्दछ । कार्यक्रम भेदभाव विरुद्ध उजुरी दर्ता गर्न <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-nepali.pdf> मा र युएसडिएको कुनै पिन कार्यालयमा कार्यक्रम भेदभाव उजुरी फारम (एडि-3027) भर्नुहोस् वा युएसडिएलाई सम्बोधन गरी पत्र लेख्नुहोस् र फारममा उल्लेख गर्नुपर्ने सम्पूर्ण सूचनाहरु पतमार् उल्लेख गर्नुहोस् । उजुरी फारमको परिर्तिलप माग गर्नका लागि (८६६) ६३२-९९२ मा सम्पर्क गर्नुहोस् । पूर्ण रुपमा भरिएको फारम वा पत्र युएसडिएमा दे हाय बमोजिम बुझाउनुहोसः

1. **हुलाक:** खाद्य तथा पोषण सेवा, युएसडिए
1320 ब्राडुक प्लेस, कोठा 334, अलेक्जान्ड्रिया, भिए 22314; वा
2. **फ्याक्स:** (833) 256-1665 वा (202) 690-7442; वा
3. **फोन:** (833) 620-1071; वा
4. **इमेल:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

एसएनएपि सम्बन्धी समस्याहरूका सम्बन्धमा कुनै अन्य जानकारीको लागि युएसडिए एसएनएपि हटलाइन नम्बर (800) 221-5689 मा सम्पर्क गर्नुपर्छ जुन स्पेनिसमा पनि छ, वा राज्यको सूचना/हटलाइन नम्बरहरूमा सम्पर्क गर्नुपर्छ (राज्यको हटलाइन नम्बरहरूको सूचीको लागि लिङ्क क्लिक गर्नुहोस्।); <https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory>.

एचएचएस कार्यक्रमहरु समावेश हुने नागरिक अधिकार सम्बन्धी उजुरीहरु

टिएनएफ, हेड स्टार्ट, न्यून आय भएका घरका लागि उर्जा सहयोग कार्यक्रम (एलआइएचईएपि) लगायत स्वास्थ्य तथा सबलता अभिवृद्धि गर्नका लागि धेरै कार्यक्रमहरूमा एचएचएसले संघीय आर्थिक सहायता प्रदान गर्दछ । यदि तपाईंलाई तपाईंको जात, रङ्ग, राष्ट्रियता, अशक्तता, उमेर, लिङ्ग (गर्भावस्था, यौनिक अभिमुखीकरण र लैङ्गिक पहिचान लगायत), वा धार्मिक आस्थाको आधारमा एचएचएसले प्रत्यक्ष रूपमा आयोजना गरेको वा एचएचएसले संघीय आर्थिक सहायता प्रदान गरेको कुनै पनि कार्यक्रम वा गतिविधिमा भेदभाव गरेको लागेमा तपाईंले आफ्नो लागि वा अरु कसैको लागि नागरिक अधिकारको कार्यालय (ओसिआर) मा उजुरी दर्ता गर्न सक्नुहुन्छ ।

एचएचएस मार्फत संघीय आर्थिक सहायता प्राप्त भएको कार्यक्रमका सम्बन्धमा आफ्नो लागि वा अरु कसैको लागि भेदभाव विरुद्ध उजुरी दर्ता गर्न ओसिआरको उजुरी पोर्टल <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> मा गई फारम भर्नुहोस् । तपाईंले ओसिआरमा मेल मार्फत पनि सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ: केन्द्रीकृत मुद्दा व्यवस्थापन सञ्चालन, यू.एस. स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग, 200 इन्डिपेन्डेन्स एभिन्यू, एस.डब्ल्यू., कोठा 509एफ एचएचएच बिएलडिजि, वासिङ्गटन, डि.सि. 20201; फ्याक्स: (२०२) ६१९-३८१८; वा इमेल: OCRmail@hhs.gov. तिव्र प्रक्रियाको लागि मेल मार्फत दर्ता गर्नु भन्दा पनि ओसिआरको अनलाइन पोर्टल प्रयोग गरी उजुरी दर्ता गर्नका लागि प्रोत्साहन गर्दछौं । नागरिक अधिकार सम्बन्धी उजुरी दर्ता गर्न सहयोग चाहिने व्यक्तिहरूले ओसिआरको OCRMail@hhs.gov मा इमेल वा ओसिआरको टोल-फ्री 1-800-368-1०१९, टिडिडि १-८००-५३७-७६९७ मा सम्पर्क गर्न सक्नेछन् । बहिरो, सुन्न नसक्ने, वा बोल्न कठिनाई भएका

व्यक्तिहरूले दुरसञ्चार रिले सेवाहरूको पहुँचका लागि कृपया 7-1-1 डायल गर्नुहोस् । उजुरी दायर गर्नका लागि हामी वैकल्पिक ढाँचाहरू (जस्तै ब्रेल र ठूलो प्रिन्ट), सहायक सहायताहरू र भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध गराउँछौं ।

यो संस्था समान अवसर प्रदायक हो ।