

सेवाहरुको लागी निवेदन

मैले सहायता पाउनका लागी के गर्नुपर्छ?

१. निवेदन लिनुहोस् (DHS 0415F) |

तपाईं निम्न माध्यमबाट निवेदन प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ:

- निम्न वेब साइटबाट छापेर: <https://apps.state.or.us/Forms/Served/dt0415F.pdf>;
- आफ्नो स्थानिय स्व-पर्याप्तता कार्यालयमा फोन गरी, सो निवेदन हुलाकबाट पठाउन लगाउने;
- आफ्नो स्थानिय स्व-पर्याप्तता कार्यालयमा गई लिने; वा
- SNAP खाद्दय सहायताको लागी मात्र, तपाईं अनलाइनमा <https://apps.state.or.us/connect> गई भर्न सक्नुहुन्छ |

आफ्नो नजिकको कार्यालय पत्ता लगाउन, 211 मा फोन गर्नुहोस् वा निम्न वेब साइटमा जानुहोस्:
www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx |

२. निवेदन भर्नुहोस् |

- **बच्चाको रेखदेख**, बुवा/आमा काममा हुँदा बच्चाको दैनिक रेखदेख (ERDC): निम्न आय भएका काम गर्ने परिवारहरुका लागी | निम्न वेब साइटबाट थप सूचना प्राप्त गर्न सकिन्छ <http://www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE> निवेदन दिनको लागी पृष्ठ १-६ भर्नुहोस् | पृष्ठ १४-१६ पढ्नुहोस् र पृष्ठ १६ मा हस्ताक्षर गर्नुहोस् |
- **खाद्दय सहायता**, पूरक पोषण सहयोग कार्यक्रम (SNAP): खाना किन्न मद्दत गर्छ | आवेदन गर्न पृष्ठ १-७ सम्म भर्नुहोस् | पृष्ठ १२-१५ पढ्नुहोस् र पृष्ठ १५ मा हस्ताक्षर गर्नुहोस् | तपाईंले खाद्दय सुविधाको अनुरोध गर्न आवेदन प्रक्रिया शुरू गर्नको लागी पृष्ठ १ मा आफ्नो नाम, ठेगाना र हस्ताक्षर मात्र राखी पेश गर्न सक्नुहुनेछ | यदि तपाईं खाद्दय सुविधाका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, सुविधाहरु यसै दायर मिति देखि प्रदान गरिने छ।
- **स्वस्थ्य सहयोग**: स्वास्थ्य बिमाको लागी निवेदन भर्न निम्न वेब साइटमा अनलाइन जानुहोस्: OregonHealthCare.gov वा निवेदन मगाउन 1-800-699-9075 मा फोन गर्नुहोस् अथवा 711 (TTY) सोमवार देखि शुक्रवार, बिहान ७ बजे देखि साँझ ६ बजे सम्म |
- **नगद सहयोग**, गरिब परिवारका लागी अस्थाई सुविधा (TANF) धेरै कम आय भएका बालबालिका आश्रीत भएका परिवारहरुका लागी, तिनीहरु जो गर्वावास्थाको अन्तिम चरणमा छन, वा शरणार्थी नगद सहयोग भएकाहरु: संयुक्त राज्यमा प्रवेश गरेको आठ महिना सम्मका शरणार्थीहरुका लागी | नगद सहायताको लागी, पुरा निवेदन भर्नुहोस् |

३. निवेदन बुझाउनुहोस् | तपाईं हुलाक द्वारा, फ्याक्स द्वारा वा आफ्नो स्थानीय स्व-पर्याप्तता कार्यालयमा आफै गई फारम बुझाउन सक्नुहुन्छ (आफ्नो रेकर्डको लागी तपाईं मिति छापिएको प्रतिलिपि राख्नसक्नुहुन्छ) | यदि तपाईं भर्खर आउनुभएको शरणार्थी हुनुहुन्छ र आएको ८ महिना पुरा भएको छैन भने र मल्टिनोमा, वाशिंगटन वा कलाकमस काउन्टीमा बस्नुहुन्छ भने, आफ्नो निवेदन स्थानिय पुनर्वास कार्यालयमा बुझाउनुहोस् | तपाईंलाई शरणार्थी केश सेवा कार्यक्रम (RCSP) बाट सहयोग गरिन्छ |

४. केश वर्करसंग अन्तर्वाताको लागी समय मिलाउनुहोस् | हामी अन्तर्वातामा तपाईं संगै निवेदनका बुँदाहरु क्रमवद्द रुपमा पुनरावलोकन गर्न सक्छौं | तपाईं आफ्नो अन्तर्वातामा सहभागी हुन जरुरी छ | यदि तपाईंलाई अन्तर्वाताको मिति सार्नुपरे, कृपया हामीलाई जानकारी गराउनुहोस् |

मलाई तत्काल खाद्दय सुविधा चाहिए के गर्ने?

यदि तपाईं योग्य हुनुहुन्छ भने हामी तपाईंलाई ७ दिन भित्र खाद्दय सुविधा दिन सक्छौं | योग्य हुन, तल दिइएका बुँदाहरुमा कम्तिमा एक बुँदा सहि हुनु पर्छ |

- तपाईंको मासिक आय \$१५० भन्दा कम छ र तपाईंको बैंकमा जम्मा रकम \$१०० भन्दा कम छ ।
- तपाईंको जम्मा मासिक आय, नगद र बैंकमा रहेको रकम, तपाईंको घरको सेवा खर्च (बिजुली, पानी ,टेलीफोन) आदिको मासिक खर्च भन्दा काम भए ।
- तपाईं आप्रवासी वा मौसमी (seasonal) कामदार हुनुहुन्छ र तपाईंसंग ज्यादै थोरै रकम छ । तपाईंले आफ्नो पहिचान प्रमाण देखाउन पनि तयार हुनुपर्छ ।

मैले अन्तर्वातामा के के आफ्नो साथ लिएर जानुपर्छ?:

तपाईंले निम्न कुराहरु ल्याउनु पर्छ ।

१. तपाईंको पहिचान;
२. तपाईंको आयको प्रमाण ;
- ३:तपाईंको घरका सबै सदस्यहरु, जो सुविधा चाहन्छन् तिनीहरुको सामाजिक सुरक्षा नम्बर; र
४. सुविधा चाहिने व्यक्तिहरुको कानूनी आप्रवासको प्रमाण ।

यदि तपाईंलाई सूचना चाहिए कृपया हामीलाई थाहा दिनुहोस्, हामी तपाईंलाई सहयोग दिन सक्छौं ।

यदि म छनौटमा परेमा सहायता कहिले देखि शुरु हुन्छ?

- *नगद सहायता* सामान्यतया हामीले निवेदन बुझ्नेको मिति/दिनबाट शुरु हुन्छ । तपाईंले पाउने सुविधाको रकम पनि यस मिति/दिनमा भर पर्छ ।
- *खाद्दय सहायता* सामान्यतया हामीले निवेदन पाएको मितिबाट शुरु हुन्छ । तपाईंले पाउने सुविधाको रकम पनि यस मिति/दिनमा भर पर्छ ।
- *बालबालिकाको रेखदेखको सहायता* निवेदन दिएको महिनाको पहिलो दिनबाट शुरु हुन्छ । तैपनि, सो सेवाको भुक्तानी मिति तपाईंले छनोट गर्नुभएको बालबालिकाको रेखदेख गर्ने सेवा प्रदायक संस्था मानव सेवा विभाग (DHS) को स्वीकृति प्राप्त गरेको संस्थाको लिस्टमा भए-नभएको थाह हुने मिति भन्दा अघि हुन सक्दैन ।

सामाजिक सुरक्षा नम्बर (SSN) र नागरिकता ।

यदि तपाईं अन्य कोहीको लागि निवेदन भर्दै हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो सामाजिक सुरक्षा नम्बर राख्नु पर्दैन, हामीलाई तपाईंको सामाजिक सुरक्षा नम्बर र तपाईंको नागरिकताको अवस्थाको सूचना चाहिंदैन । केहि सहायताका लागि जो मानिसहरु अमेरिकी नागरिक हुंदैनन् तिनीहरु पनि योग्य हुन सक्छन् । यदि तपाईंसंग सामाजिक सुरक्षा नम्बर छैन भने, वा भएका परिवारका अन्य सदस्यहरु जोसंग सामाजिक सुरक्षा नम्बर छ तिनीहरु योग्य हुन सक्छन । पृष्ठ ११ ले डी.एच.एस ले किन सामाजिक सुरक्षा नम्बर संकलन गर्छ र प्रत्येक सामाजिक सुरक्षा नम्बर के मा प्रयोग गरिन्छ भनेर बताउँछ ।

शरणार्थी नगद सहायताको लागि सामाजिक सुरक्षा नम्बर चाहिंदैन ।

तपाईं यो फारम अन्य भाषाहरु, ठुलो अक्षर , ब्रेल वा तपाईंले चाहेको अन्य तरिकाले पनि पाउन सक्नुहुनेछ । यस फारमलाई अन्य रुपमा वा भाषामा पाउनको निम्ति, आफ्नो स्थानीय कार्यालय वा 711 मा TTY को लागि सम्पर्क गर्नुहोस् । सबै स्थानिय डी. एच.एस को कार्यालयको ठेगानाको निम्ति www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx मा गई हेर्नुहोस् ।

के तपाईको तत्काल पुरा हुनुपर्ने आवश्यकता छन्?

- कृपया तपाई र तपाईसंगै निवेदन दिने अन्य व्यक्तिको लागि निम्न प्रश्नको उत्तर दिनुहोस् ।
 - के कसैको मासिक आय \$१५० वा सो भन्दा बढी छ? छ छैन
 - के कसै संग \$१०० वा सो भन्दा बढी रकम नगद चेकिंग वा वचत खातामा छ? छ छैन
 - के तपाईको मासिक भाडा र अन्य आवश्यक सेवाहरूको खर्च तपाईको मासिक आय र तपाईको बैंकमा रहेको रकम भन्दा बढी छ? छ छैन
 - के कोहि आप्रवासी वा मौसमी कृषि कामदार छन्? छ छैनन्

यदि छन् भने । के कसै संग \$१०० वा सो भन्दा बढी रकम नगद चेकिंग वा वचत खातामा छ? छ छैन

के आउने १० दिनमा तपाईले \$२५ वा सो भन्दा बढी कमाउनु हुन्छ? छ छैन
- के तपाईलाई बस्ने ठाउँको आवश्यकता छ? छ छैन
- के तपाईलाई घर खाली गर्न वा घर जफत गर्न सूचना आएको छ? छ छैन
- के तपाईलाई बिजुली, पानी आदि बन्द गर्ने सूचना आएको छ? छ छैन
- के तपाई दुर्व्यवहार वा असुरक्षित अवस्थाबाट बाहिर आउनु पर्नेछ? छ छैन
- के तपाईको पार्टनरले तपाईलाई धम्की दिएर, ठुलो स्वरमा कराएर वा तपाईलाई शारीरिक यातना दिएर तर्साउने गर्छन्? छ छैन

१. तपाईको घरमा रहेका व्यक्तिको बारेमा हामीलाई बताउनुहोस्

परिवारमा रहेका सबैको लागि तलको भाग पुरा भर्नुहोस् । तपाईले आफ्नो जातीय सूचना नदिन पनि सक्नुहुन्छ । त्यसले तपाईको योग्यतामा असर गर्दैन । यो सूचनाले हामीलाई नागरिक अधिकार कानून १९६४ को भाग ६ को पालना गर्न मद्दत गर्छ ।

सहयोग चाहने व्यक्तिको लागि तलको प्रश्नको उत्तर दिनुहोस् ।

पुरा नाम (थर, नाम, बिचको नामको पहिलो अक्षर)

स्वयं

जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष) सम्बन्ध (आमा, छोरा)

लिंग पुरुष महिला

वैवाहिक अवस्था विवाहित एकल विधुवा/बिदुर
 सम्बन्ध बिच्छेद भएको विवाहित तर अलग भएको

जातीयता हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी
 हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी बाहेक

जातीय सम्पदा: एसियन गोरो

- हवाईको स्थानिय/प्रशान्त महासागररिय टापुबाट
 अमेरिकन इन्डियन/अलास्काको स्थानिय
 कालो वा अफ्रिकी अमेरिकी

यस व्यक्तिको सहयोगको लागि चिन्ह लगाउनुहोस्:

केहि पनि चाहिँदैन खाद्दय बच्चाको हेरचाह
 नगद घरेलु हिंसा सहयोग

के यो व्यक्तिको कुनै विकलांगता छ? छ छैन

खाद्दय वा नगद सहयोगको लागि: के यो व्यक्तिको विरुद्धमा पुरा हुन बाँकी पक्राउ पुर्जी जारी भएको छ? छ छैन

अन्तिम पटक पुरा गरेको कक्षा: _____

सामाजिक सुरक्षा नम्बर: _____

अमेरिकी नागरिक: हो होइन

यदि होइन भने तलको सूचना भर्नुहोस्

एलिएन नम्बर _____

जन्मिएको स्थान: _____
 (सहर/राज्य वा देश)

अमेरिका आएको मिति _____ ओरेगन आएको मिति _____

१. तपाईंको घरमा रहेका व्यक्तिको बारेमा हामीलाई बताउनुहोस्

परिवारमा रहेका सबैको लागी तलको भाग पुरा भर्नुहोस् | तपाईंले आफ्नो जातीय सूचना नदिन पनि सक्नुहुन्छ | त्यसले तपाईंको योग्यतामा असर गर्दैन | यो सूचनाले हामीलाई नागरिक अधिकार कानून १९६४ को भाग ६ को पालना गर्न मद्दत गर्छ |

सहयोग चाहने व्यक्तिको लागी तलको प्रश्नको उत्तर दिनुहोस् |

पुरा नाम (थर, नाम, बिचको नामको पहिलो अक्षर)

जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष) सम्बन्ध (आमा, छोरा)

लिंग पुरुष महिला

वैवाहिक अवस्था विवाहित एकल विधुवा/बिदुर
 सम्बन्ध बिच्छेद भएको विवाहित तर अलग भएको

जातीयता हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी
 हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी बाहेक

जातीय सम्पदा: एसियन गोरो
 हवाईको स्थानिय/प्रशान्त महासागरिय टापुबाट
 अमेरिकन इन्डियन/अलास्काको स्थानिय
 कालो वा अफ्रिकी अमेरिकी

यस व्यक्तिको सहयोगको लागी चिन्ह लगाउनुहोस्:

केहिपनि चाहिँदैन खाददय बच्चाको हेरचाह
 नगद घरेलु हिंसा सहयोग

के यो व्यक्तिको कुनै विकलांगता छ? छ छैन

खाददय वा नगद सहयोगको लागी, के यो व्यक्तिको विरुद्धमा पुरा हुन बाँकी पत्राउ पुर्जा जारी भएको छ? छ छैन

अन्तिम पटक पुरा गरेको कक्षा: _____

सामाजिक सुरक्षा नम्बर: _____

अमेरिकी नागरिक: हो होइन

यदि होइन भने तलको सूचना भर्नुहोस्

एलिएन नम्बर _____

जन्मिएको स्थान: _____
(सहर/राज्य वा देश)

अमेरिका आएको मिति _____ ओरेगन आएको मिति _____

२. के तपाईंको परिवारमा कोहि गर्भवती छन्? छन् छैनन्
यदि छन् भने, को? _____
बच्चा हुने मिति _____
३. के कोहि सेनामा, वा आवकाश प्राप्त सैनिक वा तिनीहरूको श्रीमती, वा आश्रितहरु छन्? छन् छैनन्
४. नगद सुविधाको लागी, के तपाईं आफ्नो बच्चाको लागी रहेको चिन्ताको बारेमा कसैसँग कुरा गर्न चाहनुहुन्छ? (जस्तै भनेको नमान्ने, बिद्यालयको समस्या, स्वास्थ्य आवश्यकता वा बच्चाको हेरचाह पाउन।) छन् छैनन्
४. सहयोग चाहने हाईस्कूल वा कलेज, वा व्यापार वा व्यवसायिक शिक्षाका विद्यार्थी भए तिनीहरूको विवरण दिनुहोस् |

	विद्यार्थी १	विद्यार्थी २
विद्यार्थीको नाम		
विद्यालयको नाम/तालिमको नाम		
विद्यार्थीको प्रकार	<input type="checkbox"/> हाई स्कूल <input type="checkbox"/> जि.इ.डी <input type="checkbox"/> ग्राजुएट (स्नातक) <input type="checkbox"/> ब्यब्यसायिक <input type="checkbox"/> अन्डर ग्राजुएट	<input type="checkbox"/> हाई स्कूल <input type="checkbox"/> जि.इ.डी <input type="checkbox"/> ग्राजुएट (स्नातक) <input type="checkbox"/> ब्यब्यसायिक <input type="checkbox"/> अन्डर ग्राजुएट
क्रेडिट:		
विद्यार्थीको अन्तिम टर्म, यो टर्म वा दुवै?	<input type="checkbox"/> अन्तिम टर्म <input type="checkbox"/> यो टर्म <input type="checkbox"/> दुवै	<input type="checkbox"/> अन्तिम टर्म <input type="checkbox"/> यो टर्म <input type="checkbox"/> दुवै
फाइनान्सियल एडको लागी निवेदन दिने वा सो पाउने?	<input type="checkbox"/> निवेदन दिने <input type="checkbox"/> पाउदै गरेको	<input type="checkbox"/> निवेदन दिने <input type="checkbox"/> पाउदै गरेको

तपाईंसंग बस्ने अन्य व्यक्तिहरुको लागी थप ठाउँ

परिवारमा रहेका सबैको लागी तलको भाग पुरा भर्नुहोस् | तपाईंले आफ्नो जातीय सूचना नदिन पनि सक्नुहुन्छ | त्यसले तपाईंको योग्यतामा असर गर्दैन | यो सूचनाले हामीलाई नागरिक अधिकार कानून १९६४ को भाग ६ को पालना गर्न मद्दत गर्छ |

सहयोग चाहने व्यक्तिको लागी तलको प्रश्नको उत्तर दिनुहोस् |

पुरा नाम (थर, नाम, बिचको नामको पहिलो अक्षर)

जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष) सम्बन्ध (आमा, छोरा)

लिंग पुरुष महिला

वैवाहिक अवस्था विवाहित एकल विधुवा/बिदुर
 सम्बन्ध बिच्छेद भएको विवाहित तर अलग भएको

जातीयता हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी
 हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी बाहेक

जातीय सम्पदा: एसियन गोरो
 हवाईको स्थानिय/प्रशान्त महासागररिय टापुबाट
 अमेरिकन इन्डियन/अलास्काको स्थानिय
 कालो वा अफ्रिकी अमेरिकी

यस व्यक्तिको सहयोगको लागी चिन्ह लगाउनुहोस्:

केहिपनि चाहिँदैन खाद्दय बच्चाको हेरचाह
 नगद घरेलु हिंसा सहयोग

के यो व्यक्तिको कुनै विकलांगता छ? छ छैन
खाद्दय वा नगद सहयोगको लागी, के यो व्यक्तिको विरुद्दमा पुरा हुन बाँकी पक्राउ पुर्जी जारी भएको छ? छ छैन

अन्तिम पटक पुरा गरेको कक्षा:

सामाजिक सुरक्षा नम्बर: --

अमेरिकी नागरिक: हो होइन

यदि होइन भने तलको सूचना भर्नुहोस्

एलिएन नम्बर --

जन्मिएको स्थान: _____
(सहर/राज्य वा देश)

अमेरिका आएको मिति _____ ओरेगन आएको मिति _____

पुरा नाम (थर, नाम, बिचको नामको पहिलो अक्षर)

जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष) सम्बन्ध (आमा, छोरा)

लिंग पुरुष महिला

वैवाहिक अवस्था विवाहित एकल विधुवा/बिदुर
 सम्बन्ध बिच्छेद भएको विवाहित तर अलग भएको

जातीयता हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी
 हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी बाहेक

जातीय सम्पदा: एसियन गोरो
 हवाईको स्थानिय/प्रशान्त महासागररिय टापुबाट
 अमेरिकन इन्डियन/अलास्काको स्थानिय
 कालो वा अफ्रिकी अमेरिकी

यस व्यक्तिको सहयोगको लागी चिन्ह लगाउनुहोस्:

केहिपनि चाहिँदैन खाद्दय बच्चाको हेरचाह
 नगद घरेलु हिंसा सहयोग

के यो व्यक्तिको कुनै विकलांगता छ? छ छैन
खाद्दय वा नगद सहयोगको लागी, के यो व्यक्तिको विरुद्दमा पुरा हुन बाँकी पक्राउ पुर्जी जारी भएको छ? छ छैन

अन्तिम पटक पुरा गरेको कक्षा:

सामाजिक सुरक्षा नम्बर: --

अमेरिकी नागरिक: हो होइन

यदि होइन भने तलको सूचना भर्नुहोस्

एलिएन नम्बर --

जन्मिएको स्थान: _____
(सहर/राज्य वा देश)

अमेरिका आएको मिति _____ ओरेगन आएको मिति _____

पुरा नाम (थर, नाम, बिचको नामको पहिलो अक्षर)

जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष) सम्बन्ध (आमा, छोरा)

लिंग पुरुष महिला

वैवाहिक अवस्था विवाहित एकल विधुवा/बिदुर
 सम्बन्ध बिच्छेद भएको विवाहित तर अलग भएको

जातीयता हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी
 हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी बाहेक

जातीय सम्पदा: एसियन गोरो
 हवाईको स्थानिय/प्रशान्त महासागररिय टापुबाट
 अमेरिकन इन्डियन/अलास्काको स्थानिय
 कालो वा अफ्रिकी अमेरिकी

यस व्यक्तिको सहयोगको लागी चिन्ह लगाउनुहोस्:

केहिपनि चाहिँदैन खाद्दय बच्चाको हेरचाह
 नगद घरेलु हिंसा सहयोग

के यो व्यक्तिको कुनै विकलांगता छ? छ छैन
खाद्दय वा नगद सहयोगको लागी, के यो व्यक्तिको विरुद्दमा पुरा हुन बाँकी पक्राउ पुर्जी जारी भएको छ? छ छैन

अन्तिम पटक पुरा गरेको कक्षा:

सामाजिक सुरक्षा नम्बर: --

अमेरिकी नागरिक: हो होइन

यदि होइन भने तलको सूचना भर्नुहोस्

एलिएन नम्बर --

जन्मिएको स्थान: _____
(सहर/राज्य वा देश)

अमेरिका आएको मिति _____ ओरेगन आएको मिति _____

यदि तपाईंलाई थप पानाको आवश्यकता परेमा, यस पानाको पछाडी हेर्नुहोस् |

तपाईंसंग बस्ने अन्य व्यक्तिहरूको लागी थप ठाउँ

परिवारमा रहेका सबैको लागी तलको भाग पुरा भर्नुहोस् | तपाईंले आफ्नो जातीय सूचना नदिन पनि सक्नुहुन्छ | त्यसले तपाईंको योग्यतामा असर गर्दैन | यो सूचनाले हामीलाई नागरिक अधिकार कानून १९६४ को भाग ६ को पालना गर्न मदत गर्छ |

सहयोग चाहने व्यक्तिको लागी तलको प्रश्नको उत्तर दिनुहोस् |

पुरा नाम (थर, नाम, बिचको नामको पहिलो अक्षर)

जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष) सम्बन्ध (आमा, छोरा)

लिंग पुरुष महिला

वैवाहिक अवस्था विवाहित एकल विधुवा/बिदुर
 सम्बन्ध बिच्छेद भएको विवाहित तर अलग भएको

जातीयता हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी
 हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी बाहेक

जातीय सम्पदा: एसियन गोरो

- हवाईको स्थानिय/प्रशान्त महासागररिय टापुबाट
 अमेरिकन इन्डियन/अलास्काको स्थानिय
 कालो वा अफ्रिकी अमेरिकी

यस व्यक्तिको सहयोगको लागी चिन्ह लगाउनुहोस्:

केहिपनि चाहिँदैन खाद्दय बच्चाको हेरचाह
 नगद घरेलु हिंसा सहयोग

के यो व्यक्तिको कुनै विकलांगता छ? छ छैन
खाद्दय वा नगद सहयोगको लागी, के यो व्यक्तिको विरुद्दमा पुरा हुन बाँकी पक्राउ पुर्जी जारी भएको छ? छ छैन

अन्तिम पटक पुरा गरेको कक्षा:

सामाजिक सुरक्षा नम्बर: --

अमेरिकी नागरिक: हो होइन

यदि होइन भने तलको सूचना भर्नुहोस्

एलिएन नम्बर --

जन्मिएको स्थान:

(सहर/राज्य वा देश)

अमेरिका आएको मिति

ओरेगन आएको मिति

पुरा नाम (थर, नाम, बिचको नामको पहिलो अक्षर)

जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष) सम्बन्ध (आमा, छोरा)

लिंग पुरुष महिला

वैवाहिक अवस्था विवाहित एकल विधुवा/बिदुर
 सम्बन्ध बिच्छेद भएको विवाहित तर अलग भएको

जातीयता हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी
 हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी बाहेक

जातीय सम्पदा: एसियन गोरो

- हवाईको स्थानिय/प्रशान्त महासागररिय टापुबाट
 अमेरिकन इन्डियन/अलास्काको स्थानिय
 कालो वा अफ्रिकी अमेरिकी

यस व्यक्तिको सहयोगको लागी चिन्ह लगाउनुहोस्:

केहिपनि चाहिँदैन खाद्दय बच्चाको हेरचाह
 नगद घरेलु हिंसा सहयोग

के यो व्यक्तिको कुनै विकलांगता छ? छ छैन
खाद्दय वा नगद सहयोगको लागी, के यो व्यक्तिको विरुद्दमा पुरा हुन बाँकी पक्राउ पुर्जी जारी भएको छ? छ छैन

अन्तिम पटक पुरा गरेको कक्षा:

सामाजिक सुरक्षा नम्बर: --

अमेरिकी नागरिक: हो होइन

यदि होइन भने तलको सूचना भर्नुहोस्

एलिएन नम्बर --

जन्मिएको स्थान:

(सहर/राज्य वा देश)

अमेरिका आएको मिति

ओरेगन आएको मिति

पुरा नाम (थर, नाम, बिचको नामको पहिलो अक्षर)

जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष) सम्बन्ध (आमा, छोरा)

लिंग पुरुष महिला

वैवाहिक अवस्था विवाहित एकल विधुवा/बिदुर
 सम्बन्ध बिच्छेद भएको विवाहित तर अलग भएको

जातीयता हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी
 हिस्प्यानिक/ल्याटिन अमेरिकी बाहेक

जातीय सम्पदा: एसियन गोरो

- हवाईको स्थानिय/प्रशान्त महासागररिय टापुबाट
 अमेरिकन इन्डियन/अलास्काको स्थानिय
 कालो वा अफ्रिकी अमेरिकी

यस व्यक्तिको सहयोगको लागी चिन्ह लगाउनुहोस्:

केहिपनि चाहिँदैन खाद्दय बच्चाको हेरचाह
 नगद घरेलु हिंसा सहयोग

के यो व्यक्तिको कुनै विकलांगता छ? छ छैन
खाद्दय वा नगद सहयोगको लागी, के यो व्यक्तिको विरुद्दमा पुरा हुन बाँकी पक्राउ पुर्जी जारी भएको छ? छ छैन

अन्तिम पटक पुरा गरेको कक्षा:

सामाजिक सुरक्षा नम्बर: --

अमेरिकी नागरिक: हो होइन

यदि होइन भने तलको सूचना भर्नुहोस्

एलिएन नम्बर --

जन्मिएको स्थान:

(सहर/राज्य वा देश)

अमेरिका आएको मिति

ओरेगन आएको मिति

*यदि तपाईंलाई लेख्न थप ठाउँ चाहिएमा. कृपया यसको कपी बनाउनुहोस् वा DHS 0415X लाई माग्नुहोस्

Agency use only	Branch:	Case number:	Worker ID:	Case name:
-----------------	---------	--------------	------------	------------

तपाईंको घरमा बस्ने व्यक्तिहरूको काम र आयको बारेमा बताउनुहोस् ।

कृपया आफ्नो लागि र तपाईंसंगै निवेदन दिने व्यक्तिको लागि निम्न प्रश्नको उत्तर दिनुहोस् ।

- के कोहि संग पैसा छ वा कोहिले पैसा पाउने वाला छन्? छ छैन
यदि छ भने कृपया प्रश्नहरू २ र ३ को उत्तर दिनुहोस् । हामीलाई कम्तिमा ३० दिनको आयको प्रमाण चाहिन्छ ।
- कामबाट पाउने रकम | कृपया यस महिनाको लागि जागिर वा स्वरोजगारबाट कमाएको सबै ज्याला, तलब, र कमिसनको बारेमा बताउनुहोस् ।
क. स्वरोजगार भनेको तपाईंलाई आफ्नो कामको ज्याला मिल्छ तर तपाईंको आफु बाहेक अन्य रोजगारदाता छैन जसले तपाईंलाई कामको तलब दिन्छ र कर कटौती गर्छ । तपाईंसंग आफ्नै कम्पनी हुन सक्छ जसको आफ्नै बैंक खाता होस् वा तपाईं अन्य मानिसहरूको लागि विभिन्न काम गर्नुहुन्छ र नगदमा ज्याला लिनुहुन्छ ।
हामीलाई तपाईंले पाईसक्नु भएको वा यस महिना तपाईंको परिवारमा तपाईं वा तपाईंको सन्तान संग सम्बन्धित व्यक्तिहरूले प्राप्त गर्ने पैसाको बारेमा थाहा पाउनु पर्छ । कर काट्नु अधिको आय प्रयोग गर्नुहोस् ।
के तपाईंको घरका कोहिले काम गरेवापत पैसा पाउँछन्? पाउँछन् पाउँदैनन्
यदि पाउँछन् भने, यो पाना भर्नुहोस् ।

कमाएको आय	काम १	काम २	काम ३
काम गर्ने व्यक्तिको नाम:			
रोजगारदाताको नाम:			
रोजगारदाताको फोन नं:			
कामको नाम:			
प्रति घण्टा ज्याला:	\$	\$	\$
घण्टा (प्रति हफ्ता):			
कति समयको अन्तरालमा तलब दिन्छ (साप्ताहिक, मासिक):			
अन्य आय:	<input type="checkbox"/> टिप्स <input type="checkbox"/> ओभरटाइम <input type="checkbox"/> बोनस <input type="checkbox"/> कमिसन <input type="checkbox"/> शिफ्ट डीप्रेस <input type="checkbox"/> अन्य	<input type="checkbox"/> टिप्स <input type="checkbox"/> ओभरटाइम <input type="checkbox"/> बोनस <input type="checkbox"/> कमिसन <input type="checkbox"/> शिफ्ट डीप्रेस <input type="checkbox"/> अन्य	<input type="checkbox"/> टिप्स <input type="checkbox"/> ओभरटाइम <input type="checkbox"/> बोनस <input type="checkbox"/> कमिसन <input type="checkbox"/> शिफ्ट डीप्रेस <input type="checkbox"/> अन्य
के यो आय स्वरोजगार बाट आएको हो?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
यो व्यापारसंग सम्बन्धित कुनै खर्च छ?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
यो महिनाको आय:	\$	\$	\$
गएको महिनाको आय:	\$	\$	\$
* यदि कुनै आय हालसालै परिवर्तन भएको छ वा परिवर्तन हुदै छ भने हामीलाई किन भनी जानकारी गराउनुहोस्:			
नयाँ रकम:	\$	\$	\$
परिवर्तनको मिति:			

ख. गएको ३० दिन भित्र कसैले काम गुमाएका छन् वा काम छोडेका छन्?

छन् छैनन्

यदि छन् भने को? _____

काम गरेको अन्तिम मिति: _____

काम छोड्नुको कारण? _____

अन्तिम चोटी तलब पाएको मिति: _____

३. के तपाईंको परिवारमा कोहि स्वयंसेवकको रूपमा काम गर्छन्?

गर्छन् गर्दैनन्

यदि गर्छन् भने स्वयंसेवकको नाम: _____

प्रति हफ्ता स्वयंसेवा गर्ने समय: _____

४. कुनै नकमाएको आय भए उल्लेख गर्नुहोस् |

के तपाईंको परिवारमा कसैले काम बाहेक अन्य तरिकाले पैसा कमाउँछन्?

कमाउँछन् कमाउँदैनन्

यदि कमाउँछन् भने यस महिनाको तपाईंको घरमा बस्ने र तपाईंको वा तपाईंको बच्चाको नाता पर्ने व्यक्तिको आयको बारेमा बताउनुहोस् (नजन्मेको बच्चाको बाहेक)

► तपाईंले अनिवार्य रूपमा प्रमाण पठाउनु पर्नेछ | निम्न विवरण सहित रकमको बारेमा बताउनुहोस्:

- तपाईंलाई तिरीएको ऋण
- नगद सहयोग
- अवकाश पेन्सन
- पूरक सामाजिक सुरक्षा रकम (एस.एस.आई) (SSI)
- शैक्षिक आय (जस्तै फाइनेन्सियल एड)
- अपाङ्ग भत्ता
- बच्चा वा श्रीमान श्रीमती सहयोग
- अविभावक वा धर्म पुत्र पुत्री वापत आउने पैसा
- सामाजिक सुरक्षा भत्ता
- आवकस प्राप्त सैनिक भत्ता
- अन्य _____
- निवेश वापत आउने ब्याज वा आय
- वर्कर कोम्पेन्सेशन (कामदारले पाउने क्षतिपुर्ती रकम)
- आदिवासी समुहले पाउने आय
- बेरोजगार आय
- तपाईंलाई तिरेको भाडा

नकमाएको आय	१	२	३
रकम पाउने व्यक्ति:			
श्रोत/प्रकार:			
अझै रकम आइरहने:	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
पाएको रकम:	\$	\$	\$
कति समयमा पाउनुहुन्छ (साप्ताहिक, मासिक):			
यस महिनाको नकमाएको आय:	\$	\$	\$
गएको महिनाको नकमाएको आय:	\$	\$	\$

तपाईंको घरायसी खर्चको बारेमा बताउनुहोस्

आश्रीत व्यक्तिको हेरचाहको खर्च

१. के कसैले बच्चाको हेरचाह वा विकलांग वयस्क ब्यक्तिको लागी पैसा तिर्छन्?

तिर्छन् तिर्दैनन्

यदि तिर्छन् भने कसले? _____ \$ _____ प्रति महिना

२. यदि तपाईं बच्चाको हेरचाह सुविधा पाउनुहुन्छ भने तपाईंले थप्नु पर्ने रकम सहित बच्चाको हेरचाहको खर्च तिर्नु हुन्छ?

तिर्छु तिर्दिन

यदि तिर्नुहुन्छ भने, मासिक रकम उल्लेख गर्नुहोस् \$ _____ प्रति महिना

आफ्नो बच्चाको हेरचाहको आवश्यकताको बारे बताउनुहोस्

१. तपाईंको कामको समय बारे बताउनुहोस्
अविभावक १

सामान्य कामको समय बिहान _____ बजे देखि/दिउसो बिहान _____ सम्म/दिउसो

सामान्य काम गर्ने समय सोमवार मंगलवार बुधवार बिहिवार
 शुक्रवार शनिवार आइतवार

अन्य समय (बताउनुहोस्): _____

नोट: यदि तपाईंको कामको समय परिवर्तन भई रहन्छ भने, तपाईंले काम गरेका दिनहरु र समयको विवरण दिनुहोस् ।

अविभावक २ वा श्रीमान श्रीमती यदि संगै बस्ने भए वा थप रोजगार

सामान्य कामको समय बिहान _____ बजे देखि/दिउसो बिहान _____ सम्म/दिउसो

सामान्य काम गर्ने समय सोमवार मंगलवार बुधवार बिहिवार
 शुक्रवार शनिवार आइतवार

अन्य समय (बताउनुहोस्): _____

२. कृपया तपाईंको बच्चाको हेरचाह गर्ने व्यक्ति/संस्था को बारेमा बताउनुहोस् ।

हेरचाह गर्ने व्यक्ति/संस्था: _____ फोन नं. [] [] [] - [] [] [] - [] [] [] []

दोस्रो संस्था _____ फोन नं. [] [] [] - [] [] [] - [] [] [] []

प्रवाहक छान्न सहयोग चाहिए, 211 इन्फोमा (211Info) सम्पर्क गर्नुहोस् : फोनमा 211 थिच्नुहोस् वा शब्द " children " लाई 898211 मा टेक्स्ट म्यासेज गर्नुहोस्, वा children@211.org मा ईमेल गर्नुहोस्, वा 211Info.org वेब साइटमा जानुहोस् ।

३. के तपाईं बेघर (घरबार विहिन) हुनुहुन्छ? हो होइन

बेघर (घरबार विहिन) भनेको आपतकालिन शेल्टरमा बसेको, आफ्नो काम वा आफ्नो घर गुमाएर अन्य परिवार संग घरमा बाँडीचुडी मिलेर बसेको, मोटेल, गाडी, सार्वजनिक स्थान क्याम्पमा वा अन्य त्यस्तै स्थानमा बसेको हुनसक्छ ।

४. के तपाईंलाई आफ्नो धर्म पुत्र वा पुत्रीको लागि बच्चाको हेरचाह सहयोग चाहिन्छ? हो होइन

५. के तपाईंले कुनै हेरचाह आवश्यक बच्चाको अविभावकत्व बाँड्नु भएको छ? छ छैन

६. के तपाईंलाई आफुले काम गर्दा वा कक्षा लिँदा बच्चाको हेरचाह आवश्यक छ? छ छैन

कक्षाको समयको लागि यदि तपाईं फिनान्सियल एड प्राप्त गर्न पाउने स्कूल वा कलेजमा काम गर्दा वा पढ्दा मात्र अनुमति पाइन्छ । तपाईंले अनिवार्य रूपमा आफ्नो विद्यालयको रजिस्ट्रेसन र हालको कक्षाको समय तालिका बुझाउनु पर्छ ।

७. बच्चाको हेरचाहको आवश्यकताको लागि, के तपाईंको बच्चाको खोप रेकर्ड तालिका अधावधिक छ? छ छैन

यदि छैन भने आफ्नो डाक्टर वा स्थानीय स्वास्थ्य केन्द्रमा गई थप जानकारी लिनुहोस्। बच्चाको हेरचाह सुविधा पाउनको लागि तपाईंले अनिवार्य रूपमा राज्यको खोप निर्देशन पालना गर्नुपर्छ ।

८. के परिवारका कोहि सक्रिय सैनिक सदस्य छन्? छ छैन

यदि छन् भने, को: _____ पुरा समय सक्रिय सैनिक न्यसनल गार्ड वा रिजर्व एकाई

९. के तपाईंको परिवारको सम्पति दश लाख डलर (\$१,०००,०००)भन्दा बढी छ? छ छैन

यदि तपाईं बच्चाको हेरचाहको लागि निवेदन दिदै हुनुहुन्छ भने कृपया पृष्ठ १४ मा जानुहोस्, पृष्ठ १४-१६ पढ्नुहोस् र पृष्ठ १६ मा हस्ताक्षर गर्नुहोस् । खाद्य र नगद सहयोगको लागि फारम भर्न जारी राख्नुहोस् ।

घर खर्च

१. के तपाईं वा तपाईंको परिवारका कोहिले घर भाडा तिर्नुहुन्छ? हो होइन
यदि हो भने, तलको विवरण पुरा गर्नुहोस्।

भाडा मोरगेज जम्मा भाडा/मोरगेज कति हो? _____

तपाईंले जम्मा रकमको कति तिर्नुहुन्छ? \$ _____ प्रति <input type="checkbox"/> हफ्ता <input type="checkbox"/> महिना <input type="checkbox"/> वर्ष	अग्नि बिमा, यदि अलग्गै तिर्ने भए: \$ _____ प्रति <input type="checkbox"/> हफ्ता <input type="checkbox"/> महिना <input type="checkbox"/> वर्ष	सम्पत्ति कर, यदि अलग्गै तिर्ने भए: \$ _____ प्रति <input type="checkbox"/> हफ्ता <input type="checkbox"/> महिना <input type="checkbox"/> वर्ष
तपाईंले भाडा वा मोरगेज तिर्ने व्यक्ति वा कम्पनीको नाम:	के हामी यो व्यक्ति/कम्पनीलाई सम्पर्क गर्न सक्छौं? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन यदि सक्छौं भने उनीहरूको फोन नं.: _____	

२. के तपाईं आफ्नो आवासको लागी अर्को महिना पनि त्यतिकै रकम तिर्ने विचारमा हुनुहुन्छ? हो होइन

३. के तपाईंलाई आवास खर्च तिर्ने सहयोग मिल्छ? हो होइन
यदि हो भने, तलको विवरण पुरा गर्नुहोस्।

कसले तिर्छ?	कसलाई तिर्छ?	तिर्ने रकम
		\$
		\$

४. यदि तपाईंले आफ्नो आय छैन भनेर उल्लेख गर्नुभएको भए कसरी आवास खर्च तिर्दै हुनुहुन्छ?

सेवाहरूको खर्च

१. के तपाईं घरलाई तातो वा चिसो बनाउन रकम तिर्नु हुन्छ? हो होइन

क) के तातो वा चिसो बनाउने रकम तपाईंको भाडा/मोरगेजमा समाहित छ? छ छैन

२. अन्य कुन कुन सेवाको लागी तपाईं पैसा तिर्नु हुन्छ?

पानी/ढल फोहर बिजुली ग्यास फोन अन्य _____

अदालत निर्देशित बच्चाको हेरचाह खर्च

१. के तपाईंको परिवारमा कसैले घर बाहिरको कसैलाई तिर्ने अदालत निर्देशित बच्चाको हेरचार खर्च तिर्छन्?

यदि तिर्छन् भने तलको विवरण भर्नुहोस् तिर्छन् तिर्दैनन्

बच्चाको हेरचाह खर्च तिर्ने व्यक्तिको नाम	कुन बच्चाको लागी	तिर्ने रकम
		\$

मेडिकल खर्चहरू

१. के कोहि निवेदक ६० वर्ष वा सो भन्दा बढी उमेरको वा SSI/SSD अपाङ्गता भएका छन्? छन् छैनन्

यदि छन् भने आफ्नो खल्तीबाट खर्च हुने उपचार, स्वास्थ्य बिमाको लागी हुने खर्च सहित खर्च उल्लेख गर्नुहोस्

आफ्नो खल्तीबाट रकम खर्च हुने व्यक्ति	तिर्ने रकम
	\$ _____ प्रति महिना

तपाईंको पारिवारिक श्रोतहरूको बारेमा हामीलाई बताउनुहोस् ।

१. के तपाईं वा कुनै निवेदक निम्न कुराको मालिक हुनुहुन्छ वा तिनीहरूको नाम निम्न कुरामा छ?

क) चेकिंग, बचत, क्रेडिट यूनियन खाता, आई.आर.ए, ४०१ के

छ छैन

ख) स्टक ऋणपत्र मनी मार्केट खाताहरू CD वा कोषहरूमा

छ छैन

ग) हातमा रहेको नगद वा अन्य _____

छ छैन

यदि माथिको कुनैमा पनि छ भनि चिन्ह लगाउनुभएको भए, कृपया तलको विवरण भर्नुहोस् ।

प्रकार	नाम/बैंकको ठेगाना	हालको मौज्जात/मूल्य	कसको हो

२. के कोहि तपाईं नबस्ने सम्पती, घर वा जमिन किन्दै हुनुहुन्छ वा सो को मालिक हुनुहुन्छ? हो होइन

३. के कोहि संग बहुमूल्य सामान छ? (उदाहरण: गाडी, ट्रक, डुंगा आदि)

हो होइन

४. के तपाईं वा परिवारका कोहि दुर्घटनामा घाइते हुनुभएको छ जसको तपाईं रकम दावी गर्दै हुनुहुन्छ? हो होइन
यदि हो भने, कुन मितिमा घाइते हुनुभएको हो? _____

यदि हो भने, कृपया फारम MSC 0451 सवारी सम्बन्धी व्यक्तिगत हानी वा MSC 0451NV गाडी बाहेकको व्यक्तिगत हानीको फारम भर्नुहोस् ।

तपाईंको अन्य राज्यबाट पाउदै गरेको खाद्य सुविधाको बारे बताउनुहोस् ।

१. ओरेगनमा SNAP को लागी ३ महिनाको समय सिमा छ । यो समय सिमा धेरै जस्तो १८ देखि ५० वर्ष सम्मको वयस्कहरूको लागी हो जो काम गर्न सक्छन् । जसको घरमा बच्चा छैनन् । उनीहरूले SNAP ३ वर्षमा केवल ३ महिनाको लागी मात्र पाउँछन् । तपाईंले अन्य राज्यमा SNAP पाएको समय पनि ओरेगनको समय सिमामा गणना हुनसक्छ ।

के तपाईं वा तपाईंले जसको लागि आवेदन दिएको हो उसले जनवरी १, २०१९ पछि अन्य राज्यबाट SNAP सुविधा पाएका छन्?

यदि छन् भने, कृपया तलको विवरण भर्नुहोस्

छन् छैनन्

व्यक्ति	राज्य

यदि तपाईं खाद्य र बच्चाको हेरचाह सहयोगको लागी मात्र निवेदन दिदै हुनुहुन्छ भने कृपया पृष्ठ १३ मा जानुहोस् ।
पृष्ठ १३-१६ पढ्नुहोस् र पृष्ठ १६ मा हस्ताक्षर गर्नुहोस् । नगद सहयोगको लागी फारम भर्ना जारी राख्नुहोस् ।

Agency use only	<input type="checkbox"/> FUA	<input type="checkbox"/> LUA	<input type="checkbox"/> IUA	<input type="checkbox"/> TUA	<input type="checkbox"/> COS
-----------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

तपाईंको TANF को समयको बारे बताउनुहोस् |

१. ओरेगनमा गरिब परिवारका लागि अस्थाई सुविधा (TANF) को लागि ६० महिना सिमा तोकिएको छ | तपाईंले अन्य राज्यबाट TANF पाएको महिना वा आदिवासी TANF कार्यक्रम पाएको TANF को महिना ओरेगन TANF को समय सिमामा गणना गर्न सकिन्छ |

के तपाईं वा तपाईंले TANF को लागि निवेदन दिएको कोहि अन्य राज्य को वा कुनै आदिवासी TANF कार्यक्रममा सन् १९९६ पछि छन्?

छन् छैनन्

यदि छन् भने तलको भाग पुरा गर्नुहोस्

व्यक्ति	राज्य वा आदिवासी	TANF को महिना

तपाईंको आदिवासी समुदायको सदस्यताको बारेमा बताउनुहोस्

१. के तपाईंले निवेदन दिनुभएको कोहि संघिय सरकारद्वारा पहिचान भएको ओरेगनको ९ वटा आदिवासी समुदाय मध्य कुनै एकको सदस्य छन्? यदि छन् भने कुन समुदाय(हरु)

छन् छैनन्

- बर्न्स पाइउते समुदाय
- कूस , तल्लो ऊम्पका र सेउस्ल इन्डियनको संघिय आदिवासी समुदायहरु
- कोकिल्ल इन्डियन समुदाय
- ऊम्पका इन्डियन को काउ क्रीक समूह
- ग्रान्ड रौंदे संघिय आदिवासी समुदायहरु

- क्लामाथ आदिवासी समुदायहरु
- सिलेत्जका संघिय आदिवासी समुदायहरु
- उमतिल्ला इन्डियन रेजर्वेशनका संघिय आदिवासी समुदायहरु
- वार्म स्प्रिंगका संघिय आदिवासी समुदायहरु

२. के तपाईंले निवेदन दिनुभएको व्यक्तिहरुमा कोहि संघिय रूपमा स्वीकार गरिएको अन्य कुनै आदिवासी समुदायका छन् ?

व्यक्ति	आदिवासी समुहको नाम

आफु बस्ने समुदायको बारेमा बताउनुहोस्

१. के तपाईं निम्न मध्य कुनैमा बस्नुहुन्छ?

इन्डियन रेजर्वेशन

हो होइन

यदि बस्नुहुन्छ भने कुन? _____

आश्रित आदिवासी इन्डियन समुदाय

हो होइन

यदि हो भने कुन? _____

इन्डियनलाई दिएको ठाउँ

हो होइन

यदि हो भने कुन? _____

तपाईंको परिवारमा रहेको अपाङ्गताको बारेमा बताउनुहोस् |

१. के तपाईं संग निवेदन दिने कोहिको १२ महिना भन्दा बढी समय सम्म जारी रहने अपाङ्गता छ?

छ छैन, यदि छ भने को? _____

२. के तपाईंको घरका कोहिले सामाजिक सुरक्षा कार्यालय मार्फत अपाङ्गता सुविधाको लागि निवेदन दिएका वा दिने विचार गरेका छन्?

छन् छैनन्

यदि छन् भने निवेदन: स्वीकृत भयो

अस्वीकृत भयो

जारी छ

तपाईंको घरमा नबस्ने कुनै बाबु आमाको बारे बताउनुहोस्

जरूरी - सेवाको लागि निवेदन मार्फत तपाईं हामीलाई बाबुको पहिचान टोकन अनुमति दिदै हुनुहुन्छ (कानूनी रूपमा बाबुको नाम टोकन) र तपाईंको घरमा नबस्ने बाबु/आमाबाट तपाईंले बाबु आमाले बच्चालाई हानी पुर्याउने सम्भावना नदेखेसम्म बच्चाको हेरचाह खर्च असूल गर्न ।

- यदि तपाईंको घरमा कोहि गर्भवती भए, के बाबु घरमा नै बस्छ? बस्छ बस्दैन
- के बच्चाको बाबु/आमा मध्य कोहि एक बच्चाबस्ने घर भन्दा बाहिर बस्छन? हो होइन
यदि बस्छन भने, बच्चको जन्म नभए पनि कृपया बाबु आमाको नाम लेख्नुहोस् यदि तपाईं १८ वर्ष भन्दा कम उमेरको भए, उनिहरुसंग नबसे पनि आफ्नो बाबु आमाको नाम लेख्नुहोस् **जति सक्दो धेरै सूचना दिनुहोस्**

क) अनुपस्थित बुवा/आमा १

नाम (पहिलो, बिचको नामको पहिलो अक्षर, थर):		यो मेरो <input type="checkbox"/> श्रीमान श्रीमती पुर्व श्रीमान श्रीमिति <input type="checkbox"/> बच्चा <input type="checkbox"/> पार्टनर वा पुर्व पार्टनर <input type="checkbox"/> झटकेलो सन्तान <input type="checkbox"/> अन्य: _____	
लिंग <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> पुरुष	जन्म मिति: (महिना, दिन, वर्ष) सामाजिक सुरक्षा नं (यदि तपाईंलाई थाहा भए): _____-_____-_____		
ठेगाना:	शहर	राज्य	जीप कोड
फोन नं: _____-_____-_____	बच्च संग बाबु/आमा बस्न बन्द गरेको मिति (महिना, दिन, वर्ष)		
प्रति हफ्ता बाबु/आमाले यो बच्चा संग बिताउने समय (घण्टा): यो मध्य कति घण्टा बच्चाको घरमा बिताईन्छ?		यो बाबु/आमाको बच्चाहरुको नाम जुन तपाईंले यो फारममा उल्लेख गर्नुभएको छ तिनीहरुको नाम लेख्नुहोस् ।	
यदि यो अनुपस्थित बाबु हो भने, के कानूनी रूपमा उसको पितृत्व प्रमाणित गरिएको छ? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन			
तपाईंलाई लाग्छ की यो बाबु/आमाले तपाईंलाई वा बच्चालाई हामीले पितृत्वको कुरा गरेको खण्डमा वा स्वास्थ्य विमाको कुरा गरेमा हानी पुर्याउन सक्छन <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन			

ख) अनुपस्थित बुवा/आमा २

नाम (पहिलो, बिचको नामको पहिलो अक्षर, थर):		यो मेरो <input type="checkbox"/> श्रीमान श्रीमती पुर्व श्रीमान श्रीमिति <input type="checkbox"/> बच्चा <input type="checkbox"/> पार्टनर वा पुर्व पार्टनर <input type="checkbox"/> झटकेलो सन्तान <input type="checkbox"/> अन्य: _____	
लिंग <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> पुरुष	जन्म मिति: (महिना, दिन, वर्ष) सामाजिक सुरक्षा नं (यदि तपाईंलाई थाहा भए): _____-_____-_____		
ठेगाना:	शहर	राज्य	जीप कोड
फोन नं: _____-_____-_____	बच्च संग बाबु/आमा बस्न बन्द गरेको मिति (महिना, दिन, वर्ष)		
प्रति हफ्ता बाबु/आमाले यो बच्चा संग बिताउने समय (घण्टा): यो मध्य कति घण्टा बच्चाको घरमा बिताईन्छ?		यो बाबु/आमाको बच्चाहरुको नाम जुन तपाईंले यो फारममा उल्लेख गर्नुभएको छ तिनीहरुको नाम लेख्नुहोस् ।	
यदि यो अनुपस्थित बाबु हो भने, के कानूनी रूपमा उसको पितृत्व प्रमाणित गरिएको छ? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> मलाई थाहा छैन			
तपाईंलाई लाग्छ की यो बाबु/आमाले तपाईंलाई वा बच्चालाई हामीले पितृत्वको कुरा गरेको खण्डमा वा स्वास्थ्य विमाको कुरा गरेमा हानी पुर्याउन सक्छन <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन			

थप बुवा/आमा को लागि यो पन्ना को प्रतिलिपि बनाउनुहोस्

नगद सुविधाको बारेमा सूचना

नगद सुविधालाई गरीब परिवारकालागी अस्थाई सुविधा (TANF) वा शरणार्थी नगद सहायताको नामले पनि चिनिन्छ । नगद सुविधा परिवारको अती आवश्यक खर्चहरू जस्तै खाना, कपडा, वास र बिजुली, पानी, टेलीफोनको बिल तिर्नको लागी हो । ओरेगनमा धेरै जस्तो नगद सहायता विधुतीय सुविधा हस्तान्तरण (EBT) कार्डको मार्फत गरिन्छ । यसलाई ओरेगन ट्रयाल कार्ड पनि भनिन्छ । ओरेगन ट्रयाल कार्ड प्रयोग गरि नगद सुविधा निम्न स्थानहरूमा निकाल्न पाइदैन:

- रक्सिस पसल यसमा केवल रक्सिस र बियर मात्र बेच्ने पसल वा बढी जस्तो रक्सिस र बियर बेच्ने पसल पनि पर्दछन् ।
- क्यासिनो, जुवाघर वा जुवा खेल्ने ठाउँमा
- वयस्क व्यक्तिको मनोरञ्जन गर्ने ठाउँ जहाँ सेवा दिने मान्छे कपडा उतारेर वा नांगो अवस्थामा नाच-गान गर्छन् । यसमा बयस्क भिडियो पसल पनि पर्दछ जसमा केवल वा बढी जस्तो बयस्क व्यक्तिको लागि बनाएको भिडियो वा चलचित्र हरु बिक्रि मा राखिन्छन ।
- गाँजा पसल

यि बन्देजहरू लागु हुनेछन् ।

- ओरेगनमा
- ओरेगन बाहिर ।
- आदिवासीको क्षेत्रमा ।

यी बन्देजहरू निजि बैंकको खातामा रहेको नगद सुविधामा पनि लागु हुन्छ ।

यदि तपाईं परिवारको लागी नगदको लागी निवेदन दिदै हुनुहुन्छ भने:

घाईते दावीमा राज्यको दावी “निर्धारण”

सहायताको लागी योग्य हुन, तपाईंले भविष्यमा जन्मिने बच्चा सहित तपाईं वा परिवारका अन्य सदस्यले निम्न रूपमा पाउने वा पाउन अधिकार भएको रकम डी.एच.एस लाई दिनु पर्छ:

- अन्य व्यक्ति, ब्यापार वा अन्य श्रोत जसले तपाईंलाई घाईते बनाए बापत, (जस्तै सवारी दुर्घटनामा) दिने रकम । डी.एच.एस ले कति रकम लिन सक्छ भन्ने सिमा छ । उसले तपाईं र तपाईंको परिवारलाई दिएको सहयोग रकम भन्दा बढी लिन सक्दैन ।

यो फारममा सहि गरेर तपाईंले डी.एच.एस लाई यी रकम पत्ता लगाउन र लिन सहयोग सहयोग गर्नुहुन्छ । यदि तपाईं वा सहायता पाउने अन्य परिवारका सदस्यको कुनै दुर्घटना भए वा अन्य व्यक्ति वा संस्थाबाट हानी पुगे तपाईंले १० दिन भित्र डी.एच.एस लाई सो को जानकारी दिनु पर्नेछ । त्यस्ता दावीवापत आर्जित रकममा राज्यले आफ्नो दावी पेश गर्नसक्ने छ ।

यदि तपाईं परिवारको लागी नगदको लागी निवेदन दिदै हुनुहुन्छ भने:

“सहायता निर्धारण” तपाईंले के बुझ्नु पर्छ?

“सहायता” भनेको तपाईं र तपाईंको बच्चाको लागी पाउने रकम हो, जस्तै अपुताली वा बच्चाको लागी सहयोग । जब तपाईं नगद सहयोग पाउनुहुन्छ, तब तपाईं राज्यलाई तपाईं वा परिवारका अन्य व्यक्तिले अन्य व्यक्तितबाट पाउने रकम लिन “नियुक्त” गर्नुहुन्छ । सो रकम तपाईंले राज्यबाट पाउने नगद चुक्ता गर्न प्रयोग हुन्छ ।

नोट: यो तपाईंले JOBS प्लस कार्यक्रमबाट, राज्य परिवार Pre-SSI/SSDI Program (SFPSS) कार्यक्रमबाट वा Post-TANF कार्यक्रमबाट पाउने रकम; जब तपाईं बाबु आमा भएको परिवार भए; वा जब तपाईंले रोजगार वापत रकम पाउनुहुन्छ भने यो व्यवस्था लागु हुँदैन;

यसको मतलब जब तपाईं नगद सहयोग पाउनु हुन्छ तब:

राज्यले तपाईंले आफ्नो लागी वा परिवारका अन्य सदस्यले पाउने सहयोग रकमको हिस्सा (हालको र पुरानो बाँकी सहित) राख्नेछ । राज्यले तपाईंको सबै बाल सहायता राख्दैन । राज्यले तपाईंलाई हालको बाल सहायता वापत पाएको रकम मध्य \$५० प्रति बच्चा र बढीमा \$२०० सम्म तपाईंलाई पठाउँछ । राज्यले यो रकमलाई तपाईंको सहायताको योग्यता निर्धारण गर्दा आयको रूपमा गणना गर्दैन ।

नोट: यदि तपाईं नगद सहायताको लागी निवेदन दिदैहुनुहुन्छ भने र तपाईं SFPSS वा JOBS Plus कार्यक्रममा हुनुहुन्छ वा तपाईं बाबु आमा सहितको परिवारको हुनुहुन्छ भने राज्यले साधारणतया तपाईंको बाल सहायता रकम राख्दैन | जब तपाईंको योग्यता र सहायताको निर्धारण गरिन्छ, \$५० (प्रति बच्चा बढीमा \$२०० प्रति परिवार प्रति महिना) हाल पाउने बाल सहायता रकम तपाईंको मासिक आयमा गनिदैन |

जब तपाईं नगद कार्यक्रम छोड्नुहुन्छ:

- हालको सहायता रकम तपाईंलाई जान्छ |
- तपाईंले नगद सहायता पाउने महिनाको तिर्न बाँकि रकम राज्यले राख्ने छ |
- तपाईंले नगद सहायता नपाएको महिनाको तिर्न बाँकि कुनै पनि रकम तपाईंलाई फिर्ता हुने छ |

बाल सहायता कार्यालयसंग काम गर्ने तरीका

जब तपाईं नगद सहायता पाउनु हुन्छ, तपाईंले राज्यको बाल सहायता कार्यक्रमसंग काम गर्नुपर्छ |

जरूरी: तपाईं वा तपाईंको बच्चाको लागी खतरा हुने अवस्थामा तपाईंले बाल सहायता कार्यक्रमसंग काम गर्नुपर्दैन |

बाल सहायता कार्यक्रमसंग काम गर्ने भन्नाले:

- तपाईंको बच्चाको अन्य बाबु/आमा पत्ता लगाउन सहयोग गर्ने (तपाईंलाई आफुलाई वा बच्चालाई बच्चाको बाबु/आमाबाट खतरा छ भन्ने लाग्छ भने यो गर्नु पर्दैन);
- कानूनी रूपमा बच्चाको बाबुको नाम तोक्नु परेमा (पितृत्व स्थापना गर्नु परेमा);
- अदालतबाट सहयोग निर्देशन जारी गर्नु परे |

TANF कार्यक्रमको जरिवाना बारे सूचना

यदि तपाईंले जानाजान TANF वा शरनार्थी नगद सहयोग पाउन निम्न कुरा गरे तपाईंलाई जरिवाना हुन सक्छ:

- आफ्नो वा आफुले निवेदन दिएको कसैको बारे गलत सूचना दिए
- आफ्नो वा आफुले निवेदन दिएको कसैको बारे सूचना लुकाए
- आफु बस्ने ठाउँको बारे गलत सूचना दिए

तपाईंले पहिलो चोटी यसो गर्नु भए तपाईंले १२ महिना सम्म TANF पाउनुहुन्न | तपाईंले दोस्रो चोटी यसो गर्नु भए तपाईंले २४ महिना सम्म TANF पाउनु हुन्न | तपाईंले तेस्रो चोटी पनि यसो गर्नु भए तपाईं कहिले पनि TANF पाउनु हुन्न | तपाईंले आफुले नपाउनु पर्ने सबै TANF को रकम पनि फिर्ता गर्नु पर्छ | तपाईंले गलत सूचना दिएर वा सूचना लुकाएर कम TANF पाउनु भए पनि तपाईंको खाद्दय सहयोग बढ्दैन |

पूरक पोषण सहयोग कार्यक्रम (SNAP) को जरिवाना बारे सूचना

यदि तपाईंले निम्न कुरा गरेमा...	तपाईंले खाद्दय सहयोग गुमाउनु हुन्छ ...
<ul style="list-style-type: none"> सूचना लुकाएमा वा गलत सूचना दिएमा अन्य व्यक्तिको विददुतीय सुविधा हस्तान्तरण ((EBT) कार्ड प्रयोग गरेमा ; खाद्दय सहयोगलाई रक्सी वा सुर्तिजन्य पदार्थ किन्न प्रयोग गरेमा ; EBT कार्डको व्यापार वा सहयोग बिक्रि गरेमा केवल रकम पाउनको लागि बट्टाहरु खाली गरेमा खाद्दय सहयोगबाट किनेको खानेकुरा पैसाको लागि बिक्री गरेमा 	<ul style="list-style-type: none"> पहिलो गल्तीको लागि १२ महिना दोस्रो गल्तीको लागि २४ महिना तेस्रो गल्तीको लागि सदाको लागि खाद्दय सुविधाबाट निष्काशन गरिनेछ ।
<ul style="list-style-type: none"> खाद्दय सुविधालाई गैरकानूनी चिजहरु जस्तै लागूऔषधको खरिदको निम्ति प्रयोग गरेमा । 	<ul style="list-style-type: none"> पहिलो गल्तीको लागि २४ महिना; दोश्रोको लागि सदाको लागि खाद्दय सुविधाबाट निष्काशन गरिनेछ ।
<ul style="list-style-type: none"> खाद्दय सुविधालाई बन्दुक वा गोली वा बमको लागि प्रयोग गरेमा 	<ul style="list-style-type: none"> स्थाई रुपमा
<ul style="list-style-type: none"> \$५०० भन्दा बढी को खाद्दय सुविधा खरिद, बिक्रि वा सट्टा पट्टा गरेमा 	<ul style="list-style-type: none"> स्थाई रुपमा
<ul style="list-style-type: none"> तपाईंको पहिचान र ठेगाना को बारे गलत सूचना दिएर थप खाद्दय सुविधा लिन चाहे 	<ul style="list-style-type: none"> प्रत्येक गल्तीको लागि १० वर्ष
<p>यी कार्यहरु गरे तपाईंलाई \$२५०,००० वा २० वर्ष सम्म जेल वा दुवै सजाय पनि हुन सक्छ । तपाईंलाई अन्य संघीय कानून अन्तर्गत पनि कारवाही हुन सक्छ ।</p>	
यदि तपाईंले जानाजान निम्न कार्य गर्नुभएमा...	तपाईंले
<ul style="list-style-type: none"> अरुको EBT कार्ड प्रयोग गरेमा आफ्नो EBT कार्ड अन्य व्यक्तिलाई हस्तान्तरण गरेमा ; EBT कार्डहरु जुन आफ्नो होइनन्, जम्मा गरेमा 	<ul style="list-style-type: none"> फेलोनी वा अपराधको आरोप प्रमाणित भएमा जरिवाना तिर्नुपर्छ जेलमा रखिन्छ ; लामो समयको लागि खाद्दय सुविधाको लागि अयोग्य घोषणा गरिन्छ ।

हाम्रो भेदभाव नगर्ने नियम

मानव सेवा विभाग (डी.एच. एस) ले कसैको बिरुद्ध पनि भेदभाव गर्दैन यसको मतलव डी.एच.एस ले योग्य सबै व्यक्तिलाई सहयोग गर्छ र कसैलाई पनि उमेर, जात, रंग, आएको देश, लिंग, धर्म, राजनैतिक विचार, अपाङ्गता वा यौन पहिचानको आधारमा भेदभाव गर्दैन ।

तपाईंले डी.एच.एस ले भेदभाव गरेको शंका लागे या आफुलाई फरक रूपमा सेवा दिएको लागे गुनासो ब्यक्त गर्न सक्नुहुन्छ । गुनासो पेश गर्नका निम्ति तपाईं गभर्नरको कार्यालय 1-800-442-5238 (TTY 711) मा फोन गर्न सक्नु हुन्छ वा उक्त कार्यालयमा निम्न ठेगानामा पत्र लेख्न सक्नु हुन्छ:

Governor's Advocacy Office (गभर्नरको वकालत कार्यालय)
500 Summet Street NE, E17
Salem, OR 97301
इमेल: DHS.info@state.or.us

“ समान अवसर नै कानून हो!”

संयुक्त राज्य कृषि मन्त्रालय (USDA) र संयुक्त राज्य स्वास्थ्य र मानव सेवा मन्त्रालय (HHS) समान अवसर प्रदान गर्ने संस्था हुन् । अपाङ्गता भएका ब्यक्तिहरुको हकमा थप माग भएमा थप सेवा र सहयोग हुने छ ।

USDA र HHS, मा गुनासो दर्जा गर्न कृपया “Client Discrimination Complaint Information” फारम (DHS 9001) पढ्नुहोस् । तपाईंयो फारम “Information and Referral Packet” (DHS 6609) मा पाउन सक्नु हुनेछ ।

किन हामीलाई तपाईंको सामाजिक सुरक्षा नम्बर आवश्यक पर्छ

सामाजिक सुरक्षा नम्बर (SSN) - संघिय कानून (42 USC 1320b-7(a) र (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 र 42 CFR 457.340(b)) र DHS नियम (OAR 461-120-0210) बमोजिम नगद, खाध्यान्न वा स्वास्थ्य सहायताको लागि आवेदन दिने प्रत्येक ब्यक्तिले DHS लाई आफ्नो SSN दिनु पर्छ । यदि तपाईंले SSN दिनुभए, त्यसले तपाईंको निवेदन प्रक्रिया छिटो अघि बढाउन मद्दत गर्छ । यदि कसैको SSN छैन भने www.ssa.gov मा जानुहोस्

क. डी.एच.एस ले तपाईंको योग्यताको निर्धारण गर्न SSN को प्रयोग गर्छ । तपाईंको SSN तपाईंको आयको र अन्य सम्पतीको रुजु गर्न र अन्य राज्यको तथा संघीय रेकर्ड जस्तै IRS, मेडीकेड, बाल सहायता, सामाजिक सुरक्षा, बेरोजगार भत्ता आदि सरकारी सहयोग कार्यक्रमसंग रुजु गर्न प्रयोग गरिन्छ

ख. डी.एच.एसले तपाईंको SSN मोटामोटी सूचना तयार गर्न वा उसको रकम आउने श्रोतहरु (जस मार्फत तपाईं सहायता दिने रकाम प्राप्त हुन्छ) को माग बमोजिम रिपोर्ट तयार गर्न प्रयोग गर्छ ।

ग. DHS ले तपाईंको SSN प्रयोग गर्न वा सम्प्रेसन् गर्न सक्नेछ:

- यदि तपाईंले निवेदन दिनुभएको कार्यक्रम संचालन गर्न वा सहयोग दिन आवश्यक परेमा
- गुण मापन र कार्यक्रमा सुधार ल्याउनु परेमा ;
- सही रकम भुक्तानी गर्न र बढी भुक्तान भएको रकम वापस ल्याउन
- एक भन्दा बढी ब्यक्ति भएको परिवारमा कसैले पनि सहयोग नपाउने निश्चित गर्न ।

शरणार्थी नगद सहयोग पाउन सामाजिक सुरक्षा नम्बर नभए पनि हुन्छ ।

१ SNAP का ग्राहकहरु राजनैतिक विचारको भेदभावको बिरुद्धमा सुरक्षित छन्

२ लैंगिक स्थिति ओरेगन राज्यबाट सुरक्षित छ, तर संघिय कानून मा होइन ।

तपाईंको अधिकार र कर्तव्यको बारे सूचना ।

तल हस्ताक्षर गर्दै म यो मान्छु की:

- म बुझ्दछु कि यदि म शरणार्थी केश सेवा कार्यक्रम मा (RCSP) भएको भए , "DHS" भन्नाले DHS का कन्ट्रिक्टरहरु पनि पर्दछन् ।
- मैले डी.एच.एस लाई सहि, सत्य र पुरा सूचना दिएको छु ।
- म बुझ्दछु की गलत सूचना दिनु वा सूचना लुकाउनुको मतलब राज्य र संघीय रूपमा जरिवाना तिर्नु र कुनै पनि अधिक भुक्तानी फिर्ता गर्नु हो [?] (यसमा नगद सहायताको लागी अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि पनि पर्छन्);
- डी.एच.एस ले मेरो केश पुनरावलोकन गर्न सक्छ । यसको निम्ति मेरो घरमा आउन पनि सकिन्छ ।
- म घोषणा गर्दछु की म ओरेगनको बासिन्दा हुँ ।
- जब डी.एच.एस लाई आवश्यकता पर्छ, म मेरो परिवर्तित सूचना डी.एच.एस लाई प्रदान गर्छु ।
- मैले मेरो र अन्य निवेदकको बारे सत्य नागरिकता सम्बन्धि सूचना दिएको छु ।
- मलाई थाहा छ की डी.एच.एस ले सहायताको लागी निवेदन दिने व्यक्तिहरुको आप्रवासन अवस्था जाँचबुझ गर्छ । मलाई थाहा छ की डी.एच.एस ले संयुक्त राज्य सिटिजनशीप र इम्मिग्रेशन (USCIS) बाट पाउने सूचनाले कसले सहायता पाउछ भन्ने कुरालाई असर गर्छ । **सहायताको लागी निवेदन नदिने कसैको पनि डी.एच.एसले USCIS सँग विवरण माग्दैन ।**
- म मेरो बाल सहायताको रेकर्ड न्याय विभाग (DOJ) बाल सहायता शाखाबाट डी.एच.एस मा पठाउन अनुमति दिन्छु;
- ६० वर्ष भन्दा कम उमेरको बयस्कहरु जसले खाददय सहयोग (SNAP) को लागी निवेदन दिन्छन् तिनीहरुले राज्यको रोजगार कार्यक्रममा पनि दर्ता हुनुपर्ने छ । यदि मैले भविष्यमा मानिस थपे भने, तिनीहरु पनि दर्ता हुनेछन्; ।
- यदि मैले डी.एच.एस लाई सहयोग चाहने व्यक्तिको सामाजिक सुरक्षा नम्बर नदिएमा सो व्यक्तिले सहयोग नपाउन सक्छन् ।
- डी.एच.एस ले आवास, मेडिकल, बच्चाको रेखदेखको खर्च र अदालत निर्देशित बाल रेखदेखको खर्च मैले रिपोर्ट नगरेको खण्डमा लाई मेरो सहायता निर्धारणमा प्रयोग गर्दैन ।
- डी.एच.एसले आय र योग्यता प्रमाणीकरण सिस्टम (IEVS) को तथ्यांक माग गर्छ र यो सूचनाले योग्यता र सुविधाको तहमा असर गर्छ । जब सूचनाहरु मेल खाँदैनन् यसमा तेस्रो सम्पर्क संस्था मार्फत गरिने प्रमाणीकरण पनि पर्दछ । तेस्रो सम्पर्क संस्थामा बैंक, आय र बेरोजगार भत्ता सम्बन्धि रेकर्ड पनि पर्छन् ।
- मैले बुझेको छु की डी.एच.एस ले मेरो लगाएत मैले निवेदन दिएको सबै व्यक्तिको SSN लाई पृष्ठ १३ मा उल्लेखित कारणमा प्रयोग वा खुलाउन सक्छ ।
- डी.एच.एस ले यस निवेदनमा रहेका सूचनाहरु निम्नलाई दिनसक्छ:
 - पुनरावलोकन गर्ने संघीय र राज्यका निकायहरुलाई;
 - कानूनबाट भाग्दै गरेका कोहि भए पक्रन सकियोस् भनेर कानून पालना गराउने कर्मचारीहरुलाई;
 - संघीय र राज्य संस्थाहरु र निजि ऋण संकलन संस्थाहरु, यदि मैले सहयोगको रकम डी.एच.एस लाई फिर्ता गर्नु पर्ने भए ।
- डी.एच.एस ले यो सूचना मैले पाउने सरकारी सहयोगको कार्यक्रमहरु संचालनको निम्ति प्रयोग गर्न सक्छ ।
- म यो बुझ्दछु की डी.एच.एस ले मैले TANF को नगद मेरो ओरेगन ट्रयाल कार्डको माध्यम बाट कहाँ खर्च गर्छु वा TANF को नगद कहाँ निकाल्छु भन्ने कुरा निगरानी गर्न सक्छ । मयो पनि बुझ्दछु की मैले मेरो ओरेगन ट्रयाल कार्ड TANF को नगद खर्च गर्न वा TANF को नगद सहायता निम्न स्थानमा निकाल्दिन:
 - रक्सिस पसल । यसमा केवल रक्सिस र बियर मात्र बेच्ने पसल वा बढी जस्तो रक्सिस र बियर बेच्ने पसल पनि पर्दछन् ।
 - क्यासिनो, जुवाघर वा जुवा खेल्ने ठाउँमा
 - वयस्क व्यक्तिको मनोरन्जन गर्ने ठाउँ जहाँ सेवा दिने मान्छे कपडा उतारेर वा नांगो अवस्थामा नाच-गान गर्छन् । यसमा बयस्क भिडियो पसल पनि पर्दछ जसमा केवल वा बढी जस्तो बयस्क व्यक्तिको लागि बनाएको भिडियो वा चलचित्र हरु बिक्रि मा राखिन्छन् ।
 - गाँजा पसलमा

यि बन्देजहरु लागु हुनेछन् ।

- ओरेगनमा
- ओरेगन बाहिर ।
- आदिवासीको क्षेत्रमा ।

कृपया पृष्ठ १६ मा जारी राख्नुहोस् पढ्नुहोस् र हस्ताक्षर गर्नुहोस् ।

यी बन्देजहरु निजि बैंकको खातामा रहेको नगद सुविधामा पनि लागु हुन्छ ।

- म बुझ्दछु की जो व्यक्तिले यो फारममा सहि गर्छन् सो व्यक्तिले मेरो केशमा अधिक भुक्तानी भएको भए सो रकम फिर्ता गर्नुपर्छ । अन्य व्यक्तिहरु जसले म संग निवेदन दिनु पर्छ र अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि पनि अधिक भुक्तान को भरपाई गर्न बाध्य हुन्छन् ।
- माबुझ्दछु कि म मेरो आवेदन कागजी वा बिधुतिय मध्यम माफत माग्न सक्छु ।
- नगद सहायताको लागी निवेदन दिने व्यक्तिहरु - म राज्यलाई पृष्ठ ११-१२ मा व्याख्या गरिए बमोजिम सहयोग रकम राख्न दिन मन्जुरी दिन्छु । म बुझ्दछु कि यदि मेरो बच्चाहरुलाई खतरा पुग्ने भए मैले बाल सहायता कार्यक्रम संग काम गर्नु पर्दैन ।
- नगद र खाद्दय सहयोगको लागी निवेदन दिने व्यक्तिहरु - म बुझ्दछु कि मैले आदिवासी समूह खाध्य वितरण कार्यक्रम र SNAP कार्यक्रम एकै चोटी प्रयोग गर्न मिल्दैन । त्यसै गरि मैले आदिवासी समूहबाट आदिवासी TANF र डी.एच.एस बाट TANF सहयोग एकै चोटी पाउन सकिदैन ।
 - म कानूनको सपथ खाएर यो घोषणा गर्दछु कि मैले मेरो परिवारका व्यक्तिहरु, जसमा नागरिकता सम्बन्धि, आय श्रोत, सम्पति र अन्य सबै सुचनाहरु जुन मैले डी.एच.एस र यसका ठेकदार हरुलाईलाई दिएको छु र ती सबै साँचो र सत्य हुन् ।
 - मैले डी.एच.एस लाई दिएको सूचनाको प्रमाण दिन्छु । म डी.एच.एस लाई अन्य व्यक्ति र संस्थासंग सम्पर्क गरेर प्रमाण जुटाउन अनुमति दिन्छु ।
- काम सम्बन्धीत बच्चाको हेरचाहको लागी आवेदन दिने व्यक्तिहरुको लागी - म यो बुझ्दछु कि मैले पाउने कुनै पनि बच्चाको हेरचाह सम्बन्धी सुविधाको विवरण ओरेगनको कर विभागमा बुझाईनेछ, जसले मेरो करको दाइत्व परिवर्तन गर्न सक्ने छ र /वा सम्भावित कर फिर्तामा पनि असर गर्न सक्ने छ ।

घोषणा र हस्ताक्षर

मैले माथि व्याख्या गरिए बमोजिम तथा DHS 0415R फारम मा लेखिए बमोजिम मेरो अधिकार र कर्तव्य पढे र बुझे, र मसंग सो फारमको प्रतिलिपि छ ।

_____ व्यक्ति वा अधिकारप्राप्त प्रतिनिधिको पुरा कानूनी हस्ताक्षर

_____ मिति:

_____ अन्य बाबु/आमा वा श्रीमान श्रीमती वा अन्य वयस्कको पुरा कानूनी हस्ताक्षर

_____ मिति:

_____ रुजु गर्ने कर्मचारीको हस्ताक्षर

_____ मिति:

तपाईंलाई सम्पर्क गर्ने सबै भन्दा उपयुक्त माध्यम के हो?

फोन नं. _____

इमेल: _____

अन्य: _____

तपाईंलाई सम्पर्क गर्न उपयुक्त दिन र समय कुन हो? _____

भोट हाल्नको लागी दर्ता

यदि तपाईं अहिले जहाँ बस्नु हुन्छ त्यहाँ भोट हाल्न दर्ता हुनुभएको छैन भने, के आज सो को लागी निवेदन दिन चाहनुहुन्छ?

हुन्छ हुदैन

भोट हाल्नको लागी निवेदन दिए वा सो को लागी इन्कार गरे पनि उक्त कार्यले तपाईंलाई यस कार्यालयवाट दिइने सहायतामा कुनै असर हुने छैन ।