የተቀናጀ የምግብ፣ የህክምና፣ እና የጥሬ ገንዘብ ጥቅማጥቅሞች ማመልከቻ

ይህ የተቀናጀ የምግብ፣ የህክምና፣ እና የጥሬ ገንዘብ ጥቅማጥቅሞች ማመልከቻ ነው። በማህበረሰብዎ ውስጥ ስላሉ ሌሎች ጠቃሚ አገልግሎቶች መረጃ ማቅረብ እንችላለን። እያመለከቱለት ያሉ ፕሮግራም(ሞች) ጋር የተያያዙ ጥያቄዎችን ብቻ መመለስ ይችላሉ። በእርዳታ ማመልከቻ ላይ ያሉ ሁሉንም ጥያቄዎች ከመለሱ፣ ለሁሉም ፕሮግራሞች ብቁ መሆን እንደምችሉ ማየት እንችላለን። ይህን ማመልከቻ ለመሙላት ጓደኛ፣ ዘመድ፣ ወይም ማንኛውም የሚፈልጉት ሰው ሊረዳዎ ይችላል።

ምግብ

ለምግብ ቁሳቁሶች የሚውሉ ወርሃዊ ተጨማሪ የምግብ እርዳታ(SNAP) ጥቅማጥቅሞች።

የህክምና

(ሀኪሞች፣ ሆስፒታሎች፣ የመድሃኒት ማዘዣዎች፣ ላብራቶሪዎች፣ እና ኤክስሬዎች)

- ነጻ ወይም ዝቅተኛ ዋጋ ያለው የመድን ዋስትና ከ Medicaid
- ነጻ ወይም ዝቅተኛ ዋጋ ያለው የመድን ዋስትና ከ D.C. Healthcare Alliance ወይም Immigrant Children's Program
- ዋጋው ተመጣጣኝ፣ የግል ጤና የመድን ዋስትና እቅዶች በ Marketplace አማካኝነት
- ለጤና ሽፋን ወዲያውኑ አረቦንዎን መክፈል የሚችል የታክስ ማቀናነስ።

ጥሬ ገንዘብ

ጊዜያዊ እርዳታ ለድጋፍ ፈላጊ ቤተሰቦች (TANF) ወይም ሌሎች የእርዳታ ጥቅማ ጥቅሞች ፈላጊ ልጆች ላላቸው ቤተሰቦች፣ እና በተጨማሪ የዋስትና ገቢ(SSI) ማመልከቻቸው ላይ ውሳኔ እየተጠባበቁ ያሉ ግለሰቦች።

ማስታወሻ፣

እርስዎ ለረጅም ጊዜ እንክብካቤ አገልግሎቶች ማመልከት ከፈለጉ፣ የረጅም ጊዜ እንክብካቤ ፕሮግራም የህክምና እርዳታ ማመልከቻ መሙላት አለብዎ። ለማመልከቻ፣ የእርጅናና ማህበረሰብ አኗኗር ክፍል (ዲፖርትመንት ኦፍ ኤጂንግ ኤንድ ኮምዩኒቲ ሊቪንግ) (DACL) በእድሜ የገፉ እና የአካል ጉድለት ላላባቸው ሰዎች (EPD) ያለ-መክፈል መብትን ቀሪ ማድረጊያ በ (202) 724-5626፣ የአካል ጉዳተኝነት አገልግሎቶች መምሪያ (DDS) የአእምሮ እና የእድገት ጉድለት ላለባቸው ግለሰቦች (IDD) ያለ-መክፈል መብትን በ 202.730.1700 ያግኙ፣ ወይም እርስዎ በነርሲንግ ተቋም ወይም የመካከለኛ የእንክብካቤ ተቋም (ICF) ውስጥ ከሆኑ፣ ለእርዳታ የተቋምዎን አስተዳዳሪ ያግኙ።

በተጨማሪ ይህን ማመልከቻ አቅራቢያዎ ካለው የአገልግሎት ማእከል መውሰድ ይችላሉ ወይም ወደ ቤትዎ በፖስታ እንዲላክልዎ ከፈለጉ በ (202) 727-5355 መደወል ይችላሉ።

የአገልግሎት ማእከላት ሥፍራዎች

ሰኞ – ማክሰኞ | 7:30ጥዋት – 4:45ከሰዓት

የAnacostia አገልግሎት ማዕከል

2100 Martin Luther King Jr. Ave., SE Washington, DC 20020
ፋክስ፥ (202) 727-3527

የTaylor Street አገልግሎት ማዕከል

1207 Taylor St., NW
Washington, DC 20011
ፋክስ፥ (202) 576-8740

የH Street አገልግሎት ማዕከል

645 H St., NE
Washington, DC 20002
ፋክስ፥ (202) 724-8964

የCongress Heights አገልግሎት ማዕከል

4049 South Capitol St SW
Washington, DC 20032
ፋክስ፥ (202) 645-4524

የFort Davis አገልግሎት ማዕከል

3851 Alabama Ave., SE
Washington, DC 20020
ፋክስ፥ (202) 645-6205

ደምበኞች በአድራሻቸው የሚያገለግለውን የአገልግሎት ማዕከል ለማወቅ የ ESA የጥሪ ማዕከል ጋር በ (202) 727-5355 መደወል ይችላሉ

አዲስ የሞባይል መተግበሪያ፥

በስማርት ስልክዎ ላይ ከሚገኙ ከአፕል አፕ ስቶር ወይም ጉግል ፕሌይ ስቶር የDistrict Direct መተግበሪያን በማውረድ ለምግብ፣ ህምክና፣ እና ገንዘብ እርዳታ አሁን ማመልከት ይችላሉ። ያሉትን የህክምና ፕሮግራም መተግበሪያዎች ማዕቀፍን በሚመለከት ለተጨማሪ መረጃ መተግበሪያውን ይመልከቱ።

ለኤጀንሲ አገልግሎት ብቻ	**የደረሰበት ቀን፣**	**ጉዳዩ ያለቀበት ቀን፣**		**የጉዳይ ቁጥር፣**
ማመልከቻ የቀረበበት ፕሮግራሞች፣				**የማመልከቻ ዓይነት**
☐ ጥሬ ገንዘብ	☐ የተፈቀደ	☐ በሂደት ላይ ያለ	☐ ተከልክሏል	☐ ማመልከቻ ☐ ማረጋገጫ
☐ የህክምና	☐ የተፈቀደ	☐ በሂደት ላይ ያለ	☐ ተከልክሏል	
☐ ምግብ	☐ የተፈቀደ	☐ በሂደት ላይ ያለ	☐ ተከልክሏል	

ከማመልከቻ ክፍሎቹ የትኞቹ ናቸው መሙላት ያለብኝ?

የህክምና እርዳታ

HEALTH LINK
Get the facts. Get covered.

DC Health Link

ለግል ጤና መድን ለማመልከት፣ የቤተሰብዎን የጤና ሽፋን አረቦን ወዲያውኑ ለመክፈል የሚረዳዎ የግብር ዱቤ፣ ወይም ቤተሰብዎ ከ Medicaid DC Healthcare Alliance ወይም Immigrant Children's Program ነጻ ወይም ዝቅተኛ ወጪ ያለው መድን ብቁ መሆኑን ለማየት።

ለህክምና እርዳታ ምልክት የተደረገባቸው ሁሉንም ክፍሎች ይሙሉ። ክፍሉ ለምግብ፣ ህክምና፣ እና የጥሬ ገንዘብ ድጋፍ ምልክት የተደረገበት ከሆነ፣ በዚያ ክፍል ውስጥ ያሉ ሁሉንም ጥያቄዎች ይሙሉ፣ ለህክምና እርዳታ እንደማያስፈልግ ጥያቄው ካልገለጸ በስተቀር።

የምግብ እርዳታ

ለምግብ ማመልከት ከፈለጉ ጥቆማጥቆሞች፥

ለምግብ እርዳታ ምልክት የተደረገባቸው ሁሉንም ክፍሎች ይሙሉ። ክፍሉ ለምግብ፣ ህክምና፣ እና የጥሬ ገንዘብ ድጋፍ ምልክት የተደረገበት ከሆነ፣ በዚያ ክፍል ውስጥ ያሉ ሁሉንም ጥያቄዎች ይሙሉ፣ ጥያቄው ለምግብ እርዳታ አስፈላጊ አለመሆኑን ካልገለጸ በስተቀር። እንደማያስፈልግ ጥያቄው ካልገለጸ በስተቀር።

የገንዘብ እርዳታ

ለገንዘብ ማመልከት ከፈለጉ ጥቆማጥቆሞች፥

ለጥሬ ገንዘብ እርዳታ ምልክት የተደረገባቸውን ክፍሎች ሁሉንም ይሙሉ ይህም በተጨማሪ የአካል ጉዳተኝነት ጊዜያዊ እርዳታ (IDA)ን ያካትታል። ክፍሉ ለምግብ፣ ህክምና፣ እና የጥሬ ገንዘብ ድጋፍ ምልክት የተደረገበት ከሆነ፣ በዚያ ክፍል ውስጥ ያሉ ሁሉንም ጥያቄዎች ይሙሉ፣ ጥያቄው ለጥሬ ገንዘብ እርዳታ አስፈላጊ አለመሆኑን ካልገለጸ በስተቀር።

ማስታወሻ፣

የሚከተሉት የማመልከቻው አካላት እንደ አማራጭ ነው - መሙላት አያስፈልግዎትም፥

- **ደረጃዎች 16 እና 17** – ይሁን እንጂ፣ ለገንዘብ እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ፣ በማመልከቻዎ ቃለ-መጠይቅ ላይ እነዚህን እንዲያቀርቡ ልጠየቁ ይችላሉ
- **ደረጃዎች 18 እና 19** – በደረጃዎች 18 እና 19 ውስጥ የተካተተውን መረጃ በመዝገብዎ ውስጥ መያዝ ሊፈልጉ ይችላሉ።

የቋንቋ ተደራሽነት ድጋፍ

እርስዎ ሌላ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎት በነጻ የማግኘት መብት አሎት። ይደውሉ (202) 727-5355 ወይም TTY/TDD 711 (855) 532-5465. የዲስትሪክት ህግ ኤጀንሲዎች መረጃ እና እርዳታ በቋንቋዎ በነጻ እንዲያቀርቡ ያስገድዳል። በቋንቋዎ እርዳታ ካላገኙ፣ እባክዎ የ DC የሰብዓዊ መብቶች ቢሮ ጋር በ (202) 727-4559 ይደውሉ እና 0.ይጫኑ።

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ
ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ (202) 727-5355
(መስማት ለተሳናቸው: TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

注意：如果您使用繁體中文， 您可以免費獲得語言援助服務。請致電(202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le (202) 727-5355 (ATS : TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465.

Dè ɖɛ nìà kɛ dyédé gbo: Ɔ jǔ ké m̀ [Ɓàsɔ́ ɔ̀ -wùɖù-po-nyɔ̀] jǔ ní, nìí, à wuɖu kà kò ɖò po-poɔ̀ ɓɛ̀in m̀ gbo kpáa. Ɖá (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-(202) 727- 5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465) I

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(202) 727-5355（TTY/TDD 711 (855) 532-5465）

まで、お電話にてご連絡ください。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465)번으로 전화해 주십시오.

เรยน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ማንበብ የሚፈልጉት ቋንቋ ምንድን ነው?	☐ እንግሊዘኛ	☐ ስፓኒሽ	☐ ቬትናሚዝ	☐ ፈረንሳይኛ	☐ ኮሪያኛ	☐ አማርኛ	☐ ቻይኒኛ (ማንደሪን)	☐ ቻይኒኛ (ካንቶኒዝ)	☐ ሌላ
የ ESA አገልግሎቶችን ለማግኘት መናገር የሚያስፈልግዎ ቋንቋ ምንድን ነው?	☐ እንግሊዘኛ	☐ ስፓኒሽ	☐ ቬትናሚዝ	☐ ፈረንሳይኛ	☐ ኮሪያኛ	☐ አማርኛ	☐ ቻይኒኛ (ማንደሪን)	☐ ቻይኒኛ (ካንቶኒዝ)	☐ ሌላ
አስተርጓሚ የሚፈልጉ ከሆነ፣ እንዲተረጎምልዎ የሚፈልጉት ቋንቋ ምንድን ነው?	☐ እንግሊዘኛ	☐ ስፓኒሽ	☐ ቬትናሚዝ	☐ ፈረንሳይኛ	☐ ኮሪያኛ	☐ አማርኛ	☐ ቻይኒኛ (ማንደሪን)	☐ ቻይኒኛ (ካንቶኒዝ)	☐ ሌላ

ነጻ የቋንቋ ትርጉም ይፈልጋሉ?

☐ አዎ (የጉዳይ ሠራተኛ ይረዳዎታል) ☐ አይ (ይሙሉ እና ከታች ያለውን መብቱን ቀሪ የሚያደርገውን ይፈርሙ)

እኔ፣________________________________የሰብዓዊ አገልግሎቶች ዲፓርትመንት (DHS) ያለምንም ክፍያ የባለሞያ እና የሰለጠነ አስተርጓሚ የማግኘት መብት በ D.C. የ 2004 የቋንቋ ተደራሽነት ህግ መሠረት እንዳለኝ ለኔ አሳውቆኛል። ከታች በመፈረም፣ እኔ ይህን አገልግሎት አለመፈለጌን እና እራሴ በገለጽኩት ሌላ ሰው የትርጉም አገልግሎት መተማመን መምረጤን ተስማምቻለሁ። ይህ ግለሰብ በ DHS ያልተለየ ወይም ያልተመረጠ መሆኑን እንዲሁም ይህን አገልግሎት ለመስጠት DHS ሀላፊነት የሌለበት እና በእነዚህ አገልግሎቶች ምክንያት ለሚመጣው ማንኛውም ሀላፊነት DHS ተጠያቂ እንዳልሆነ እገነዘባለሁ። በተጨማሪ ይህ የሙብት ቀሪ ማድረጊያ ሰነድ ለዚህኛው ወቅት ብቻ እንደሚሰራም እገነዘባለሁ። እኔ ወደፊት አስተርጓሚ ከ DHS ብፈልግ፣ ይህን አገልግሎት ለመጠየቅ ለኤጀንሲው በቀጥታ አሳውቃለሁ።

እዚህ ጋር ይፈርሙ ቀን

______________________________ __________________

የአመልካች ወይም የተወካይ ፊርማ

ለቢሮ አገልግሎት፥

ይህ መግለጫ በቃል ወደ (ቋንቋ) የተተረጎመው ________________ በ (ስም) __________________________ ፣ የስልክ የቋንቋ አስተርጓሚ፣ በአካል የሚያስተረጉም ባለሞያ፣ ወይም ባለብዙ ቋንቋ ተናጋሪ የሆነ የ DHS ሠራተኛ የሆነው፣ ይህ የሆነው በዚያ ቋንቋ የጽሁፍ ትርጉም ስላልተገኘ ወይም ደምበኛው በሚናገሩት የሱ/የሷ ቋንቋ ማንበብ ስለማይችሉ ነው።

ደረጃ 1 ይህን ማመልከቻ ስለሚሞላው ሰው ይንገሩን።

(ለምግብ፣ ህክምና፣ ወይም የገንዘብ እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ)

ቤተሰብዎ የሚያመለክቱት የእርዳታ ዓይነት ምንድን ነው? (ተገቢ የሆኑትን ሁሉንም ይምረጡ)

☐ ምግብ ☐ ህክምና ☐ ዘብ

የመጀመሪያ ስም	የአያት ስም	
የአባት ስም	ቅጥያ (Jr., III., ወዘተ)	
የመኖሪያ አድራሻ (የሚኖሩበት ቦታ)		ክፍል
ከተማ	ስቴት	ZIP
የፖስታ መላኪያ አድራሻ፣(ከላይ ካለው የተለየ ከሆነ)		
ከተማ	ስቴት	ZIP
ተመራጭ ስልክ (የሞባይል ስልኮች ብቻ የጽሁፍ መልእክቶች የሚደርሳቸው መሆኑን እባክዎ ያስተውሉ)	ተመራጭ ስልክዎ የሞባይል ስልክ ነው ወይስ የቤት ስልክ ነው? ☐ ሞባይል ☐ የመስመር ስልክ	
የኢሜይል አድራሻ		

☐ ይህን ሳጥን በመምረጥ፣ እኔ ከ ESA ጉዳየ (ዮቼ) ጋር በተያያዘ የጽሁፍ መልእክቶች፣ የኢሜይል መልእክቶች፣ እና አስቀድመው ሪከርድ የተደረጉ የስልክ ጥሪዎች እንዲደርሱኝ ፍቃዴን ሰጥቻለሁ። በእነዚህ ነገሮች አለመስማማት ጥቅማጥቅሞችን ወይም አገልግሎቶችን ለማግኘት ቅድመ ሁኔታ አይደለም። የጽሁፍ መልእክት እና የዳታ ክፍያ ተፈጻሚ ሊሆኑ ይችላሉ።

እርስዎን ወክሎ የሚሰራ ሰውን መጥቀስ ይፈልጋሉ?

☐ አዎ ከታች ያለውን አባሪ C ን መሙላትዎን ያረጋግጡ ☐ አይ

ለ SNAP በአስቸኳይ ማመልከቻ ማስገባት ይፈልጋሉ?

የማመልከት መብት (ለምግብ አመልካቾች ብቻ)

በአስቸኳይ ለ SNAP (የምግብ እርዳታ) የማመልከት መብት አለዎት፣ሀላፊነት ያለበት የቤተሰብ አባል ወይም ስልጣን ያለው ተወካይ ስም፣ አድራሻ፣ እና ፊርማ በዚህ ገጽ ላይ እስከቀረቡ ድረስ። SNAP ጥቅማጥቅሞች ከማመልከቻ ቀን ጀምረው ይቀርባሉ። ሙሉ የማመልከቻ ሂደት እስከሚጠናቀቅ ድረስ ጥቅማጥቅሞች አይጸድቁልዎትም።

ከዚህ በታች በመፈረም፣DHS ስለእኔ መረጃ እንዲያገኝ ፍቃዴን ሰጥቻለሁ። DHS ይህንን ከአሰሪየ፣ አካራየ፣ ባንክ፣ እና መገልገያ ኩባኒያ ማግኘት ይችላል። እኔ ለእነዚህ ሁሉም ሰዎች ስለእኔ መረጃዎችን ለDHS እንዲሰጡ ፍቃድ ሰጥቻለሁ። በማመልከቻየ ውስጥ ያለውን መረጃ መርምሬዋለሁ እና በቤተሰቤ ውስጥ ያሉ ሁሉም ሰዎች ዜግነት እና እንግድነት ሁኔታን ጨምሮ በዚህ መላው ቅጽ ላይ ያለው ሁሉም መረጃዬ እውነተኛ እና ትክክል እንደሆነ አምናለሁ። ማንኛውም ሀሰተኛ መረጃ ብሰጥ፣ ህጉን እየጣስኩ መሆኑን እና የወንጀል ክስ እና ቅጣቶች ሊያስከትልብኝ እንደሚችል አውቃለሁ። የክልል እና የፌደራል ባለስልጣናት ይህን መረጃ ሊያጣሩት እንደሚችሉ አውቃለሁ። በምርመራቸው ውስጥ ለማገዝ እስማማለሁ።

እዚህ ይፈርሙ (የአመልካች ወይም የተወካይ ፊርማ)	**ቀን**

ደረጃ 1A

የተራዘመ SNAP (E-SNAP)

(ለምግብ እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ ብቻ ይሙሉ)

ለE-SNAP ለማመልከት፣ ከሚከተሉት ሁኔታዎች አንዱን ማሟላት አለብዎ፥

1. የገቢ እና ፈሳሽ ሀብቶች ተደምረው ከወርሃዊ የመኖሪያ ቤት ወጪዎች በታች መሆን
2. ወርሃዊ ገቢ ከ $150 በታች መሆን፣ እና ፈሳሽ ሀብቶች ከ $100 በታች መሆን
3. ድህነት ውስጥ ያለ ስድተኛ ወይም ወቅታዊ የእርሻ ሰራተኛ ሆኖ $100 ወይም ከዚያ በታች የሆነ ፈሳሽ ሀብቶች ያለው መሆን

የተራዘመ SNAP ከዘደቀልዎ፣ የአንድ ወይም ሁለት ወራት የSNAP ጥቅማጥቅሞችን በ7 ቀናት ውስጥ ይቀበላሉ እና ማንኛውም መረጃን የሚለይ የመጀመሪያ ማስታወቂያ ከእነዚያ መጀመሪያ ወራት በኋላ DHS ብቁነትዎን ለመወሰን እንድችል አሁንም ያስፈልጋል። ከዚያ በኋላ፣ እየተካሄዱ ላሉ ጥቅማጥቅሞች ብቁነትዎን በተመለከተ ውሳኔ ይደርስዎታል፣ የመጀመሪያ የ SNAP ማመልከቻዎ በኋላ በ30 ቀናት ውስጥ። E-SNAP ለእርስዎ ከመጽደቁ በፊት ማመልከቻን፣ ቃለ-መጠይቅን ማጠናቀቅ፣ እና ማንነትዎን ማረጋገጥ አለብዎት።

የE-SNAP ማጣሪያ ጥያቄዎች

1. የቤተሰብዎ ገቢ በዚህ ወር $150 ወይም ከዚያ በላይ ይሆናል? አይ ከሆነ፣ ምን ያክል ነው? $__________	☐ አዎ ☐ አይ
2. ቤተሰብዎ በፈሳሽ ሀብት (ማለትም፣ ጥሬ ገንዘብ፣ በባንክ ያለ ገንዘብ፣ ወዘተ.) ከ$100 በላይ አለው? አይ ከሆነ፣ ምን ያክል ነው? $__________	☐ አዎ ☐ አይ
3. ቤተሰብዎ በዚህ ወር ለመኖሪያ ቤት (ኪራይ/የቤት እዳ እና መገልገያዎች) ምን ያክል ይከፍላል?	$__________
4. በዚህ ወር፣ የቤተሰብዎ ገቢ እና ፈሳሽ ሀብቶች ለመኖሪያ ቤት ከሚከፍሉት በላይ ነው?	☐ አዎ ☐ አይ
5. እርስዎ ወይም በቤተሰብዎ ውስጥ ያለ ማንኛውም ሰው ስድተኛ ወይም ወቅታዊ የእርሻ ሰራተኛ ናችሁ?	☐ አዎ ☐ አይ

ደረጃ 2

ምንም እንኳን ጥቅማጥቅሞችን ለነሱ የማይጠይቁ ቢሆንም፣ በቤተሰብዎ ውስጥ ስለሚኖሩት ስለእያንዳንዱ ሰው ይንገሩን።

(ለምግብ፣ ህክምና፣ ወይም የገንዘብ እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ)

**በቤተሰብዎ ውስጥ ከ 5 አመልካቾች በላይ ካሉ፣ እባክዎ መረጃቸውን ለማካተት ራሱን የቻለ ወረቀት ይጠቀሙ

** ለጤና እንክብካቤ ሽፋን የሚያመለክቱ ከሆነ፣ እባክዎ በዚህ ዓመት የፌደራል የግብር ተመላሽ ላይ የሚካተቱትን እያንዳንዱን ሰው ይዘርዝሩ (ማስታወሻ፣ እርዳታ ለማግኘት እነዚህን ግብሮች ማሳወቅ አይጠበቅብዎትም)

	ለምሳሌ	የቤተሰብ አባል #1 (እርስዎ)	የቤተሰብ አባል #2
1. የመጀመሪያ ስም	Maya		
የአባት ስም	Michelle		
የአያት ስም	Johnson		

ቅጥያ (Jr., Sr., IV, ወዘተ)			
2. **ይህ ሰው ከእርስዎ ቤተሰብ ጋር የሚያመለክቱት ለየትኞቹ ጥቅማጥቅሞች ነው?** (አግባብ የሆኑትን ሁሉንም ይዘርዝሩ። ምንም ከሌለ፣ "አግባብ አይደለም" ብለው ይጻፉ)	ምግብ፣ ጥሬ ገንዘብ፣ የህክምና		
2a. **ብዙውን ጊዜ አንድ ላይ ሆናችሁ ምግቦችን ይገዛሉ እና ይሰራሉ?** (የምግብ እርዳታ ብቻ)	አዎ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
3. **የትውልድ ቀን**	01/23/1987		
4. **ጾታ** (ወንድ፣ ሴት)	ሴት		
5. **እርስዎ ሂስፓኒክ ኖት ወይስ ላቲኖ?**	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
6. **ዘር/ብሄር፥** (ሂስፓኒክ/ ጥቁር/አፍሪካ አሜሪካዊ /ኤሲያዊ/ ነጭ/ የሃዋይ ተወላጅ ወይም የፓሲፊክ አይላንደር/ አሜሪካዊ ህንድ ወይም የአላስካ ተወላጅ) ይህ ጥያቄ በፈቃደኝነት ላይ የተመሰረተ ነው። ከአንድ በላይ ዘር ወይም ብሄር መጥቀስ ይችላሉ። ይህ መረጃ ጥቅማጥቅሞችዎ ላይ ተጽዕኖ አይኖረውም። ዲስትሪክቱ በጤና ጉዳዮች ላይ የዘር እና የብሄር ልዩነቶች መኖራቸውን ለመቆጣጠር እና ለመፍታት መረጃ ይሰበስባል እና ይህንን ይጠቀምበታል። እባክዎ እነዚህን ጥረቶች ለመደገፍ ይህን መረጃ ለመስጠት ያስቡ	አፍሪካ አሜሪካዊ		
7. **የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN)** *(ግለሰቡ SSN ከሌላቸው ወይም ለጥቅማጥቅሞች የማያመለክቱ ከሆነ ይህን ባዶ መተው ይችላሉ)*	555-55-5555		
ይህ ግለሰብ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር ከሌላቸው እና ለጥቅማጥቅሞች የሚያመለክቱ ከሆነ፣ እሱ/እሷ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር ለማግኘት አመልክተዋል? ይህ ግለሰብ ለ SSN ካላመለከቱ፣ እና ለጥቅማጥቅሞች	☐ አዎ ☐ አይ ለ SSN ብቁ አይደሉም	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
8. **የዚህ ግለሰብ የጋብቻ ሁኔታ ምንድን ነው?** (አግብተው አያውቁም፣ ያገቡ፣ የተለያዩ፣ የተፋቱ፣ ባለቤታቸው የሞቱ)	ያገቡ		
9. **ከእርስዎ ጋር ያላቸው ግንኙነት**	ሴት ልጅ	እራሴ	
10። **እርስዎ ወይም ባለቤትዎ የዚህ ግለሰብ ባዮሎጂካል ወይስ አሳዳጊ ወላጆች ናችሁ?**	አዎ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
11. **ይህ ግለሰብ የ U.S. ዜጋ ወይም የ U.S. ተወላጅ ነው?** (አመልካቾች ብቻ) ብዙ ስደተኞች ለጥቅማጥቅሞች ብቁ ናቸው (መልስዎ አይ ከሆነ፣ እባክዎ **ደረጃ 3ን** ይሙሉ)	አዎ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
እርስዎ በህግ የ US ዜግነት ያገኙ ወይስ ወላጆችዎ በህግ ዜግነት እንዲሰጥዎ አመልከተው ዜግነት ያገኙ ኖት? (አመልካቾች ብቻ)	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
እርስዎ በህግ ዜግነት ያገኙ ወይም በወላጆችዎ ጥያቄ የህግ ዜግነት ያገኙ ከሆኑ፣ በዜግነት ሰነድዎ ላይ ያሉት የውጭ አገር ወይም የሰርተፊኬት ቁጥሮች ምንድን ናቸው? (ይህ ጥያቄ ለህክምና እርዳታ ለሚያመለክቱ ሰዎች	የዉጪ አገር ቁጥር የሰርተፊኬት ቁጥር	የዉጪ አገር ቁጥር የሰርተፊኬት ቁጥር	የዉጪ አገር ቁጥር የሰርተፊኬት ቁጥር

ብቻ ነው እና በአማራጭ ነው)።			
12. ይህ ሰው አሜሪካዊ ህንድ ወይም የአላስካ ተወላጅ ነው? (የህክምና እርዳታ ብቻ) (አዎ ከሆነ፣ አባሪ Bን ይሙሉ። ለበለጠ ጥቅማጥቅሞች ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ)		☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የዚህ ሰው የጎሳ መለያ ቁጥር ምንድን ነው? (የህክምና እርዳታ ብቻ)			

13. ይህ ሰው በሚሊታሪ ውስጥ ወይም የ U.S. የቀድሞ ወታደር ናቸው? አዎ ከሆነ፣ ለበለጠ ጥቅማጥቅሞች ብቁ ሊሆኑ ስለሚችሉ እባክዎ የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የቀድሞ ወታደሮች ጉዳዮች ቢሮን ያግኙ። የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የቀድሞ ወታደሮች ጉዳዮች ቢሮ የሚገኝበት አድራሻ፡ 441 4th Street, NW, Suite 870 North, Washington DC 20001 (202) 724-5454, ova@dc.gov.	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
14. በአሁን ወቅት ይህ ሰው በኮሎምቢያ ዲስትሪክት ውስጥ ይኖራል? (ለአመልካቾች ብቻ)	አዎ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ በዲስትሪክቱ ውስጥ ለመቆየት ያቅዳሉ?	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
ዲስትሪክቱ ውስጥ ለመቆየት ካላቀዱ፣ መቼ ለመሄድ አቅደዋል?			
በአሁን ወቅት ዲስትሪክቱ ውስጥ የማይኖሩ ከሆነ፣ ከኮሎምቢያ ዲስትሪክት ውጪ ለጊዜው እየኖሩ ነው፣ እና የሌሉበት ምክንያት ሲሳካሎት ለመመለስ ያቅዳሉ?			
ለጊዜው ከዲስትሪክቱ ውጭ እየኖሩ ከሆነ፣ ቀሪ ስለመሆንዎ ምክንያት ምንድን ነው? (ትምህርት ላይ መሆን፣ የህክምና እንክብካቤን በመፈለግ ወይም በማግኘት፣ ሚሊታሪ ውስጥ በማገልገል፣ ሌላ (ያብራሩ)።	ትምህርት ላይ መሆን		
15. የቤት ውስጥ ጥቃት ሰለባ ኖት? (የጥሬ ገንዘብ እና የምግብ አመልካቾች፣ እና ለህክምና እርዳታ የሚያመለክቱ ስፖንሰር የሚደረጉ ስደተኞች)	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
16. ባለፉት 10 ዓመታት፣ ይህ ሰው ከአንድ ስቴት በላይ እርዳታ ለማግኘት ስለ መኖሪያ ቦታቸው ወይም ማንነታቸው ሀሰተኛ መግለጫዎችን በመስጠት በፌደራል ወይም በስቴት ፍርድ ቤት የጥፋተኝነት ፍርድ ተወስኖባቸዋል? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ አመልካቾች ብቻ)	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ ይህ ሰው ጥፋተኛ የተባለበት ቀን መቼ ነው?	ወወ/ቀቀ/ዓዓ ዓዓ		
17. ይህ ሰው ከሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት ተመርቋል ወይም ተመዛዛኝ (GED) ወስዷል? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ

የትምህርት ቤት/ፕሮግራም ስም (ምግብ እና ገንዘብ እርዳታ ብቻ)	Dunbar High School (ደንባር የሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት)		
የምርቃት ወር፣ ዓመት (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)	06/2019		
18. ይህ ሰው ወደ ትምህርት ቤት ወይም የሥራ-ስልጠና ፕሮግራም ይሄዳል? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ) አዎ ከሆነ፣ የትምህርት ቤት/ፕሮግራም ስም? በሳምንት ምን ያህል ሰዓታት	አዎ፤ ሚክንሊይ ቴክ – 40 ሰዓታት		
20። ይህ ሰው መከሰስን፣ ወደ እስር ቤት መወሰድን፣ ለጥፋት ወንጀል ወይም ጥፋት ለመስራት መሞከር እስር ቤት መግባትን ከመሸሸ፣ ወይም የእስር ይቅርታ ወይም የሙከራ ጊዜን በመጣስ እየተደበቀ ነው ወይም ከሕግ እየሸሸ ነው? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
21. ይህ ሰው የSNAP ጥቅማጥቅሞችን ከሴፕቴምበር 22, 1996 በኋላ ለመድሃኒቶች ቀይሯል? (የምግብ እርዳታ ብቻ)		☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
22. ይህ ሰው በማንኛውም ስቴት ውስጥ ከሴፕቴምበር 22, 1996 በኋላ ከ$500 በላይ የሆኑ የSNAP ጥቅማጥቅሞችን ለመግዛት ወይም ለመሸጥ ጥፋተኛ ሆኖ ተፈርዶበታል? (የምግብ እርዳታ ብቻ)		☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
23. ይህ ሰው በማንኛውም ስቴት ውስጥ ከሴፕቴምበር 22, 1996 በኋላ በማጭበርበር ሁለት ጊዜ የSNAP ጥቅማጥቅሞችን ለመውሰድ ጥፋተኛ ሆኖ ተፈርዶበታል? (የምግብ እርዳታ ብቻ)		☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የትኛው ስቴት?			
24. ይህ ሰው የSNAP ጥቅማጥቅሞችን ከሴፕቴምበር 22, 1996 በኋላ ለጦር መሳሪያዎች፣ ጥይቶች፣ ወይም ፍንዳታዎች ቀይሯል? (የምግብ እርዳታ ብቻ)		☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ

ደረጃ 2a

ስለቤተሰብ አባላት 1 እና 2 ተጨማሪ ጥያቄዎች።

(ለምግብ፣ ህክምና፣ ወይም የገንዘብ እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ)

- **በቤተሰብዎ ውስጥ ከ 5 አመልካቾች በላይ ካሉ፣ እባክዎ መረጃቸውን ለማካተት ራሱን የቻለ ወረቀት ይጠቀሙ።
- ለጤና እንክብካቤ ሽፋን የሚያመለክቱ ከሆነ፣ እባክዎ በዚህ ዓመት የፌደራል የግብር ተመላሽ ላይ የሚካተቱትን እያንዳንዱን ሰው ይዘርዝሩ (ማስታወሻ፣ እርዳታ ለማግኘት እነዚህን ግብሮች ማሳወቅ አይጠበቅብዎትም)።
- ለጤና እንክብካቤ ሽፋን ብቻ እያመለከቱ ከሆነ፣ የቤተሰብዎ አካል ለሆኑ እና የጤና እንክብካቤ ሽፋን ለሚያስፈልጋቸው ብቻ እነዚህን ጥያቄዎች ይመልሱ። ለቤተሰብ አባል የጤና እንክብካቤ ሽፋን እያመለከቱ

	ካልሆነ፣ እነዚህን ጥያቄዎች አይመልሱ።			
25. ይህ ሰው እንደ ነርሲንግ ቤት ፣ ሆስፒታል ፣ የቡድን ቤት ፣ እስር ቤት ፣ የማህበረሰብ ማቆያ ቤት፣ የአደንዛዥ ዕፅ ወይም የአልኮሆል ሕክምና ማዕከል ፣ ወይም ሌላ ተመሳሳይ ተቋም ውስጥ የሚኖር ነው?		አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የተቋሙ ስም ምንድን ነው?		Lakewood Nursing Home(ሌክውድ ነርሲንግ ሆም)		
አዎ ከሆነ፣ የተቋሙ አድራሻ የት ነው?		123 Main St		
ተቋሙ ውስጥ የገቡት በዲስትሪክቱ የመንግስት ኤጀንሲ አማካኝነት ነው?		አዎ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የትኛው ኤጀንሲ?		ሰብዓዊ አገልግሎቶች መምሪያ		
ይህ ሰው የሚኖርበት ተቋም በቀን ውስጥ ከአንድ ከግማሽ በላይ ምግብ ይሰጧቸዋል? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)		አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
26. እርስዎ በኮሎምቢያ ዲስትሪክት ውስጥ ያሉት በፍቃደኝነት ነው?		አዎ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
27. እርስዎ በአሁን ወቅት በዲስትሪክቱ ውስጥ ቤት አልባነት አጋጥሞታል?		አዎ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ በማንኛውም የቤት አልባ ወይም የመኖሪያ ቤት አገልግሎቶች ውስጥ እየተሳተፉ ነው? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ አመልካቾች ብቻ)		አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
28. ይህ ሰው ማየት የተሳነው ነው?		አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
29. ይህ ሰው የአካል ጉዳተኛ ነው?		አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
30. ይህ ሰው የእለትተለትየኑሮ እንቅስቃሴዎች ላይ ወይም በህክምና ተቋም ውስጥ ለመኖር እርዳታ ያስፈልገዋል?		አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
31. ይህ ሰው በማደጎ እንክብካቤ ውስጥ የሚኖር ነው?		አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
32. ይህ ሰው እድሜው 18 ወይም ከዚያ በላይ ሆኖ በማደጎ እንክብካቤ ውስጥ ነበር? (የህክምና እርዳታ ብቻ)		አዎ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
33. ይህ ሰው ከምግዚት አስተዳደር ነጻ ወጥቷል?		አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
34. ይህች ሴት በአሁን ወቅት እርጉዝ ናት ወይም		አዎ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ

ባለፉት 60 ቀናት ውስጥ እርጉዝ ነበረች? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)			
አዎ ከሆነ፣ ለመውለድ ተቃርባለች? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)። (ለህክምና-ብቻ አመልካቾች፣ የተገመተው የማብቂያ ቀን ነው ተቀባይነት አለው እና ማረጋገጫ አያስፈልግም)	ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ		
አዎ ከሆነ፣ በዚህ እርግዝና ስንት ልጆች ይጠብቃሉ? (የህክምና እርዳታ ብቻ)	1		
ይህች ሴት በቅርብ ጊዜ እርጉዝ ከነበረች፣ እርግዝናው ያበቃው መቼ ነው? (የህክምና እርዳታ ብቻ)	ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ		
ይህች ሴት በእርግዝናዋ ወቅት Medicaid ላይ ተመዝግባ ነበር? (የህክምና እርዳታ ብቻ)	አዎ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ ይህ የዚች ሴት የመጀመሪያ እርግዝናዋ ነው? (የህክምና እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
35. ይህች ሴት ያለፉትን 3 ወራት የህክምና ክፍያዎችን ለመክፈል እርዳታ ትፈልጋለች? እነዚህ ጥያቄዎች የሚጠየቁት፣ ሽፋን ለማግኘት ከማመልከትዎ በፊት ባሉት 3 ወራት ውስጥ ያለብዎትን ማንኛውንም የህክምና ክፍያ ለመክፈል መርዳት የምንችል መሆኑን ለማወቅ ነው። ላለፉት ሶስት ወራት የህክምና ክፍያዎችን ለመክፈል እርዳታ የማይፈልጉ ከሆነ፣ ወደ ጥያቄ 36 ይለፉ **(ለህክምና እርዳታ ብቻ)**	አዎ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ ይህ ሰው ያለባቸው የህክምና ክፍያዎች ለየትኞቹ ወራት ነው? (የህክምና እርዳታ ብቻ)	ጃንዋሪ እና ፌብሩዋሪ		
አዎ ከሆነ፣ ይህ ሰው ባለፉት 3 ወራት ከዲስትሪክቱ ውጪ ኖረዋል? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ አባሪ D ይሙሉ (ለህክምና እርዳታ ብቻ)	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ ይህ ሰው የ U.S. ዜግነታቸው ላይ ወይም ገደብ ያለበት የስደተኝነት ሁኔታቸው ላይ ባለፉት 3 ወራት ውስጥ ለውጥ አለ? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ አባሪ D.ይሙሉ። (የህክምና እርዳታ ብቻ)	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የዚህ ሰው ባለፉት 3 ወራት ውስጥ የግብር ማሳወቅ ሁኔታቸው ላይ ለውጥ አለ? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ አባሪ D.ይሙሉ። (የህክምና እርዳታ ብቻ)	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የዚህ ሰው ገቢ ላይ ባለፉት 3 ወራት ውስጥ ለውጥ አለ? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ አባሪ D.ይሙሉ። (የህክምና እርዳታ ብቻ)	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የዚህ ሰው ባለፉት 3 ወራት ውስጥ የህክምና ሽፋናቸው ላይ ለውጥ አለ? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ አባሪ D.ይሙሉ። (የህክምና እርዳታ ብቻ)	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ እኚህ ሰው ባለፉት 3 ወራት ውስጥ ማየት የተሳናቸው ወይም አካል ጉዳተኛ ሆነዋል? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ አባሪ D.ይሙሉ። (የህክምና እርዳታ ብቻ)	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የዚህ ሰው ሀብት ላይ ባለፉት 3 ወራት ውስጥ ለውጥ አለ? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ አባሪ D.ይሙሉ። (የህክምና ወይም ጊዜያዊ የአካል ጉዳተኝነት እርዳታ)	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ

36. እኚህ ሰው በሥራቸው አማካኝነት የመድን ዋስትና ኖሯቸው ባለፉት 3 ወራት ውስጥ አጥተውታል? (የህክምና እርዳታ ብቻ)	አዎ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የመድን ሽፋኑ ያበቃው መቼ ነው? (የህክምና እርዳታ ብቻ)	12/31/2020		
አዎ ከሆነ፣ ሽፋኑ ያበቃበት ምክንያት ምንድን ነው? (የህክምና እርዳታ ብቻ)	ከሥራ መቀነስ		
አዎ ከሆነ፣ እኚህ ሰው የሙሉ ጊዜ ተማሪ ናቸው? (የህክምና እርዳታ ብቻ)	አዎ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
37. ይህ ሰው ልጅ ከሆነ፣ ከቤት ውጪ የሚኖሩ ወላጆች አሉ? ወላጆች ሁለቱንም የወላጅ እና የጉዲፈቻ ወላጆችን ይጨምራሉ። (የህክምና እርዳታ ብቻ)	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
38. እኚህ ሰው በ Project Wish አማካኝነት የጡት ወይም የማህጸን ካንሰር ምርመራ አድርገዋል? (የህክምና እርዳታ ብቻ)	አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ

ደረጃ 2 ምንም እንኳን ጥቅማጥቅሞችን ለነሱ የማይጠይቁ ቢሆንም፣ በቤተሰብዎ ውስጥ ስለሚኖሩት ስለእያንዳንዱ ሰው ይንገሩን።

(ለምግብ፣ ህክምና፣ ወይም የገንዘብ እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ)

**በቤተሰብዎ ውስጥ ከ 5 አመልካቾች በላይ ካሉ፣ እባክዎ መረጃቸውን ለማካተት ራሱን የቻለ ወረቀት ይጠቀሙ)

	የቤተሰብ አባል #3	የቤተሰብ አባል #4	የቤተሰብ አባል #5
1. የመጀመሪያ ስም			
የአባት ስም			
የአያት ስም			
ቅጥያ (Jr., Sr., IV, ወዘተ)			
2. ይህ ሰው ከእርስዎ ቤተሰብ ጋር የሚያመለክቱት ለየትኞቹ ጥቅማጥቅሞች ነው? (አግባብ የሆኑትን ሁሉንም ይዘርዝሩ። ምንም ከሌለ፣ "አግባብ አይደለም" ብለው ይጻፉ)			
2a. ብዙውን ጊዜ አንድ ላይ ሆናችሁ ምግቦችን ይገዛሉ እና ይሰራሉ? (የምግብ እርዳታ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
3. የትውልድ ቀን			
4. ጾታ (ወንድ፣ ሴት)			
5. እርስዎ ሂስፓኒክ ኖት ወይስ ላቲኖ?	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
6. ዘር/ብሄር፥ (ሂስፓኒክ/ ጥቁር/አፍሪካ አሜሪካዊ /ኤሲያዊ/ ነጭ/ የሃዋይ ተወላጅ ወይም የፓሲፊክ አይላንደር/ አሜሪካዊ ህንድ ወይም የአላስካ ተወላጅ)			

ይህ ጥያቄ በፈቃደኝነት ላይ የተመሰረተ ነው። ከአንድ በላይ ዘር ወይም ብሄር መጥቀስ ይችላሉ። ይህ መረጃ ጥቅማጥቅሞችዎ ላይ ተጽዕኖ አይኖረውም። ዲስትሪክቱ በጤና ጉዳዮች ላይ የዘር እና የብሄር ልዩነቶች መኖራቸውን ለመቆጣጠር እና ለመፍታት መረጃ ይሰበስባል እና ይህንን ይጠቀምበታል። እባክዎ እነዚህን ጥረቶች ለመደገፍ ይህን መረጃ ለመስጠት ያስቡ።			
7. የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር *(ግለሰቡ SSN ከሌላቸው ወይም ለጥቅማጥቅሞች የማያመለከቱ ከሆነ ይህን ባዶ መተው ይችላሉ)*			
ይህ ግለሰብ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር ከሌላቸው እና ለጥቅማጥቅሞች የሚያመለክቱ ከሆነ፣ እሱ/እሷ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር ለማግኘት አመልክተዋል? ይህ ግለሰብ ለ SSN ካላመለከቱ፣ እና ለጥቅማጥቅሞች እያመለከቱ ከሆነ፣ እሱ/እሷ ያላመለከቱበት ምክንያት ምንድን ነው?	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
8. የዚህ ግለሰብ የጋብቻ ሁኔታ ምንድን ነው? (አግብተው አያውቁም፣ ያገቡ፣ የተለያዩ፣ የተፋቱ፣ ባለቤታቸው የሞቱ)			
9. ከእርስዎ ጋር ያላቸው ግንኙነት			
10። እርስዎ ወይም ባለቤትዎ የዚህ ግለሰብ ባዮሎጂካል ወይስ አሳዳጊ ወላጆች ናችሁ?			
11. ይህ ግለሰብ የ U.S. ዜጋ ወይም የ U.S. ተወላጅ ነው? (አመልካቾች ብቻ) ብዙ ስደተኞች ለጥቅማጥቅሞች ብቁ ናቸው (መልስዎ አይ ከሆነ፣ እባክዎ **ደረጃ 3**ን ይሙሉ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
እርስዎ በህግ የ US ዜግነት ያገኙ ወይስ ወላጆችዎ በህግ ዜግነት እንዲሰጥዎ አመልክተው ዜግነት ያገኙ ኖት? (አመልካቾች ብቻ)			
እርስዎ በህግ ዜግነት ያገኙ ወይም በወላጆችዎ ጥያቄ የህግ ዜግነት ያገኙ ከሆኑ፣ በዜግነት ሰነድዎ ላይ ያሉት የውጭ አገር ወይም የሰርተፊኬት ቁጥሮች ምንድን ናቸው? (ይህ ጥያቄ ለህክምና እርዳታ ለሚያመለክቱ ሰዎች ብቻ ነው እና በአማራጭ ነው የሚሞላው)።	የዉጪ አገር ቁጥር የሰርተፊኬት ቁጥር	የዉጪ አገር ቁጥር የሰርተፊኬት ቁጥር	የዉጪ አገር ቁጥር የሰርተፊኬት ቁጥር
12. ይህ ሰው አሜሪካዊ ህንድ ወይም የአላስካ ተወላጅ ነው? (የህክምና እርዳታ ብቻ) (አዎ ከሆነ፣ አባሪ Bን ይሙሉ። ለበለጠ ጥቅማጥቅሞች ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የዚህ ሰው የጎሳ መለያ ቁጥር ምንድን ነው? (የህክምና እርዳታ ብቻ)			
13. ይህ ሰው በሚሊታሪ ውስጥ ወይም የ U.S. የቀድሞ ወታደር ናቸው? አዎ ከሆነ፣ ለበለጠ ጥቅማጥቅሞች ብቁ ሊሆኑ ስለሚችሉ እባክዎ የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የቀድሞ ወታደሮች ጉዳዮች ቢሮን ያግኙ። የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የቀድሞ ወታደሮች ጉዳዮች ቢሮ የሚገኝበት አድራሻ፣ 441 4th Street, NW, Suite 870 North, Washington DC 20001, (202) 724-5454, ova@dc.gov.	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
14. በአሁን ወቅት ይህ ሰው በኮሎምቢያ ዲስትሪክት ውስጥ ይኖራል? (ለአመልካቾች ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ

አዎ ከሆነ፣ በዲስትሪክቱ ውስጥ ለመቆየት ያቅዳሉ?			
ዲስትሪክቱ ውስጥ ለመቆየት ካላቀዱ፣ መቼ ለመሄድ አቅደዋል?			
በአሁን ወቅት ዲስትሪክቱ ውስጥ የማይኖሩ ከሆነ፣ ከኮሎምቢያ ዲስትሪክት ውጪ ለጊዜው እየኖሩ ፣ እና የሌሉበት ምክንያት ሲሳካሎት ለመመለስ ያቅዳሉ?			
አዎ ከሆነ፣ የሌሉበት ምክንያት ምንድን ነው? (ትምህርት ላይ መሆን፣ የህክምና እንክብካቤን በመፈለግ ወይም በማግኘት፣ ሚሊታሪ ውስጥ በማገልገል፣ ሌላ (ያብራሩ)።			
15. እርስዎ በኮሎምቢያ ዲስትሪክት ውስጥ ያሉት በፍቃደኝነት ነው?	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
16. የቤት ውስጥ ጥቃት ሰለባ ኖት? (የጥሬ ገንዘብ እና የምግብ አመልካቾች፣ እና ለህክምና እርዳታ የሚያመለክቱ ስፖንሰር የሚደረጉ ስደተኞች)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
17. ባለፉት 10 ዓመታት፣ ይህ ሰው ከአንድ ስቴት በላይ እርዳታ ለማግኘት ስለ መኖሪያ ቦታቸው ወይም ማንነታቸው ሀሰተኛ መግለጫዎችን በመስጠት በፌደራል ወይም በስቴት ፍርድ ቤት የጥፋተኝነት ፍርድ ተወስኖባቸዋል? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ አመልካቾች ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ ይህ ሰው ጥፋተኛ የተባለበት ቀን መቼ ነው?			
18. ከሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት ወይም ተመዛዛኝ (GED) የተመረቀ? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
የትምህርት ቤት ስም/ፕሮግራም ስም (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)			
የምርቃት ወር፣ ዓመት (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)			
19. ይህ ሰው ወደ ትምህርት ቤት ወይም የሥራ-ስልጠና ፕሮግራም ይሄዳል? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ) አዎ ከሆነ፣ የትምህርት ቤት/ፕሮግራም ስም? በሳምንት ምን ያህል ሰዓታት	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
20። ይህ ሰው መከሰስን፣ ወደ እስር ቤት መወሰድን፣ ለጥፋት ወንጀል ወይም ጥፋት ለመስራት መሞከር እስር ቤት መግባትን ከመሸሽ፣ ወይም የእስር ይቅርታ ወይም የሙከራ ጊዜን በመጣስ እየተደበቀ ነው ወይም ከሕግ እየሸሸ ነው? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
21. ይህ ሰው የSNAP ጥቅማጥቅሞችን ከሴፐቴምበር 22, 1996 በኋላ ለመድሃኒቶች ቀይሯል? (የምግብ እርዳታ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
22. ይህ ሰው በማንኛውም ስቴት ውስጥ ከሴፐቴምበር 22, 1996 በኋላ ከ$500 በላይ የሆኑ የSNAP ጥቅማጥቅሞችን ለመግዛት ወይም ለመሸጥ ጥፋተኛ ሆኖ ተፈርዶበታል? (የምግብ እርዳታ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ

23. ይህ ሰው በማንኛውም ስቴት ውስጥ ከሴፕቴምበር 22, 1996 በኋላ በማጭበርበር ሁለት ጊዜ የSNAP ጥቅማጥቅሞችን ለመውሰድ ጥፋተኛ ሆኖ ተፈርዶበታል? (የምግብ እርዳታ ብቻ)	❑ አዎ ❑ አይ	❑ አዎ ❑ አይ	❑ አዎ ❑ አይ
አዎ ከሆነ፣ የትኛው ስቴት?			
24. ይህ ሰው የSNAP ጥቅማጥቅሞችን ከሴፕቴምበር 22, 1996 በኋላ ለጦር መሳሪያዎች፣ ጥይቶች፣ ወይም ፍንዳታዎች ቀይሯል? (የምግብ እርዳታ ብቻ)	❑ አዎ ❑ አይ	❑ አዎ ❑ አይ	❑ አዎ ❑ አይ

ደረጃ 2a ስለቤተሰብ አባላት 3-5ተጨማሪ ጥያቄዎች

(ለምግብ፣ ህክምና፣ ወይም የገንዘብ እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ)

- **በቤተሰብዎ ውስጥ ከ 5 አመልካቾች በላይ ካሉ፣ እባክዎ መረጃቸውን ለማካተት ራሱን የቻለ ወረቀት ይጠቀሙ።
- ለጤና እንክብካቤ ሽፋን የሚያመለክቱ ከሆነ፣ እባክዎ በዚህ ዓመት የፌደራል የግብር ተመላሽ ላይ የሚካተቱትን እያንዳንዱን ሰው ይዘርዝሩ (ማስታወሻ፣ እርዳታ ለማግኘት እነዚህን ግብሮች ማሳወቅ አይጠበቅብዎትም)።
- ለጤና እንክብካቤ ሽፋን ብቻ እያመለከቱ ከሆነ፣ የቤተሰብዎ አካል ለሆኑ እና የጤና እንክብካቤ ሽፋን ለሚያስፈልጋቸው ብቻ እነዚህን ጥያቄዎች ይመልሱ። ለቤተሰብ አባል የጤና እንክብካቤ ሽፋን እያመለከቱ ካልሆነ፣ እነዚህን ጥያቄዎች አይመልሱ።

	የቤተሰብ አባል #3	የቤተሰብ አባል #4	የቤተሰብ አባል #5
25. ይህ ሰው እንደ ነርሲንግ ቤት ፣ ሆስፒታል ፣ የቡድን ቤት ፣ እስር ቤት ፣ የማህበረሰብ ማቆያ ቤት፣ የአደንዛዥ ዕፅ ወይም የአልኮሆል ሕክምና ማዕከል ፣ ወይም ሌላ ተመሳሳይ ተቋም ውስጥ የሚኖር ነው?	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የተቋሙ ስም ምንድን ነው?			
አዎ ከሆነ፣ የተቋሙ አድራሻ የት ነው?			
ተቋሙ ውስጥ የገቡት በዲስትሪክቱ የመንግስት ኤጀንሲ አማካኝነት ነው?	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የትኛው ኤጀንሲ?			
ይህ ሰው የሚኖርበት ተቋም በቀን ውስጥ ከአንድ ከግማሽ በላይ ምግብ ይሰጧቸዋል? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
26. እርስዎ በኮሎምቢያ ዲስትሪክት ውስጥ ያሉት በፍቃደኝነት ነው?	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
27. እርስዎ በአሁን ወቅት በዲስትሪክቱ ውስጥ ቤት አልባነት አጋጥሞታል?	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ በማንኛውም የቤት አልባ ወይም የመኖሪያ ቤት አገልግሎቶች ውስጥ እየተሳተፉ ነው? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ አመልካቾች ብቻ)			
28. ይህ ሰው ማየት የተሳነው ነው?	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
29. ይህ ሰው የአካል ጉዳተኛ ነው?	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
30. ይህ ሰው የእለትተለት እንቅስቃሴዎች ላይ ወይም በህክምና ተቋም ውስጥ ለመኖር እርዳታ ያስፈልገዋል?	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
31. ይህ ሰው በማደጎ እንክብካቤ ውስጥ የሚኖር ነው?	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ

32. ይህ ሰው እድሜው 18 ወይም ከዚያ በላይ ሆኖ በማደጎ እንክብካቤ ውስጥ ነበር? (የህክምና እርዳታ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
33. ይህ ሰው ከሞግዚት አስተዳደር ነጻ ወጥቷል?	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
34. ይህች ሴት በአሁን ወቅት እርጉዝ ናት ወይም ባለፉት 60 ቀናት ውስጥ እርጉዝ ነበረች? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ ለመውለድ ተቃርባለች? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)። (ለህክምና-ብቻ አመልካቾች፣ የተገመተው የማብቂያ ቀን ነው ተቀባይነት አለው እና ማረጋገጫ አያስፈልግም)			
አዎ ከሆነ፣ በዚህ እርግዝና ስንት ልጆች ይጠብቃሉ? (የህክምና እርዳታ ብቻ)			
ይህች ሴት በቅርብ ጊዜ እርጉዝ ከነበረች፣ እርግዝናው ያበቃው መቼ ነው? (የህክምና እርዳታ ብቻ)			
ይህች ሴት በእርግዝናዋ ወቅት Medicaid ላይ ተመዝግባ ነበር? (የህክምና እርዳታ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ ይህ የዚች ሴት የመጀመሪያ እርግዝናዋ ነው? (የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)			
35. ይህች ሴት ያለፉትን 3 ወራት የህክምና ክፍያዎችን ለመክፈል እርዳታ ትፈልጋለች? እነዚህ ጥያቄዎች የሚጠየቁት፣ ሽፋን ለማግኘት ከማመልከትዎ በፊት ባሉት 3 ወራት ውስጥ ያለብዎትን ማንኛውንም የህክምና ክፍያ ለመክፈል መርዳት የምንችል መሆኑን ለማወቅ ነው። ላለፉት ሶስት ወራት የህክምና ክፍያዎችን ለመክፈል እርዳታ የማይፈልጉ ከሆነ፣ ወደ ጥያቄ 36 ይለፉ (የህክምና እርዳታ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ ይህ ሰው ያለባቸው የህክምና ክፍያዎች ለየትኞቹ ወራት ነው? (የህክምና እርዳታ ብቻ)			
አዎ ከሆነ፣ ይህ ሰው ባለፉት 3 ወራት ከዲስትሪክቱ ውጪ ኖረዋል? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ አባሪ D ይሙሉ (ለህክምና እርዳታ ብቻ)			
አዎ ከሆነ፣ ይህ ሰው የ U.S. ዜግነታቸው ላይ ወይም ገደብ ያለበት የስደተኝነት ሁኔታቸው ላይ ባለፉት 3 ወራት ውስጥ ለውጥ አለ? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ አባሪ D.ይሙሉ። (የህክምና እርዳታ ብቻ)			
አዎ ከሆነ፣ የዚህ ሰው ባለፉት 3 ወራት ውስጥ የግብር ማሳወቅ ሁኔታቸው ላይ ለውጥ አለ? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ አባሪ D.ይሙሉ። (የህክምና እርዳታ ብቻ)			
አዎ ከሆነ፣ የዚህ ሰው ገቢ ላይ ባለፉት 3 ወራት ውስጥ ለውጥ አለ? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ አባሪ D.ይሙሉ። (የህክምና እርዳታ ብቻ)			
አዎ ከሆነ፣ የዚህ ሰው ባለፉት 3 ወራት ውስጥ የህክምና ሽፋናቸው ላይ ለውጥ አለ? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ አባሪ D.ይሙሉ። (የህክምና እርዳታ ብቻ)			

አዎ ከሆነ፣ እኚህ ሰው ባለፉት 3 ወራት ውስጥ ማየት የተሳናቸው ወይም አካል ጉዳተኛ ሆነዋል? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ አባሪ D.ይሙሉ። (የህክምና እርዳታ ብቻ)			
አዎ ከሆነ፣ የዚህ ሰው ሀብት ላይ ባለፉት 3 ወራት ውስጥ ለውጥ አለ? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ አባሪ D.ይሙሉ። (የህክምና ወይም ጊዜያዊ የአካል ጉዳተኝነት እርዳታ)			
36. እኚህ ሰው በሥራቸው አማካኝነት የመድን ዋስትና ኖሯቸው ባለፉት 3 ወራት ውስጥ አጥተውታል? (የህክምና እርዳታ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የመድን ሽፋኑ ያበቃው መቼ ነው? (የህክምና እርዳታ ብቻ)			
አዎ ከሆነ፣ ሽፋኑ ያበቃበት ምክንያት ምንድን ነው? (የህክምና እርዳታ ብቻ)			
አዎ ከሆነ፣ እኚህ ሰው የሙሉ ጊዜ ተማሪ ናቸው? (የህክምና እርዳታ ብቻ)			
37. ይህ ሰው ልጅ ከሆነ፣ ከቤት ውጪ የሚኖሩ ወላጆች አሉ? ወላጆች ሁለቱንም የወላጅ እና የጉዲፈቻ ወላጆችን ይጨምራሉ። (የህክምና እርዳታ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ
38. እኚህ ሰው በ Project Wish አማካኝነት የጡት ወይም የማህጸን ካንሰር ምርመራ አድርገዋል? (የህክምና እርዳታ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ	☐ አዎ ☐ አይ

ደረጃ 3 እርስዎ ወይም በቤተሰብዎ ውስጥ ያለ ማንኛውም ሰው ጥቅማጥቅሞችን ለራሳቸው የምትጠይቁት የ U.S.ዜጋ አይደላችሁም?

(ለምግብ፣ ህክምና፣ ወይም የገንዘብ እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ፣ ይሙሉ)

☐ አዎ – ከታች ያለውን ይሙሉ። ☐ – ወደ ደረጃ 4 ይለፉ

ብዙ ስደተኞች ለጥቅማጥቅሞች ብቁ ናቸው።

የእርስዎ ሁኔታ ዝርዝሩ ውስጥ ከሌለ፣ እባክዎ ከታች ባለው ሰንጠረዥ ላይ "ሌላ" የሚለውን ሁኔታ ይጥቀሱ።

ጥቅማጥቅሞቹን የሚያመለክቱቱ ለራስዎ ካልሆነ፣ ስለራስዎ የስደተኝነት ሁኔታ ዝርዝር መስጠት አያስፈልግዎትም። ከዚያ ይልቅ፣ ጥቅማጥቅሞቹን የሚጠይቁትን የቤተሰብ አባላትን የሚመለከት የስደተኝነት መረጃ መስጠት ይችላሉ።

ጥቅማጥቅሞቹን ለራሳቸው የሚጠይቁትን እና "ሌላ" ተብለው ያልተጠቀሱት የማንኛውም ሰው ሁኔታ ለማረጋገጥ የስደተኛ አገልግሎቶች (USCIS) ን መጠይቅ አለብን። ይህ ለጥቅማጥቅም ብቁ የመሆን እና የሚያገኙትን የጥቅማጥቅም መጠን ላይ ተጽዕኖ ሊኖረው ይችላል።

የስደተኝነት ሁኔታዎች

- ህጋዊ ቋሚ ኗሪ
- ጥገኝነት ጠያቂ
- ስደተኛ
- ከኩባ/ሃይቲ የገባ
- ከ 1980 በፊት ሁኔታ ላይ በተመሰረተ ፍቃድ የገባ
- የህገወጥ የሰዎች ዝውውር ሰለባ እና የሱ/የሷ ባለቤት፣ ልጅ፣ እህት ወይም ወንድም ወይም ወላጅ
- ጊዜያዊ ጥበቃ የሚደረግለት ሁኔታ (TPS)
- ከአገር እንዳይባረሩ የሚፈቀድላቸው (DED)
- ህጋዊ ጊዜያዊ ኗሪ
- በፌዴራል እውቅና ያለው የህንድ ጎሳ አባል ወይም ካናዳ ውስጥ የተወለደ ህንዳዊ አሜሪካዊ
- ከአገር መባረሩ እንዲቆይ ፍቃድ የተሰጠው ሰው
- በ US የአገር ውስጥ ደህንነት ዲፓርትመንት ቢያንስ ለአንድ ዓመት የአመክሮ ጊዜ የተሰጠው ሰው
- የ አሜሪካ ሳሞዋ ነዋሪ
- ከአገር መባረርን በሚመለከት ከአገር ውስጥ ደህንነት ዲፓርትመንት የተሰጡ ትእዛዞች ላይ የአስተዳደር የእግድ ትእዛዝ
- የ ማይክሮኔዢያ፣ የማርሻል ደሴቶች እና የፓላው ዜጎች
- ድብደባ የደረሰባቸው ባለትዳር ወይም ልጅ የሚከተሉትን የሚጠባበቁ ወይም የተፈቀደላቸው፣
  - በራሳቸው ጥያቄ የስደተኛ ቪዛ
  - ለባለትዳር ወይም ለልጅ በ US ዜጋ ወይም በህጋዊ ቋሚ ኗሪ (LPR) የተሞላ የስተደኛ ቪዛ

- ህጋዊ ላልሆኑ ስደተኞች በአስፈጻሚው አካል የሚሰጥ የስደተኝነት ሁኔታ (ልዩ ሁኔታ፣ ለሚመጡ ህጻናት በአስፈጻሚው አካል የሚሰጥ የስደተኝነት ሁኔታ (DACA) የጤና መድን ዋስትና ለመጠየቅ ብቁ የሆነ የስደተኝነት ሁኔታ አይደለም)
  - ከአገር መባረር እንዲሰረዝ ማመልከቻ
- የስደተኝነት ሁኔታ የሌለው ግለሰብ፣ የሥራተኛ ቪዛዎችን (እንደ H1፣ H-2A፣ H-2B)፣ የተማሪ ቪዛዎች፣ U-visa፣ T-visa፣ እና ሌሎች ቪዛዎችን ያካትታል
- ሌላ

የቤተሰብ አባል ስም	የውጭ አገር #	የኢሚግሬሽን ሁኔታ (ስታተስ) (ከላይ ያሉትን መደቦች ይጠቀሙ)	የስድተኝነት ሰነድ ዓይነት እና የሰነድ የመታወቂያ ቁጥር	ይህ ሰው አሁን ውትድርና ላይ ነው፣ የጦር ጡረተኛ ነው፣ ወይም የጦር ጡረተኛ ወይም ውትድርና ላይ ያለ ሰው ባለቤት ወይም ወላጅ ነው?

<table>
<tr><th colspan="4">የሚከተሉት መልሶች የሚጠቅሙት የህክምና፣ የምግብ፣ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታን ለመወሰን ብቻ ነው</th></tr>
<tr><td>ከላይ ካሉት ሰዎች ከአገስት 22፣ 1996 በፊት ወደ U.S. የመጣ አለ?
☐ አዎ ☐ አይ</td><td colspan="3">አዎ ከሆነ፣ ማን?</td></tr>
<tr><td colspan="4">እርስዎ ህጋዊ ቋሚ ኗሪ (LPR) ከሆኑ፣ ስፖንሰር አሎት? አዎ ☐ አይ ☐
የስፖንሰር ሙሉ ስም ____________________</td></tr>
<tr><td>የስፖንሰር አድራሻ</td><td>ከተማ</td><td>ስቴት</td><td>ZIP</td></tr>
<tr><td>የስፖንሰር አሰሪ</td><td colspan="3">የስፖንሰር ወርሃዊ ገቢ
$</td></tr>
<tr><td colspan="4">እርስዎ፣ ወላጆችዎ፣ ባለቤትዎ፣ እና/ወይም ስፖንሰርዎ U.S ውስጥ ሰርታችሁ ታውቃላችሁ? ☐ አዎ ☐ አይ</td></tr>
<tr><td colspan="4">ከስፖንሰርዎ በየወሩ ምን ያህል ድጋፍ ያገኛሉ? $</td></tr>
</table>

ደረጃ 4 የግብር ማሳወቂያ መረጃ

በቤተሰብዎ ውስጥ ያለ ማንኛውም ሰው ግብር ለመክፈል ከተመዘገበ፣ እባክዎ ይህን ክፍል ይሙሉ (ለህክምና እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ ብቻ ይሙሉ)

ግብር የሚያሳውቀው ሰው ስም	የማሳወቂያ ሁኔታ	ግብር ከሚያሳውቀው ሰው ጋር የሚኖሩ የግብር ተቀናሽ የሚያስገኙ ጥገኞች	ግብር ከሚያሳውቀው ሰው ጋር የማይኖሩ የግብር ተቀናሽ የሚያስገኙ ጥገኞች
እባክዎ ቤተሰብዎ ውስጥ የሚኖር እያንዳንዱን ግብር የሚያሳውቅ ሰው ይዘርዝሩ	**እባክዎ ግብር የሚያሳውቀው ሰው ሁኔታ ይንገሩን፣** (የቤተሰቡ ሀላፊ፣ ያላገባ፣ ያገቡ እና በጋራ የሚያሳውቁ፣ ያገቡ እና ለየግል የሚያሳውቁ) በጋራ የሚያሳውቁ ከሆነ፣ በጋራ ከማን ጋር እንደሚያሳውቁ ይዘርዝሩ።	**እባክዎ ግብር የሚያሳውቀው ሰው የግብር ተቀናሽ የሚጠይቅባቸው በቤት ውስጥ ያሉ ሁሉንም ጥገኞች ይዘርዝሩ።**	**እባክዎ ግብር የሚያሳውቀው ሰው የግብር ተቀናሽ የሚጠይቅባቸው በቤት ውስጥ የማይኖሩ ሁሉንም ጥገኞች ይዘርዝሩ።**
ግብር አሳዋቂ 1			
ግብር አሳዋቂ 2			

ቤትዎ ውስጥ በማይኖር ሰው የግብር ተቀናሽ የሚጠየቅበት ማንኛውም ሰው ካለ እባክዎ ከታች ይዘርዝሩ፥

ግብር ተቀናሽ የሚጠየቅበት ሰው ስም	ስለጥገኛው መብት የሚጠይቅ የግብር አሳዋቂ ስም	ግብር አሳዋቂው የግብር ተቀናሽ ከሚጠየቅበት ሰው ጋር ያለው ግንኙነት ምንድን ነው?

ደረጃ 5 ቤትዎ ውስጥ (አመልካች ያልሆኑትን ጨምሮ) ገቢ የሚያገኝ ማንኛውም ሰው አለ?

- ☐ አዎ – ከታች ያለውን ይሙሉ።
- ☐ አይ - ወደ ደረጃ 6 ይለፉ(ለምግብ፣ ህክምና፣ ወይም የገንዘብ እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ፣ ይሙሉ)

ቤተሰብዎ ውስጥ ተቀጣሪ የሆነው ማነው? (እራስዎን፣ ባለቤትዎን፣ እና ጥገኞችን ያካትቱ (ሙሉ ስሞችን ይጻፉ)	**የአሰሪ ስም** (የራስዎን ስራ የሚሰሩ፣ "የራስ ሥራ" ብለው ይጻፉ)	**የአሰሪ አድራሻ**	**የአሰሪ ስልክ**	**የሥራ ቅጥር የሚጀምርበት ቀን**	**የክፍያ መጠን** (ከግብር እና ተቀናናሾች በፊት)	**በምን ያክል ጊዜ ተደጋግሞ?** (ለምሳሌ፣ በየቀኑ፣ በየሳምንቱ፣ በሳምንት ሁለት ጊዜ፣ በወር ሁለት ጊዜ፣ በየወሩ፣ በየዓመቱ፣ የአንድ ጊዜ ጥቅል ክፍያ)

ቤተሰብዎ ውስጥ የራሱን ሥራ የሚሰራው ማነው?	**ይህ የራሱን ሥራ የሚሰራው ሰው የሚሰራው ምን ዓይነት ሥራ ነው?**	**ይህ የራሱን ሥራ የሚሰራው ሰው በምን ያክል ጊዜ ይከፈለዋል?**	**ይህ የራሱን ሥራ የሚሰራው ሰው በእያንዳንዱ ጊዜ ያክል ጊዜ ይከፈለዋል?**	**የራሱን ሥራ የሚሰራው ሰው ከሥራው ጋር ተያይዞ የሚያወጣው ወጪ ምንድን ነው?**		**በራስ የመስራት አጠቃላይ ወርሃዊ ወጪዎቹ ምን ያክል ነው?**

ቤተሰብዎ የሚያገኘው የገቢ ዓይነቶች ምንድን ናቸው?

እነዚህን ለሁሉም ፕሮግራሞች ሪፖርት ያድርጉ፥

- ሥራ አጥነት
- ካሳ ከ ዲሴምበር 31፣ 2018 በኋላ በስምምነቶች መሠረት የተከፈለ
- ግብር የሚከፈልባቸው የመጦሪያ ክፍያዎች
- ሌላ ግብር የሚከፈልበት የገቢ ዓየነት፣ ______________________________
- የሎተሪ/ የቁማር ሽልማቶች
- የአካል ጉዳተኝነት ጥቅማጥቅሞች
- የውትድርና ጡረታ ክፍያ
- የተጣራ የኪራይ/ሮያሊቲ?
- የተጣራ የግብርና/የዓሳ ማስገር
- የማህበራዊ ዋስትና (Non-SSI)
- የጡረታ ክፍያዎች እና ጡረታዎች

ይህን ለምግብ እና ለገንዘብ ፕሮግራሞች ሪፖርት ያድርጉ፥

- የማሳደጊያ እንክብካቤ/ጉዲፈቻ ድጎማ
- በወጪዎች ያግዙ
- የልጅ ድጋፍ
- የማህበራዊ ዋስትና (SSI)
- ግብር የማይከፈልባቸው የመጦሪያ ክፍያዎች
- ሌላ ግብር የሚከፈልበት የገቢ ዓየነት፣ ______________________________
- ከ ጃኗሪ 1፣ 2019 በፊት የተጠናቀቀ እና በስምምነቶች መሠረት የተከፈለ ካሳ
- የቀድሞ ወታደር የአካል ጉዳተኝነት
- ሌላ የVA ጥቅማጥቅሞች

የገቢ ዓይነት	**ቤተሰብዎ ውስጥ ይህን የሚያገኝ ማነው?** (ሙሉ ስም)	**መጠን** (ከግብር እና ተቀናናሾች በፊት)	**በምን ያክል ጊዜ ተደጋግሞ?** በየቀኑ፣ በየሳምንቱ፣ በሳምንት ሁለት ጊዜ፣ በየወሩ፣ የአንድ ጊዜ ጥቅል ክፍያ)

ቤተሰቡ ውስጥ ባለፉት 60 ቀናት ውስጥ ሥራ ያቆመ ወይም የሥራ ሰዓቱን የቀነሰ ሰው አለ? አዎ ☐ አይ ☐	አዎ ከሆነ፣ ማን?
አሰሪው ማን ነበር?	ይህ ሰው ይህን ሥራ መሥራት ያቆመው ለምንድን ነው?

ተጨማሪ የገቢ ጥያቄዎች

(ይህን ክፍል ለምግብ፣ ህክምና፣ ወይም የገንዘብ እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ፣ ይሙሉ)

1. እባክዎ ሊቀነሱ የሚችሉ የቤተሰቡን የግብር ተመላሽ ሁሉንም ያረጋግጡ፣ (የህክምና እርዳታ ብቻ)

☐ የተከፈለ ተቆራጭ $ ______ (የተቆራጭ ክፍያ ተቀናሽ የሚሆነው ከጃንዋሪ 1፣ 2019 በፊት በተደረገ ስምምነት መሠረት የተከፈለ ከሆነ ብቻ መሆኑን ያስታውሱ)

☐ በምን ያክል ጊዜ ተደጋግሞ? ______

☐ ሌላ የተቀናሽ ዓይነት? ______ $ ______ በምን ያክል ጊዜ ተደጋግሞ? ______

☐ የተማሪ ብድር ወለድ $ ______ በምን ያክል ጊዜ ተደጋግሞ? ______

ከእነዚህ ውስጥ ማናቸውም ላይ ምልክት ካደረጉ፣ እነዚህን ተቀናሾች የሚጠይቀው የቤተሰብ አባል ስም እባክዎ ይዘርዝሩ፣

______

ቤተሰብዎ ውስጥ ተቆራጭ የሚከፍል ማንኛውም ሰው ካለ፣ ፍቺው የተጠናቀቀው ከዲሴምበር 31፣ 2018 በፊት ነው? አዎ ☐ አይ ☐

2. ቤተሰብዎ ውስጥ የተማሪ ብድር (ሮች) የተተወለት አለ? (የህክምና እና የ DC Alliance ብቻ) ☐ አዎ ☐ አይ

አዎ ከሆነ፣ ማን? ______

የዚህ ሰው የተማሪ ብድር (ሮች) የተተወው ለምንድን ነው?

☐ ጠቅላላ አካል ጉዳተኝነት ☐ ሞት ☐ የህዝብ አገልግሎት ☐ የ... ምህረት

3. ማንኛውም ሰው ለምግቦች ወይም ክፍል ለመከራየት ለቤተሰብዎ ይከፍላል? (ለምግብ እና ገንዘብ ብቻ) ☐ አዎ ☐ አይ

አዎ ከሆነ፣ የሰውየው ሙሉ ስም፣ ______ ወርሃዊ ክፍያ፥ $ ______

4. ቤተሰብዎ ውስጥ ማንኛውም የጡረታ አበል ያለው ሰው አለ?

☐ አዎ፣ የጡረታ አበል መጠን፥ $ ______ ☐ አይ፣ ወደ ደረጃ 7 ይለፉ

የመጦሪያው አበል ተጠቃሚ የቤተሰብዎ አባል ነው? ☐ አዎ ☐ አይ

አዎ ከሆነ፣ የተጠቃሚዎች ሙሉ ስም(ሞች)፣ ______

ይህ ምን ዓይነት መጦሪያ ነው? ☐ የዘገየ ☐ |ወዲያውኑ ☐ ጡረታ

ይህ ምን ዓይነት መጦሪያ ነው? ☐ ሊሻር የሚችል ☐ ለሌላ ሊተላለፍ የማይችል ☐ የማ...ር

የመጦሪያ ውሉ የተቋቋመው ምን ቀን ነው? ___/___/___

መጦሪያው አብዛኛውን ክፍያ ማስከፈል ወይም የዘገየ ክፍያን ይፈቅዳል? አይ ☐ አዎ ☐

መጦሪያው የተገዛው በየትኛው ተቋም አማካኝነት ነው? ☐ የፋይናንስ ተቋም ☐ መድን ☐ ሌላ

የመጦሪያ ገንዘቡ ምንጭ ምንድን ነው? የመጦሪያው ተከፋይ ☐ የጡረታ እቅድ ☐ የማይታወቅ ☐

ገንዘቦቹ የጡረታ አበሉን ለመግዛት አዋሉ፣ ገንዘቦቹ የተገኙት በቤተሰቡ ውስጥ ካለው ሰው ነው? ☐ አዎ ☐ የለም

የባለገንዘቡ ሙሉ ስም፣ ______

ደረጃ 6 **ይህን ክፍል ለምግብ፣ ህክምና፣ ወይም የገንዘብ እርዳታ ለልጆች እያመለከቱ ከሆነ ብቻ ይሙሉ**

እርስዎ ማየት የተሳነዎ፣ አካል ጉዳተኛ፣ እድሜዎ ከ65 ዓመት በላይ፣ የልጆች ቀዳሚ የእንክብካቤ አቅራቢ ያልሆኑ፣ እና ለህክምና እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ፣ ይህን ክፍል አይሙሉ።

በዚህ ማመልከቻ ላይ ያለው ማንኛውም ልጅ ከቤት ውጪ የሆነ ወላጅ አለው?

☐ አዎ – ከታች ይሙሉ ☐ አይ – ወደ ደረጃ 7 ይለፉ

ከፕሪሚየም የግብር ብድሮች እና የወጪ-መጋራት ቅናሾች ውጪ ለተወሰኑ የገንዘብ እርዳታ ወይም የህክምና እርዳታ ዓይነቶች እንደ ብቁነት ሁኔታ፣ ጥቅማጥቅሞች እየፈለጉላቸው ያሉ ልጆች ማናቸውም ከቤት የማይገኝ/ቀሪ ወላጅ ካላቸው ለ DHS መንገር አለብዎት። ስለ የቀሪ ወላጁ ዝርዝሮችን ማቅረብ የማይፈልጉ ከሆነ፣ ይህን መረጃ ከማቅረብ መታለፍ የሚያስችሉዎ የምክንያቶች ዝርዝርን ለማግኘት ገጽ 54 ይመልከቱ።

☐ ስለ አሳዳጊ ያልሆነ ወላጅ መረጃ ከማቅረብ ሊታለፉ እንደምችሉ ካሰቡ እዚህ ይመልከቱ

☐ ከእኔ DHS ወይም የልጅ ድጋፍ ሠራተኛ ጋር ለመወያየት እመርጣለሁ።

ደረጃ 6 (ይህን ደረጃ) እንዳነበብኩ እና ወላጅ እና ወላጅነትን በተመለከተ በውስጡ የተገለጹት እውነተኛ መግለጫዎች በእኔ የእውቀት፣ መረጃ እና እምነት ደረጃ እውነት እንደሆኑ የሀሰት መግለጫ ስለ መስጠት የተቀመጡ የወንጀል ቅጣቶች ስር በጥብቅ ቃሌን እሰጣለሁ ወይም አረጋግጣለሁ። የህክምና እርዳታ (ከፕሪሚየም የግብር ብድሮች እና የወጪ-ማጋራት ቅናሾች ውጪ) እና የገንዘብ እርዳታ ከተቀበልኩ፣ ሁሉም የልጅ ድጋፍ ክፍያዎች በኮሎምቢያ ዲስትሪክት፣ የጠቅላይ አቃቤ ሕግ ቢሮ የልጅ ድጋፍ አገልግሎቶች ክፍል (CSSD) እንደሚሰበሰቡ እና እንደሚሰጡ እረዳለሁ እናም እስማማለሁ። የገንዘብ እና የህክምና እርዳታ (ከፕሪሚየም የግብር ብድሮች እና የወጪ-ማጋራት ቅናሾች ውጪ) እየተቀበልኩ የመድገፍ መብቶቼን እየመደብኩ እንደሆነ እረዳለሁ። ድጋፍን ከእነዚህ ፕሮግራሞች የምቀበል መጠን ድረስ እመድባለሁ። የገንዘብ እርዳታ እያገኘሁ ነው፣ ከገንዘብ እርዳታ ልገሳ በላይ የሆነ ተጨማሪ የልጅ ድጋፍ ላገኝ እችላለሁ። ክፍያን በስህተት ከተቀበልኩ፣ CSSDን አነጋግራለሁ። በስህተት የተቀበሉ ማንኛውም ክፍያዎች በህግ መሰረት ለ CSSD መመለስ እንዳለባቸው ወይም ለ CSSD ለመክፈል እንደሚገድድ እረዳለሁ። የልጅ ድጋፍ እንደማልፈልግ ምክንያቶች ሊኖሩ እንደምችሉ እረዳለሁ፣ ይሁን እንጂ ከCSSD ጋር መተባበር አስፈላጊ ነው። ስለዚህ፣ ማንኛውም ቅሬታዎች ካሉኝ፣ ወዲያውኑ የCSSD ጉዳዩ ሰራተኛን አነጋግራለሁ።

እዚህ ጋር ይፈርሙ ቀን

_________________________ _______________

የአመልካች ወይም የተወካይ ፊርማ

ለልጅ የገንዘብ እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ ብቻ ቀሪ ወላጅ(ጆች) ላይ ከታች ያሉ ጥያቄዎችን ይሙሉ። አይ ከሆነ፣ ወደ ደረጃ 7 ይለፉ።

ልጅ አንድ

የልጅ ሙሉ ስም	የልጅ የልደት ቀን (DOB)
ልጅ የተረገዘበት ከተማ እና ስቴት	
ስለ ተባለው አሳዳጊ-ያልሆነ ወላጅ ይንገሩን (ያለዎትን ሁሉም መረጃ ያቅርቡ)	
የወላጅ ሙሉ ስም	ቅጽል ስም

(የልደት ቀን)	የትውልድ ቦታ፣ (ከተማ፣ ስቴት)	SSN

ዘር	ስልክ
ለመጨረሻ ጊዜ የሚታወቅ አሰሪ	የተቀጠሩበት ቀን

ወላጅነት ተቋቁሟል?

☐ አዎ ☐ አይ

የልጅ ድጋፍ የሚሰማ ፍርድ ቤት/ዲስትሪክት	ከተማ	ስቴት
የታዘዘበት ቀን	የታዘዘበት መጠን	አሳዳጊ-ካልሆነ ወላጅ ለመጨረሻ ጊዜ ገንዘብ የተቀበሉበት ቀን

ልጅ ሁለት

የልጅ ሙሉ ስም	የልጅ የልደት ቀን (DOB)
ልጅ የተረገዘበት ከተማ እና ስቴት	
ስለ ተባለው አሳዳጊ-ያልሆነ ወላጅ ይንገሩን (ያለዎትን ሁሉም መረጃ ያቅርቡ)	
የወላጅ ሙሉ ስም	ቅጽል ስም

(የልደት ቀን)	የትውልድ ቦታ፣ (ከተማ፣ ስቴት)	SSN

ዘር	ስልክ
ለመጨረሻ ጊዜ የሚታወቅ አሰሪ	የተቀጠሩበት ቀን

ወላጅነት ተቋቁሟል?

☐ አዎ ☐ አይ

የልጅ ድጋፍ የሚሰማ ፍርድ ቤት/ዲስትሪክት	ከተማ	ስቴት
የታዘዘበት ቀን	የታዘዘበት መጠን	አሳዳጊ-ካልሆነ ወላጅ ለመጨረሻ ጊዜ ገንዘብ የተቀበሉበት ቀን

ልጅ ሦስት

የልጅ ሙሉ ስም		የልጅ የልደት ቀን (DOB)
ልጅ የተረገዘበት ከተማ እና ስቴት		
ስለ ተባለው አሳዳጊ-ያልሆነ ወላጅ ይንገሩን (ያለዎትን ሁሉም መረጃ ያቅርቡ)		
የወላጅ ሙሉ ስም		ቅጽል ስም
(የልደት ቀን)	የትውልድ ቦታ፥ (ከተማ፣ ስቴት)	SSN
ዘር		ስልክ
ለመጨረሻ ጊዜ የሚታወቅ አሰሪ		የተቀጠሩበት ቀን
ወላጅነት ተቋቁሟል? ☐ አዎ ☐ አይ		
የልጅ ድጋፍ የሚሰማ ፍርድ ቤት/ዲስትሪክት	ከተማ	ስቴት
የታዘዘበት ቀን	የታዘዘበት መጠን	አሳዳጊ-ካልሆነ ወላጅ ለመጨረሻ ጊዜ ገንዘብ የተቀበሉበት ቀን

ልጅ አራት

የልጅ ሙሉ ስም		የልጅ የልደት ቀን (DOB)
ልጅ የተረገዘበት ከተማ እና ስቴት		
ስለ ተባለው አሳዳጊ-ያልሆነ ወላጅ ይንገሩን (ያለዎትን ሁሉም መረጃ ያቅርቡ)		
የወላጅ ሙሉ ስም		ቅጽል ስም
(የልደት ቀን)	የትውልድ ቦታ፥ (ከተማ፣ ስቴት)	SSN
ዘር		ስልክ
ለመጨረሻ ጊዜ የሚታወቅ አሰሪ		የተቀጠሩበት ቀን
ወላጅነት ተቋቁሟል? ☐ አዎ ☐ አይ		
የልጅ ድጋፍ የሚሰማ ፍርድ ቤት/ዲስትሪክት	ከተማ	ስቴት
የታዘዘበት ቀን	የታዘዘበት መጠን	አሳዳጊ-ካልሆነ ወላጅ ለመጨረሻ ጊዜ ገንዘብ የተቀበሉበት ቀን

ልጅ አምስት

የልጅ ሙሉ ስም	የልጅ የልደት ቀን (DOB)	
ልጅ የተረገዘበት ከተማ እና ስቴት		
ስለ ተባለው አሳዳጊ-ያልሆነ ወላጅ ይንገሩን (ያለዎትን ሁሉም መረጃ ያቅርቡ)		
የወላጅ ሙሉ ስም	ቅጽል ስም	
(የልደት ቀን)	የትውልድ ቦታ፣ (ከተማ፣ ስቴት)	SSN
ዘር	ስልክ	
ለመጨረሻ ጊዜ የሚታወቅ አሰሪ	የተቀጠሩበት ቀን	
ወላጅነት ተቋቁሟል? ☐ አዎ ☐ አይ		
የልጅ ድጋፍ የሚሰማ ፍርድ ቤት/ዲስትሪክት	ከተማ	ስቴት
የታዘዘበት ቀን	የታዘዘበት መጠን	አሳዳጊ-ካልሆነ ወላጅ ለመጨረሻ ጊዜ ገንዘብ የተቀበሉበት ቀን

ልጅ ስድስት

የልጅ ሙሉ ስም	የልጅ የልደት ቀን (DOB)	
ልጅ የተረገዘበት ከተማ እና ስቴት		
ስለ ተባለው አሳዳጊ-ያልሆነ ወላጅ ይንገሩን (ያለዎትን ሁሉም መረጃ ያቅርቡ)		
የወላጅ ሙሉ ስም	ቅጽል ስም	
(የልደት ቀን)	የትውልድ ቦታ፣ (ከተማ፣ ስቴት)	SSN
ዘር	ስልክ	
ለመጨረሻ ጊዜ የሚታወቅ አሰሪ	የተቀጠሩበት ቀን	
ወላጅነት ተቋቁሟል? ☐ አዎ ☐ አይ		
የልጅ ድጋፍ የሚሰማ ፍርድ ቤት/ዲስትሪክት	ከተማ	ስቴት
የታዘዘበት ቀን	የታዘዘበት መጠን	አሳዳጊ-ካልሆነ ወላጅ ለመጨረሻ ጊዜ ገንዘብ የተቀበሉበት ቀን

አሳዳጊ-ያልሆኑ ወላጅ ያላቸው ከ6 በላይ ልጆች ካሉዎት፣ እባክዎ መረጃቸውን በተጨማሪ ወረቀት ላይ ይዘርዝሩ።

ደረጃ 7 አሁን በሚኖሩበት ቦታ ለመምረጥ ካልተመዘገቡ፣ እዚህ ዛሬ ለመምረጥ ለመመዝገብ ማመልከት ይፈልጋሉ?

- ☐ **አዎ** – ይህን ደረጃ ያጠናቅቁ እና የመራጭ ተመዝጋቢ ማመልከቻውን ይሙሉ (የዚህ ማመልከቻ ጀርባ ላይ ተያይዟል)
- ☐ **አይ** – ወደ ደረጃ 8 ይለፉ

የትኛውንም ሳጥን ካልመረጡ፣ ለመምረጥ መመዝገብ በዚህ ሰዓት እንዳልወሰኑ ተደርጎ ይቆጠራል

ለመምረጥ የመመዝገብ ውሳኔ በፍጹም ፍቃደኝነት ላይ የተመሠረተ ነው። ለመምረጥ ለመመዝገብ ማመልከት ወይም መመዝገብ አለመፈለግ በዚህ ኤጀንሲ የሚሰጦትን የእርዳታ መጠን ላይ ተጽዕኖ አይኖረውም። ይህንን መረጃ በምስጢር እንይዛለን። ላለማመልከት መወሰንዎ እንዲሁም ማመልከቻዎ የቀረበበት ቢሮ ስም ምስጢራዊ ሆኖ ይቆያል እና ለመራጮች ምዝገባ ዓላማዎች ብቻ ጥቅም ላይ ይውላል። የመመዝገብ መብትዎን ወይም ደግሞ ያለመመዝገብ መብትዎ ላይ፣ ለመመዝገብ ወይም ላለመመዝገብ የመወሰን መብት ሚስጥራዊነት፣ ወይም የራስዎን ፖለቲካ ፓርቲ ወይም ሌላ የፖለቲካ ምርጫ ላይ ጣልቃ የገባ ሰው መኖሩን ካመኑ፣ የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የምርጫ እና ሥነምግባር ቦርድ ጋር ቅሬታዎን ማቅረብ ይችላሉ በ፣ 441 4th Street NW, Suite 250, Washington, DC 20001፣ ስልክ (202) 727-2525.

የመራጮች የመመዝገቢያ ቅጽን ለእርስዎ አያይዘናል። የመራጮች መመዝገቢያ ማመልከቻ ቅጽን ለመሙላት እርዳታ ከፈለጉ፣ እኛ እንረዳዎታለን። እርዳታውን የመቀበል ወይም ያለመቀበል ውሳኔው የእርስዎ ነው። የማመልከቻ ቅጹን በግልዎ ሊሞሉ ይችላሉ። ቤተሰብዎ ውስጥ የመራጭ መመዝገቢያ ማመልከቻ የሚፈልጉ ተጨማሪ ሰዎች ካሉ፣ እባክዎ ያሳውቁን።

እዚህ ጋር ይፈርሙ ________________________ ቀን ________________

የአመልካች ወይም የተወካይ ፊርማ

ሪፈራሎች

ሊጠቅሙ ለምችሉ ሌሎች ፕሮግራሞች መረጃ እና ግንኙነቶች።

- HealthCheck ነፃ-ምርመራዎችን Medicaid ላይ ላሉ ህፃናት ያቀርባል። እንዲሁም ልጅ ለሚፈልጋቸው ሌሎች አገልግሎቶች ይከፍላል። HealthCheck በተጨማሪም ወደ ዶክተር ነፃ ጉዞን ይሰጥዎታል። የበለጠ ለማወቅ፣ (202) 639-4030 ላይ ይደውሉ።
- WIC ከአምስት ዓመት እድሜ ለሆኑ ህጻናት የሚሰራ ነው። በ WIC፣ በየወሩ ምግብ ላይ እስከ $140 መቆጠብ ይችላሉ። እንዲሁም፣የ WIC ሠራተኛ ስለ ማጥባት ከእርስዎ ጋር መነጋገር ይችላል። የበለጠ ለማወቅ፣ ለ 1-800-345-1WIC በ (1-800-345-1942) ይደውሉ።
- ለ DC Medicaid ብቁ ከሆኑ፣ ለከፈሉት የኪራይ የህክምና ክፍያዎች ገንዘብ መልሰው ማግኘት ይችላሉ። የበለጠ ለማወቅ፣ (202) 698-2009 ላይ ይደውሉ።
- ዲስትሪክቱ የቤት-ውስጥ የነርስ እንክብካቤ እና ሌላ የቤት ውስጥ እንክብካቤ ለሚፈልጉ አረጋውያን እና አካል ጉዳተኞች ልዩ ፕሮግራም አለው። ይህ ፕሮግራም ከመደበኛ የህክምና እርዳታር ይልቅ ከፍተኛ የገቢ ገደብ አለው። የበለጠ ለማወቅ፣ ወደ 1-877-919-2372 ይደውሉ።

የHIV/AIDS ምርመራ እና አገልግሎቶች	**(202) 671-4900**	**Medicare**	**1-800-633-4227**
አልኮል እና መድሃኒቶች	**1-888-7WE-HELP**	**የማህበራዊ ዋስትና**	**1-800-772-1213**
የጡት/የማህጸን ካንሰር ማጣሪያ	**(202) 442-5900**	**የህዝብ መኖሪያ ቤት እና ክፍል 8**	**(202) 535-1000**

ደረጃ 8

የቤተሰብዎ የጤና ሽፋን

(የህክምና እርዳታ ብቻ)

1. ቤተሰብዎ ውስጥ ለጤና ሽፋን የተመዘገበ ማንኛውም ሰው አለ? ☐ ☐አዎ ☐አይ

አዎ ከሆነ፣ የሽፋን ዓይነቱን ከታች ይመልከቱ እና ያላቸው የሽፋን ዓይነት ጎን የግለሰቡ(ቦቹ)ን ስም(ሞች) ይፃፉ፥

☐ Medicaid፥ ______________________

☐ CHIP፥ ______________________

ይህ ሽፋን ከኮሎምቢያ ዲስትሪክት ነበር?

☐አዎ ☐አይ

ይህ ፕሮግራም ከሌላ ስቴት ነበር?

☐ አዎ ☐ አይ

አዎ ከሆነ፣ የትኛው ስቴት(ቶች)? ______________________

የአሰሪ የመድን ዋስትና፥ ______________________

የጤና መድን ዋስትና ስም፣ ______________________

የፖሊሲ ቁጥር፥ ______________________

ይህ የ COBRA ሽፋን ነው? ☐ ☐አዎ ☐አይ

ይህ የጡረተኛ የጤና እቅድ ነው? ☐ አዎ ☐ አይ

የመድን ዋስትና ካሎት፣ ከታች ያለውን አባሪ A ይሙሉ።

☐ Medicare፥ ______________________

☐ TRICARE፥ ______________________

Direct Care (ጥተኛ እንክብካቤ) ወይም Line of Duty (በሥራ ሃላፊነትዎ የእንክብካቤ ግዴታ) ሽፋን ካሎት አይምረጡ።

☐ VA የጤና እንክብካቤ ፕሮግራም፥

☐ የሰላም ኮርፖሬሽኖች፥

☐ ሌላ

የጤና መድን ዋስትና ስም፣ ______________________

የፖሊሲ ቁጥር፥ ______________________

ይህ የተገደበ-የጥቅማጥቅም እቅድ ነው (እንደ የትምህርት ቤት አደጋ ፖሊሲ)? ☐ አዎ ☐ አይ

ደረጃ 9 ይህንን ማመልከቻ አንብበው ይፈርሙ

እርስዎ ወይም ቤተሰብዎ ለህክምና እርዳታ የሚያመለክቱ ከሆነ ከታች ይፈርሙ። የህክምና እርዳታ የሚፈልጉ ሁሉም የቤተሰብ አባላት ህጻናት፣ እርጉዝ ሴቶች፣ የወላጆች/እንክብካቤ ሰጪ ዘመዶች፣ ወይም ልጅ የሌላቸው አዋቂዎች ከሆኑ፣ ይህ እኛ የምፈልገው ሁሉም የህክምና መረጃ ነው። በተጨማሪ ከደረጃ 10 ጀምሮ የአረጋዊያን፣ የአካል ጉዳተኞች፣ ወይም ማየት የተሳናቸው የህክምና እርዳታን የሚመለከቱ ተጨማሪ ጥያቄዎች ይኖራሉ።

ለምግብ እና የገንዘብ እርዳታ ብቻ እያመለከቱ ከሆነ፣ እባክዎ ወደ ደረጃ 10 ይቀጥሉ

- እኔ ይህን ማመልከቻ የፈረምኩት ሀሰተኛ ሆኖ ቢገኝ ቅጣት እንደሚከተለኝ በማረጋገጥ ነው፣ ይህም ማለት በዚህ ቅጽ ውስጥ ላሉት ጥያቄዎች የሰጡሁት መልስ እኔ እስከማውቀው ድረስ እውነተኛ ነው፣ ሆን ብየ ሀሰተኛ ወይም እውነት ያልሆነ መረጃ ከሰጠሁ በፌደራል ህግ መሰረት ቅጣት ሊወሰንብኝ እንደሚችል አውቃለሁ።
- በዚህ ማመልከቻ ላይ ከጻፍኩት ውስጥ ማንኛውም ነገር ከተቀየረ (እና ከተለየ) ለ DC Health Link መናገር እንዳለብኝ አውቃለሁ፣ ማንኛውንም ለውጦች ሪፖርት ለማድረግ DCHealthlink. com መጎብኘት ወይም በ 1-855-532-5465 መደወል እችላለሁ። በኔ መረጃ ላይ ያለ ለውጥ የቤተሰቤን አባል(ሎች) ብቃት ላይ ተጽዕኖ ሊኖረው እንደሚችል እረዳለሁ።
- በፌደራል ህግ መሠረት፣ የዘር፣ የቀለም፣ የብሄራዊ ምንጭ፣ ጾታዊ ዝንባሌ፣ የጾታ ማንነት፣ ወይም የአካል ጉድለትን መሠረት ያደረገ አድልዎ የማይፈቀድ መሆኑን አውቃለሁ። የአድልዎ ቅሬታ www.hhs.gov/ocr/office/file በመጎብኘት ማቅረብ እችላለሁ።
- በዚህ ማመልከቻ ላይ ያቀርብኩት መረጃ በህግ እንደምጠየቀው በሚስጥራዊነት እንደሚያዘው አውቃለሁ። በዚህ ማመልከቻ ላይ ለጤና ኢንሹራንስ እያመለከተ ያለ ማንም ሰው የህግ ቁጥጥር ስር (የተያዘ ወይም እስር ቤት የገባ) እንደሌለ አረጋግጣለሁ። ካልሆነ፣ የሚከተሉት ግለሰቦች እስር ላይ ናቸው፥

  ____

  (የህግ ቁጥጥር ስር ያሉ ግለሰቦች ስም)

ለማመልከት የሚመርጡ ከሆነ እኛ ለእርስዎ የጤና ሽፋን ለመክፈል ለመርዳት የእርስዎን ብቁነት ለማረጋገጥ ይህ መረጃ ያስፈልገናል። መልሶችዎን በራሳችን የኤሌክትሮኒክ ዳታቤዝ እና ከአገር ውስጥ ገቢ አገልግሎት (IRS)፣ የማህበራዊ ዋስትና፣ የአገር ውስጥ ደህንነት ዲፓርትመንት፣ እና/ወይም ከተገልጋይ ሪፖርቲንግ ኤጀንሲ ውስጥ ካሉት እናጣራለን። መረጃው የማይጣጣም ከሆነ ፣ ማስረጃ እንዲልኩልን ልንጠይቅዎ እንችላለን።

ለሚቀጥሉት ዓመታት የሽፋን እድሳት

ለሚቀጥሉት ዓመታት ለጤና ሽፋኔ ለመክፈል ለእርዳታ ብቁ መሆኔን በቀላሉ ለማረጋገጥ፣ የግብር ተመላሽ መረጃየን ጨምሮ DC Health Link የገቢ መረጃየን እንዲጠቀም እስማማለሁ። DC Health Link ማስታወቂያ ይልክልኛል እና ማናቸውንም ለውጦች እንዳደርግ ይፈቅድልኛል፣ እና በማንኛውም ጊዜ መውጣት እችላለሁ።

አዎ፣ ብቃቴን ወዲያዉኑ ለሚቀጥሉት

☐ 5 ዓመታት (የሚፈቀደው ከፍተኛ የዓመት ብዛት)፣ ወይም ከዚያ ያነሰ ቁጥር ላለው ዓመታት ያድሱት፥

☐ 4 ዓመታት ☐ 3 ዓመታት ☐ ዓመታት ☐ ዓመት ☐ ን ለማደስ የግብር ምላሽ ላይ ያለውን መረጃ አይጠቀሙ

በዚህ ማመልከቻ ውስጥ ያለ ማንኛውም ሰው ለ Medicaid ብቁ ከሆነ

ከሌላ የጤና የመድን ዋስትና፣ ከህጋዊ ስምምነቶች፣ ወይም ሌላ ሶስተኛ ወገን ተከታትሎ ገንዘብ የማስከፈል መብታችንን ለ Medicaid ኤጀንሲ እሰጣለሁ። በተጨማሪ ከትዳር አጋር ወይም ወላጅ የህክምና እርዳታ ጠይቆ የማግኘት መብቴን ለ Medicaid ኤጀንሲ እሰጣለሁ።

የብቃት ውጤቶቼ ትክክለኛ እንዳልሆኑ ካሰብኩ ምን ማድረግ አለብኝ?

የጤና መድን ዋስትና ወይም የህክምና እርዳታዎን በሚመለከት በተሰጠው ውሳኔ ላይ ካልተስማሙ፣ የኛ ውሳኔ ላይ ይግባኝ ማቅረብ እና ፍትሃዊ ችሎት የማግኘት መብት አሎት። የ Medicaid፣ የአረቦን ግብር ተቀናሾች፣ ወይም የወጪ መጋራት እርዳታን ከተከለከሉ፣ ከተቋረጠብዎ፣ ወይም ብቃትዎ ላይ የሚደረግ ለውጥ ላይ ይግባኝ ማለት ይችላሉ። በተጨማሪ የአረቦን የግብር ተቀናሾች ወይም የወጪ መጋራት እርዳታ መጠን ላይ ካልተስማሙ ይግባኝ ማለት ይችላሉ። ይግባኝ ከጠየቁ በኋላ፣ የአስተዳደራዊ ችሎት ዳኛ ፊት ቀርበው በውሳኔያችን ያልተስማሙበትን ምክንያት ማስረዳት ይችላሉ።

የብቁነት ውሳኔ፣ ክልከላ፣ መቋረጥ ወይም ለውጥን በተመለከተ የተሰጠ ውሳኔ ላይ በደረሶት የውሳኔ ማስታወቂያ ላይ የፖስታ ቤት ማህተም ካረፈበት ቀን ጊዜ አንስቶ በ90 ቀናት ውስጥ ይግባኝ መጠየቅ አለብዎ። በ 90 ቀናት ውስጥ ይግባኝ ካልጠየቁ፣ ይግባኝ የመጠየቅ መብትዎን ሊያጡ ይችላሉ።

ከሚከተሉት መንገዶች አንደኛውን ተጠቅመው ይግባኝ መጠየቅ ይችላሉ፣

- DC Health Link የደምበኛ አገልግሎት ጋር ከክፍያ ነጻ በ1-855-532-5465 ወይም TTY በ 711.በመደወል።
- **የግለሰቦች እና የቤተሰቦች የይግባኝ መጠየቂያ** መሙላት እና በፋክስ መላክ ወደ (202) 724-2041፣ ወይም ኢሜይል ማድረግ ለ DC.OARA@dc.gov, ወይም በፖስታ መላክ ለ፥ **Office of Administrative Review and Appeals**, 64 New York Avenue NE, 5th Floor, Washington DC 20002.
- ወደየትኛውም የሰብዓዊ አገልግሎቶች ዲፓርትመንት የአገልግሎት ማዕከል ጋር በመሄድ **የይግባኝ መጠየቂያ ቅጽን** መሙላት
- ወደ **አስተዳደራዊ ችሎቶች ቢሮ የመረጃ ማዕከል** በአድራሻው በ 441 4th Street NW, Suite 450-North, Washington, DC 20001 በመሄድ **የችሎት መጠየቂያ ቅጽን** በመሙላት
- እርስዎ ብቃትዎን ያገኙት በ Medicaid ፕሮግራም ወይም በ DC Alliance አማካኝነት ከሆነ፣ በሚከተለው መልኩ ፍትሃዊ ችሎት መጠየቅ ይችላሉ፣
- ወደ **(202) 698-4650** ወይም (202) 727-8280 በመደወል

ይህን ማመልከቻ ይፈርሙ

ደረጃ 1ን የሞላው ሰው ይህን ማመልከቻ መፈረም አለበት። እርስዎ ስልጣን ያሎት ተወካይ ከሆኑ፣ በአባሪ C (የተያያዘው) ላይ የተመለከተውን መረጃ እስከሰጡ ድረስ እዚህ ላይ መፈረም ይችላሉ።

እዚህ ጋር ይፈርሙ ቀን

_______________________ _______________

የአመልካች ወይም የተወካይ ፊርማ

የውሳኔ ነጥብ

አማራጭ 1

እርስዎ በእድሜ የገፉ (ከ 65 በላይ)፣ ማየት የተሳናቸው፣ ወይም አካል ጉዳተኛ **ላልሆኑ** ግለሰቦች የ Medicaid ብቃትዎን ብቻ እንድንመለከት የሚፈልጉ ፣ ወይም የረጅም ጊዜ የእንክብካቤ አገልግሎቶችን የማይፈልጉ፣ DC Alliance Immigrant Children's Program፣ ወይም የግል የጤና መድን ዋስትና የማይፈልጉ ከሆነ፤ **እዚህ ላይ ማቆም ይችላሉ።** ከታች ያሉት አባሪዎች A፣ B፣ ወይም C ቤተሰብዎን የሚመለከቱ ከሆኑ፣ አባሪዎች A፣ B፣ እና/ወይም C መሙላት እና መፈረምን ያስታውሱ።

አማራጭ 2

በእድሜ ለገፉ (ከ 65 በላይ)፣ ማየት ለተሳናቸው፣ ወይም ለአካል ጉዳተኞች Medicaidን ጨምሮ፤ እርስዎ **ለምግብ እና ገንዘብ እርዳታ ፕሮግራሞች** ወይም **ለሌሎች የህክምና እርዳታ ፕሮግራሞች** እንዲታሰቡ ከፈለጉ፣ እባክዎ ወደ ደረጃ 10 ይቀጥሉ። እርስዎ ለረጅም ጊዜ እንክብካቤ አገልግሎቶች ማመልከት ከፈለጉ፣ የረጅም ጊዜ እንክብካቤ ፕሮግራም የህክምና እርዳታ ማመልከቻ መሙላት አለብዎ። ለማመልከቻ፣ እባክዎ የእርጅናና ማህበረሰብ አኗኗር ክፍል (ዲፓርትመንት ኦፍ ኤጂንግ ኤንድ ኮምዩኒቲ ሊቪንግ) (DACL) ለ አረጋዊያንና አካላዊ ጉዳት ያለባቸው ሰዎች (ኤልደርሊ ኤንድ ፐርሰንስ ዊዝ ፊዚካል ዲስኤቢሊቲስ) (EPD) መታለፍን በ 202.724.2008፣ የአካል ጉዳተኝነት አገልግሎቶች መምሪያ (DDS) ለ የአእምሮና የእድገት አካል-ጉዳቶች (ኢንተሌክቹዋል ኤንድ ደቨሎፐመንታል ዲስኤቢሊቲስ) (IDD) መታለፍን በ 202.730.1700 ያነጋግሩ፣ ወይም የነርስ ተቋም ወይም መካከለኛ የእንክብካቤ ተቋም (ICF) ውስጥ ካሉ፣ ለእርዳታ የተቋምዎን አስተዳዳሪ ያግኙ።

በተጨማሪ ይህን ማመልከቻ አቅራቢያዎ ካለው የአገልግሎት ማእከል መውሰድ ይችላሉ ወይም ወደ ቤትዎ በፖስታ እንዲላከልዎ ከፈለጉ በ (202) 727-5355 መደወል ይችላሉ።

ደረጃ 10 ስለ ቤተሰብዎ ሀብት ይንገሩን

(ለምግብ፣ ህክምና፣ ወይም የገንዘብ እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ)

1. ከቤተሰብዎ ውስጥ ማንኛውም ሰው በእጃቸው ወይም ቤት ውስጥ ጥሬ ገንዘብ አላቸው? ☐ አዎ ☐ አይ

አዎ ከሆነ፣ ማን? ______________________________

ምን ያክል? $ ______________________________

2. የፋይናንስ ሂሳብ ያለው ማንኛውም ሰው አለ? ☐ አዎ ☐ አይ

አዎ ከሆነ፣ በእርስዎ እና ከእርስዎ ጋር በሚያመለክቱ ማንኛውም ሰው ስም ያለ ሁሉንም ሂሳቦች ይዘርዝሩ። የሚከተሉት የፋይናንስ ሂሳቦች ጥቂት ምሳሌዎች ናቸው፣ ተንቀሳቃሽ/የቁጠባ ሂሳብ፣ 401K፣ IRA፣ መጦሪያ፣ Money Market፣ አክሲዮኖች/ቦንዶች/የጋራ ሂሳብ/ወዘተ።

ዓይነት	የሂሳብ ባለቤት(ቶች)	የባንክ ስም	ቀሪ ሂሳብ
			$
			$
			$

3. ቤተሰብዎ ውስጥ ማንኛውም ተሽከርካሪ ያለው ሰው አለ? (የህክምና እርዳታ ብቻ) ☐ አዎ ☐ አይ

- አዎ ከሆነ፣ በእርስዎ እና ከእርስዎ ጋር በሚያመለክቱ ማንኛውም ሰው ባለቤት የሆናችሁበት ተሽከርካሪዎችን ይዘርዝሩ። የሚከተሉት የተሽከርካሪዎች ጥቂት ምሳሌዎች ናቸው፣ መኪኖች። ትራክ፣ ጀልባዎች፣ ዋተርክራፍት፣ ሞተርሳይክሎች፣ ሞተር ሆምስ፣ ATV፣ ወዘተ።
- አዎ ከሆነ፣ ይህን ተሽከርካሪ የሚጠቀመው በሽተኛ ወይም የአካል ጉዳተኛ የሆነ ሰው ነው? ☐ አዎ ☐ አይ

ባለቤት	ስሪት/ሞዴል	የተሽከርካሪ መለያ ቁጥር	ዓመት	ያልተከፈለው መጠን
ስም የመንጃ ፍቃድ# ወይም የመንጃ ፍቃድ ያልሆነ የመታወቂያ ቁጥር#		VIN# Tag #		$

ስም የመንጃ ፍቃድ# ወይም የመንጃ ፍቃድ ያልሆነ የመታወቂያ ቁጥር#		VIN# Tag #		$
ስም የመንጃ ፍቃድ# ወይም የመንጃ ፍቃድ ያልሆነ የመታወቂያ ቁጥር#		VIN# Tag #		$

4. ቤተሰብዎ ውስጥ ማንኛውም የንብረት ሀብት ያለው ሰው አለ? ☐ አዎ ☐ አይ

አዎ ከሆነ፣ ለራስዎ እና ከእርስዎ ጋር ለሚያመለክቱት ሰዎች ከታች ያለውን ሰንጠረዥ ይሙሉ።

ዓይነት	ይህ ባለቤትነቱ የማን ነው?	የገበያ ዋጋ	ያልተከፈለው መጠን	ቀን የተፈራው
የእርስዎ ቤት (የህክምና እርዳታ ብቻ)		$		
መሬት		$		
የኪራይ ቤት (የህክምና እርዳታ ብቻ)		$		
የሽርሽር ቤት		$		
መሳሪያ		$		
ማሽን		$		
ተሳቢ		$		
የቀንድ ከብት		$		
የማዕድን/የዘይት መብቶች		$		
ሌላ፥		$		

5. ቤተሰብዎ ውስጥ ማንኛውም የሚከተሉት ያለው ሰው አለ? ☐ አዎ ☐ አይ

አዎ ከሆነ፣ ለራስዎ እና ከእርስዎ ጋር ለሚያመለክቱት ማንኛውም ሰው ከታች ያለውን ሰንጠረዥ ይሙሉ።

ዓይነት	ይህ ባለቤትነቱ የማን ነው?	ዋጋ	የተፈራበት ቀን
የህይወት መድን (የህክምና እርዳታ ብቻ)		$	
ትረስት		$	
የቀብር ቦታ		$	
የቀብር አፈጻጸም እቅድ/ውል		$	

6. ቤተሰብዎ ውስጥ ባለፉት 3 ወራት ማንኛውንም ሀብት የሸጠ፣ የለወጠ፣ ወይም ለሌላ ሰው የሰጠ ሰው አለ? ☐ አዎ ☐ አይ

(ለምግብ እርዳታ እና ወደ ኋላ የሚሰራ የህክምና ሽፋን ብቻ)?

ማን?	የተለወጠው ወይም ለሌላ ሰው የተሰጠው ነገር ምን ነበር?	ለሌላ ሰው የተሰጠው እቃ የገበያ ዋጋ
		$
		$

ደረጃ 11 ስለ ቤተሰብዎ ወጪዎች ይንገሩን

(ለምግብ፣ ህክምና፣ ወይም የገንዘብ እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ)

እርስዎ መደበኛ ወጪዎችን እንደ ኪራይ፣ የቤት እዳ፣ መገልገያዎች፣ የልጅ ድጋፍ፣ የጥገኛ ሰው እንክብካቤ፣ እና አካል ጉዳተኛ ወይም 60+ ዓመት ለሆኑ ሰዎች የህክምና ወጪዎች ካሉብዎ፣ የምግብ እርዳታዎ ሊጨምር ይችላል። ከታች ከተዘረዘሩት ወጪዎች ማንኛውንም ሪፖርት ማድረግ ወይም ማረጋገጥ አለመቻል ሪፖርት ላልተደረገ ወጪ ቅናሽ መቀበል እንደማይፈልጉ በቤተሰብዎ የተሰጠ መግለጫ ይሆናል።

1. ቤተሰብዎ ከዚህ በታች ለተዘረዘሩት በወር ምን ያክል ይከፍላሉ? (የምግብ እርዳታ ብቻ)

ኪራይ፣ $__________ ወለድ አግድ፣ $__________

የንብረት ግብሮች፣ $__________ የቤት ባለቤቶች የመድን ዋስትና፣ $__________ የኮንዶሚኒየም/የቤት ባለቤቶች ማህበር ክፍያ፣ $__________

ጥያቄ #1 ከመለሱ - የሚከፍለው ማነው? ____________________

2. ለክፍል ለሆነ ሰው ይከፍላሉ? (የምግብ እርዳታ ብቻ) ☐ አዎ ☐ አይ

አዎ ከሆነ፣ ምን ያክል ይከፍላሉ? $__________

ለክፍሉ መክፈል የጀመሩት መቼ ነው? __________

የመኖሪያ ዓይነቱ ምንድን ነው?

☐ የንግድ መኖሪያ ቤት ☐ የግል መኖሪያ ☐ ሌላ፣ __________

በየቀኑ ባበለቤቱ ምን ያህል ምግቦች ይቀርባሉ? __________

ለክፍሉ ምን ያህል ደጋግመው ይከፍላሉ? (ለምሳሌ፣ በየሳምንቱ፣ በየወሩ፣ ወዘተ.) __________

3. ከቤት ኪራይ ውጪ ቤተሰብዎ ለብቻው ለአገልግሎቶች የሚከፍለውን ማንኛውንም ገንዘብ ይምረጡ።

☐ የኤሌክትሪክ ☐ ጋዝ ☐ ነዳጅ ☐ ውሃ ☐ ስልክ (የሞባይል ስልክን ጨምሮ) ሌላ፣ ☐

ጥያቄ #3 ን ከመለሱ - የሚከፍለው ማነው? __________

4. ለኪራይዎ ለማሞቂያ ወይም አየር-ማቀዝቀዣ ለብቻ ይከፍላሉ? ☐ አዎ ☐ አይ
(የምግብ እርዳታ ብቻ)

5. ባለፉት 12 ወራት፣ ከዝቅተኛ-ገቢ የቤይ ሀይል እርዳታ ፕሮግራም (LIHEAP) ጥቅማጥቅሞችን አገኝተዋል? (የምግብ እርዳታ ብቻ) ☐ አዎ ☐ አይ

አዎ ከሆነ፣ ምን ያክል አገኙ ? $__________

6. በቤተሰብዎ ውስጥ ያለ ሁሉም ሰው ቤት-አልባ እና በመላው ወር መጠለያ እየወሰዱ አልነበረም? ☐ አዎ ☐ አይ
(የምግብ እርዳታ ብቻ)

7. ቤተሰብዎ ውስጥ የልጅ ቀለብ የሚከፍል ማንኛውም ሰው አለ? ☐ አዎ ☐ አይ

አዎ ከሆነ፣ ማን? __________

8. ቤተሰቡ የልጅ ቀለብ እንዲከፍል የህግ ግዴታ አለበት? ☐ አዎ ☐ አይ

አዎ ከሆነ፣ በየወሩ መክፈል የሚጠበቅባችሁ ምን ያክል ነው? $__________

በየወሩ ምን ያክል ትከፍላላችሁ? $________

9. **ቤተሰብዎ ውስጥ የጥገኛ እንክብካቤ የሚከፍል ማንኛውም ሰው አለ?** ☐ አዎ ☐ አይ

አዎ ከሆነ፣ ማን? ________

ይህ ሰው ምን ያክል ይከፍላል? $________

በምን ያክል ጊዜ ተደጋግሞ? ________ (በቀን፣ በሳምንት፣ በወር፣ በየሁለት ሳምንት፣ ወዘተ.)

ለማን? ________ ስለማን? ________

10። **እርስዎ ወይም ከቤተሰብዎ ማንኛውም ሰው በሌላ ስቴት ውስጥ በሥራ/በሥራ ፕሮግራሞች ውስጥ ተሳትፋችኋል?** (የምግብ እርዳታ ብቻ) ☐ አዎ ☐ አይ

a. አዎ ከሆነ፣ ማን? ________
b. በሳምንት ምን ያክል ሰዓታት?
c. የትምህርት ቤት/ፕሮግራም ስም፥

11. **ከቤተሰብዎ ማንኛውም ሰው አካል ጉዳተኛ ወይም 60+ ዓመት ሆኖ የህክምና ክፍያዎችን የሚከፍል አለ?** (የምግብ እርዳታ ብቻ) ☐ አዎ ☐ አይ

a. አዎ ከሆነ፣ ማን? ________

b. በየወሩ ምን ያክል ይከፍላሉ? $________

ደረጃ 12 ጠቅላላ የፕሮግራም ጥያቄዎች

(ለምግብ ወይም የገንዘብ እርዳታ ብቻ እያመለከቱ ከሆነ ይሙሉ)

12. **ከቤተሰብዎ ማንኛውም ሰው ከዚህ በፊት ከጥራት መቆጣጠሪያ ገምጋሚ ጋር ለመተባበር ፈቃደኛ ባለመሆኑ ከተጨማሪ የምግብ እርዳታ ፕሮግራም (SNAP) ወይም ጊዜያዊ እርዳታ ለድጋፍ ፈላጊ ቤተሰቦች (TANF) አቋርጦ እንዲወጣ ተደርጓል?** ☐ አዎ ☐ አይ

(የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)

አዎ ከሆነ፣ ማን? ________

13. **እርስዎ ወይም ከቤተሰብዎ ማንኛውም ሰው ከዚህ በፊት እንደ አዋቂ በስቴት እና ፌዴራል ደረጃ ወንጀል ፈጽሞ ተፈርዶበታል ?** (የምግብ እርዳታ ብቻ)

☐ የለም
☐ አዎ፣ ጾታዊ ጥቃትን ያካተተ ጥቃት
☐ አዎ፣ የተባባሰ ወሲባዊ ጥቃት
☐ አዎ፣ የልጆች ወሲባዊ መጠቀም እና ማጥቃት
☐ አዎ፣ ግድያ

አዎ ከሆነ፣ ማን? ________

አዎ ከሆነ፣ እኔ አረጋግጣለሁ________(የተፈረደበት/ባቸው ግለሰብ(ቦች) ስም(ስሞች) በፍርዳቸው ውል እንደሚገዛ/ዙ ያትሙ።

እዚህ ጋር ይፈርሙ ________ ቀን ________

የአመልካች ወይም የተወካይ ፊርማ

ደረጃ 13 የህክምና ወይም ጊዜያዊ የአካል ጉዳተኝነት እርዳታ (IDA)

(የተጨማሪ የዋስትና ገቢ (SSI) ውሳኔ እየተጠባበቁ ለጊዜያዊ የጥሬ ገንዘብ እርዳታ የሚያመለክቱ ከሆነ ብቻ ይሙሉ)

☐ **አዎ** – ከታች ይሙሉ ☐ **አይ** – ወደ ደረጃ 14 ይለፉ

1. የማህበራዊ ዋስትና አስተዳደር (SSI) ጋር የተጨማሪ ዋስትና ገቢ (SSA) ማመልከቻ አስገብተው ያውቃሉ? ?	☐ **አዎ** ☐ **አይ**
2. አዎ ከሆነ፣ የ SSI ማመልከቻዎን SSA ጋር ያቀረቡት መቼ ነው? ____________________	
3. የ SSI ማመልከቻዎ አሁንም በሂደት ላይ ነው?	☐ አዎ ☐ የለም
4. ከዚህ በፊት አስቀድሞ ባስገቡት ማመልከቻ በ SSA ለ SSI ብቃት ተከልክለው ያውቃሉ? (IDA ብቻ) አዎ ከሆነ፣ መቼ ነው ቀርቦ የነበረው? ______________ ለSSI ጥቅማጥቅሞች ለSSA ባስገቡት የመጨረሻ ማመልከቻ ላይ ሪፖርት ማድረግ ያለብዎ ማንኛውም ለውጦች ካሉ፣ እባክዎ ይዘርዝሯቸው፣ ____	☐ አዎ ☐ የለም

ደረጃ 14 የቤተሰብ ጥያቄዎች

(ለምግብ ወይም የገንዘብ እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ፣ ይሙሉ)

1. ባለፉት 30 ቀናት ከሚከተሉት ከቤተሰብዎ ማንኛውም ሰው የወሰደ የትኛውን ነው? (የሚመለከተወን ሁሉ ይምረጡ)

- ☐ የሥራ ማበረታቻ ክፍያ
- ☐ የፌዴራል የተገኘ ገቢ የግብር ብድር (EITC)
- ☐ የጠቅላላ ድምር ክፍያ $________
- ☐ ከላይ ከተገለጹት የትኛውንም አይደለም

2. ቤተሰብዎ ባለፉት 12 ወራት ውስጥ ቅጥር ለማቆየት ወይም ለመቀበል የመለወጫ የጠቅላላ ድምር ክፍያ ወስዷል?	☐ አዎ ☐ አይ
3. እርስዎ አሁን፣ ወይም ባለፈው ጊዜ፣ የቤተሰብ ወይም የቤት ውስጥ ጥቃት ተጠቂ ነዎት/በሩ? (የገንዘብ እርዳታ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ
4. እርስዎ የቤተሰብ ወይም የቤት ውስጥ ጥቃት ምክንያት ለግል እና ለምስጥራዊ ድጋፍ አገልግሎቶች ሪፌር መደረግ ይፈልጋሉ? (የገንዘብ እርዳታ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ
5. የሥራ ወይም የስልጠና ፕሮግራም ውስጥ ለመሳተፍ የሚያስቸግርዎ የአካላዊ ወይም የአዕምሮ ጤና ሁኔታ አለዎት? (ለምግብ እና ገንዘብ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ
6. በአካላዊ ወይም አዕምሯዊ አካል ጉዳተኛ ለሆነ የቤተሰብ አባል እንክብካቤ ለመስጠት ቤት ውስጥ እንዲቆዩ በህክምና ስለተፈለገ ለእርስዎ መስራት ወይም የስልጠና ፕሮግራም ውስጥ መሳተፍ ይከብድዎታል? (ለምግብ እና ገንዘብ ብቻ)	☐ አዎ ☐ አይ
7. ማንኛውም ልጅ ለ90 ተከታታይ ቀናት በላይ ከቤት እንዲቀር ይጠብቃሉ? አዎ ከሆነ፣ ማን፣ እና ከመቼ እስከ መቼ? ________________________	☐ አዎ ☐ አይ

ደረጃ 15 የመረጃ ልውውጥ እና የማመልከቻ ማረጋገጫ

(ለምግብ፣ ህክምና፣ ወይም ገንዘብ እርዳታ እያመለከቱ ከሆነ እባክዎ እነዚህን ማረጋገጫዎች ያንብቡ እና ይፈርሙ)

DHS ስለእርስዎ መረጃ ማግኘት ሊያስፈልገው ይችላል

እኔ DHS ስለኔ መረጃ ከሌሎች ሰዎች፣ ኤጀንሲዎች፣ እና ድርጅቶች እንዲያገኝ ፍቃዴን ሰጥቻለሁ። DHS ከታች የተዘረዘሩትን ሰዎች ሊያገኝ እንደሚችል እረዳለሁ። DHS ከታች ከተዘረዘሩት ውጪ ሌሎች ሰዎችን ሊያገኝ እንደሚችል እረዳለሁ። DHS በዲስትሪክቱ እንዲሁም በሜሪላንድ፣ ቨርጂኒያ፣ እና ሌሎች ስቴቶች ውስጥ ያሉ ሰዎችን ሊያገኝ እንደሚችል እረዳለሁ።

- ሆስፒታሎች፣ ክሊኒኮች፣ እና ሌሎች የህክምና እና የአእምሮ ጤና አቅራቢዎች፣
- የማህበራዊ አገልግሎት ኤጀንሲዎች፣
- የአሁን እና የቀድሞ አሰሪዎች፣
- የአከራይ ኤጀንሲዎች፣ የወለድ አግድ አበዳሪዎች፣ የአገልግሎት ኩባንያዎች፣ የቤት ባለቤቶች፣ እና የመኖሪያ ቤት አስተዳዳሪዎች፣
- ትምህርት ቤቶች (የህዝብ፣ ቻርተርድ፣ እና የግል)፣
- የልጅ እንክብካቤ እና የአዋቂ እንክብካቤ አቅራቢዎች
- ወላጆች እና የልጆች ተንከባካቢዎች፣
- የባህርይ ጤና ዲፓርትመንት (DBH)፣
- የጤና ዲፓርትመንት (DOH)፣
- የ DC የመኖሪያ ቤት ባለስልጣን (DCHA)፣
- የሥራ ቅጥር አገልግሎቶች ዲፓርትመንት (DOES)፣
- የግብር እና የገቢዎች ቢሮ (OTR)፣
- የአገር ውስጥ የገቢዎች አገልግሎት (IRS)፣
- የሞተር ተሽከርካሪዎች ዲፓርትመንት (DMV)፣
- ባንኮች፣ የብድር እና ቁጠባ ማህበሮች፣ እና ሌሎች የአበዳሪ ተቋማት፣
- የአበዳሪ ቢሮዎች እና ሌሎች ሪፖርት አድራጊ ኤጀንሲዎች፣ እና
- እንደአስፈላጊነቱ ማንኛውም ሌሎች ሰዎች፣ ኤጀንሲዎች፣ እና ድርጅቶች

እኔ ለእነዚህ ሁሉም ሰዎች ስለእኔ መረጃዎችን ለDHS እንዲሰጡ ፍቃድ ሰጥቻለሁ። ይህ ስለጤንነቴ፣ ስለ ገቢየ፣ ንብረቶቼ፣ ክፍያዎቼ እና ቤተሰቤ ያሉትን ዝርዝሮች ያካትታል። በተጨማሪ ይህ ስለ እኔ ማንኛውንም የመንግስት፣ የህክምና እና የማህበራዊ አገልግሎቶች ሪከርዶችንም ያካትታል። DHS ሁሉንም የኔን መረጃ በሚስጥር እንደሚይዝ አውቃለሁ። እነዚህ ሰዎች መረጃየን ለ DHS ከመስጠታቸው በፊት የሚያስፈልጋቸው ማንኛውም የተለየ የጽሁፍ ፍቃድ ካለ በመስጠት እተባበራለሁ።

ህገወጥ የጥቅማጥቅሞች አጠቃቀም እና ቅጣቶች

የህዝብ እርዳታ ፕሮግራም ህጎችን ከጣሱ የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የወንጀል ክስ ሊያቀርብብዎ እና ወደ ፊት የህዝብ እርዳታ ለማግኘት ብቁ እንዳይሆኑ የሚያደርግ እርምጃዎችን ሊወስድ ይችላል።

የሚከተሉትን ማድረግ የለብዎትም፣

- ሌላ ሰው የ Medicaid ካርድ/ጥቅማጥቅሞችዎን እንዲጠቀም መፍቀድ፣
- የ DC ነዋሪ መሆንዎን ካቆሙ በኋላ የ Medicaid ካርድ/ጥቅማጥቅሞችዎን መጠቀምዎን መቀጠል፣
- በ Medicaid ሽፋን ላላቸው አገልግሎቶች ከአቅራቢ ክፍያ መቀበል፣ ይህ በጤና እንክብካቤ ፋይናንስ ዲፓርትመንት (DHCF) ፕሮግራም መሠረት የተፈቀደ ካልሆነ በስተቀር፣
- ጥቅማጥቅሞችን ለማግኘት ወይም ማግኘትዎን ለመቀጠል ሀሰተኛ መረጃ መስጠት ወይም መረጃ መደበቅ፣
- የ SNAP ማዛወር ውስጥ መሳተፍ፣ የ SNAP ጥቅማጥቅሞችን፣ ወይም የኤሌክትሮኒክ ጥቅማጥቅም ማስተላለፊያ (EBT) ካርዶችን መቀያየር ወይም መሸጥ፤
- የማይፈቀዱ ቁሳቁሶችን ለመግዛት፣ እንደ አልኮል፣ መድሃኒቶች፣ እና የጦር መሳሪያዎችን ጨምሮ፣ ወይም የብድር አካውንቶች ላይ ለመክፈል SNAPን መጠቀም፤
- እንደ ስልጣን ያለው ተወካይ ወይም እጩ ያልጸደቀን ሰው የእርስዎን EBT PIN (የግል መለያ ቁጥር) እንዲጠቀም መፍቀድ፤
- የሌላ ሰውን ጥቅማጥቅሞችን መጠቀም፤
- ያለ-ፍቃድ የሌላን ሰው EBT ካርድ መጠቀም፤ ወይም፣
- የTANF የያዘ ጥቅማጥቅሞችን የያዘ የEBT ካርድዎን ለመጠጥ መደብር፣ የአዋቂዎች መዝናኛ ቦታ፣ እንደ ስትሪፕ ክለብ ወይም እንደ ካሲኖ ዓይነት የቁማር ቤት ውስጥ መጠቀም።

ህጎችን ስላልተከተሉ የገንዘብ እርዳታዎ ከቀነሰ ወይም ከተዘጋ የ SNAP ጥቅማጥቅሞችዎ አይጨምርም። የቤተሰብ አባል ሆን ተብሎ የሚደረግ የፕሮግራም ጥሰት (IPV) ከፈጸመ፣ ያ ማለት እያወቀ ህጎችን ከሰበረ፤

- DHS ግለሰቡን ከጥቅማ ጥቅም ፕሮግራሙ ውድቅ ሊያደርግ ይችላል።
- DHS ይህን ሰው ለመጀመሪያ ጥሰቱ ለ6 ወራት ውድቅ ሊያደርገው ይችላል(TANF እና የሥራ ቅጥር እና ሀላፊነት ላይ የሚሰራ ፕሮግራም (POWER))።
- DHS ይህን ሰው ለመጀመሪያ ጥሰቱ (SNAP) ወይም ሁለተኛ ጥሰቱ (TANF እና POWER) ለ12 ወራት ውድቅ ሊያደርግ ይችላል።
- DHS ይህን ሰው ለ24 ወራት ውድቅ ሊያደርግ ይችላል፣ ለሁለተኛ ጥሰቱ (SNAP) ወይም ይህ ሰው በSNAP ጥቅማጥቅሞች ኢ-ህጋዊ መድሃኒቶችን ስለመግዛቱ ፍርድ ቤት ለመጀመሪያ ጊዜ ጥፋተኛ መሆኑን ከወሰነ በኋላ።
- DHS ይህን ሰው ለዘላቂነት የጥቅማጥቅሞች ፕሮግራሞች ውስጥ እንዳይሳተፍ ውድቅ ሊያደርገው ይችላል፥
    - ከሦስተኛ ጥሰት(TANF፣ POWER፣ እና SNAP) በኋላ፣ ወይም
    - አንድ ሰው በSNAP ጥቅማጥቅሞች ኢ-ህጋዊ መድሃኒቶችን ስለመግዛቱ ፍርድ ቤት ለሁለተኛ ጊዜ ጥፋተኛ መሆኑን ከወሰነ በኋላ፣ ወይም
    - ይህ ሰው በSNAP ጥቅማጥቅሞች መሳሪያዎችን፣ ጥይቶችን፣ ወይም ፍንዳታዎችን ስለመግዛቱ ፍርድ ቤት ለመጀመሪያ ጊዜ ጥፋተኛ መሆኑን ከወሰነ በኋላ፣ ወይም
    - ይህ ሰው የ$500 ወይም ከዚያ በላይ ዋጋ ያላቸው የSNAP ጥቅማጥቅሞችን ስለመዛወሩ ጥፋተኛ መሆኑን ከወሰነ በኋላ።

DHS ሆን ተብሎ የሚደረግ የፕሮግራም ጥሰትን የሚፈጽም ሰው የጥቅማጥቅሞች ፕሮግራሞች ውስጥ እንዳይሳተፍ በዘላቂነት ውድቅ ሊያደርገው ይችላል

ይህ ሰው በርካታ ጥቅማጥቅሞችን በአንድ ጊዜ ለመቀበል ሲል ስለ ማንነቱ ወይም መኖሪያውን በተመለከተ ሀሰተኛ መግለጫ በመስጠት ጥፋተኛ ሆኖ ከተገኘ DHS ይህን ሰው ለአስር ዓመታት ውድቅ ሊያደርገው ይችላል።

ማንኛውንም ህጎች ሆን ብሎ የሚሰብር ማንኛውም አባል ከአንድ ዓመት እስከ ዘላቂነት ከ SNAP ፕሮግራም መታገድ፣ እስከ $250,000 የሚደርስ ገንዘብ መቀጣት፣እስከ 20 ዓመታት መታሰር፣ ወይም ሁለቱም ሊፈረድበት ይችላል።

እንዲሁም ዳኛ ይህን ሰው ለተጨማሪ 18 ወራት የTANF እና/ወይም SNAP ጥቅማጥቅሞች ውድቅ ማድረግ ይችላል። እንዲሁም ግለሰቡ በሌሎች የፌዴራል ህጎች ስር ተጨማሪ ምርመራ ሊደረግበት ይችላል። በአንድ ዓመት ውስጥ አራት (4) ወይም ከዚያ በላይ መተኪያ የEBT ካርዶችን የሚጠይቁ ግለሰቦች ለጥቅማጥቅሞች ዝውውር ምርመራ ወደ ኮሎምቢያ ዲስትሪክት ጠቅላይ ተቆጣጣሪ ሊላክ ይችላል።

እኔ ሀሰተኛ መረጃ ቢሆን ቅጣት የሚወሰንብኝ መሆኑን እያወቅኩ፣ የተሰጠው መረጃ እኔ እስከማውቀው ድረስ እና በኔ እምነት ትክክል መሆኑን እና ጥቅማጥቅሞችን የማመለከትላቸው ሰው(ዎች) የ U.S. ዜጋ(ዎች) ወይም በዩናይትድ ስቴትስ ውስጥ በህጋዊ መንገድ የሚኖሩ መሆናቸውን አረጋግጣለሁ እና እገልጻለሁ።

እዚህ ጋር ይፈርሙ፦ ________________________ ቀን ________________

የአመልካች ወይም የተወካይ ፊርማ

ደረጃ 16 ☐ TANF አመልክተዋል? (ለህክምና እርዳታ ብቻ አመልክተው ከሆነ፣ ወደ ደረጃ 19 ይለፉ)

☐ **አዎ፣** TANF ግምገማዎ ከታች ያሉ መመሪያዎችን በመጠቀም ቀጠሮ ይያዙ እና ይህን ገጽ (40) እና ገጽ 57 ወደ ቀጠሮዎ ይዘው ይምጡ።

አይ – ለምግብ እርዳታ አመልክተው ከሆነ ወደ ደረጃ17 ይለፉ።
ለህክምና እርዳታ አመልክተው ከሆነ፣ ምንም ተጨማሪ መረጃ አያስፈልግም።

ለTANF (ገንዘብ) ጥቅማጥቅሞች ብቁ ለመሆን፣ የማስጀመሪያ/ግምገማን ማጠናቀቅ እና የግል ሀላፊነት እቅድን (IRP) መፈረም አለብዎ። ይህ ሊጠናቀቅ የሚገባው ለጥቅማጥቅሞች ይህ ማመልከቻ ከገባ በኋላ በ45 ቀናት ውስጥ ነው።

ቀጠሮን እንዴት እይዛለሁ?

ቀጠሮ ለማስያዝ፣ መደመወል ወይም የሥራ እድል የቤተሰብ መገልገያ ማእከል ቢሮን ከመገኛዎቹ ወደ አንዱ መምጣት አለብዎ። ቀጠሮዎች ከሰኞ-ሐሙስ ከ 8:15-3:00 ይቀርባሉ።

Anacostia (አናኮስቲያ) 2100 Martin Luther King Jr. Ave. S.E. Suite 402 Washington, D.C. 20020	**Fort Davis (ፎርት ዴቪስ)** 3851 Alabama Ave. S.E. Washington, D.C. 20020	Congress Heights (ኮንግሬስ ሄይትስ) 4049 South Capitol Street. SW Washington, DC 20032
H Street (ኤች ስትሪት) 645 H St. N.E. Washington, D.C. 20002	**Taylor Street (ቴይለር ስትሪት)** 1207 Taylor Street, N.W. Washington, D.C. 20011	

የእኔ ገለጻ/ግምገማ ምን ያህል ጊዜ ይሆናል?

ቢያንስ 90 ደቂቃዎችን በቢሮ ለማሳለፍ ማቀድ አለብዎት። ለዚህ መገናኘት ቀጠሮ መያዝ እና መጠበቅ የእርስዎ ሀላፊነት ነው።

ወደ እኔ ገለጻ/ግምገማ ምን ይዤ መምጣት አለብኝ?

ይህን ቅጽ (ገጽ 40) የማመልከቻ ደረሰኝዎ (ገጽ 57) እና ፎቶ ያለው መታወቂያ ቁጥር ይዘው መምጣት አለብዎ።

ወደ እኔ ገለጻ/ግምገማ ቀጠሮየ መሄጃ እና መመለሻ ጉዞየ ወጪዎች ይሸፈናሉ?

የባቡር እርዳታ/ተመላሽ ክፍያ በሥራ እድል ቢሮ በጥያቄ መሰረት ሊቀርብ ይችላል።

የአመልካች ሙሉ ስም	(የልደት ቀን)	የጉዳይ ቁጥር

ገለጻን፣ ግምገማን ማጠናቀቅ እና IRPን መፈርም አለመቻል የጥቅማጥቅሞች መከልከልን እንደሚያስከትል እረዳለሁ።

የአመልካች ወይም የተወካይ ፊርማ፡ ____________________ ቀን፡ __________

የOWO ሠራተኛ ፊርማ፡ ____________________ የአገልግሎት ማዕከል፡ __________ ቀን፡ __________

አባሪ A

በሥራ ምክንያት የሚገኝ የጤና ሽፋን

(እባክዎ የሚሞሉት ለህክምና እርዳታ የሚያመለክቱ ከሆነ እና ቤተሰብዎ ውስጥ ያለ ሌላ ሰው በሥራ ምክንያት የጤና ሽፋን ካላቸው ብቻ ነው)

የጸደቀ የ OMB ቅጽ ቁጥር፡ 0938-1191

በሥራ ምክንያት የሚገኝ የጤና ሽፋን

ቤተሰብዎ ውስጥ ያለ ሰው በሥራ ምክንያት ለሚገኝ የጤና ሽፋን ብቁ ካልሆነ በስተቀር እነዚህን ጥያቄዎች መመለስ አይጠበቅብዎትም። ሽፋን ለሚሰጥ ለእያንዳንዱ ሥራ የዚህን ገጽ ቅጂ ያያይዙ።

ሽፋን ስለሚሰጠው ሥራ ይንገሩን።
እነዚህን ጥያቄዎች ለመመለስ በሚቀጥለው ገጽ ያለውን የአሰሪ ሽፋን መሳሪያን ሽፋን ለሚሰጠው አሰሪ ይውሰዱላቸው። ማመልከቻዎን ሲልኩ መላክ ማካተት የሚጠበቅብዎ ይህን ገጽ ብቻ ነው፣ የአሰሪ ሽፋን መሳሪያን አይደለም።

የሰራተኛው መረጃ

የሰራተኛው ስም (የመጀመሪያ፣ የአባት፣ የአያት)	የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN)

የአሰሪ መረጃ

የአሰሪ ስም	የአሰሪ የመታወቂያ ቁጥር (EIN)	
የአሰሪ አድራሻ	የአሰሪ የስልክ ቁጥር	
ከተማ	ስቴት	ZIP
በዚህ ሥራ ላይ ስለ የሰራተኛ የጤና ሽፋን ጉዳይ ማግኘት ያለብን ማንን ነው?		
የስልክ ቁጥር (ከላይ ካለው የተለየ ከሆነ)	የኢሜይል አድራሻ	

እርስዎ በአሁን ወቅት በዚህ አሰሪ ለሚሰጠው ሽፋን ብቁ ኖት፣ ወይም በሚቀጥሉት 3 ወራት ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ?

☐ **አዎ** (ይቀጥሉ)

እርስዎ በመጠባበቅ ላይ ወይም በአመክሮ ጊዜ ላይ ከሆኑ፣ በሽፋኑ ላይ መመዝገብ ይችላሉ?(ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) ______

በዚህ ሥራ አማካኝነት ብቁ የሆነውን ማንኛውም ሰው ስም ይዘርዝሩ።

ስም፦ ______ ስም፦ ______

ስም፦ ______ ስም፦ ______

☐ **አይ** (እዚህ ላይ ያቁሙ እና በማመልከቻው ላይ ወደ ገጽ 5 ይሂዱ)

በዚህ አሰሪ የሚሰጠውን *የጤና እቅድ* በተመለከተ የበለጠ ይንገሩን

አሰሪው ዝቅተኛን የዋጋ መስፈርት የሚያሟላ የጤና እቅድ ይሰጣል*? ☐ አዎ ☐ አይ

ለሰራተኛው ብቻ የሚሰጠው የዝቅተኛ ዋጋ መስፈርትን* ለሚያሟላው ዝቅተኛ ወጪ ስላለው እቅድ (የቤተሰብ እቅዶችን አያካትቱ)፣ አሰሪው የደህንነት ፕሮግራሞች ካሉት፣ ለማንኛውም የሲጋራ ማቆሚያ ፕሮግራሞች ሰራተኛው ከፍተኛውን ቅናሽ ካገኘ/ች በኋላ መክፈል ያለባቸውን የአረቦን መጠን፣ እና በደህንነት ፕሮግራሞች መሠረት ምንም ዓይነት ሌላ ቅናሽ ካላገኙ ሊከፍሉ የሚገባውን መጠን ይግለጹ።

* የጤና እቅድ ዝቅተኛውን የዋጋ መስፈርት አሟልቷል የሚባለው ለመደበኛ የህዝብ ብዛት ለአጠቃላይ የህክምና ወጪ ቢያንስ 60% ከከፈለ እና የሆስፒታል እና የሀኪም አገልግሎቶችን አብዛኛውን ክፍያ መሸፈን ከቻለ ነው። አብዛኛዎቹ ሥራን መሠረት ያደረጉ እቅዶች የዝቅተኛውን ዋጋ መስፈርት ያሟላሉ።

ሰራተኛው ለዚህ እቅድ መክፈል ያለበት የአረቦን መጠን ምን ያክል ነው?	$

በምን ያክል ጊዜ ተደጋግሞ? ☐ ሳምንቱ ☐ በ…ለት ሳምንቱ ☐ በወር …ለት ጊዜ ☐ በወር አ… ጊዜ ☐ በየሩብ ዓ… ☐ በየዓመቱ

ለአዲሱ የእቅድ ዓመት አሰሪው ምን ዓይነት ለውጥ ያደርጋል (የሚታወቅ ከሆነ)? ☐ አሰሪው የጤና ሽፋን አይሰጥም ☐ አሰሪው የጤና ሽፋን ለሰራተኞቹ መስጠት የሚጀምረው ወይም አረቦኑን ወደ ዝቅተኛ ወጪ እቅድ የሚቀይረው ዝቅተኛ የዋጋ መስፈርት* ለሚያሟላ ሰራተኛ ነው(አረቦኑ ለጤና ደህንነት ፕሮግራሞች ያለውን ቅናሽ ማሳየት አለበት።)	
ሰራተኛው ለዚህ እቅድ መክፈል ያለበት የአረቦን መጠን ምን ያክል ነው?	$
በምን ያክል ጊዜ ተደጋግሞ? ☐ሳምንቱ በ☐ለት ሳምንቱ በወር☐ለት ጊዜ በወር አ☐ ጊዜ በየሩብ ዓ☐ ☐ በየዓመቱ	
የተቀየረበት ቀን፥ (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)	

የአሰሪው ሽፋን መሳሪያ

የጸደቀ የ OMB ቅጽ
ቁጥር፣ 0938-1191

በህክምና እርዳታ ማመልከቻዎ አባሪ A፣ ላይ ያሉትን ጥያቄዎች ለመመለስ ለማገዝ ይህንን መሣሪያ ይጠቀሙ። የማመልከቻው ያ ክፍል እርስዎ ብቁ ስለሆኑባቸው ማንኛውም የአሰሪ የጤና ሽፋንን የሚመለከቱ ጥያቄዎችን ይጠይቃል (***ይህ እንደ ወላጅ ወይም ባለቤት ዓይነት ሌላ ሰው በሥራው ምክንያት ከሚያገኘው የመነጨ ቢሆንም እንኳን***)። ከታች ባሉት ሳጥኖች ላይ ያሉት መረጃዎች በአባሪ A.ካሉት ጋር የሚጣጣሙ ናቸው። ለምሳሌ፣ በዚህ ገጽ ለጥያቄ 14 የሰጡትን መልስ በአባሪ A ጥያቄ 14 ላለው መጠቀም ይችላሉ።

በሳጥን 1 እና 2 ስምዎን እና የማህበራዊ ዋስትና ቁጥርዎን ይጻፉ እና የቅጹን ቀሪውን ክፍል አሰሪው እንዲሞሉ ይጠይቋቸው። ብቁ የሆኑበትን የጤና ሽፋን ለሚሰጥ *ለእያንዳንዱ* አሰሪ አንድ ቅጽ ይሙሉ።

የሰራተኛው መረጃ

ይህን ክፍል መሙላት ያለበት ሰራተኛው ነው።

1. የሰራተኛ ስም፣ (የመጀመሪያ፣ የአባት፣ የአያት)	2. የሰራተኛው የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN)

የአሰሪ መረጃ

ስለዚህ መረጃ አሰሪውን ይጠይቁ።

3. የአሰሪ ስም	4. የአሰሪ የመታወቂያ ቁጥር (EIN)	
5. የአሰሪ አድራሻ (Marketplace ማስታወቂያዎቹን የሚልከው ወደዚህ አድራሻ ነው)	6. የአሰሪ የስልክ ቁጥር	
7. ከተማ	8. ስቴት	9. ዚፕ ኮድ
10። በዚህ ሥራ ላይ ስለ የሰራተኛ የጤና ሽፋን ጉዳይ ማግኘት ያለብን ማንን ነው?		
11. የስልክ ቁጥር (ከላይ ካለው የተለየ ከሆነ)	12. የኢሜይል አድራሻ	

13. ሰራተኛው በአሁን ወቅት በዚህ አሰሪ ለሚሰጠው ሽፋን ብቁ ነው፣ ወይም በሚቀጥሉት 3 ወራት ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ?

አዎ (ወደ ጥያቄ 13a ይሂዱ)።

13a. ሰራተኛው በመጠባበቅ ወይም ደግሞ የሙከራ ጊዜው ላይ በመሆኑም ጭምር ዛሬ ብቁ ካልሆነ፣ ለሽፋን ብቁ የሚሆኑት መቼ ነው?_
______________________________ (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ) (ወደ ቀጣዩ ጥያቄ ይሂዱ)

አይ (ያቁሙ እና ይህን ቅጽ ለሰራተኛው ይመልሱ)

በዚህ አሰሪ የሚሰጠውን *የጤና እቅድ* በተመለከተ የበለጠ ይንገሩን

አሰሪው የሰራተኛውን ባለቤት እና ጥገኛን የሚያካትት የጤና እቅድ ይሰጣል?

☐ **አዎ፣ የትኞቹን ሰዎች?** ባለቤት ጥገኛ(ዎች)

☐ **አይ** (ወደ ጥያቄ 14 ይሂዱ)

14. አሰሪው ዝቅተኛን የዋጋ መስፈርት የሚያሟላ የጤና እቅድ ይሰጣል*?

አዎ (**ወደ ጥያቄ 15 ይሂዱ**) አይ (**ያቁሙ እና ይህን ቅጽ ለሰራተኛው ይመልሱ**)

15. ለሰራተኛው ብቻ የሚሰጠው የዝቅተኛ ዋጋ መስፈርትን* ለሚያሟላው ዝቅተኛ ወጪ ስላለው እቅድ (የቤተሰብ እቅዶችን አያካትቱ)፣ አሰሪው የጤና ደህንነት ፕሮግራሞች ካሉት፣ ለማንኛውም የሲጋራ ማቆሚያ ፕሮግራሞች ሰራተኛው ከፍተኛውን ቅናሽ ካገኘ/ች በኋላ መክፈል ያለባቸውን የአረቦን መጠን፣ እና በጤና ደህንነት ፕሮግራሞች መሠረት ምንም ዓይነት ሌላ ቅናሽ ካላገኙ ሊከፍሉ የሚገባውን መጠን ይግለጹ።

a. ሰራተኛው ለዚህ እቅድ መክፈል ያለበት የአረቦን መጠን ምን ያክል ነው?	$

b. በምን ያክል ጊዜ ተደጋግሞ? ☐ሳምንቱ በ☐ለት ሳምንቱ በወር☐ለት ጊዜ በወር አ☐ ጊዜ በየሩብ ዓ☐

☐ በየዓመቱ

የእቅድ ዓመቱ በቅርቡ የሚያበቃ ከሆነ እና የሚሰጠው የጤና እቅዶች እንደሚቀየር ካወቁ፣ ወደ ጥያቄ 16 ይሂዱ። የማያውቁ ከሆነ፣ **ያቁሙ** እና ይህን ቅጽ ለሰራተኛው ይመልሱ።

ለአዲሱ የእቅድ ዓመት አሰሪው ምን ዓይነት ለውጥ ያደርጋል (የሚታወቅ ከሆነ)?

☐ አሰሪው የጤና ሽፋን አይሰጥም

☐ አሰሪው የጤና ሽፋን ለሰራተኞቹ መስጠት የሚጀምረው ወይም አረቦኑን ወደ ዝቅተኛ ወጪ እቅድ የሚቀይረው ዝቅተኛ የዋጋ መስፈርት* ለሚያሟላ ሰራተኛ ነው(አረቦኑ ለጤና ደህንነት ፕሮግራሞች ያለውን ቅናሽ ማሳየት አለበት።)

ሰራተኛው ለዚህ እቅድ መክፈል ያለበት የአረቦን መጠን ምን ያክል ነው?	$

በምን ያክል ጊዜ ተደጋግሞ? ☐ሳምንቱ በ☐ለት ሳምንቱ በወር☐ለት ጊዜ በወር አ☐ ጊዜ በየሩብ ዓ☐ ☐ በየዓመቱ

የተቀየረበት ቀን፣ ____________________ (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)

አባሪ B — የአሜሪካዊ ህንድ/የአላስካ ተወላጅ መታወቂያ

የጸደቀ የ OMB ቅጽ
ቁጥር፣ 0938-1191

አሜሪካዊ ህንድ ወይም የአላስካ ተወላጅ ቤተሰብ (AI/AN)

እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል አሜሪካዊ ህንድ ወይም የአላስካ ተወላጅ ከሆናችሁ ይህን አባሪ ይሙሉ። ይህን ከተቀናጀ የምግብ፣ የህክምና፣ እና የጥሬ ገንዘብ ጥቅማጥቅሞች ማመልከቻ ጋር አብረው ያስገቡ።

ስለ አሜሪካዊ ህንድ ወይም የአላስካ ተወላጅ የቤተሰብ አባል(ሎች)ዎ ለኛ ይንገሩን።

አሜሪካዊ ህንዶች እና የአላስካ ተወላጆች ከህንድ የጤና አገልግሎቶች፣ የጎሳ ጤና ፕሮግራሞች፣ ወይም የከተማ የህንድ የጤና ፕሮግራሞች አገልግሎቶችን ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪ እነሱ ወጪ መጋራትን ላይከፍሉ ይችላሉ እና ልዩ ወርሃዊ የመመዝገቢያ ጊዜዎችን ሊያገኙ ይችላሉ። ቤተሰብዎ የተሻለውን ጥቅም ማግኘታቸውን ለማረጋገጥ የሚከተለውን ጥያቄ ይመልሱ።

ማስታወሻ፥ የሚያካትቷቸው ሌሎች ሰዎች ካሉ፣ ይህን ገጽ ኮፒ አድርገው ያያይዙ።

	አሜሪካዊ ህንድ/የአላስካ ተወላጅ ሰው 1		አሜሪካዊ ህንድ/የአላስካ ተወላጅ ሰው 2	
1. ስም (የመጀመሪያ ስም፣ የአባት ስም፣ የአያት ስም)	የመጀመሪያ	የአባት	የመጀመሪያ	የአባት
	የአያት		የአያት	
2. በፌደራል እውቅና የተሰጠው ጎሳ አባል?	☐ አዎ አዎ ከሆነ፣ የጎሳ ስም፣		☐ አዎ አዎ ከሆነ፣ የጎሳ ስም፣	
	☐ አይ		☐ አይ	

3. ይህ ሰው ከህንድ የጤና አገልግሎቶች፣ የጎሳ ጤና ፕሮግራሞች፣ ወይም የከተማ የህንድ የጤና ፕሮግራሞች፣ ወይም በእነዚህ ፕሮግራሞች አማካኝነት በአንዱ በተሰጠ ሪፈር አገልግሎቶችን አግኝተው ያውቃሉ?	❑ አዎ ❑ አይ **አይ ከሆነ**፣ ይህ ሰው ከህንድ የጤና አገልግሎቶች፣ የጎሳ ጤና ፕሮግራሞች፣ ወይም የከተማ የህንድ የጤና ፕሮግራሞች፣ ወይም በእነዚህ ፕሮግራሞች አማካኝነት በአንዱ በተሰጠ ሪፈር አገልግሎቶችን ለማግኘት ብቁ ናቸው? ❑ አዎ ❑ አይ	❑ አዎ ❑ አይ **አይ ከሆነ**፣ ይህ ሰው ከህንድ የጤና አገልግሎቶች፣ የጎሳ ጤና ፕሮግራሞች፣ ወይም የከተማ የህንድ የጤና ፕሮግራሞች፣ ወይም በእነዚህ ፕሮግራሞች አማካኝነት በአንዱ በተሰጠ ሪፈር አገልግሎቶችን ለማግኘት ብቁ ናቸው? ❑ አዎ ❑ አይ
4. የተገኘው የተወሰነ ገንዘብ ለ Medicaid ወይም ለህጻናት የጤና መድን ዋስትና (CHIP) መቆጠር የለበትም። በማመልከቻዎ ከእነዚህ ምንጮች ሪፖርት የተደረገ ማንኛውም ገቢ (መጠኑን እና በምን ያክል ጊዜ) ይዘርዝሩ፣ • ከተፈጥሮ መብቶች፣ የመጠቀም መብቶች፣ ሊዞች ወይም ሮያሊቲዎች ከዚያ ጎሳ ለመጡ የሚከፈል የነፍስ ወከፍ ክፍያዎች • በውስጥ ጉዳዮች ዲፓርትመንት የህንድ የትረስት መሬት ነው ተብሎ ከተመደበው ለተፈጥሮ ሀብቶች፣ ለእርሻ፣ ለግጦሽ፣ ለዓሳ ማስገር፣ ለኪራይ፣ ወይም ሮያሊቲዎች የተደረጉ ክፍያዎች (ለማቆያ እና አስቀድሞ ለተደረጉ ማቆያዎችን ጨምሮ) • ባህላዊ ትርጉም ያላቸውን ነገሮች ከመሸጥ የተገኘ ገንዘብ	$ በምን ያክል ጊዜ ተደጋግሞ? ___________	$ በምን ያክል ጊዜ ተደጋግሞ? ___________

አባሪ C ሥልጣን ላለው ተወካይ ፍቃድ መስጫ

ሰዎች እስከ 3 ሚናዎች ውስጥ እርስዎን ወክለው እንዲሰሩ መሰየም ይችላሉ። ለMedicaid፣ በተጨማሪ ድርጅትን መምረጥ ይችላሉ። ለእያንዳንዱ ሚና ማንን መጻፍ እንደሚቻል ለማወቅ ገጽ 54 ይመልከቱ።

☐ SNAP

ጥሬ ገንዘብ

ሕክምና ☐

ተወካይ - ይህ ሰው/ድርጅት ለጥቅማጥቅሞች ማመልከት፣ የቃለ-መጠይቅ እርዳታ ማቅረብ፣ ማስታወቂያዎችን መቀበል፣ ለውጦችን ሪፖርት ማድረግ፣ እና ጥያቄዎችን ማቅረብ ይችላል። የእርስዎ ቤተሰብ ተወካይ ትክክል ያልሆነ መረጃ ባለማቅረቡ በተነሳ ለሚከሰት የመጠን በላይ ወጪ ተጠያቂ ይሆናል።

ሙሉ ስም		ሰው ከሆነ፣ የትውልድ ቀን		
ስልክ		ኢሜይል		
አድራሻ	ክፍል	ከተማ	ስቴት	ZIP

ይህ ሰው የሚከተሉትን እንዲያደርግ ስልጣን ሰጥቻለሁ፥ (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ)

☐ ለጥቅማጥቅሞች ማመልከት ☐ የቃለመጠይቅ እርዳታ ☐ ማስታወቂያዎችን መቀበል

☐ ለውጦችን ሪፖርት ማድረግ ☐ ጥያቄዎችን

☐ SNAP

ጥሬ ገንዘብ

☐ ልክ እንደ ተወካይ

ተሰያሚ/እጩ - ይህ ሰው ስሙን የያዘ የኤሌክትሮኒክ ጥቅማጥቅም ማስተላለፊያ (EBT) ካርድ ብቻ ይደርሰዋል እና እርስዎን ወክሎ የእርስዎ የገንዘብ እና የምግብ ጥቅማጥቅሞች (የምግብ እና የገንዘብ ብቻ) ማግኘት ይችላል

ሙሉ ስም		የትውልድ ቀን		
ስልክ		ኢሜይል		
አድራሻ	ክፍል	ከተማ	ስቴት	ZIP

☐ ልክ እንደ ተወካይ

☐ ልክ እንደ ተሰያሚ

መልዕክተኛ -ይህ ሰው የእርስዎን የኤሌክትሮኒክ ጥቅማጥቅም ማስተላለፊያ (EBT) ካርድ ከEBT ቢሮ ሄዶ መውሰድ ይችላል (የምግብ እና የገንዘብ ብቻ)።

ሙሉ ስም		የትውልድ ቀን		
ስልክ		ኢሜይል		
አድራሻ	ክፍል	ከተማ	ስቴት	ZIP

ይህን በመፈረም፣ ከላይ የተሰየመ(ሙ) ግለሰብ(ቦች) እኔን ወክሎ(ለው) ለመስራት ፍቃድ እንዳለው(ቸው) አረጋግጣለሁ። እያወቀ የሐሰት መረጃን የሚያቀርብ ማንኛውም ሰው በሚመለከታቸው የፌዴራል እና የስቴት ሕጎች ስር ሊከሰስ እንደሚችል እረዳለሁ። ስልጣን ያለው ተወካይ እያወቀ ስለ ቤተሰቡ ሁኔታ የሐሰት መረጃ እንዳቀረበ ወይም የጥቅማጥቅሞች አላግባብ መጠቀም እንደፈጸመ ዲስትሪክቱ ከወሰነ፣ ያ ሰው ለአንድ ዓመት ያህል ስልጣን ያለው ተወካይ እንዳይሆን ውድቅ ሊያደርገው ይችላል። እንደ ስልጣን ያለው ተወካይ የመስራት ስልጣን ስልጣኑን እኔ እስከሚያሻሽል ወይም ተወካዩ ከእንግዲህ በኋላ እኔን ወክሎ ለመስራት ስልጣን እንደሌለው ለኤጀንሲው እስከሚያሳውቅ ድረስ ተቀባይነት አለው፣ ወይም ስልጣን ያለው ተወካይ እሱ ወይም እሷ ከዚህ በኋላ በዚህ አቅም እንደማይሰራ/እንደማትሰራ ኤጀንሲውን ካሳወቀ/ች፣ ወይም የግለሰቡ ወይም የድርጅቱ ስልጣን የተመሰረተበት የህግ ስልጣን ውስጥ ለውጥ ካለ በስተቀር።

የአመልካች ፊርማ ______________________ ቀን ______________

እኔ፣ የአመልካችን ወይም በኤጀንሲው የቀረበ ተጠቃሚን የሚመለከት የማንኛውም መረጃ ሚስጥራዊነትን ለመጠበቅ፣ ወይም የህግ ግዴታየን ለመጠበቅ እስማማለሁ።

(የMedicaid ስልጣን ያለው ተወካይ አቅራቢ ወይም የሰራተኛ አባል ወይም የድርጅት በጎ ፈቃደኛ ከሆነ) እኔ የፍላጎቶች መጻረር እና የመረጃ ሚስጥራዊነትን በተመለከተ
የ በ 42 CFR ክፍል 431፣ ንዑስ ክፍል F እና በ 45 CFR §155.260(f)፣ 42 CFR §447.10 ውስጥ ያሉ ደንቦች፣ እንዲሁም ሌሎች የስቴት እና የፌዴራል ህጎችን እንደሚከተል አረጋግጣለሁ።

__________________________________ _______________

ስልጣን የተሰጠው ተወካይ ፊርማ ቀን

__________________________________ _______________

ስልጣን ያለው ተሰያሚ/እጩ ፊርማ ቀን

__________________________________ _______________

ስልጣን ያለው መልዕክተኛ ፊርማ ቀን

አባሪ D

ወደ ኋላ የሚሰራ የ Medicaid ተጨማሪ ጥያቄዎች

(እባክዎ ይህን የሚሞሉት ያመለከቱት ለህክምና እርዳታ ብቻ ከሆነ እና ለጥያቄ 36 መልስዎ አዎ ከሆነ የጥያቄ 36 ንዑስ ጥያቄዎችንም በሚመለከት የመለሱት አዎ ብለው ከሆነ ብቻ ነው።

ይህ መረጃ አሁን ከሌሎት፣ ይህን ማመልከቻ ካስገቡበት ጊዜ ጀምሮ እስከ 9 ወራት ድረስ ለእነዚህ ወራት ማመልከት ይችላሉ።

የነዋሪነት ታሪክ፣ እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል ይህን ማመልከቻ ከማስገባትዎ 3 ወራት ቀደም ብለው የዲስትሪክቱ ነዋሪ ካልነበሩ፣ እባክዎ የዲስትሪክቱ ነዋሪ ላልነበሩት ለእያንዳንዱ ሰው ከታች ያለውን ሰንጠረዥ ይሙሉ።

<table>
<tr><th>የመጀመሪያ ወር</th><th>ወር</th><th>ዓመት</th><th>ሁለተኛ ወር</th><th>ወር</th><th>ዓመት</th><th>ሦስተኛ ወር</th><th>ወር</th><th>ዓመት</th></tr>
<tr><th>የአባል ስም</th><th colspan="2">ስቴት</th><th>የአባል ስም</th><th colspan="2">ስቴት</th><th>የአባል ስም</th><th colspan="2">ስቴት</th></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

ዜግነት/ብቁ የሆነ የኢሚግሬሽን ሁኔታ መረጃ፥ እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል ከዚህ ማመልከቻ በፊት ባሉት 3 ወራት የዜግነት/የብቁ የአምግሬሽን ስታተስ ለውጥ ካላችሁ፣ እባክዎ በቤተሰብዎ ውስጥ ይህ ለውጥ ላጋጠመው ለእያንዳንዱ ሰው ከታች ያለውን ሰንጠረዥ ይሙሉ።

<table>
<tr><th>የመጀመሪያ ወር</th><th>ወር</th><th>ዓመት</th><th>ሁለተኛ ወር</th><th>ወር</th><th>ዓመት</th><th>ሦስተኛ ወር</th><th>ወር</th><th>ዓመት</th></tr>
<tr><th>የአባል ስም</th><th colspan="2">የኢሚግሬሽን ሁኔታ (ስታተስ)</th><th>የአባል ስም</th><th colspan="2">የኢሚግሬሽን ሁኔታ (ስታተስ)</th><th>የአባል ስም</th><th colspan="2">የኢሚግሬሽን ሁኔታ (ስታተስ)</th></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

የግብር መረጃ፥ እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል ከዚህ ማመልከቻ በፊት ባሉት 3 ወራት የታክስ ማሳወቂያ ሁኔታ ለውጥ ካላችሁ፣ እባክዎ በቤተሰብዎ ውስጥ ይህ ለውጥ ላጋጠመው ለእያንዳንዱ ሰው ከታች ያለውን ሰንጠረዥ ይሙሉ።

የመጀመሪያ ወር	ወር	ዓመት	ሁለተኛ ወር	ወር	ዓመት	ሦስተኛ ወር	ወር	ዓመት
የአባል ስም	**የግብር ክፍያ ሁኔታ** (የግብር ከፋይ፣ የግብር ጥገኛ፣ ከፋይ-ያልሆነ)		**የአባል ስም**	**የግብር ክፍያ ሁኔታ** (የግብር ከፋይ፣ የግብር ጥገኛ፣ ከፋይ-ያልሆነ)		**የአባል ስም**	**የግብር ክፍያ ሁኔታ** (የግብር ከፋይ፣ የግብር ጥገኛ፣ ከፋይ-ያልሆነ)	

የገቢ ታሪክ፥ እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል ከዚህ ማመልከቻ በፊት ባሉት 3 ወራት የገቢ ለውጥ ካላችሁ፣ እባክዎ በቤተሰብዎ ውስጥ ይህ ለውጥ ላጋጠመው ለእያንዳንዱ ሰው ከታች ያለውን ሰንጠረዥ ይሙሉ።

የመጀመሪያ ወር	ወር	ዓመት	ሁለተኛ ወር	ወር	ዓመት	ሦስተኛ ወር	ወር	ዓመት
የአባል ስም	**የገቢ ዓይነት** (ደሞዝ/ደሞዞች፣ ጡረታ፣ ሥራ አጥነት፣ የግል-ስራ ገቢ፣ ማህበራዊ ዋስትና፣ ወዘተ.)		**የአባል ስም**	**የገቢ ዓይነት** (ደሞዝ/ደሞዞች፣ ጡረታ፣ ሥራ አጥነት፣ የግል-ስራ ገቢ፣ ማህበራዊ ዋስትና፣ ወዘተ.)		**የአባል ስም**	**የገቢ ዓይነት** (ደሞዝ/ደሞዞች፣ ጡረታ፣ ሥራ አጥነት፣ የግል-ስራ ገቢ፣ ማህበራዊ ዋስትና፣ ወዘተ.)	

ሌላ የህክምና ሽፋን፥ እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል ከዚህ ማመልከቻ በፊት ባሉት 3 ወራት የህክምና ሽፋን ለውጥ ካላችሁ፣ እባክዎ በቤተሰብዎ ውስጥ ይህ ለውጥ ላጋጠመው ለእያንዳንዱ ሰው ከታች ያለውን ሰንጠረዥ ይሙሉ።

የመጀመሪያ ወር	ወር	ዓመት	ሁለተኛ ወር	ወር	ዓመት	ሦስተኛ ወር	ወር	ዓመት
የአባል ስም	**የሽፋን ዓይነት**	**ሽፋን ተጀመረ ወይም ቆመ?**	**የአባል ስም**	**የሽፋን ዓይነት**	**ሽፋን ተጀመረ ወይም ቆመ?**	**የአባል ስም**	**የሽፋን ዓይነት**	**ሽፋኑ ተጀመረ ወይም አበቃ?**

አካል ጉዳተኝነት፣ እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል ከዚህ ማመልከቻ በፊት ባሉት 3 ወራት የአካል ጉዳተኝነት ሁኔታ ለውጥ ካላችሁ፣ እባክዎ በቤተሰብዎ ውስጥ ይህ ለውጥ ላጋጠመው ለእያንዳንዱ ሰው ከታች ያለውን ሰንጠረዥ ይሙሉ።

የመጀመሪያ ወር	**ወር**	**ዓመት**	**ሁለተኛ ወር**	**ወር**	**ዓመት**	**ሦስተኛ ወር**	**ወር**	**ዓመት**
የአባል ስም	**የአካል ጉዳተኝነት ሁኔታ** (ማየት የተሳነው ወይም አካል ጉዳተኛ)		**የአባል ስም**	**የአካል ጉዳተኝነት ሁኔታ** (ማየት የተሳነው ወይም አካል ጉዳተኛ)		**የአባል ስም**	**የአካል ጉዳተኝነት ሁኔታ** (ማየት የተሳነው ወይም አካል ጉዳተኛ)	

የሀብት መረጃ፥ እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል ከዚህ ማመልከቻ በፊት ባሉት 3 ወራት የሀብት ለውጥ ካላችሁ፣ እባክዎ በቤተሰብዎ ውስጥ ይህ ለውጥ ላጋጠመው ለእያንዳንዱ ሰው ከታች ያለውን ሰንጠረዥ ይሙሉ።

የመጀመሪያ ወር	**ወር**	**ዓመት**	**ሁለተኛ ወር**	**ወር**	**ዓመት**	**ሦስተኛ ወር**	**ወር**	**ዓመት**
የአባል ስም	**የንብረት ዓይነት**	**ዋጋ**	**የአባል ስም**	**የንብረት ዓይነት**	**ዋጋ**	**የአባል ስም**	**የንብረት ዓይነት**	**ዋጋ**

አባሪ E	የጡት ወይም የማህጸን ካንሰር ማጣሪያ ማረጋገጫ (ይህ አባሪ መሞላት ያለበት በ Project Wish ብቻ ነው እና የሚያገለግለውም ለጡት እና የማህጸን ካንሰር የ Medicaid ማመልከቻ ነው።

የ Medicaid አመልካች ስም (የመጀመሪያ፣ የአባት፣ የአያት)	
የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር	የትውልድ ቀን

የ Project Wish አስተባባሪ፣ እባክዎ ከታች ያሉትን መልሶች ያንቡ እና አመልካቹ በ Project Wish መመዝገባቸውን ያጣሩ።

❑ አዎ	እኚህ አመልካች በ Project Wish፣ በ D.C. የበሽታ መቆጣጠር እና መከላከል ማዕከል (CDC) ብሄራዊ የጡት እና የማህጸን ካንሰር ቀድሞ የመለያ ፕሮግራም (NBCCEDP) ውስጥ ተመዝግበዋል እና በ NBCCEDP መመሪያዎች መሠረት የማጣሪያ እና/ የህክምና ምርመራዎችን አግኝተዋል። (አዎ ከተመረጠ፣ ይህ ቅጽ በሚመረምረው ወይም በሚያክመው ሀኪም መሞላት አለበት)
❑ አዎ	እኚህ አመልካች በበሽታ መቆጣጠር እና መከላከል ማዕከል (CDC) ብሄራዊ የጡት እና የማህጸን ካንሰር ቀደም የመለያ ፕሮግራም (NBCCEDP) ተመርምረዋል በዚህ ስቴት __________________________________(እዚህ ላይ የስቴቱን እና የፕሮግራሙን ስም ይዘርዝሩ)፣ እና በብሄራዊ የጡት እና የማህጸን ካንሰር ቀድሞ የመለያ ፕሮግራም (NBCCEDP) መመሪያዎች መሠረት የማጣሪያ እና/ የህክምና ምርመራዎችን አግኝተዋል። (አዎ ከተመረጠ፣ ይህ ቅጽ በሚመረምረው ወይም በሚያክመው ሀኪም መሞላት አለበት)።

የ Medicaid አመልካች የህክምና ምርመራ መረጃ

ምርመራ፣	
የሀኪም አስተያየቶች፣	
የምርመራ ቀን፣	
የሀኪም ፊርማ፣	ቀን፣
የሀኪም ስም፣	
የተቋም/ሆስፒታል/ክሊኒክ ስም፣	

የተቋም/ሆስፒታል/ክሊኒክ አድራሻ፣
ይህንን ማመልከቻ የምፈርመው ሀሰተኛ ሆኖ ቢገኝ ቅጣት እንደሚጣልብኝ እያወቅኩ ነው፣ ይህም ማለት በዚህ ቅጽ ላይ ላሉት ሁሉም ጥያቄዎች የሰጠሁት መልስ እኔ እስከማውቀው ድረስ እውነት ነው ማለት ነው። እኔ ሆን ብየ ሀሰተኛ ወይም እውነት ያልሆነ መረጃ ከሰጠሁ፣ በፌዴራል ህግ መሰረት ለቅጣት ልዳረግ እንደምችል አዉቃለሁ።
የ NBCCEDP አስተባባሪ ፊርማ፣ ቀን፣
የNBCCEDP አስተባባሪ ስም፣

የTANF ስምምነቶችን ያንብቡ እና ከታች ይፈርሙ

(የገንዘብ እርዳታ ብቻ)

የTANF የልጅ ድጋፍ ትብብር

ወላጅነትን ማቋቋም እና የገንዘብ እና የህክምና ድጋፍን ማረጋገጥ ውስጥ እንደ እርዳታ ብቁነት ሁኔታ ለመተባበር በህግ ይጠየቃሉ፣ ቀሪ ከሆኑ የጥሩ ምክንያት ውሳኔ ይፈልጋል። በማንኛውም ጊዜ “የጥሩ ምክንያት” ጥያቄን ማቅረብ ይችላሉ። "ጥሩ ምክንያትን” የሚያረጋግጥ ማስረጃ በማቅረብ ከልጅ ድጋፍ እና ወላጅነት ማቋቋሚያ ትብብር የመታለፍ መብት አለዎት፣ በጠቅላይ አቃቤ ሕግ ቢሮ (OAG) የልጅ ድጋፍ አገልግሎቶች ክፍል (CSSD) ጋር በሚደረግ ስብሰባ ላይ ማቋቋም የሚገባው ነው። በወላጅነት ማቋቋም እና የልጅ ድጋፍ ላይ መተባበር አለመቻል የTANF የገንዘብ ሽልማትዎ ላይ 25% ቅናሽን ሊያስከትል ይችላል። መተባበር የገንዘብ ወይም የህክምና ድጋፍ ላይ ለልጅዎ ትልቅ ጥቅም ያቀርባል
እና ያለ ጥሩ ምክንያት ውሳኔ ያለ-መተባበር የ TANF የገንዘብ ሽልማትዎ ላይ የፋይናንስ ማዕቀቦችን ሊያመጣ ይችላል። CSSD የጥሩ ምክንያት ማረጋገጫ ማስረጃን ማግኘት ውስጥ ተገቢ እርዳታ ያቀርባል።

ጥሩ ምክንያት እንደሚኖር ተደርጎ የሚወሰደው የመተባበር ጥረቶች ልጅ፣ እርዳታ እየተጠየቀለት ያለ ማለት ነው፤ አመልካች ወይም ተቀባይ፤ የአመልካች ወይም ተቀባይ የቤተሰብ አባል፤ ወይም የአመልካች ወይም ተቀባይ የቅርብ የቤተሰብ አባል ላይ አካላዊ፣ ጾታዊ፣ ወይም ስሜታዊ ጉዳት እንደሚያመጡ በተገቢነት ከታሰቡ፣ ወይም CSSD ትብብርን፣ ከትብብር በቀጥታ የሚመጡ እርምጃዎች፣ እርዳታ እየተጠየቀለት ላለ ልጅ ወሳኝ የሆኑ ሁኔታዎችን ከለየ፣ የሚያካትቱት ከሚከተሉት አንዱን (1)፣ ግን በሱ ያልተገደበ፥

1. ልጁ/ጅቷ በቤተሰብ ውስጥ የሚደረግ ግንኙነት ወይም ወሲባዊ ጥቃት ምክንያት ከተረገዘ/ች (የቤተሰብ መካከል ግንኙነት ወይም ወሲባዊ ጥቃት እምነት ይህ ንዑስ-አንቀጽ ተግባራዊ እንዲሆን አያስፈልግም)፤
2. ለጁ/ጅቷ ጉዲፈቻ ህጋዊ አካሄዶች ብቁ የክልል ፍርድ ቤት ፊት ተይዘው ካሉ፤ ወይም
3. አመልካች ወይም ተቀባይ ባሁን ጊዜ ልጁን/ጅቷን የማቆየት ወይም ለጉዲፈቻ የመስጠት ጉዳይን ለመፍተትበህዝብ ወይም ፈቃድ ያለው የግል ማህበራዊ ኤጀንሲ እየታገዘ ነው።

በቀረበው የማረጋገጫ ማስረጃ እና ማንኛውም አስፈላጊ ምርመራ መሰረት፣ CSSD ትብብሩ እረዳታ እየተጠየቀለት ያለ ልጅ መልካም ፈቃድ የማይሆን መሆኑን ይወስናል፣ የውሳኔውን ምክንያቶች ይለያል፣ ውሳኔውን እና ምክንያቶቹን በጽሁፍ ለአመልካች ወይም ተቀባይ ያቀርባል። መብቶቹ የሚጨምሩት፥ CSSD አመልካች ወይም ተቀባይ ላለመተባበር ጥሩ ምክንያት እንደሌለው ከወሰነ ወይም አመልካች ወይም ተቀባይ ላለመተባበር ከመረጠ፣ ላለመተባበር ምክንያት የተጣለውን ማእቀብ ይግባኝ ለማለት ፍትሃዊ ችሎት የመጠየቅ መብት። በ CSSD ያሉ ሰዎች የሥራተኞች ግኝቶችን፣ እና የጥሩ ምክንያት ውሳኔ መሰረቶችን ሊመረምሩ ይችላሉ፣ እና ላለ-መተባበር ጥሩ ምክንያትን የሚመለከቱ ማንኛውም ችሎቶች ላይ ሊሳተፉ ይችላሉ። በ CSSD ያሉ ሰዎች ወላጅነትን ለማቋቋም፣ ድጋፍ መሰብሰብ፣ የሦስተኛ ወገን መረጃን መሰብሰብ፣ ሦስተኛ ወገኖችን ለህክምና አገልግሎቶች ተጠያቂ ለማስደረግ መሞከር የለባቸውም፣ የጥሩ ምክንያት ጥያቄ ተይዞ ባለበተ ወይም የተፈቀደበት ሁኔታዎች ውስጥ። CSSD እና ESA የእርስዎ ወይም የልጅዎ ሁኔታዎች በሚስጥር እንዲያዙ ለማረጋገጥ ሁሉም ተገቢ ጥረቶችን ያደርጋሉ እና እነሱን ከጉዳት ለመጠበቅ ሌሎች አስፈላጊ እርምጃዎችን ይወስዳሉ፣ የሚከተሉት የሚሆኑ ከሆነ፥ የጥሩ ምክንያት ጥያቄ ተይዞ ካለ ወይም ከተፈቀደ፤ እርስዎን ወይም ልጅዎን በተመለከተ ጊዜያዊ ጥበቃ ትዕዛዝ ከገባ፤ ወይም CSSD መረጃውን መልቀቅ እርስዎ ወይም ልጅዎ ላይ ጉዳት እንደሚያስከትል የሚያምንበት ምክንያት ካለው፤ እና TANF ጥቅማጥቅሞች አይከለከሉም፣ አይቀነሱም ወይም አይቋረጡም፣ አመልካች ወይም ተቀባይ ጥያቄውን ለማረጋገጥ የመልካም እምነት ጥረት ያደረገበት የጥሩ ምክንያት ጥያቄ ሁኔታን ተይዞ እንዲቆይ የሚያደርግ።

የTANF የቤት ኑሮ መስፈርቶችን ማሟላት አለመቻል

እንደ እርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት፣ ከብቁነት መስፈርቶች፣ መብቶች፣ እና ግዴታዎች እና የቤት ኑሮ መስፈርቶች መታለፎች ጋር ተያይዞ እንድተባበሩ ይጠየቃሉ። እርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ የሆኑ እና ከዚህ በፊት ያላገቡ ወጣት የ TANF ጥቅማጥቅሞች አመልካች ወይም ተቀባይ ለTANF ጥቅማጥቅሞች ብቁ ይሆናሉ፣ ግን ወጣቷ ወይም የወጣቷ ልጅ በእርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት ወላጅ ወይም ህጋዊ አሳዳጊ፣ ወይም የእርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት ሌላ አዋቂ ዘመድ በተያዘ መኖሪያ፣ የወላጅ፣ አሳዳጊ፣ ወይም አዋቂ ዘመድ ቤት የሆነ፣ ውስጥ የሚኖሩ ከሆነ ብቻ፣ በከንቲባ እንደተወሰነ፣ የሚከተሉት ሁኔታዎች ካሉ በስተቀር፥

1. እርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት በህይወት ያሉ ወላጅ፣ ህጋዊ አሳዳጊ/ሞግዚት፣ ወይም ሌላ ተገቢ አዋቂ ዘመድ ከሌላት ከሆነ፤
    a. እንደ የእርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት ህጋዊ ሞግዚት ሊሰሩ የሚችሉ ወላጅ፣ ህጋዊ አሳዳጊ/ሞግዚት፣ ወይም ሌላ ተገቢ አዋቂ ዘመድ እርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ የሆነች ወጣትን በቤቱ/ቷ ውስጥ እንድትኖር የማይፈቅዱ ከሆነ፤
    b. መምሪያው፣ በከንቲባ በወጡ ደንቦች መሰረት ምርመራ ከተካሄደ በኋላ፣ የአመልካች፣ ተቀባይ፣ ወይም ጥገኛ ልጅ አካላዊ ወይም ስሜታዊ ጤና ወይም ደህንነት፣ ወጣቷ እና ልጇ ከወላጅ፣ ህጋዊ አሳዳጊ/ሞግዚት፣ ወይም ሌላ ተገቢ አዋቂ ዘመድ ጋር በአንድ መኖሪያ ውስጥ ከኖሩ፣ አደጋ ውስጥ እንደሚገባ ከወሰነ፤ ወይም
    c. መምሪያው፣ በከንቲባ በወጡ ደንቦች መሰረት፣ አመልካች ወይም ተቀባይ እና ጥገኛ ልጅ ከእርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት ወላጅ፣ ሞግዚት፣ ወይም ሌላ አዋቂ ዘመድ ተለይተው በሚኖሩበት ወቅት እርዳታ እንዲቀበሉ የጥሩ ምክንያት ውሳኔን ሁኔታዎች እንደሚያሳምኑ ከወሰነ (በደንቦች ውስጥ የተቀመጡ ደረጃዎች የጥገኛ ልጅ መልካም ፈቃድ ከግምት ውስጥ ማስገባትን ይጨምራል)
    d. ምርመራዎች ፈቃድ ባላቸው የማህበራዊ ሠራተኞች መደረግ አለባቸው። መምሪያው ተገቢ የጤና እና ደህንነት ውሳኔዎችን እንዲወስን አስፈላጊ ሆኖ የተገኙ እንደ ሀኪሞች፣ ነርሶች፣ ወይም ፊዝዮሎግስቶች ያሉ ስልጠና የወሰዱ ባለሙያዎች፣ ሊያግዙ ይችላሉ።
    e. እርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት እና የአመልካች ወይም ተቀባይ ጥገኛ ልጅ የእርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት ወላጅ፣ ህጋዊ ሞግዚት፣ ወይም ሌላ አዋቂ ዘመድ ጋር እንዲኖሩ ሲጠየቁ፣ ወይም የዚህ ክፍል በንዑስ-ክፍል (e)
    (1) ውስጥ በተገለጸው ሁኔታው ውስጥ፣ TANF በመከላከያ ክፍያ መልክ ሊከፈል ይችላል።
        i. (e)(1) እርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት ከቤት መኖር መስፈርቶች እንዲታለፉ ከተደረገ፣ መምሪያው የሁለተኛ እድል ቤት፣ የወላጅ እናቶች ቤት፣ ወይም ሌላ ተገቢ በአዋቂ-የሚቆጣጠር የድጋፍ መኖሪያ መዋቅር መፈለግ ውስጥ ለእርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት እርዳታ ያቀርባል፣ መምሪያው የእርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት አሁን ያለው የመኖሪያ መዋቅር ተገቢ ነው ብሎ ከወሰነ በስተቀር። መምሪያው የእርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት እና የእርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት ልጅ ፍላጎቶች እና ቅሬታዎችን ከግምት ውስጥ ያስገባል፣
        ለእርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት የመኖሪያ ቤት ሲፈልግ። ከዚያ በኋላ መምሪያው ለእርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት ተገቢ የመኖሪያ ቤትን ይወስናል እና እርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት እና ጥገኛ ልጅ እንደ TANF ጥቅማጥቅሞች ቀጣይነት መቀበያ ሁኔታ በዚህ የመኖሪያ ቤት ውስጥ እንዲኖሩ ይጠይቃል። መምሪያው አሁን ያለው የእርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት ሁኔታዎች እንደተለወጡ ከወሰነ እና አሁን ያለው መኖሪያ ተገቢ መሆን ካቆመ፣ እርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት ሌላ አማራጭና ተገቢ መኖሪያ ውስጥ መኖር እና የTANF ጥቅማጥቅሞችን መቀበል ሊቀጥሉ ይችላሉ።

የጥቱ ምክንያት TANF እና POWER ማረጋገጫ

የመጀመሪያ ገለጻ፣ ምክክር፣ ወይም የግምገማ ተግባሮች ላይ መገኘት ላለመቻል፣ ወይም ሌሎች የሥራ ዝግጁነት ወይም የሥራ ፍለጋ ተግባራት ውስጥ መሳተፍ ወይም ማጠናቀቅ ላለመቻል፣ ወይም በ ESA አቅጣጫ እንደተሰጠው የሥራ ተግባራት ውስጥ መሳተፍ ላለመቻል የሚሆነው የጥሩ ምክንያት ማረጋገጫ፣ ከሚከተሉት አንዱን(1) ወይም ከዚያ በላይ ያካትታል፥

a. የተረጋገጠ፣ አስፈላጊ ከሆነ፣ የአመልካች፣ ወይም የአመልካች ቤተሰብ አባል ወይም የቅርብ ቤተሰብ አካላዊ ወይም አዕምሯዊ ህመም ወይም የህክምና ሁኔታ፣ሌላ ተገቢ የቤተሰብ አባል ወይም ቤተሰብ የሚያስፈልገው እንክብካቤ ለመስጠት ሳይኖር ሲቀር፣ አመልካቹ ወይም ተሳታፊው የሚያስፈልጉ ተጋባራት ውስጥ እንዳይሳተፍ የሚከለክል።

b. አመልካች ተግባሮቹ ውስጥ እንዲሳተፍ ወይም መሳተፍ እንዲቀጥል ወይም የሥራ ቅጥር እንዲቀበል የልጅ እንክብካቤ አስፈላጊነት፣ ተገቢ እና ተመጣጣኝ የልጅ እንክብካቤ (ህጋዊ ወይም ኢ-ህጋዊ) ከአመልካች ቤት ወይም አገልግሎት ተገቢ ርቀት ውስጥ ሳይኖር ሲቀር። ለዚህ አንቀጽ ዓላማዎች፣ አመልካቹ/ቿ ከስድስት (6)ዓመት በላችለሆነ/ች ልጅ ወይም በትምህርት ቤት መደበኛ ክትትልን የሚከለክል ልዩ የጤና እንክብካቤ ፍላጎቶች ላለው/ላላት ልጅ (በ ESA እንደተወሰነው፣ በብቁ የህክምና ማስረጃ የተረጋገጠ) እንክብካቤ እየሰጠ/ች ከሆነ/ች የልጅ እንክብካቤ ያስፈልጋል።

c. አመልካቹ ወላጅ ወይም ሌላ የእንክብካቤ አቅራቢ ሆኖ ከስድስት (6) ዓመት በታች ለሆነ ልጅ በራሱ እንክብካቤ የሚሰጥ፣ እና ተግባሮች ወይም ስራ ውስጥ የሚሳተፍ፣ ቢያንስ በአማካይ ሃያ (20) ሰዓታት በሳምንት ያለው፤

d. አመልካቹ ከፕሮግራም ወይም ተግባር በጣም ሩቅ የሆነ ቦታ የሚኖር ሆኖ ትራንስፖርት የማይገኝበት ቦታ። ግለሰቦች በሩቅ ቦታ ይኖራሉ ይባላል በተገቢ የህዝብ ወይም በግል ትራንስፖርት ደርሶ-መልስ የሁለት (2) ሰዓታት ጉዞ ከሆነ፣ ልጆችን ወደ ልጅ እንክብካቤ ተቋም ወይም ትምህርት ቤት የማድረሻ እና መመለሻ ጊዜን ሳይጨምር፣ ለመደበኛ ወይም ስልጠና ቀን ያስፈልግ የነበረውን። ይሁን እንጂ፣ በአካባቢው መደበኛ የመጓዝ ጊዜ ከሁለት (2) ሰዓታት በላይ ከሆነ፣ እንግዲያውስ የደርሶ-መልስ የመጓዣ-ጊዜ እንደ ጥሩ ምክንያት አይወሰድም።

e. በመንግስታዊ-ያልሆነ ተቋም፣ አሰሪ ወይም ሌላ ፕሮግራም ወይምተግባር ውስጥ የፌዴራል ወይም የዲስትሪክት ህግን በመጣስ የሚደረግ አድልዎ፤

f. የስራ ተሳትፎ ክፍያ ሳይከፈል መስራት ወይም መሳተፍ፤

g. በ 29 DCMR § 5811 ውስጥ የተዘረዘሩ ማንኛውም የሥራ ቦታ ጥበቃዎችን መጣስ፤ እና

h. አመልካቹ የተፈለገው ተግባሮች ውስጥ እንዳይሳተፍ የሚከለክል የአመልካች ቁጥጥር በላይ የሆነ ትልቅ ወይም ያልታሰበ ሁኔታ፣ የቤት ውስጥ ጥቃት፣ የቤት የእሳት አደጋ፣ ወይም የመኪና አዳጋዎችን ጨምሮ፣ ግን በዚህ ያልተወሰነ።

አመልካች ለጥሩ ምክንያት ያቀረበውን ጥያቄ ውድቅ ማድረግ በጽሁፍ የሚደረግ እና በፍትሃዊ ችሎት አካሄድ አማካኝነት ይግባኝ የሚባል ነው። ESA ለጥሩ ምክንያት ተገቢ ማረጋገጫን ሊጠይቅ ይችላል።

በእድሜ አናሳ ለሆኑ ህጻናት የትምህርት ቤት ምዝገባ እና የእርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት ክትትል የTANF የማረጋገጫ ጥያቄ

እንደ TANF ጥቅማጥቅሞች መቀበያ ቅድመ-ሁኔታ፣ የትምህርት ቤት ምዝገባ እድሜያቸው 16.17, ወይም 18 ለሆነ እያንዳንዱ ጥገኛ ልጅ መረጋገጥ አለበት እና የትምህርት ቤት ክትትል እድሜያቸው ከ20 ዓመት በታች እና የሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ወይም ተመዛዛኙን ላላጠናቀቁ ለሁሉም እርጉዝ ወጣት ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣቶች (ወንድ ወይም ሴት) መረጋገጥ አለበት። የትምህርት ቤት ምዝገባ ለጥገኛ ልጅ የማይረጋገጥ ከሆነ፣ ልጁ ለእርዳታ ብቁ እንዳልሆነ ይወሰዳል፣ ልጁ 16,17, ወይም 18 ከመሆኑ በፊት ባለው ወር የመጨረሻ ቀን ላይ ከእርዳታ ክፍል ይወጣል። የትምህርት ቤት ክትትል ለእርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት ካልተረጋገጠ፣ ለያንዳንዱ የክትትል ወር መስፈርቶች የTANF ብቁነት አልተሟላም።

የምዝገባ ወይም ክትትል ማረጋገጫ ለማቅረብ፣ ከታች ከተዘረዘሩት ሰነዶች አንዱን ወደ አገልግሎት ማእከል በ45-ቀን የማመልከቻ ማስፈጸሚያ ጊዜ ወይም በተገቢ ዳግም-ማረጋገጫ ላይ ወይም የለውጥ ሪፖርት ጊዜ ላይ ማቅረብ ይችላሉ።

- የትምህርት ቤት ክትትል ቅጽ ማረጋገጫ፣
- አሁን ላለው የትምህርት ዓመት በጣም በቅርብ ጊዜ የተሰጠ የሪፖርት ካርድ፣
- ከትምህርትቤት ሃላፊዎች ጋር የተደረጉ የመልእክት ልውውጦች፣
- የስኮላርሺፕ ቦርድ ወይም ሌሎች ተመሳሳይ ድርጅቶች ጋር የተደረጉ የመልእክት ልውውጦች፣ ወይም
- በዳታ መጋራት ስምምነቶች እና ከትምህርት ቤቶች ጋር በሚደረጉ ልውውጦች አማካኝነት የሚገኝ ከትምህርት ቤቶች መዝገቦች የሚወሰድ መረጃ።

እርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት በመምሪያው የሚቀርበውን ሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት ወይም ተመዛዛኝ ትምህርት፣ ስልጠና፣ ወይም ሌላ ተመሳሳይ ፕሮግራምን መከታተል አለባት፣ ከጥሩ ምክንያት ልዩ ሁኔታዎች አንዱን ካሟላች በስተቀር። በትምህርት ቤት ክትትል ባለማድረግ ጥሩ ምክንያቶች መስፈርቶች የሚከተሉትን የሚጨምር ይሆናሉ፥

- የወጣቷ ልጅ የትምህርት ቤት መደበኛ ክትትሏን የሚከለክል ልዩ የጤና እንክብካቤ ፍላጎቶች አላት፣ በ DHS ዳይሬክተር ወይም በተወካዩ እንደተወሰነው፣ በብቁ የህክምና ማስረጃ መረጋገጥ ያለበት ይሆናል፤
- በ DHS ከወጣቱ/ቷ አቅም በላይ እንደሆነ የተወሰነ እና በተፈለጉ ተግባራት ውስጥ እንዳይሳተፍ/እንዳትሳተፍ የሚከለክል ትልቅ እና ያልታሰበበት ሁኔታ።
- ከ12 ሳምንታት በታች የሆነ/ች ልጅ አላት
- ከትምህርት ቤቱ ተገቢ ርቀት ላይ ተገቢ የልጅ እንክብካቤ የለም፣ በተመጣጣኝ ዋጋ አይገኝም፣ ወይም ምቹ አይደለም እና እንክብካቤ የሚጠየቅለት ልጅ ከስድስት ዓመት በታች ነው፣
- መቅረቱ በትምህርታዊ ወይም ስልጠና ተቋም ወይም ፕሮግራም "ይቅርታ" ይባላል

ፊርማ

- ከልጅ ድጋፍ በተባበርን እና ላለመተባበር ጥሩ ምክንያት ማቅረብን በተመለከተ ማስታወቂያ እንደደረሰኝ እውቅና እሰጣለሁ።
- የ TANF ፕሮግራም የቤት መኖር መስፈርቶችን ማሟላት አለመቻል በተመለከተ ማስታወቂያ እንደደረሰኝ እውቅና እሰጣለሁ።
- የ TANF ፕሮግራም የጥሩ ምክንያት መስፈርቶችን በተመለከተ ማስታወቂያ እንደደረሰኝ እውቅና እሰጣለሁ።
- የTANF ፕሮግራም የትምህርት ቤት የእድሜ አናሳ ልጆች ምዝገባ እና የእርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣቶች ማረጋገጫ መስፈርቶችን በተመለከተ ማስታወቂያ እንደደረሰኝ እውቅና እሰጣለሁ።

እዚህ ጋር ይፈርሙ ______________________ ቀን ______________

የአመልካች ወይም የተወካይ ፊርማ

ደረጃ 18 የ EBT ካርድዎን የሚመለከት መረጃ

(የምግብ እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ብቻ)

የምግብ ወይም የገንዘብ ጥቅማጥቅሞችን ካገኙ የ EBT ካርድ ያስፈልግዎታል። ጥቅማጥቅሞቹ የEBT ካርድዎ ላይ ይቀመጣሉ። የመጀመሪያ የEBT ካርድዎ ነጻ ነው። ከሚከተለው አድራሻ አንድ ማግኘት ይችላሉ፥

- 611 H Street NE (8:15ጧት-11:45ጧት እና 1:00ከሰዓት-4:45ከሰዓት)
- 1649 Good Hope Road, SE (8:15ጧት-4:45ከሰዓት)

መታወቂያዎን፣ የማመልከቻ ደረሰኝ (የዚህ እትም ይህንን ገጽ) ይዘው ይምጡ።

ይህ ደረሰኝዎ ነው (በDHS የተሞላ)

የቀን ማህተሙ DHS ማመልከቻዎን እንደተቀበለ ያሳያል። ይህን ገጽ ለመዝገቦችዎ ይያዙ። ማንኛውም ጥያቄዎች ካሉዎት፣ ለ ESA የጥሪ ማእከል በ 202.727.5355 ይደውሉ።

የደንበኛ ሙሉ ስም				የDHS ESA የቀን ማህተም
የጉዳይ ቁጥር				
የማመልከቻ ዓይነት	☐ ማመልከቻ	☐ ዳግም ማረጋገጫ	☐ የተራዘመ	
ያመለከቱበት	☐ ምግብ	☐ የህክምና	☐ የጥሬ ገንዘብ	
የተፈቀደ/ዱ ፕሮግራም(ሞች)	☐ ምግብ	☐ የህክምና	☐ የጥሬ ገንዘብ	
የተከለከለ/ሉ ፕሮግራም(ሞች)	☐ ምግብ	☐ የህክምና	☐ የጥሬ ገንዘብ	
ተይዞ/ዘው የቀረ/ሩ ፕሮግራም(ሞች)	☐ ምግብ	☐ የህክምና	☐ የጥሬ ገንዘብ	

ደረጃ 19 ስለሙብትዎ እና የፕሮግራሙ መመሪያዎች ያንቡ።

አጠቃላይ መመሪያዎች

እርስዎ እውነተኛ እና የተሟላ መረጃ መስጠት አለብዎ። ከዋሹ ወይም ሀሰተኛ መረጃ ከሰጡ፣ ጥቅማጥቅሞችዎን ሊያጡ ይችላሉ። የገንዘብ መቀጮ ሊቀጡ ወይም ሊታሰሩ ይችላሉ። መረጃዎ ትክክለኛ መሆኑን ለማረጋገጥ ልናጣራ እንችላለን። ገቢዎን፣ የማህበራዊ ዋስትና መረጃዎን፣ እና የኢምግሬሽን መረጃዎን ልናጣራ እንችላለን። ይህን መረጃ የምናረጋግጠው በኮምፒውተር የማዛመጃ ፕሮግራሞች ነው። በተጨማሪ ቃለመጠይቅ ልናደርግልዎ እና የቤት ውስጥ ጉብኝት ልናደርግ እንችላለን። ጉዳይዎ ለጥራት ቁጥጥር ግምገማ ሊመረጥ ይችላል። ይህ የሁሉም መረጃዎ ዝርዝር ግምገማ ነው። ይህ የግል ቃለመጠይቆችን እና የህክምና መረጃዎችዎን መመርመርን ሊያካትት ይችላል። በማመልከት፣ከስቴት እና ከፌደራል ገምጋሚዎች ጋር ለመተባበር መስማማትዎን ይገልጻሉ። ለመተባበር ፈቃደኛ ካልሆኑ፣ ጥቅማጥቅሞችዎን በሙሉ ወይም በከፊል ሊያጡ ይችላሉ። በምርመራ ላይ ከሆኑ ወይም ከህግ ሽሽት እያመለጡ ከሆነ፣ መረጃዎን ለፌዴራል እና ለአከባቢ ኤጀንሲዎች ልናጋራ እንችላለን። በእርስዎ ላይ የ SNAP ክስ ከቀረበብዎ፣ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥሮችን (SSNs) ጨምሮ በዚህ ቅጽ ላይ ያሉት መረጃዎች ለፌደራል እና ስቴት ቢሮዎች ፤ ወይም ቤተሰብዎ ውስጥ ያሉ ሁሉም አዋቂ ሰዎች ላይ የሚቀርብ የኅብረት ክስን በሚመለከት ለግል ክስ አቅራቢ ኤጀንሲዎች ሊላኩ ይችላሉ። በፌደራል እና ዲስትሪክት ህግ መሠረት፣ ጥቅማጥቅሞችን ለራስዎ ለማግኘት የማህበራዊ ዋስትና ቁጥርዎን (ካሎት) መስጠት አለብዎ፤ ይህ የማይሆነው የሚያመለክቱት ለ Healthcare Alliance ወይም Immigrant Children Program ከሆነ እና እራስዎን የ U.S. ዜጋ ወይም ብቁ የሆነ የውጭ ሀገር ዜጋ (ይመልከቱ 22-B DCMR §3304፣ §3305፣ እና §3306፣ 42 CFR §435.910፣ 42 USC

§1320b-7(a)(1)፣ 45 C.F.R. §155.310(a)(3)፣ 7 CFR §273.6፣ DC Code §4-204.07፣ §4-205.05a፣ §4-205.72፣ §4-217.07፣ እና የከንቲባ

ትዕዛዝ 92-49)። የአመልካቹ ቤተሰብ አባላት የውጭ አገር ዜጋ ሁኔታ አመልካቹ ለ USCIS በሚሰጠው መረጃ አማካኝነት በ USCIS ይጣራል፣ እና ከ USCIS የሚገኘው የገባው መረጃ የቤተሰብዎን ብቃት እና የጥቅማጥቅሞች ደረጃ ላይ ተጽዕኖ ሊኖረው ይችላል።

የእርስዎ SSN ማንነትዎን እና ዜግነትዎን ለማረጋገጥ፣ ብቃት እና የጥቅማጥቅሞችን መጠን ለመወሰን፣ ተደጋጋሚ ጥቅማጥቅሞችን መቀበል ለመከላከል፣ እና አስፈላጊ የሆኑ የፕሮግራም ለውጦችን ለማድረግ ጥቅም ላይ ይውላል። የ DHS የኮምፒውተር ሲስተም በገቢ እና ብቃት ማረጋገጫ ሲስተም (IEVS) ላይ የእርስዎን SSN በመጠቀም እና ከዩናይትድ ስቴትስ የአገር ውስጥ ገቢዎች አገልግሎት (IRS)፣ከዩናይትድ ስቴትስ ማህበራዊ ዋስትና አስተዳደር (SSA)፣ ከ DC የቅጠር አገልግሎት አስተዳደር እና የ DC ልጅ ድጋፍ አልግሎት ክፍልን (CSSD) ጨምሮ፣ከፌደራል እና አካባቢያዊ ምንጮች ገቢዎን ያረጋግጣል። DHS የማይጣጣሙ ነገሮችን ካገኘ ከ IEVS መረጃ ሊጠየቅ፣ አገልግሎት ላይ ሊውል፣ እና ጎን ለጎን ሊረጋገጥ ይችላል። ይህ መረጃ የቤተሰብዎ ብቃት እና የጥቅማጥቅሞች ድረጃ ላይ ተጽዕኖ ሊኖረው ይችላል። በተጨማሪ DHS መረጃዎን ከገቢ አጣሪ አገልግሎቶች እና ሌሎች የአካባቢው ኤጀንሲዎች የማጣራት መብቱ የተጠበቀ ነው።

የተቃለለ ሪፖርት ማስታወቂያ ከደረሰዎ በስተቀር፣ የ SNAP እና የጥሬ ገንዘብ ጥቅማጥቅሞችዎ ላይ ተጽዕኖ ሊያሳድሩ የሚችሉ ለውጦችን፣ በገቢዎ፣ ንብረትዎ፣ መጠለያ እና የልጅ ወጪዎች፣ እና ከእርስዎ ጋር ማን እንደሚኖር ላይ ያሉ ለውጦች ዓይነትን በፍጥነት ሪፖርት ማድረግ አለብዎት። የህክምና እርዳታ ብቃትዎ ላይ ተጽዕኖ ያላቸውን ማንኛውንም ለውጦች ወዲያውኑ ሪፖርት ማድረግ አለብዎ፤ የመኖሪያ፣ የገቢ፣ ከእርስዎ ጋር የሚኖረው ሰው፣ የዜግነት/አሚግሬሽን ሁኔታ ለውጥ እና እስር። እርስዎ Medicaid ያገኙት በእድሜ በመግፋትዎ፣ ወይም ማየት የተሳነው ሰው በመሆን ከሆነ፣ ሀብትዎ ላይ ያሉ ለውጦችን ሪፖርት ማድረግ አለብዎ። ለውጥ ሪፖርት ለማድረግ፣ ይደውሉ ለ(202) 727-5355። በSNAP ውስጥ ሪፖርት መደረግ የሚችል የገቢ ለውጦች በስተቀር፣ ቤተሰቡ በለውጡ ምክንያት የመጀመሪያ ክፍያ ከተቀበለበት ቀን በኋላ በአስር (10) ቀናት ውስጥ ሪፖርት መደረግ ያለበት፣ በእድሜ ትንሹ TANF ከሚቀበል ቤት ለዘጠና (90) ቀናት በላይ የሚጠበቅ ቀሪ፣ የአምስት (5) ቀን ሪፖርት መስፈርት አካል የሆነ፣ እና ለTANF ተቀባዮች የገቢ ጉልህ ለውጥ ጊዜያዊ ሪፖርቶች፣ ከወሩ መጨረሻ በፊት ቢያንስ በአስር (10) ቀናት ውስጥ ለDHS ከተሰጡ በጊዜ የሚሆኑት፣ ከለውጡ በኋላ የወሩ 10ኛ ቀን በፊት ሊደውሉልን ይገባል። ብቁነትዎ ወይም የጥቅማጥቅሞችዎ መጠን ላይ ተጽዕኖ ማሳደር ተሚችሉ ለውጦችን በጊዜ ሪፖርት ማድረግ አለመቻል የጥቅማጥቅሞች መቀነስ ወይም መጥፋት ወይም የወንጀል ቅጣቶችን ሊያስከትል ይችላል።

የገንዘብ እርዳታ፣ የምግብ እርዳታ፣ እና የህክምና እርዳታ ለማግኘት ብቁ መሆንዎን ለመወሰን ወይም ለሌላ ከፕሮግራሙ ጋር ለተያያዘ አገልግሎት የተሰበሰቡ ሁሉም መረጃዎች እና ሰነዶች ሚስጥራዊ ነው። እያንዳንዱ ፕሮግራም ስለእርስዎ ያለውን መረጃ ከፕሮግራሙ አስተዳደር ጋር በቀጥታ ለተያያዙ ዓላማዎች ብቻ መጠቀምን እና ማጋለጽን የሚገድብ፣ መከላከያዎች አለው። ስለ ብቃትዎ ያለውን መረጃ ይህን መረጃ ለማግኘት ስልጣን ለሌለው ማንኛውም ሰው መስጠት የፌደራል እና የ D.C. ህግን መጣስ ነው እና ህጋዊ እርምጃ ሊያስከትል ይችላል። እኛ የብቃት መረጃዎን ሚስጥራዊነት እንጠብቃለን፤ ለሌሎች እንድንገልጽ ፍቃድ ካልሰጡን (ወይም በህግ የተፈቀደልን ካልሆነ) በስተቀር።

ስልጣን የተሰጣቸው ሰዎች

ለገንዘብ እርዳታ እና SNAP፣ በእድሜ አናሳ የሆነውን ሰው፣ ቸርቻሪን፣ የቤት አልባ የምግብ አቅራቢ (የSNAP ተቀባይ ሆነው ቤት-አልባነት ካጋጠመዎ)፣ በዚህ ጉዳይ ላይ እየሰራ ያለው የመንግስት ሰራተኛ፣ ወይም ሆን ተብሎ ለሚደረግ የፕሮግራም ጥሰት ምክንያት ከማንኛውም የምግብ ወይም የገንዘብ እርዳታ ፕሮግራም የታገደ ግለሰብን መሰየም አይችሉም። የመድሃኒት ወይም የአልኮል ህክምና ማእከል ኗሪ ከሆኑ፣ አንድ ግለሰብ የSNAP ተወካይዎ እንዲሆን መሰየም አለብዎት። ስልጣን የተሰጠው ተወካይ ትክክለኛ ያልሆነ መረጃ በማቅረቡ ለሚመጣ ወጪ ቤተሰብዎ ለማንኛውም ገንዘብ ወይም SNAP ተጠያቂ ይሆናል፤ የመድሃኒት ወይም የአልኮል ህክምና ማእከልዎ ወይም ሌላ የጋራ መኖሪያ ቤት መዋቅር ለSNAP እንደ ስልጣን ያለው ተወካይዎ የሚሰራ ከሆነ በስተቀር። እያወቀ የሐሰት መረጃን የሚያቀርብ ማንኛውም ሰው በሚመለከታቸው የፌዴራል እና የስቴት ሕጎች ስር ለድርጊታቸው ሊከሰሱ ይችላሉ።

የቤተሰብ ሀላፊ

የቤተሰቡ ሀላፊ ይህን ማመልከቻ ለመሙላት ሀላፊነት ያለው እና ስለቤተሰብዎ ጥቅማጥቅሞች ከ DHS ጋር ለመነጋገር ተጠሪ የሆነው ሰው ነው። ቤተሰብዎ በእያንዳንዱ የማረጋገጫ ጊዜ ወይም በቤተሰብዎ አወቃቀር ላይ ለውጥ ሲኖር አዲስ የቤተሰብ ሃላፊ መምረጥ ይችላል። የቤተሰብ ሃላፊ ለውጥን ሪፖርት ለማድረግ፣ DHSን ያግኙ። ጥቅማጥቅሞቹን ለራስዎ ብቻ የሚያመለክቱ ከሆነ፣ የቤተሰቡ ሃላፊ እራስዎ ኖት። በቤተሰብዎ ውስጥ የሚኖሩ በርካታ ሰዎች ጥቅማጥቅሞችን የሚጠይቁ ከሆነ፣ የቤተሰብዎን ሀላፊ ለመምረጥ ከታች ያሉትን መመሪያዎች ይከተሉ፥

- በቤተሰብዎ ውስጥ የሚኖሩ እድሜያቸው ከ18 ዓመት በታች የሆኑ አንድ ወይም ከዚያ በላይ ልጆች ካሉ፣ የቤተሰቡ ሃላፊ ሊሆን የሚገባው፣ ወላጅ፣ እድሜ ከ 18 ዓመት በላይ የሆናቸው ልጆች ወይም አዋቂ፣ ከ 18 ዓመት በላይ፣ ልጁ(ልጆቹ) ላይ የወላጅ የተቆጣጣሪነት ስልጣን ያለው።
- ቤተሰብዎ ውስጥ የሚኖሩ እድሜያቸው ከ 18 በታች የሆኑ ልጆች ከሌሉ፣ ቤተሰብዎ ውስጥ ከሚኖሩት እድሜያቸው ከ 18 ዓመት በላይ ከሆኑት አዋቂዎች መካከል የቤተሰብ ሃላፊ ይምረጡ።

ቤተሰብዎ የቤተሰብ ሃላፊ አድርገው የሚሾመው ሰው ላይ መስማማት ካልቻለ፣ DHS ከቤተሰብዎ ውስጥ አንድ ግለሰብ የቤተሰቡ ሃላፊ በማድረግ ይመድባል።

ዳግም ማረጋገጫ ማግኘት

እኛ የዳግም ማረጋገጫ ማስታወቂያ በፖስታ እንልካለን። የህክምና እርዳታ ካገኙ እና የዳግም-ማረጋገጫዎ ቃለ-መጠይቅ እንደሚያስፈልግ ካላሳወቀዎ፣ ዝም ብለው ቅጹን ይሙሉ እና መልሰው ለ DHS/ESA ይላኩት። የምግብ እርዳታ (SNAP) ወይም የገንዘብ እርዳታ (TANF፣ POWER፣ GC ወይም IDA) ካገኙ፣ እንግዲያውስ ቃለ-መጠይቅ ማድረግ እና ማንኛውም የተጠየቁ ማረጋገጫዎችን ማቅረብ ይኖርብዎታል። የዳግም ማረጋገጫ ካላደረጉ፣ ጥቅማጥቅሞችዎን ያጣሉ። በተጨማሪ፣ አድራሻ ከቀየሩ እባክዎ ያሳውቁን። ስለጥቅማጥቅሞችዎ ጠቃሚ ቅጾችን እና ማስታወቂያዎችን ለእርስዎ እንድንልክልዎ ወቅታዊ አድራሻዎን ለኛ ማሳወቅ የራስዎ ሀላፊነት ነው። አድራሻዎ የጥቅማጥቅም ካርድ(ዶች) ዎን ለመስጠትም ሊያገለግል ይችላል። ይደውሉ ወደ **(202) 727-5355** አዲሱ አድራሻዎን ሪፖርት ለማድረግ።

ለ SNAP እያመለከቱ ላሉ ቤተሰቦች የግላዊነት ሕግ መግለጫ

የዚህ መረጃ መሰብሰብ፣ የእያንዳንዱ የቤተሰብ አባል SSNን ጨምሮ፣ በ2008 የምግብ እና የአመጋገብ ሕግ ስር፣ እንደ ተሻሻለው፣7 U.S.C. §§2011-2036፣ ተፈቅዷል። መረጃው ቤተሰብዎ SNAP ውስጥ ለመሳተፍ ብቁ መሆኑን ወይም ብቁ መሆኑን ይቀጥል እንደሆነ ለመወሰን ይጠቅማል። ይህን መረጃ የምናረጋግጠው በኮምፒውተር የማዛመጃ ፕሮግራሞች ነው። እንዲሁም ይህ መረጃ በፕሮግራም ደንቦች ተገዢነትን ለመቆጣጠር እና ለፕሮግራም ግምገማ ይጠቅማል። ይህ መረጃ ለይፋዊ ምርመራ ለፌዴራል እና ስቴት ኤጀንሲዎች፣ እና ለህግ አስከባሪ ባለስልጣናት ከህግ ለመሰወር የመሸሹ ሰዎችን ለመያዝ ዓላማ ይፋ ሊደረግ ይችላል። በቤተሰብዎ ላይ የ SNAP ክስ ከቀረበብዎ፣ SSNዎችን ጨምሮ በዚህ ቅጽ ላይ ያሉት መረጃዎች ለፌደራል እና ስቴት ኤጀንሲዎች ሊላኩ ይችላሉ ፤ እንዲሁም ለክስ መሰብሰብ እርምጃ ለግል ክስ አቅራቢ ኤጀንሲዎች ሊላኩ ይችላሉ። የተጠየቀውን መረጃ፣ የእያንዳንዱ የቤተሰብ አባል SSN ጨምሮ፣ ማቅረብ በፍላጎት ላይ የተመሰረተ ነው። ይሁን እንጂ፣ SSN ማቅረብ አለመቻል SSN ማቅረብ ላልቻለ እያንዳንዱ ግለሰብ የSNAP ጥቅማጥቅሞች መከልከልን ያስከትላል። የቀረበው ማንኛውም SSNዎች ልክ እንደ ብቁ የሆኑ የቤተሰብ አባላት SSNዎች ጥቅም ላይ ይውላሉ እናም ይፋ ይደረጋሉ።

SSN ከሌሎት ወይም የእርስዎን SSN ማስታወስ ካልቻሉ፣ አንድ ንዲያገኙ ልንረዳዎት እንችላለን። እርዳታ ከፈለጉ ወይም ማንኛውም ጥያቄዎች ካሉዎት፣ እባክዎ የESA የጥሪ ማእከሉን በ202-727-5355 ያነጋግሩ በ።

ሰብዓዊ መብቶች

በDC የ1977 የሰብዓዊ መብቶች ህግ፣ እንደተሻሻለው፣ የDC ኦፊሺያል ኮድ § 2-1401.01 et seq.፣ (Act) መሰረት፣ የኮሎምቢያ ዲስትሪክት በዘር፣ ቀለም፣ ሃይማኖት፣ ብሄራዊ ምንጭ፣ ጾታ፣ ዕድሜ፣ የጋብቻ ሁኔታ፣ የግል ሁኔታ፣ጾታዊ ዝንባሌ፣ የጾታ አገላለፅ፣ የቤተሰብ ሁኔታ፣ የቤተሰብ ኃላፊነቶች፣ ብስለት፣ ፖለቲካዊ ትስስር፣ የዘር መረጃ፣ የአካል ጉዳት፣ የገቢ ምንጭ፣ የቤተሰብ ውስጥ ጥቃት ሰለባ በመሆን ሁኔታ እና የመኖሪያ ወይም የንግድ ቦታን መሰረት ያደረገ ተጨባጭ የሆነ ወይም የሚመስል አድልዎ አያደርግም። የጾታ ትንኮሳ የጾታ አድልዎ አይነት ነው፣ ይህም በህጉ የተከለከለ ነው። በተጨማሪ፣ ከላይ ጥበቃ በሚደረግላቸው ምድቦች ላይ የሚደረግ ማንኛውም አይነት ትንኮሳ በህጉ የተከለከለ ነው። ህጉን በመጻረር የሚደረግ አድልዎን አንታገስም። ህግ ተላላፊዎች የዲስፕሊን እርምጃ ይወሰድባቸዋል። ይህ ህግ ከተጣሰ አቤቱታዎች ከዚህ በታች ለተገለጸው ሊቀርብ ይችላል፣
Government of the District of Columbia Office of Human Rights | 441 4th Street, N.W., 570N Washington, D.C. 20001 | ስልክ ቁጥር፥ (202) 727-4559 | ፋክስ፥ (202)727-9589| TTY 711

ፍትህዊ ችሎቶች

DHS ስህተት እንደሰራ ካሰቡ፣ እንግዲያውስ ፍትህዊ ችሎትን ማግኘት ይችላሉ። የበለጠ ለማወቅ (202) 442-9094 ላይ ይደውሉ። በፍትህዊ ችሎት ላይ፣ ሌላ ሰው እንዲናገርልዎ መጠየቅ ይችላሉ። ይህ ጠበቃ፣ ጓደኛ፣ ዘመድ፣ ወይም ሌላ ሰው ሊሆን ይችላል። በተጨማሪ ምስክሮችን ማምጣት ይችላሉ። ለእርስዎ እና ለምስክሮችዎ ወደ ፍትህዊ ችሎቱ የትራንስፖርት ወጪ እንከፍላለን። በተጨማሪ ለተወሰኑ ሌሎች ወጪዎችዎ ልንከፍል እንችላለን። በተጨማሪ እርስዎ ለፍትህዊ ችሎት ነጻ የህግ እርዳታ ማግኘት ይችላሉ። ነጻ የህግ ድጋፍ ለማግኘት በሪፈራል ገጽ (ገጽ 26 ላይ) ላይ ያሉት ድርጅቶች ወደ አንዱ ይደውሉ። በሚከተሉት በአንዱ ዘዴ ፍትሃዊ ችሎት መጠየቅ ይችላሉ፣

- የ ESA የጥሪ ማዕከል ጋር በመደወል (202)727-5355
- የፍትሐዊ ችሎት መጠየቂያ ቅጽን ሞልተው በፋክስ (202) 724-2041 ወይም በኢሜይል ለ DC.OARA@DC.GOVበመላክ
- ወደየትኛውም የሰብዓዊ አገልግሎቶች መምሪያ የአገልግሎት ማዕከል በመሄድ የችሎት መጠየቂያን በመሙላት።
- ወደ አስተዳደር ችሎቶች ቢሮ (OAH) የመረጃ ማዕከል ጋር በአድራሻው በ 441 4th Street NW, Suite 450-North, Washington, DC 20001 በመሄድ፣ መደወል ወደ OAH (202) 442-9094፣ ወይም የፍትሃዊ ችሎት መጠየቂያ ቅጽ ሞልተው ፋክስ ያድርጉት ወደ (202) 442-4789 ወይም ኢሜይል ያድርጉት ለ oah.filing@dc.gov.
- (የህክምና እርዳታ ብቻ) የጤና እንክብካቤ እምባ ጠባቂ እና የሰብዓዊ መብቶች ቢሮን በአድራሻው በ 441 4th Street NW, Suite 250 North, Washington DC 20001 ማግኘት፣ ወይም የእምባ ጠባቂው ጋር መደወል በ (202) 724 -7491 or 1 (877) 685-6391፣ ሚስጥራዊ በሆነ ፋክስ በ (202) 478-1397፣ ወይም በኢሜይል በ healthcareombudsman@dc.gov ፣ ወይም ድረገጻቸውን ይጎብኙ በ www.healthcareombudsman. dc.gov

ለፍትሃዊ ችሎት የተመደበው መደበኛ ጊዜ የግለሰቡን ህይወት፣ ጤና፣ ወይም የሰውነቱን ከፍተኛውን ስራ የማግኘት፣ የመጠበቅ ወይም መልሶ ማግኘትን የሚጎዳ ከሆነ የተፋጠነ የ Medicaid ፍትሃዊ ችሎትን መጠየቅ ይችላሉ። ለ Medicaid፣በ 90 ቀናት ውስጥ የፍትሃዊ ችሎቱን የመጨረሻ ውሳኔ ሊደርስዎ ይገባል፣ ወይም ብቃትን በሚመለከት ለተደረገ የተፋጠነ ፍትሃዊ ችሎት በ 7 የስራ ቀናት ውስጥ።

የህክምና እርዳታ መመሪያዎች

ለህክምና እርዳታ ለማመልከት ይህን ማመልከቻ ይጠቀሙ። ካመለከቱ በኋላ፣ የህክምና እርዳታዎን በሚመለከት በ45 ቀናት ውስጥ (ወይም DHS የአካል ጉዳተኛ መሆንዎን መወሰን ካለበት በ60 ቀናት ውስጥ) ውሳኔ ይደርስዎታል። በዚህ ጊዜ ውስጥ ማስታወቂያ ካልደረሶት፣ እባክዎ ወደ (202) 727-5355 ይደውሉ። Medicaidካገኙ፣ የዳግም ማረጋገጫ ማስታወቂያ በምንልክልዎ ጊዜ በእያንዳንዱ አመት እንደገና ማረጋገጥ ይኖርብዎታል። የሕክምና ዕርዳታ ለማግኘት የጊዜ ገደብ የለም። በተጨማሪ፣ TANF ንም ቢያጡ፣ የህክምና እርዳታ ማግኘት ይችላሉ።

<u>የልጅ ድጋፍ፥</u> በህጉ መሠረት አባትነትን ለማረጋገጥ እና የልጅ እና የህክምና ድጋፍን ለማቋቋም፣ ከዚህ ግዴታ ቀሪ ካልተደረጉ በስተቀር ይህን በሚመለከት ከ DC Child Support Services Division (CSSD) ጋር ሙሉ ለሙሉ ለመተባበር ይስማማሉ። እርጉዝ ሴቶች አባትነትን ለማረጋገጥ እና የህክምና ድጋፍ ለማግኘት መተባበር አይጠበቅባቸውም። ካልተባበሩ ጥቅማጥቅሞችዎን ሊያጡ ይችላሉ። ከ CSSD ጋር የማይተባበሩበት በቂ ምክንያት ካሎት፣ ለምሳሌ ስለራስዎ እና ቤተሰብዎ ደህንነት መፍራት፣ ከ CSSD ጋር መተባበር አይጠበቅብዎትም። ነገር ግን፣ ለትብብሩ ልዩ ምክንያት ያሎት ስለመሆኑ ማመልከት አለብዎ። ጥያቄዎች ካሎት፣ ወደ (202)442-9900 ይደውሉ።

<u>ንብረት ማስመለስ፣</u> እርስዎ ነርሲንግ ቤት ወይም ሌላ የህክምና ተቋም ውስጥ ከሆኑ ዲስትሪክቱ የከፈልነውን ለማስመለስ እንጠይቃለን። በተጨማሪ፣ እርስዎ እድሜዎ 55 ወይም ከዚያ በላይ ከሆኑ፣ ዲስትሪክቱ ስላገኙት አገልግሎት ተመላሽ ይጠይቃል። ይህ ማለት ንብረትዎ ወይም ሀብትዎ ላይ መያዣ ወይም መብት እንጠይቃለን ማለት ነው። ጥያቄዎች ካለዎት፣ በ (202)698-2000 ይደውሉ።

<u>ክሶች፣</u> የህክምና ካሳ ወይም ጉዳት በሚመለከት ሶስተኛ ወገን ላይ ክስ ካቀረቡ ወይም የእርቅ ድርድር ውስጥ ከገቡ፣ የእርምጃዎን የጽሁፍ ማስታወቂያ (በግል አገልግሎት ወይም በተረጋገጠ ፖስታ) ለ Medical Assistance Administration, Third Party Liability Section, 441 4th Street, N.W., Suite 1000-South, Washington, DC 20001. በ20 የካላንደር ቀናት ውስጥ መስጠት አለብዎ። ጥያቄዎች ካለዎት፣ በ (202)698-2000 ይደውሉ።

<u>ከኪስ ውጪ ተመላሽ ገንዘብ መረጃ፥</u> ለ Medicaid ብቁ ሆነው ባሉበት ጊዜ ውስጥ ለትዕዛዝ መድሃኒቶች፣ የህኪም ጉብኝቶች፣ ወይም ሆስፒታል መግባት ከከፈሉ፣ ለወጪዎቹ ተመላሽ ገንዘብ ሊያገኙ ይችላሉ።

<u>መስፈርቶች፥</u> በሚከተሉት ሁኔታዎች ለተመላሽ ገንዘብ ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ፣ እርስዎ ወይም የቤተሰብ አባልዎ ለተወሰነ ጊዜ ለ Medicaid ብቁ ከነበራቹ፣ እና

a. ለትዕዛዝ መድሃኒቶች፣ የህኪም ጉብኝቶች፣ ወይም ሆስፒታል መግባት ከከፈሉ፤ ወይም

b. ለትዕዛዝ መድሃኒቶች፣ የህኪም ጉብኝቶች፣ ወይም ሆስፒታል ለመግባት የክፍያ ጥያቄን እየከፈሉ ከሆኑ ወይም በፋርማሲ፣ ክሊኒክ፣ ሐኪም፣ ወይም ሆስፒታል ክፍያ እንዲያደርጉ እየተጠየቁ ከሆነ።

ተመላሽ ገንዘብ ይገባኛል ብለው ካመኑ፣ ወደ ፋርማሲ፣ ክሊኒክ፣ ሐኪም፣ ወይም ሆስፒታል ከሄዱበት ቀን በኋላ በስድስት (6) ወራት ውስጥ፣ ወይም ለMedicaid ብቁ መሆንዎን ካወቁ ቀን በኋላ በስድስት (6) ወራት ውስጥ፣ ከሁለቱ የቅርብ የሆነውን በመምረጥ፣ለተመላሽ ገንዘብ መጠየቅ አለብዎት።

የ Medicaid የተመላሽ ገንዘብ ጥያቄ ቅጽን ሞልተው ለ DC የጤና እንክብካቤ ፋይናንስ መምሪያ (DHCF) መሰጠት አለብዎ። የቅጹን ቅጂ በማንኛውም የ ESA ቢሮ ማግኘት ይችላሉ፣ ወይም ቅጂውን ማውረድ ይችላሉ በ https://dhcf.dc.gov/publication/medicaid-%E2%80%93-reimbursement-form

ጥያቄዎች ካሎት ወይም ይህም ቅጽን ለመሙላት ወይም የተጠየቀውን መረጃ ለማግኘት እርዳታ ካስፈለገዎ፣ የሚከተሉትን ያግኙ፥

a. የMedicaid ተቀባይ ጥያቄዎች የምርምር ቡድን የዲሲ የጤና እንክብካቤ ፋይናንስ መምሪያ በ (DHCF)በ(202) 698- 2009።

b. ቴሪስ ፕራቭሊክ እና ሚሊያን፣ LLP፣ 1816 12th Street, Suite 303, N.W., Washington, DC 20009-4422, (202) 682-2100፣ የ Medicaid ተመለሻ ገንዘብ ቅጽ መሙላት ውስጥ ሊረዳዎት የሚችል።

የተመላሽ ገንዘብ ጥያቄዎ ላይ ውሳኔ በ90 ቀናት ውስጥ ሊሰጥ ይገባል፥

a. የMedicaid ተቀባይ ጥያቄዎች የምርመራ ቡድን ጥያቄዎን ካቀረቡበት ጊዜ በኋላ በ90 ቀናት ውስጥ የተመላሽ ገንዘብ ጥያቄዎ ላይ ውሳኔ መስጠት አለበት። በእነዚያ 90 ቀናት ውስጥ ምንም ውሳኔ ካልተሰጠ፣ ጥያቄዎ ተቀባይ እንዳለው ተደርጎ ይወሰዳል፣ እና ከ90-ቀን ጊዜ መጨረሻ ቀን በኋላ በ15 ቀናት ውስጥ ይከፈልዎታል።

b. በMedicaid ተቀባይ ጥያቄዎች የምርመራ ቡድን ውሳኔ ካልረኩ፣ ፍትሀዊ ችሎት የመጠየቅ መብት አለዎት። ፍትሀዊ ችሎትን መጠየቅ ይችላሉ ወደ ኮሎምቢያ ዲስትሪክት የአስተዳደራዊ ችሎቶች ቢሮ ጋር በመደወል በ

(202) 442-9094። OAH የሚገኘው በ 441 4th Street, N.W. Suite 450 N., Washington, DC 20001-2714 ነው።

c. በፍትሃዊ ችሎት ውጤት ካልጠገቡ፣ በ30 ቀናት ውስጥ ለኮሎምቢያ ዲስትሪክት የይግባኞች ፍርድ ቤት ይግባኝ ማለት ይችላሉ።

Terris Pravlik & Millian, LLP at 1816 12th Street, Suite 303, N.W., Washington, DC 20009-4422, (202)682-2100 ን በማግኘት፣ በፍትሃዊ ችሎትዎ ላይ ወይም ይግባኝዎን ሲያቀርቡ ነጻ የህግ እርዳታ ሊያገኙ ይችላሉ።

እንዲሁም ህጋዊ እርዳታ ከእነዚህ ከሚከተሉት ድርጅቶች ሊገኝ ይችላል፥

Bread for the City Legal Clinic
1525 Seventh Street, NW
(202) 265-2400

Bread for the City Legal Clinic
1640 Good Hope Road, SE
(202) 561-8587

Neighborhood Legal Services (የጎረቤት የህግ አገልግሎቶች)
1213 Good Hope Road SE
(202) 678-2000

Legal Aid Society of the District of Columbia
1331 H St. NW Suite 350
(202) 628-1161

Legal Aid Society of the District of Columbia
2041 Martin Luther King Jr. Ave. SE, Suite LL-1
(202) 628-1161

Legal Aid Society of the District of Columbia Friendship Baptist Church,
900 Delaware Ave., SW
(202) 628-1161

Legal Counsel for the Elderly
(ዕድሜያቸው 60 ዓመትና ከዚያ በላይ ለሆኑ ሰዎች)
Building A, 4th Floor
601 E St. NW
(202) 434-2120

<u>የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር፥</u> ለ Medicaid፣ አመልካቾች ያልሆኑትን ሰዎች የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) መስጠት በፍቃደኝነት ላይ የተመሰረተ ነው። ከ Medicaid ጋር በተያያዘ፣ አመልካች ያልሆነው ሰው SSN ጥቅም ላይ የሚውለው የአመልካቹን ወይም የተጠቃሚውን የ Medicaid ወይም ሌላ ተመጣጣኝ የመድን ፕሮግራም ላይ ብቃታቸውን ለመወሰን ወይም ከ Medicaid State እቅድ አስተዳደር ጋር በቀጥታ ለተያያዘ ዓላማ ነው።

የሰብዓዊ አገልግሎቶች ዲፓርትመንት (DHS) አግባብነት ያላቸውን የፌዴራል ሲቪል መብቶች ሕጎችን ያከብራሉ እና በዘር፣ ቀለም፣ የብሄራዊ ምንጭ፣ እድሜ፣ አካል ጉዳተኝነት፣ ወይም ጾታን መሰረት በማድረግ አድልዎ አያደርግም። DHS ሰዎችን በዘር፣ ቀለም፣ የብሄራዊ ምንጭ፣ እድሜ፣ አካል ጉዳተኝነት፣ ወይም ጾታ ምክንያት አያገልም ወይም በተለየ መልኩ አያስተናግድም። DHS:

- የአካል ጉዳተኝነት ላለባቸው ሰዎች ከኛ ጋር ውጤታማ የሆነ ግንኙነት እንዲኖራቸው ነጻ ድጋፎችን እና አገልግሎቶችን ያቀርባል፣ ለምሳሌ፣
  - ብቁ የሆኑ የምልክት ቋንቋ አስተርጓሚዎች
  - በሌሎች ቅርጸቶች የጽሁፍ መረጃዎች (ትላልቅ እትመት፣ የድምጽ፣ መገኘት የሚችሉ የኤሌክትሮኒክ ቅርጸቶች፣ ሌሎች ቅርጸቶች)
- የመጀመሪያ ቋንቋቸው ኢንግሊዘኛ ላልሆነ ሰዎች ነጻ የቋንቋ አገልግሎቶችን ያቀርባል፣ ፣ እንደ፣ ብቁ የሆኑ አስተርጓሚዎች ወይም በሌሎች ቋንቋዎች የተጻፉ መረጃዎች

እነዚህን አገልግሎቶች የሚፈልጉ ከሆነ፣ Surobhi Rooney ን ያግኙ። እርስዎ DHS እነዚህን አገልግሎቶች ማቅረብ እንዳልቻለ ወይም በዘር፣ ቀለም፣ የብሄራዊ ምንጭ፣ እድሜ፣ አካል ጉዳተኝነት፣ ወይም ጾታን መሰረት ያደረገ አድልዎ እንዳደረገ ካመኑ፣ ቅሬታ ማቅረብ ይችላሉ ለ፥ ሱሮቢ ሩኒይ፣ የDHCF ሲቪል መብቶች አስተባባሪ 441 4th St. NW, Washington, DC 20001 surobhi.rooney@dc.gov. ቅሬታውን በአካል ወይም በፖስታ፣ ፋክስ፣ ወይም ኢሜይል ማቅረብ ይችላሉ። ቅሬታ ለማቅረብ እርዳታ ከፈለጉ፣ እርስዎን ለመርዳት ሱሮቢ ሩኒይ አሉ። እንዲሁም የሲቪል መብቶች ቅሬታን ለ U.S. የጤና እና ሰብዓዊ አገልግሎቶች መምሪያ፣ የሲቪል መብቶች ቢሮ፣ በኤሌክትሮኒክ፣ የሲቪል መብቶች ቢሮ የቅሬታ ማቅረቢያ ፖርታል አማካኝነት ማቅረብ ይችላሉ፣ይህም የሚገኘው በ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby።

ወይም በፖስታ ወይም በስልክ በ፣ U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) የቅሬታ ቅጾች ይገኛሉ በ http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html. DHS አግባብነት ያላቸውን የፌዴራል ሲቪል መብቶች ሕጎችን ያከብራል እና በዘር፣ ቀለም፣ ብሄራዊ ምንጭ፣ እድሜ፣ አካል ጉዳተኝነት፣ ወይም ጾታን መሰረት ያደረገ አድልዎ አያደርግም።

ጊዜያዊ የአካል ጉዳተኝነት እርዳታ (IDA)

ካመለከቱ በኋላ፣ በ 60 ቀናት ውስጥ ስለ IDA ውሳኔ ያገኛሉ። የ IDA አመልካቾች ለተጨማሪ ዋስትና ገቢ (SSI) ጭምር ማመልከት እና ለ SSI ያመለከቱበትን ቀን ማስረጃ ማቅረብ አለባቸው። የ IDA ማመልከቻ እንደቀረበ የሚቆጠረው በተመደበው የ ESA የአገልግሎት ማዕከል ቀርቦ በአካል ቃለመጠይቅ ተደርጎ ከተጠናቀቀ በኋላ ነው። በ 60 ቀናት ውስጥ ማስታወቂያ ካልደረሶት፣ ፍትሃዊ ችሎት ማግኘት ይችላሉ። ለ IDA ተቀባይነት ማግኘት ባለው ገንዘብ የሚወሰን ነው። ደምበኛው ሁሉንም የብቃት መስፈርቶችን ባሟላበት ወቅት፣ ያለው ገንዘብ ተሟጦ ከሆነ፣ ደምበኛው በተጠባባቂ ዝርዝር ውስጥ ይቀመጥ እና ገንዘብ ሲገኝ ተቀባይነት ያገኛል። በተጨማሪ፣ የጥቅማጥቅምዎ መጠን ትክክል እንዳልሆነ ካሰቡ፣ ፍትሃዊ ችሎት ማግኘት ይችላሉ።

እርስዎ IDA ካገኙ፣ ከ IDA የጉዳይ አስተዳዳሪዎ ጋር መተባበር አለብዎ። ይህ ማለት፣

- የህክምና ሪፖርቶችን እና ሌሎች ሰነዶችን ለኛ መስጠት፤
- ከሀኪምዎ እና የማህበራዊ ዋስትና አስተዳደር ጋር ያሎት ቀጠሮ ጋር መገኘት፤
- ከጉዳይ አስተዳዳሪዎ ጋር ያሎት ቀጠሮ ጋር መገኘት፣ እና
- እንደአስፈላጊነቱ፣ የህክምና ፕሮግራሞች ጋር መሄድ።

እነዚህን መመሪያዎች ካልተገበሩ፣ የ IDA ጥቅማጥቅሞችዎን በከፊል ወይም በሙሉ ሊያጡ ይችላሉ። በተጨማሪ፣ DHS ካገኙት የ SSI ቼክ የመጀመሪያው "ጥቅል ክፍያ" ላይ ያገኙን የ IDA መጠን ይቀንሳል፤ DHS ቀሪውን የመጀመሪያ የ SSI ቼክ ለእርስዎ ይልካል። የ IDA አመልካቾች፣ የ IDA ክፍያዎቻቸውን ለ ESA ተመላሽ ለማድረግ በመስማማት የጊዜያዊ እርዳታ ተመላሽ ገንዘብ ፍቃድ መስጫ የሆነውን DHS 340 መፈረም አለባቸው። ለተመሳሳይ ጊዜ የተሰጠው የ SSI ጥቅማጥቅሞች ከ IDA ክፍያዎቹ ጋር እኩል ወይም የበለጠ ከሆኑ የ IDA ተቀባይ ሙሉውን የ IDA ክፍያዎች ይመልሳል። ለተመሳሳይ ጊዜ የተሰጠው የ SSI ጥቅማጥቅሞች ከ IDA ክፍያዎቹ ያነሱ ከሆኑ፣ ተቀባዩ ካገኘው የ SSI ጥቅማጥቅም ጋር እኩል የሆነውን የ IDA ክፍያዎች ይመልሳል። SSA የአካል ጉዳተኛ መሆንዎን ተቀብሎ፣ ነገር ግን እርስዎ ያለፉት ጥቅማጥቅሞች ከመከፈላቸው በፊት የ SSI ማመልከቻዎን ካወጡት፣ ለተቀበሉት IDA ሀላፊ ይሆናሉ።

የ USDA/HHS የጋራ የጸረ መድልዎ መግለጫ

ይህ ተቋም በዘር፣ በቀለም፣ በብሄራዊ ማንነት፣ በአካል ጉዳተኝነት፣ በእድሜ፣ በጾታና አንዳንድ ጊዜም በሃይማኖት ወይም በፖለቲካ እምነት ላይ የተመሰረተ አድልዎ ወይም ልዩነት ከማድረግ የተከለከለ ነው።

የ U.S. የግብርና ሚኒስቴር በተጨማሪ በዘር፣ በቀለም፣ በብሄራዊ ማንነት፣ በጾታ፣ በሃይማኖት፣ በአካል ጉዳተኝነት፣ በዕድሜ፣ በፖለቲካዊ እምነቶች ወይም ፣ በ USDA በሚከናወን ወይም ወጪው በሚሸፈን ማንኛውም ፕሮግራም ወይም ተግባር ውስጥ ቀደም ሲል በነበረ የሰብአዊ መብቶች ተግባር ምክንያት አድልዎ ወይም ልዩነት ማድረግን ይከለክላል።

የፕሮግራም መረጃ ለማግኘት አማራጭ የግንኙነት መንገዶች (ለምሳሌ:- ብሬል፣ ግዙፍ ሕትመት፣ ኦዲዮቴፕ፣ የአሜሪካውያን የምልክት ቋንቋ፣ ወዘተ) የሚያስፈልጋቸው አካል ጉዳተኞች ጥቅማ ጥቅም ለማግኘት ማመልከቻ ላስገቡበት ኤጀንሲ (የግዛት ወይም የአካባቢ) ማሳወቅ አለባቸው።

መስማት የተሳናቸው፣ የመስማት ችግር ያለባቸው ወይም የንግግር ችሎታ ጉዳት ያለባቸው ሰዎች በፌዴራል ሪሌይ አገልግሎት በኩል (800) 877-8339 ከ USDA ጋር መገናኘት ይችላሉ። በተጨማሪም፣ የፕሮግራሙ መረጃ ከእንግሊዝኛ ውጭ ባሉ ሌሎች ቋንቋዎች ሊቀርብ ይችላል።

አድልዎ ተፈጽሞብኛል የሚል ቅሬታ ለማቅረብ፣ የ USDA የፕሮግራም አድልዎ ቅሬታ ማቅረቢያ ቅጽን (AD-3027) ይሙሉ፣ ይህም ኦንላይን በ በhttps://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer ፣ እና በየትኛውም የ USDA ቢሮ የሚገኝ ሲሆን፣ ወይም ለ USDA ደብዳቤ በመጻፍ በቅጹ ውስጥ የሚጠየቀትን ሁሉንም መረጃዎች ይግለጹ። የቅሬታ ማቅረቢያ ቅጽ ኮፒ ለማግኘት፣ በስልክ ቁጥር (866) 632-9992 ይደውሉ። የተሞላውን ቅጽ ወይም ደብዳቤ በቀጣዮቹ አድራሻዎች ለ USDA ይላኩ፣

1 ፖስታ፥ U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

2 ፋክስ፥ (202) 690-7442፣ ወይም

3 ኢሜይል፣program.intake@usda.gov፣።

የተጨማሪ የምግብ ድጋፍ ፕሮግራምን Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) በተመለከተ ማንኛውም ሌላ መረጃ የሚፈልጉ ሰዎች በስፓኒሽ ጭምር አገልግሎት ለሚሰጠው ወደ USDA SNAP የስልክ መስመር ቁጥር (800) 221-5689 ወይም ለስቴት መረጃ/ የስልክ ቁጥሮች (የስልክ ቁጥሮችን በየስቴቱ ለማየት ማስፈንጠሪያውን ይጫኑ) መደወል ይችላሉ፤ ይህ አድራሻ ኦንላይን ይገኛል በ፣ https://www.fns.usda.gov/snap/state- directory

የፌደራል የፋይናንስ እርዳታ በ U.S. የጤና እና ሰብዓዊ አገልግሎቶች ዲፓርትመንት (HHS) በኩል የገንዘብ ድጋፍ የሚያገኝ ፕሮግራም ላይ አድልዎ/መድልዎን በሚመለከት ቅሬታ ለማቅረብ፣ በሚከተለው አድራሻ ይጻፉ፥ HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ወይም ይደውሉ (800) 368- 1019 (ለድምጽ)።

ይህ ተቋም ለሁሉም ሰው እኩል ዕድል የሚሰጥ ነው።

TANF (ጊዜያዊ እርዳታ ለድጋፍ ፈላጊ ቤተሰቦች)

ለገንዘብ እርዳታ በሚያመለክቱበት ተመሳሳይ ጊዜ ለ SNAP ጥቅማጥቅሞች የማመልከት መብት አለዎት። እንደ ማመልከቻ ሂደት አካል፣ ገለጻ፣ ግምገማን ማጣናቀቅ እና ለTANF ጥቅማጥቅሞች እንደ ብቁነት ቅድመ-ሁኔታ የመጀመሪያ የራስ-መቻል እቅድን ማዘጋጀት አለብዎት። ተጨማሪ የደህንነት ገቢ (SSI) እየተቀበሉ ወይም

የእርስዎ ያልሆ ልጅን እያንከባከቡ ከሆነ እና ለልጁ ብቻ እያመለከቱ ከሆነ፣ ይህ መስፈርት እርስዎ ላይ ተፈጻሚ አይሆንም። ለግምገማ ቀጠሮ ለማስያዝ፣ የDHS የሥራ እድል ቢሮ (OWO)፣ ለቤተሰብ መገልገያ ማእከል በ (202) 698-1860 ይደውሉ። በ 45 ቀናት ውስጥ ስለ TANF ውሳኔ ያገኛሉ። በ 45 ቀናት ውስጥ ማስታወቂያ ካልደረሶት፣ ፍትሃዊ ችሎት ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪ፣ የጥቅማጥቅምዎ መጠን ትክክል እንዳልሆነ ካሰቡ፣ ፍትሃዊ ችሎት ማግኘት ይችላሉ።

ማንኛውም የአናሳ እድሜ ልጅ ከቤት ከቀረ ሪፖርት ማድረግ ሀላፊነትዎ ነው፣ ቀሪው ዘጠና (90) ቀናት እንዲያልፍ የሚጠበቅ ከሆነ። የአናሳ እድሜ ልጅ ለዘጠና (90) ቀናት በላይ ያለ ጥሩ ምክንያት በ 29 DCMR § 5802.2 ውስጥ እንደተተረገመው ከቤት ከቀረ ወይም ከቤት እንደሚቀር የሚጠበቅ ከሆነ፣ የአናሳ እድሜ ልጁ የTANF ጥቅማጥቅሞችን ለመቀበል ብቁ አይሆንም። የአናሳ እድሜ ልጅ ለዘጠና

(90) ቀናት በላይ ከቤት መቅረትን ወይም ከቤት እንደሚቀር መጠበቁን ካወቁ በኋላ በአምስት ቀናት ውስጥ ሪፖርት ሳያደርጉ ከቀሩ፣ በቂ እና ጊዜውን የጠበቀ ማስታወቂያ ከተሰጠ በኋላ፣ ለሶስት (3) ወራት ቆይታ የወላጅ ወይም ተንከባካቢ ዘመድ ፍላጎቶች ከTANF ጥቅማጥቅሞች ውጪ ይሆናሉ። የአናሳ እድሜ ልጅ ለዘጠና (90) ቀናት በላይ ከቤት መቅረትን ወይም ከቤት እንደሚቀር መጠበቁን ዘገይተው ሪፖርት ካደረጉ፣ ለአንድ (1) ወር ቆይታ የወላጅ

ወይም ተንከባካቢ ዘመድ ፍላጎቶች ከTANF ጥቅማጥቅሞች ውጪ ይሆናሉ፣ ልጁ ከቤት ከቀረበት ከሚቀጥለው ወር ጀምሮ።

POWER (የሥራ ቅጥር እና ሀላፊነት ላይ የሚሰራ ፕሮግራም)፥ በማንኛውም ጊዜ ለጊዜያዊ ወደ POWER ዝውውር ማመልከት ይችላሉ ለTANF ጥቅማጥቅሞች ብቁ ከሆኑ ግን መስራት የማይችሉ ከሆነ። እንዳይሰሩ የሚከለክልዎ አካላዊ ወይም አዕምሯዊ ሁኔታ እናዳለዎት ለእኛ በማሳወቅ ለ POWER ማመልከት ይችላሉ። እንዲሁም ለ POWER ብቁ መሆን ይችላሉ የሚከተሉት ከሆኑ፥

- በትምህርት ቤት ውስጥ የተመዘገበች ከ19 ዓመት በታች የሆነች እርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት
- በአካል ወይም በአዕምሮ አካል ጉዳተኛ የሆነ ሰው በቤትዎ ውስጥ ማንከባከብ ካለብዎ
- እርስዎ 60 ዓመት ወይም ከዚያ በላይ ከሆኑ
- እርስዎ የቤት ውስጥ ጥቃት ተጠቂ ከሆኑ፣

TANF ላይ እያሉ ተሳትፎ ይከፍላል፥ ከ TANF አቅራቢዎ ጋር ሲሳተፉ፣ ክፍያዎች እና ጭማሪ(ዎች)ን ለማግኘት ብቁ ይሆናሉ። ይህ ለእርስዎ እና ለቤተሰብዎ ተጨማሪ ገንዘብ ያስገኛል።

ማዕቀቦች፥ እቅድዎን ወይም የሥራ መስፈርቶችዎን የማይከተሉ ከሆነ፣ የTANF ጥቅማጥቅሞችዎ ይቀንሳሉ፣ ጥሩ ምክንያት ካለዎት በስተቀረ። ይህ የሥራ ማዕቀብ ይባላል። ለራስዎ እና ለልጆችዎ ውጤታማ እንዲሆኑ እራስዎን ጥሩ ቦታ ላይ እንዲያስቀምጡ እንፈልጋለን፡ DHS ለስራ እንዲዘጋጁ እና እንዲያገኙ፣ በስራ ላይ ስኬታማ እንዳይሆኑ እየከለከሉዎት ያሉ ችግሮችን መፍታት ውስጥ ለመርዳት እና የተሻለ ስራ እንዲያገኙ ለመርዳት አገልግሎቶችን ያቀርባል። ማዕቀብ የሚጣልብዎ ከሆነ፣ አስቀድመን እናሳውቅዎታለን።

EBT (የኤሌክትሮኒክ ጥቅማጥቅም ማስተላለፍ)፥ የ EBT ካርድዎ የ TANF ጥቅማጥቅሞችዎን ለማግኘት የሚጠቀሙበት ካርድ ነው። የ EBT ካርድዎን በመጠጥ መደብሮች፣ ካዚኖዎች፣ ወይም የስትሪፕ ማምሻ ክለቦች ውስጥ እንዲጠቀሙ አይፈቀድልዎትም። በእነዚህ ቦታዎች በየትኛውም ካርዱን ከተጠቀሙ፣ ማስተላለፊያው ይታገዳል። DHS በእነዚህ ቦታዎች የካርዱ አጠቃቀምን ይቆጣጠራል። ለ DHS በ EBT ካርድዎ ላይ ያሉትን የ TANF ጥቅማጥቅሞችዎን ከእነዚህ የተከለከሉ ቦታዎች በአንዱ እንደተጠቀሙ ሪፖርት አለማድረግ የህዝብ እርዳታ ማጭበርበር ድንጋጌዎች ጥሰት ውስጥ እንደመሳተፍ ይታያል፣ በበዲሲ ይፋዊ ኮድ §4-218.01(c). (http://www.lexisnexis.com/hottopics/dccode/) ላይ የሚገኙትን ዲስትሪክቱ

ከላይ ኮድ የሚገደዱ ቅጣቶችን ሊጥል ይችላል። ካርዱን በተከለከሉ ቦታዎች ከተጠቀሙ፣ ፍላጎቶችዎን ከቤተሰብዎ TANF ጥቅማጥቅም እንዲነሱ ያደርጋሉ እናም ከፕሮግራሙ በዘላቂነት ውድቅ ሊደረጉ ይችላሉ።

የቤት ውስጥ ጥቃት፥ እርስዎ ለ TANF የስራ መስፈርቶች እና የ TANF የልጅ ድጋፍ ትብብር መስፈርቶች በማንኛውም ጊዜ የቤት ውስጥ ጥቃት ጥሩ ምክንያት መታለፍ የመጠየቅ መብት አለዎት። DHS የቤት ውስጥ ጥቃት ተጠቂዎችን ወደ

ተገቢ አገልግሎቶች ይልካል። የቤት ውስጥ ጥቃትን ይፋ ማድረግ በፍላጎት ነው እና እርዳታ የማግኘት አቅምን በአሉታዊ ተጽዕኖ አያሳድርም ወይም አያዘገይም። ይፋ የተደረገ መረጃ በሚስጥር ይያዛል፤ ይሁን እንጂ፣ ስለ ልጅ ጥቃት፣ ልጅ ቸለተኝነት ወይም የአረጋውያን ጥቃት ይፋ የተደረገ መረጃ ለልጅ ጥበቃ አገልግሎቶች ወይም የዲስትሪክቱ የአዋቂ ጥበቃ አገልግሎቶች ክፍል (APS) ሪፖርት መደረግ አለበት።

የPOWER ብቁነት

የእርዳታ ክፍል በሚከተሉት ሁኔታዎች ስር ለ POWER ብቁ ይሆናሉ፥

- የእርዳታ ክፍሉ መሪ እድሜ አናሳ የሆነ/ች ልጅ ወላጅ ነው፤
- የእርዳታ ክፍሉ መሪ በአካላዊ ወይም በአዕምሯዊ አካል ጉዳተኛ ነው፤ እና
- የእርዳታ ክፍሉ በአካላዊ ወይም በአዕምሯዊ አካል ጉዳተኛ መሆን ብቁ በሆነ የህክምና ማስረጃ ይረጋገጣል እና ከእርዳታ ክፍሉ መሪ እድሜ፣ የከዚህ በፊት የስራ ልምድ፣ ትምህርት፣ የእርዳታ ክፍሉ መሪ የመስራት ችሎታ ላይ ተጽዕኖ የሚያሳድሩ ሌሎች ሁኔታዎች ጋር ከግምት ውስጥ ሲገባ፣ በተገቢ ESA እንደተወሰነው፥
  - የእርዳታ ክፍሉ መሪ የመስራት ወይም የስራ ፍለጋ ወይም ስራ ዝግጁነት ተግባራት ውስጥ የመሳተፍ ችሎታን በጉልህ ከቀነሰ፤ እና
  - ከ30 በላይ እንደሚዘልቅ የሚጠበቅ ከሆነ።

ከላይ ከተገለጹት ሁኔታዎች በተጨማሪ፣ የእርዳታ ክፍል መሪ ለPOWER ብቁ ይሆናል፣ የእርዳታ ክፍል መሪ የአናሳ እድሜ ልጅ ወላጅ ከሆነ እና፥

- በአካል ወይም በአዕምሮ አካል ጉዳተኛ ለሆነ የቤተሰብ አባል እንክብካቤ ለመስጠት በቤት ውስጥ የሚፈለግ ከሆነ፣ በህክምና አስፈላጊነት ምክንያት፤ ወይም
- ተገቢ የምክር ድጋፍ ወይም አገልግሎቶችን እየወሰደ/ች ያለ/ች የቤት ውስጥ ጥቃት ተጠቂ እንደ ሆነ/ች መምሪያው ከወሰነ እና የስራ መስፈርት ወይም የልጅ ድድፍ ትብብር እንዲቀር ምክር እንዲቀርብ ያደረገ በመምሪያው ወይም የመምሪያው ተወካይ የተደረገ የቤት ውስጥ ጥቃት ግምገማ ከወሰደ/ች፤ ወይም
- እርጉዝ ወይም ልጅ አሳዳጊ ወጣት ሆና፥
  - ከቤት መኖር መስፈርቶች እንደ ቀረላት በመምሪው የምስክር ወረቀት ከተሰጣት፤
  - ሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ቤት ወይም የጠቅላላ ትምህርት ተመዛዥ ድግሪ ፕሮግራም ውስጥ ከተመዘገበች፤ እና፣
  - የሥራ መስፈርቶቹ/ቿን ከ TANF የግለሰብ ሀላፊነት እቅዱ/ዷ (IRP) ጋር ያሟላ/ች ወይም በPOWER ውስጥ ተሳትፎው/ዋ ወቅት ወቅት የተዘጋጀውን ማንኛውም ተመዛኝ እቅድ።

አንድ ሰው ለ POWER ብቁ የማይሆነው ያ ሰው

- TANF (ጊዜያዊ እርዳታ ለድጋፍ ፈላጊ ቤተሰቦች)፤
- ተጨማሪ የደህንነት ገቢ (SSI)፤ ወይም
- የስራ አጥነት ካሳ ጥቅማጥቅሞችን ከተቀበለ/ች ነው።

የልጅ ድጋፍ መብቶች (TANF)

ሁሉም የልጅ ድጋፍ ክፍያዎች በ CSSD ይሰበሰቡ እናም ይሰጣሉ። የTANF ገንዘብ ሽልማት የሚደርስ የድጋፍ መብቶችዎን እየመደቡ ነው እና አሁን ካለው ወርሃዊ የልጅ ድጋፍ ግዴታ የመጀመሪያ $150.00 ወይምከቀሪ ወላጅ ወይም የትዳር ጓደኛ በፍላጎት ላይ የተመሰረተ የልጅ ድጋፍ ክፍያ እና ከ TANF የገንዘብ ሽልማት በላይ የሆነ ማንኛውም መጠን። በስህተት ክፍያ ከወሰዱ፣ በአስቸኳይ CSSD ያነጋግሩ። በስህተት ክፍያ ከወሰዱ እና ክፍያውን የማይመልሱ ከሆነ፣ለ CSSD መልሰው እንዲከፍሉ ሊገደዱ ይችላሉ። በእነዚህ ውሎች ካልተስማሙ፣ እንጊዲያውስ TANF አያገኙም። አንዴ ከ TANF ከወጡ በኋላ እንግዲህ አሁን ያለውን ማንኛውም የልጅ ድጋፍ ክፍያዎችን ይዘው መቆየት ይችላሉ። የ TANF ጥቅማጥቅሞችን ከተጠቀሙ፣ እንግዲህ በእነዚህ ሁኔታዎች እንደሚስማሙ እየነገሩን ነው።

SNAP (የምግብ እርዳታ)

የ SNAP ማመልከቻዎችን ማስገባት አለብዎት፣ቅጾቹን ለDHS አገልግሎት ማእከል በአካል፣ ስልጣን ያለው ተወካይ አማካኝነት፣ በኢንተርኔት፣ ወይም በፖስታ። ለ SNAP በጽሁፍ የማመልከት ወይም ዳግም-ማመልከት መብት አለዎት። ለSNAP የ DHS አገልግሎት ማእከልን ባነጋገሩበት ተመሳሳይ ቀን በቢሮ ሰዓታት የማመልከቻ ቅጽን ማስገባት ይችላሉ። ማመልከቻ ከማስገባትዎ በፊት ቃለ-መጠይቅ ማድረግ አይኖርብዎትም እና የአመልካች

ስም እና አድራሻ እስከ ያዘ እና ሀላፊነት በሚወስደው የቤተሰብ አባል ወይም የቤተሰቡ ስልጣን ባለው ተወካይ እስከ ተፈረመ ድረስ።

የማመልከቻ ስም ማመልከቻው በ DHS በማንኛውም የአገልግሎት ማእከሎቻችን የተቀበለበት ቀን ነው። ማመልከቻው ከመደበኛ የስራ ሰዓታት ውጪ ከደረሰ፣ የማመልከቻ ቀን የሚቀጥለው የሥራ ቀን ይሆናል። አመልካቹ

ለ SSI እና SNAP በጥምር እያመለከተ ያለ ተቋም ኗሪ ከሆነ፣ ተቋሙን ከመልቀቁ በፊት፣ የማመልከቻ ቀን ከተቋሙ የለቀቀበት ቀን ነው። ማመልከቻው ካልተፈረመ፣ የማመልከቻ ቀን መወሰን አይችልም እና ማመልከቻውን ለማስፈጸም የመጨረሻ ቀነ-ገደብ መቁጠር አይችልም። የ SNAP ማመልከቻን በጽሁፍ የመፈረም መብት አለዎት። በሲቪል መብቶች ህግ ተገዢነትን ለማሳየት አስፈላጊ ሲሆን ያልተጻፉ ፊማዎች ተቀባይነት አላቸው።

DHS የተሞላውን ማመልከቻ ቅጂን ለእርስዎ ለማቅረብ መጋበዝ አለበት። በኤሌክትሮኒክ ቅርጸት ሊቀርብ ይችላል። ለ SNAP ከሌሎች ጥቅማጥቅሞች ለይተው ለብቻ ማመልከቻ ማስገባት ይችላሉ። ለSNAP እና የጥሬ ገንዘብ እርዳታ ለሁለቱም እያመለከቱ ከሆነ እና የ SNAP ጥቅማጥቅሞችዎ መጀመሪያ ከጸደቀ፣ የገንዘብ እርዳታ ሲቀበሉ እነዚያ የSNAP ጥቅማጥቅሞች ሊቀንሱ፣ ሊታገዱ፣ ወይም ሊቋረጡ ይችላሉ። በእነዚህ ሁኔታዎች ውስጥ DHS የአሉታዊ እርምጃ ማስታወቂያን ለእርስዎ ለመላክ አይገደድም። ብቁ ከሆኑ በሰባት (7) ቀናት ውስጥ የተራዘመ SNAP ያገኛሉ። ካመለከቱ በኋላ፣ በ 30 ቀናት ውስጥ ስለ SNAP ውሳኔ ያገኛሉ። DHS ጥቅማጥቅሞችን መስጠት ያለበት የጊዜ ርዝመት ከማመልከቻ ቀን ጀምሮ ይሰላል። በዚህ ጊዜ ውስጥ ማስታወቂያ ካልደረሶት፣ ፍትሀዊ ችሎት ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪ፣ የጥቅማጥቅምዎ መጠን ትክክል እንዳልሆነ ካሰቡ፣ ፍትሃዊ ችሎት ማግኘት ይችላሉ። ከDHS ጋር ቃለ-መጠይቅ ማድረግ አለብዎ፣ SNAP ለማግኘት በስልክ ማድረግ ካለብዎ፣ እባክዎ ሰራተኛዎ እንዲያውቅ ያድርጉ። ማመልከቻዎን ካመጡ፣ በፖስታ ከላኩ፣ ወይም ፋክስ ካደረጉ፣ DHS በስልክ ለእርስዎ ቃለ-መጠይቅ ለማድረግ ይሞክራል። DHS ለሚጠይቀው ማንኛውም ቤተሰብ የፊት-ለፊት ቃለ-መጠይቅ መፍቀድ አለበት። ቃለ-መጠይቁ በቤተሰብ መሪ፣ የትዳር ጓደኛ፣ የቤተሰቡ ማንኛውም ሀላፊነት ያለበት የቤተሰብ አባል፣ ወይም ስልጣን ባለው ተወካይ ሊደረግ ይችላል። ለጥሬ ገንዘብ እርዳታ የማመልከት ጉዳቶች እና መስፈርቶች

የ SNAP ጥቅማጥቅሞች ላይ ተግባራዊ አይሆኑም። የSNAP ጥቅማጥቅሞችን መቀበል በቤተሰብዎ ላይ ተግባራዊ ሊሆኑ የሚችሉ ማንኛውም ሌሎች የፕሮግራም የጊዜ ገደቦች ላይ ተጽዕኖ የለውም። ለ SNAP ወዲያውኑ የማመልከቻ ቅጽ እንዲሞሉ

እናበረታታዎታለን። ምንም እንኳ የገንዘብ እርዳታ መቀበል ቢያቆሙም፣ አሁንም ለ SNAP ጥቅማጥቅሞች ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ። የብቁነት ውሳኔ በፊት በማንኛውም ጊዜ በፍላጎት ማመልከቻዎን ማውጣት ይችላሉ። ማመልከቻዎን ካወጡ በኋላ በማንኛውም ጊዜ መልሰው ማመልከት ይችላሉ። የSNAP ጥቅማጥቅሞች ለተለየ የጊዜ ርዝመት፣ የማረጋገጫ ጊዜ የምባለው፣ ይሰጣሉ። የ SNAP ጥቅማጥቅሞችን ከማረጋገጫ ጊዜዎ ማብቂያ በፊት ዳግም-ማረጋገጥ አለብዎት፣ ወይም የ SNAP ጥቅማጥቅሞች ከጥቅም ጊዜ ውጪ ይሆናሉ። ያስታውሱ፥ የተወሰኑ በእድሜ የገፉ እና አካል ጉዳተኛ የሆኑ ደንበኞች በየሁለት ዓመቱ ብቻ ዳግም-ማረጋገጥ አለባቸው። ይሁን እንጂ፣ SNAP ለማግኘት የጊዜ ገደብ የለም፣ ለዲስትሪክቱ የABAWD የጊዜ ገደብ ያለተተወበት ጊዜ ያልታለፉ ጤናማ-ሰውነት ያለዎት አዋቂ እና ጥገኞች የሌሉዎት ከሆኑ በስተቀር (ABAWD የ SNAP የሥራ ምዝገባ መብቶች እና ግዴታዎች የጽሁፍ መግለጫን ይመልከቱ)። እንደሁም፣ ምንም እንኳ

TANF ቢያጡ፣ አሁንም SNAP ሊያገኙ ይችላሉ። **በ SNAP ማመልከቻዎ ውስጥ ያቀረቡትን መረጃ ከፌዴራል፣ ስቴት፣**

እና አካባቢ ባለስልጣናት ጋር እናጣራለን፣ እውነት መሆኑን ለማወቅ። እርስዎ ያቀረቡት ማንኛውም መረጃ እውነት ካልሆነ፣ የ SNAP ማመልከቻዎን ውድቅ ልናደርግ እንችላለን እና እያወቁ ትክክለኛ ያልሆነ መረጃ ስላቀረቡ ለወንጀል ምርመራ ሊቀርቡ ይችላሉ። SNAP ካገኙ፣ እነዚህን ደንቦች መከተል አለብዎት።

- SNAP ለማግኘት መረጃን አይደብቁ ወይም አይዋሹ።
- የእርስዎን SNAP አይቀይሩ ወይም አይሸጡ፤
- የሌላ ሰውን SNAP አይጠቀሙ፤
- በ SNAP አልኮል ወይም ትንባዎ አይግዙ።

እያወቁ ህጎችን ከጣሱ፣ እንግዲያውስ ሊቀጡ እና እስከ 20 ዓመት ለሚደርስ ጊዜ ወደ እስር ሊገቡ ይችላሉ። እንዲሁም ጥቅማጥቅሞችዎን ለአንድ ዓመት

ለመጀመሪያ ጥሰት፣ ሁለት ዓመት ለሁለተኛ ጥሰት፣ እና በዘላቂነት ለሶስተኛ ጥሰት። በዲስትሪክቱ ውስጥ ስለመኖርዎ ወይም ስለ ማንነትዎ ከዋሹ፣ እንግዲያውስ ለአስር ዓመታት SNAP አያገኙም። ለማንኛውም ዓላማ የእርስዎን SNAP ከቀየሩ (ለምሳሌ፣ መድሃኒት፣ የጦር መሳሪያዎችን፣ ጥይት፣ ወይም ፍንዳታዎችን ለማግኘት) ወይም በጥቅማጥቅሞች ውስጥ $500 ወይም ከዚያ በላይ ካዘወሩ፣ እንግዲያውስ ጥቅማጥቅሞችዎን ለ2 ዓመታት ለመጀመሪያ ጥሰት እና በዘላቂነት ለሁለተኛ ጥሰት ሊያጡ ይችላሉ፣ በህግ ፍርድ ቤት ከተፈረደብዎ።

የUS-ዜጋ ያልሆኑ አመልካቾች ተቀባይነት ያለው ብቁ የሆነ የውጭ ሀገር ዜግነት ሁኔታቸው ሰነድ እንዲያስገቡ ተገቢ እድል ይቀርብላቸዋል። DHS የማንኛውም የቤተሰብ አባል የኢሚግሬሽን ሁኔታን ለማረጋገጥ USCIS እንዲያነጋግር ካልፈለጉ፣ ማመልከቻዎን የማስወጣት ወይም ያለዚያ የቤተሰብ አባል SNAP ውስጥ ለመሳተፍ የመምረጥ አማራጭ አለዎት። የማመልከቻ ሂደትን ቃለ-መጠይቅ እና በማመልከቻው ላይ ያለ የተወሰነ መረጃን ጨምሮ ለማጠናቀቅ ከ DHS ጋር መተባበር አለብዎት። ለመተባበር ፈቃደኛ ካልሆኑ፣ ማመልከቻው ውድቅ የሚደረግ ይሆናል። እንዲሁም በጥራት ቁጥጥር ገምጋሚ ለሚደረግ ማንኛውም በኋላ የሚሆነው ግምገማ መተባበር አለብዎት። ለመተባበር ፈቃደኛ ካልሆኑ ብቁ እንዳልሆኑ ይወሰናል። በሁኔታዎ ላይ የሚመጡ የተወሰኑ ለውጦችን ሪፖርት ሊያደርጉልን ይገባል። ለኛ ስለሚያደርጉልን ለውጦች የበለጠ እንዲያውቁ

ማስታወቂያ እናቀርብልዎታለን። እያንዳንዱ ጥገኞች የሌለው መታለፍ-ያላገኘ ጤናማ-ሰውነት ያለው አዋቂ (ABAWD) የሥራ ሰዓታቸው በወር በአማካይ ተወስዶ በሳምን ከሃያ (20) ሰዓታት በታች ሲወርድባቸው ሪፖርት ሊያደርጉልን ይገባል። ጉልህ ሎተሪ ወይም የቁማር መብላቶችን ከወሰዱ (በአንድ ጨዋታ አሁን ካለው የSNAP አረጋውያን ወይም አካል ጉዳተኛ ቤተሰብ ገደብ ጋር እኩል ወይም የሚበልጥ መጠን) ፣ ያ ለኛ ሪፖርት መደረግ አለበት እና ለSNAP አስቸኳይ የብቁነት ማጣትን ሊያስከትል ይችላል። ወሩ ሙሉ ነጻ መጠለያ ያላገኙ ቤት አልባ ቤተሰቦች ከመደበኛ የቤት አልባ መጠለያ ቅናሽ ወይም የመጠለያ እና መገልገያ ወጪዎችን፣ የSNAP ጥቅማጥቅሞች መጠን በመስላት ውስጥ ሌሎች ቅናሾች ከተደረጉ በኋላ፣ የጥሬ ገቢ ግማሽ ጋር በማነጻጸር የሚሰላ ከበቂ በላይ የመጠለያ ቅናሽ መካከል መምረጥ ይችላሉ።

SNAP የሥራ ምዝገባ መብቶች እና ግዴታዎች

እንደ SNAP ጥቅማጥቅሞች ብቁነት ቅድመ-ሁኔታ፣ እያንዳንዱ የታለፈው የቤተሰብ አባል በሚከተሉት የSNAP የስራ መስፈርቶች ለመገዛት ሀላፊነት አለበት፥

- በማመልከቻ ጊዜ እና ከመጀመሪያ ምዝገባ በኋላ በየ 12 ወራት ለሥራ መመዝገብ ወይም በ DHS መመዝገብ።
- የSNAP የሥራ ቅጥር እና ስልጠና (E&T) ፕሮግራም ውስጥ መሳተፍ በ DHS ከተመደቡ፣ በDHS በሚፈለግ ደረጃ ድረስ። በዚህ ጊዜ፣ DHS የ E&T ፕሮግራሞች ውስጥ የሚደረግ ተሳትፎን በፈቃደኝነት ያደርጋል።
- በ DHS ከተመደቡ፣ የሥራ ደህንነት ፕሮግራም ውስጥ መሳተፍ።
- ስለ ሥራ ቅጥር ሁኔታዎ ወይም ለስራ ዝግጁ መሆንዎን አስመልክቶ ለDHS ወይም ተወካዩ በቂ መረጃ መስጠት።
- DHS ወይም ተወካዩ ለምቹ ቅጥር ወደ አንዱ ከላኩዎ ለአሰሪ ሪፖርት ያድርጉ።
- ለተቃውሞ ወይም መዘጋት የማይዳረግ ምቹ ቅጥርን፣ የፌዴራል ወይም ስቴት ዝቅተኛ ደሞዝ ጋር እኩል ወይም በሚበልጥ ደሞዝ ወይምበፍትሃዊ የላብ ስራ ደረጃዎች ሕግ ክፍል 6(a)(1) ስር ዝቅተኛ ሰዓታዊ መጠን የሥራ ቅጥር ግብገ ላይ ተግባራዊ ቢሆን ኖሮ ሊተዳደር ይችል የነበረ ደሞዝ 80 በመቶ ደሞዝ በመልካም እምነት መቀበል።
- በሳምንት የ30 ሰዓታት ወይም ከዚያ በላይ ስራን በፈቃደኝነት እና ያለ ጥሩ ምክንያት አያቋርጡ ወይም የሥራ ጥረትን ወደ 30 ሰዓታት በሳምንት በታች አይቀንሱ።
- የሚከተሉት ሰዎች ከ SNAP የስራ መስፈርቶች የመታለፍ መብት አላቸው፥
  - ከ16 ዓመት እድሜ በታች ወይም 60 ዓመት እድሜ ወይም ከዚያ በላይ የሆነ ሰው።
  - እድሜው 16 ወይም 17 የሆነ እና የቤተሰብ መሪ ያልሆነ ወይም ትምህርት ቤት እየተከታተለ ያልሆነ፣ ወይም የሥራ ቅጥር ስልጠና ፕሮግራም ውስጥ የተመዘገበ፣ ቢያንስ በግማሽ-ስራ ሰዓት መሰረት።
  - ለቅጥር በአካል ወይም በስነልቦና ብቁ ያልሆነ ሰው።
  - በማንኛውም የ TANF የሥራ መስፈርቶች የሚጠየቅ እና የሚገዛ ሰው።
  - ወላጅ ወይም ሌላ የቤተሰብ አባል ከ6 ዓመት በታች ለሆነ ልጅ ወይም አቅመ-ደካማ ለሆነ ሰው እንክብካቤ የመስጠት ሀላፊነት ያለበት ሰው።
  - የስራ ቅጥር ካሳ እየወሰደ ያለ ሰው። እንዲሁም ለሥራ አጥነት ካሳ ያመለከተ፣ ግን እስካሁን ያልወሰደአ ሰው፣ ያ ሰው የፌዴራል-ስቴት ሥራ አጥነት ካሳ ማመልከቻ ሂደት አካል በሆኑ የስራ መስፈርቶች እየተገዛ ከሆነ ይታለፋል።
  - የመድኋኒት ሱስ ወይም አልኮል ህክምና እና ማገገሚያ ፕሮግራም ውስጥ መደበኛ ተሳታፊ የሆነ ሰው።
  - የተቀጠሩ ወይም የራሳቸው ሥራ የሚሰሩ እና ቢያንስ በሳምንት 30ሰዓታት የሚሰሩ ወይም ቢያንስ የፌዴራል ዝቅተኛ ደሞዝ በ30 ሰዓታት ሲባዛ እኩል ሳምንታዊ ደሞዝ የሚያገኝ ሰው። ይህ የሚጨምረው ስድተኛ እና ወቅታዊ የእርሻ ሠራተኞች ሆኖ ኮንትራት ውስጥ ያሉ ወይም ከአሰሪ ወይም የቡድን አመራር ጋር ተመሳሳይ ስምምነት ውስጥ ያሉና በ30 ቀናት ውስጥ ሥራ የሚጀምሩ። የተቀጠረ ወይም የራሱ/ሷ ስራ የሚሰራ/የምትሰራ ሰው ሆኖ/ና በፈቃደኝነት እና ያለ ጥሩ ምክንያት የሥራ ጥረቱን/ቷን የሚቀንስ/የምትቀንስ፣ እና ከቅናሽ በኋላ፣ በሳምንት ከ30 ሰዓታት በታች እየሰራ

ያለ/ች፣ SNAP ውስጥ ለመሳተፍ ብቁ አይሆንም/አትሆንም።

- በማንኛውም እውቅና ያለው ትምህርት ቤት፣ የስልጠና ፕሮግራም፣ ወይም የከፍተኛ ትምህርት ተቋም ውስጥ ቢያንስ በግማሽ-ጊዜ የተመዘገ/ች ተማሪ። በከፍተኛ ትምህርት ተቋም ውስጥ ቢያንስ ግማሽ-ጊዜ የመዘገቡ ተማሪዎች ለ SNAP የተማሪ ብቁነት መስፈርቶችን ማሟላት አለባቸው። ተማሪ በመደበኛ የክፍል ክትትል፣ የትምህርት ጉዞ፣ እና እረፍት ጊዜያት የሚታለፍ/የምትታለፍ ሆኖ/ና ይቆያል/ትቆያለች።

በSNAP የሥራ መስፈርቶች ለመገዛት ፈቃደኛ ያልሆነ/ች ወይም ያልቻለ/ች ማንኛውም ግለሰብ SNAP ውስጥ ለመሳተፍ ብቁ አይሆንም/አትሆንም እና ብቁ ያልሆነ/ች የቤተሰብ አባል ሆኖ/ና ይወሰዳል/ትወሰዳለች። የሚከተሉት የውድቅ ማድረጊያ ጊዜያት ይጣላሉ፥

- ለመጀመሪያ ያለመገዛት መከሰት፣ ግለሰቡ ውድቅ የሚሆነው እስከሚከተሉት ጊዜያት የኋላ ጊዜ ነው፥
  - ግለሰቡ የሚገዛበት ቀን፤
  - አንድ ወር፤ ወይም
  - እስከ ሶስት ወራት።
- ለሁለተኛ ጊዜ መከሰት፣ እስከ፥
  - ግለሰቡ የሚገዛበት ቀን፤
  - ሶስት ወራት፤ ወይም
  - እስከ ስድስት ወራት በኋላ።
- ለሶስተኛ ወይም ተከታታይ መከሰት፣ እስከሚከተለው በኋላ፥
  - ግለሰቡ የሚገዛበት ቀን፤
  - ስድስት ወራት፤
  - በ DHS በተወሰነ ቀን፤ ወይም
  - በዘላቂነት።

እንዲሁም DHS መላ ቤተሰቡን ውድቅ ሊያደርግ ይችላል። DHS የሥራ መስፈርቶች፣ ለሥራ-የተመዘገቡ የቤተሰብ አባላት መብቶች እና ግዴታዎች፣ እና እነሱን አለመከተል የሚያመጣውን መዘዞችን እንዲገልፅልዎ የመጠየቅ መብት አለዎት። DHS ለሥራ-ለተመዘገበ እያንዳንዱ ቤተሰብ ውስጥ ላለ ግለሰብ ከላይ የተጠቀሱትን በጽሁፍ እንዲያቀርብ የመጠየቅ መብት አለዎት።