

## नकद या भोजन सहायता के लिए आवेदन

### Application for Cash or Food Assistance

यदि आपको यह फॉर्म पढ़ने या भरने में मदद की आवश्यकता हो, तो कृपया हम से मदद माँगें।

यह पृष्ठ अपने रिकॉर्ड के लिए रखें।

#### मैं नकद या भोजन सहायता के लिए आवेदन कैसे करूँ?

आप यह प्रक्रिया अभी इस आवेदन के स्वयं किसी कम्प्युनिटी सर्विसिस दफतर में जमा करवा कर शुरू कर सकते/सकती हैं। आवेदन में आपका नाम, पता और हस्ताक्षर या फिर आपके अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर होने चाहिए। आवेदन में यह तीन चीजें ही हैं तब भी आप अपना आवेदन तुरंत जमा करा सकते/सकती हैं।

- अगर आप यथाशीघ्र अपना आवेदन शुरू कर, पूरा कर के हमें दे दें, और साथ ही हम माँगे ऐसी कोई भी अन्य जानकारी दे दें तो आपको अधिक बेनिफिट्स मिल सकते हैं या तो वह जल्दी से मिल सकते हैं।
- आप अपना आवेदन किसी स्थानीय दफतर में ले जा सकते/सकती हैं। पतों के लिए [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov) देखें।
- अपना आवेदन 1-888-338-7410 पर फ़ैक्स द्वारा भेजें।
- अपना आवेदन डाक द्वारा इस पते पर भेजें:  
DSHS  
CSD-Customer Service Center  
PO Box 11699  
OLYMPIA WA 98411-6699
- आप यहाँ जा कर ऑनलाइन आवेदन भी कर सकते/सकती हैं [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)
- स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के लिए आपको या तो यहाँ पर ऑनलाइन आवेदन करना होगा [www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org), या फिर इस नंबर पर कॉल करना होगा 1-855-923-4633, या फिर स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के लिए एचसीए आवेदन (HCA Application for Health Care Coverage (HCA 18-001)) का उपयोग करना होगा।

#### मैं भोजन और नकदी सहायता के लिए मदद कितनी जल्दी प्राप्त कर सकता/सकती हूँ?

यदि आपको तत्काल भोजन सहायता की आवश्यकता हो, तो प्रश्न 1 से 14 भर कर इस फॉर्म को अपने स्थानीय दफतर में ले जाएं।

हम 7 दिनों के भीतर यह तय करते हैं कि आप भोजन सहायता के लिए पात्र हैं या नहीं और अगर आप अपनी पहचान का प्रमाण दिखाएं और निम्नलिखित में से एक पूरा करते/करती हों तो:

- आपके परिवार की कुल आय \$150 से कम है और इस महीने आपके पास \$100 से कम नकदी है।
- आपके परिवार की आय और संसाधन आपके मासिक किराये और यूटिलिटीज़ से कम है।
- आपके परिवार में कोई निराश्रय प्रवासी या मौसमी कृषि कामगार हो।

**बेनिफिट्स हम यह निर्धारित करें कि आप पात्र हैं उसके बाद वाले दिन से जारी किए जाते हैं।** हमें आप अपना आवेदन भेजें उसके 30 दिनों में यह निर्धारित करना होगा कि आप भोजन सहायता के लिए पात्र हैं या नहीं। भोजन सहायता सामान्य तौर पर हमें जिस दिन आपका आवेदन मिले उस दिन से शुरू होती है। यदि आप किसी संस्थान से अपना आवेदन भेज रहे/रही हैं, तो शुरुआत की तिथि आपकी रिहाई या आपके बाहर निकलने की तिथि होती है। नकद सहायता सामान्यतः उस दिन शुरू होती है जिस दिन हमारे पास यह तय करने के लिए पूरी जानकारी हो कि आप पात्र हैं।

#### नागरिक अधिकार

संघीय दीवानी कानूनों और यू.एस. कृषि विभाग (यू.एस. डिपार्टमेंट ऑफ एग्रिकल्चर USDA) के नागरिक अधिकार विनियमों और नीतियों के अनुसार, USDA, उसकी एजेंसियों, उसके कार्यालयों, और कर्मचारियों, और USDA के कार्यक्रमों में हिस्सा ले रहे या उनका संचालन कर रहे संस्थानों द्वारा जाति, रंग, मूल राष्ट्रीयता, धर्म, लिंग, लैंगिक पहचान (लैंगिक स्पष्टीकरण समेत) यौन विन्यास, अक्षमता, आयु, वैवाहिक स्थिति, पारिवारिक/मातृत्व/पितृत्व संबंधी स्थिति, किसी सरकारी कार्यक्रम से प्राप्त आय, राजनैतिक मान्यताओं के आधार पर, या पहले की नागरिक अधिकार गतिविधि के लिए, USDA द्वारा संचालित या निधियन किये जाने वाले किसी भी कार्यक्रम या गतिविधि (सभी कार्यक्रमों पर सारे आधार लागू नहीं होते) में भेदभाव करना या बदला या प्रतिशोध लेना प्रतिबंधित है। हर कार्यक्रम में उपाय और शिकायत दर्ज कराने की अंतिम तिथियाँ अलग-अलग होती हैं।

कार्यक्रम संबंधी जानकारी के लिए अक्षमता वाले व्यक्ति जिन्हें संचार के वैकल्पिक तरीकों की आवश्यकता है (उदाहरण के लिए ब्रेडल, बड़े अक्षर, ऑडियो टेप, अमेरिकन साइन लैंग्वेज आदि), उन्हें जिम्मेदार एजेंसी अथवा USDA के TARGET (टार्गेट) केन्द्र से (202) 720-2600 (वाँस और TTY) से संपर्क करना चाहिए या फिर USDA से फेडरल रीले सर्विस के माध्यम से (800) 877-8339 पर संपर्क करना चाहिए। उपरांत, कार्यक्रम संबंधी जानकारी अंग्रेज़ी के अलावा अन्य भाषाओं में भी उपलब्ध करायी जा सकती है।

भेदभाव संबंधी शिकायत दर्ज करने के लिए, USDA कार्यक्रम में भेदभाव की शिकायत फॉर्म (प्रोग्राम डिस्क्रिमिनेशन कम्प्लेन्ट फॉर्म) भरें AD-3027, ऑनलाइन यहाँ पर उपलब्ध [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) या फिर किसी भी USDA कार्यालय में उपलब्ध या फिर USDA के नाम एक पत्र लिखें और पत्र में फॉर्म में माँगी जाने वाली सारी जानकारी प्रदान करें। शिकायत फॉर्म की प्रति माँगने के लिए, (866) 632-9992 पर कॉल करें। अपना भरा हुआ फॉर्म या पत्र USDA को इसके द्वारा भेजें:

1. डाक: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Ave, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
2. फ़ैक्स: (202) 690-7442; अथवा
3. ई-मेल: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

USDA एक समान अवसर प्रदाता, नियोक्ता और ऋणदाता है।

## आप्रवासन स्थिति और सोशल सिक्योरिटी नंबर

आप अपने साथ रहने वाले कुछ लोगों के लिए तब भी सहायता प्राप्त कर सकते हैं यदि आप जिनके साथ रहते/रहती हैं ऐसे अन्य व्यक्ति अपनी आप्रवासी स्थिति के कारण मदद प्राप्त न कर सकते हैं। आपको हमें आवेदनकर्ता किसी भी व्यक्ति की आप्रवासी स्थिति बतानी होगी। आवेदनकर्ता परिवार के किसी भी विदेशी स्थिति वाले सदस्य का USCIS (जिसे पहले INS कहा जाता था) द्वारा सत्यापन किया जा सकता है, जिसके लिए आवेदन में से जानकारी USCIS को प्रदान की जाएगी। प्रदानी की गई इस जानकारी के आधार पर USCIS से प्राप्त जानकारी पात्रता और बेनिफिट की राशि को प्रभावित कर सकती है।

संघीय कानून (45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), के तहत आप को हमें आप जिनके साथ रहते/रहती हैं ऐसे किसी भी व्यक्ति, जो कि TANF या भोजन सहायता के लिए आवेदन करे, उनका सोशल सिक्योरिटी नंबर (SSN) प्रदान करना होगा। हमें आपके साथ रहने वाले मातापिता और जीवनसाथी, जिन्होंने आवेदन न किया हो, उनके SSN की भी आवश्यकता हो सकती है।

## यदि आप भोजन सहायता और अन्य कार्यक्रमों के लिए आवेदन कर रहे हैं

हमें आपके आवेदन के प्रसंस्करण के लिए SNAP नियमों का अनुसरण करना होगा। इसमें समय मर्यादा के भीतर आवेदन पर प्रक्रिया करना, उपयुक्त नोटिस जारी करना, और आपको अपने प्रशासनिक अधिकारों की सूचना देना शामिल है। हम केवल इस कारण से आपकी भोजन सहायता से इन्कार नहीं कर सकते कि अन्य सहायता कार्यक्रमों के लिए आपका आवेदन अस्वीकार किया गया था।

## गोपनीयता और आपकी नकदी और भोजन सहायता

2008 का आहार और पोषण कानून (The Food and Nutrition Act of 2008), जैसा कि संशोधित किया गया है, डिपार्टमेन्ट को, आवेदन पर हम जो जानकारी माँगते हैं, जिसमें परिवार के हर सदस्य का SSN शामिल है, उसे एकत्रित करने की अनुमति देता है। हम SSN का उपयोग पहचान की जाँच, पात्रता के सत्यापन, धोखाधड़ी की रोकथाम, और क्लेम एकत्रित करने के लिए करते हैं। हम अपने कार्यक्रमों के प्रबंधन के लिए अन्य एजेन्सियों से जानकारी का लेन-देन करते हैं और कानून का अनुसरण करते हैं। माँगी गई जानकारी प्रदान करना स्वैच्छिक है। तथापि, अच्छे कारण के बिना SSN या SSN के लिए आवेदन का साक्ष्य प्रदान न करने से SSN प्रदान न करने वाले हर व्यक्ति को मूलभूत भोजन सहायता देने से इन्कार किया जाएगा। हम कुछ जानकारी का सत्यापन कम्प्यूटर मैचिंग कार्यक्रमों से करते हैं, जिस में फेडरल इनकम एंड एलिजिबिलिटी वेरिफिकेशन सिस्टम (आय एवं पात्रता सत्यापन प्रणाली - IEVS) शामिल है।

सामाजिक और स्वास्थ्य सेवाएं विभाग को रिपोर्ट की गई जानकारी स्वास्थ्य देखभाल प्राधिकरण (हेल्थ केयर ऑथोरिटी) एवं हेल्थ बैनिफिट एक्स्चेन्ज द्वारा प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के लिए पात्रता को प्रभावित कर सकती है।

हम इस जानकारी का उपयोग इसके लिए करते हैं:	हम यह जानकारी इन्हें प्रदान कर सकते हैं:
<ul style="list-style-type: none"> <li>यह निर्धारित करने के लिए कि हमारे कार्यक्रमों के लिए कौन पात्र है।</li> <li>अधिक भुगतान वसूल करने के लिए।</li> <li>हमारे कार्यक्रमों के प्रबंधन के लिए।</li> <li>यह सुनिश्चित करने के लिए कि हम कानून का पालन कर रहे हैं।</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>संघीय और राज्य एजेन्सियों से, आधिकारिक उपयोग के लिए।</li> <li>कानून से भाग रहे लोगों का पीछा कर रही कानून प्रवर्तन एजेन्सियों से।</li> <li>भोजन सहायता के अधिक भुगतान की वसूली के लिए निजी वसूली एजेन्सियों से।</li> </ul>
भोजन सहायता जुर्माने की चेतावनी	
<p>हम दूसरी एजेन्सियों से यह जाँच करते हैं कि आपकी जानकारी सही है या नहीं। यदि कोई जानकारी गलत हो, तो हो सकता है कि आवेदनकर्ता व्यक्ति को भोजन सहायता न मिले।</p> <p>किसी भी उद्देश्य से इन में से किसी भी नियम को तोड़ने वाले सदस्य के साथ इन में से कुछ भी हो सकता है:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>लागू संघीय और राज्य के कानून के तहत कार्रवाई।</li> <li>एक वर्ष से ले कर हमेशा के लिए SNAP से बाधित किया जाना।</li> <li>\$250,000 तक का जुर्माना।</li> <li>20 साल तक की कैद।</li> <li>यदि अदालत इसका हुक्म दे तो अतिरिक्त 18 महीनों के लिए SNAP से बाधित किया जाना।</li> </ul> <p>यदि कोई अदालत आपको इस बात का दोषी पाए:</p> <p>ऐसे लेनदेन में बेनिफिट्स प्राप्त करना जिसमें:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>किसी नियंत्रित पदार्थ की बिक्री हो..... दो साल से ले कर हमेशा के लिए गैर-पात्र ठहराया जा सकता है।</li> <li>बंदूक, गोलाबारूद या विस्फोटक पदार्थ की बिक्री हो..... हमेशा के लिए अपात्र निर्धारित किया जाना।</li> <li>एक साथ कुल \$500 से अधिक के बेनिफिट्स का गैरकानूनी लेनदेन ... हमेशा के लिए अपात्र निर्धारित किया जाना।</li> <li>निवासी स्थिति या पहचान संबंधी धोखाधड़ी ..... 10 वर्षों के लिए अपात्र ठहराया जाना।</li> </ul>	

## भोजन और नकदी सहायता के लिए आवेदन

### Application for Food and Cash Assistance

यदि आपको यह फॉर्म भरने में मदद की ज़रूरत हो, तो हम से कहें।

1. प्रथम नाम मध्य आद्याक्षर कुल नाम	आवेदनकर्ता अथवा अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर (आवश्यक)	2. क्लायंट आइडेंटिफिकेशन नंबर (यदि ज्ञात हो)
3. आप जहाँ रहते हैं उसका पता	शहर राज्य ज़िप कोड	4. प्रमुख फोन नंबर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मैसेज
5. डाक पता (यदि अलग हो)	शहर राज्य ज़िप कोड	6. गौण फोन नंबर <input type="checkbox"/> मोबाइल <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मैसेज
8. मैं इसके लिए आवेदन कर रहा/रही हूँ (लागू होने वाले सभी के सामने सही का निशान बनाएं): <input type="checkbox"/> नकदी <input type="checkbox"/> भोजन <input type="checkbox"/> चाइल्ड केयर		7. ईमेल पता
9. मैं या मेरे परिवार का कोई सदस्य (लागू होने वाले सभी के सामने सही का निशान बनाएं): <input type="checkbox"/> घरेलू हिंसा की परिस्थिति में हैं <input type="checkbox"/> एक अक्षमता वाले हैं <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं के कारण काम नहीं कर सकते <input type="checkbox"/> गर्भवती हैं; नाम: _____ प्रसव तिथि: _____		

10. आपके परिवार को इस महीने कितने पैसे मिलने की संभावना है? \$ \_\_\_\_\_

11. आपके परिवार के पास नकदी में और बैंक खातों में कितने पैसे हैं? \$ \_\_\_\_\_

12. आपका परिवार किराये या मॉर्गेंज के लिए कितना भुगतान करता है? \$ \_\_\_\_\_

13. आपका परिवार किन युटिलिटीज़ के लिए भुगतान करता है?  हीटिंग/कूलिंग  टेलीफोन  अन्य: \_\_\_\_\_

14. क्या आपके परिवार का कोई व्यक्ति मौसमानुसार काम करने वाला या आप्रवासी कृषि श्रमिक है?  हाँ  नहीं

15. यदि आप भोजन में सहायता के लिए आवेदन कर रहे/रही हैं, तो आप अपने परिवार में कितने लोगों के लिए भोजन खरीदते/खरीदती और बनाते/बनाती हैं? \_\_\_\_\_

16. यदि आप चाइल्ड केयर के लिए आवेदन कर रहे/रही हैं, तो आपको कौन सी गतिविधि के लिए देखभाल की आवश्यकता है (लागू होने वाले सभी के सामने सही का निशान बनाएं)?  क्रिम  स्कूल  वर्कफर्स्ट  बेसिक फूड एम्प्लॉयमेन्ट एंड ट्रेनिंग (BFET)

**FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service:**  Yes  No  **Screener's Initials:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

17.  मुझे एक दुभाषिण की ज़रूरत है। मैं यह भाषा बोलता/बोलती हूँ: \_\_\_\_\_ या  साइन; मेरे पत्रों का इस भाषा में अनुवाद करें: \_\_\_\_\_

18. आप उनके लिए आवेदन न कर रहे/रही हैं तब भी अपने परिवार के सभी सदस्यों के नाम लिखें (आवश्यक हो तो अतिरिक्त शीट जोड़ें)।

नाम (प्रथम, मध्य, कुल)	लिंग	इस व्यक्ति का आप से क्या रिश्ता है?	जन्म तिथि:	आपको इस व्यक्ति के लिए बेनिफिट्स चाहिए तो सही का निशान बनाएं	आवेदन न कर रहे लोगों के लिए वैकल्पिक			
					सोशल सिक्योरिटी नंबर	यूस के नागरिक हों तो सही का निशान बनाएं	जाति (नीचे नमूना देखें)	जनजाति का नाम (अमेरिकन इंडियन, अलास्का के वतनीओं के लिए)
		मैं		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

19. मेरी जाति-मूल वंशीय पार्श्वभूमि हिस्पैनिक या लैटिनो है:  हाँ  नहीं

जाति और मूल वंश संबंधी जानकारी स्वैच्छिक है और पात्रता या बेनिफिट्स की राशि को प्रभावित नहीं करेगी। इस जानकारी का उपयोग यह सुनिश्चित करने के लिए किया जाता है कि प्रोग्राम बेनिफिट्स जाति, रंग या राष्ट्रीय मूल को ध्यान में लिए बिना बाँटे जाते हैं। भोजन सहायता के लिए यदि कोई जानकारी प्रदान न की गई हो, तो USDA यह अपेक्षा करता है कि हम आपकी ओर से उत्तर दें। **जाति के उदाहरण:** श्वेत, अश्वेत या आफ्रीकन अमेरिकन, एशियन, नेटिव हवायन, पैसिफिक आइलैंडर, अमेरिकन इंडियन, अलास्का नेटिव या जातियों का कोई भी संयोजन।



आवेदनकर्ता का नाम	सोशल सिक्योरिटी नंबर	क्लायंट आइडेंटिफिकेशन नंबर			
<b>क्लायंट आइडेंटिफिकेशन नंबर</b>					
<p>1. पिछले 30 दिनों में, मुझे किसी अन्य राज्य, जनजाति या अन्य स्रोत से नकदी या भोजन मिला। <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p>2. मैं जिनके लिए आवेदन कर रहा/रही हूँ ऐसा कोई व्यक्ति वॉशिंगटन स्टेट के बाहर रहता है: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं कौन: _____</p> <p>3. मैं या मेरे परिवार का कोई सदस्य स्पॉन्सर किये हुए विदेशी हैं: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं कौन: _____</p> <p>4. मैं या मेरे परिवार का कोई सदस्य जिसकी आयु 16 वर्ष या अधिक है, अभी (लागू होने वाले सभी के सामने सही का निशान बनाएं): <input type="checkbox"/> हाइस्कूल में है <input type="checkbox"/> हाइस्कूल ईक्विवलेन्सी प्रोग्राम में है <input type="checkbox"/> कॉलेज में है <input type="checkbox"/> ट्रेड स्कूल में है। कौन: _____</p> <p>5. कोई अभी कुछ समय के लिए मेरे घर के बाहर है: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं कौन: _____</p> <p>6. मैंने या मेरे घर के किसी सदस्य ने यू.एस. आर्म्ड फोर्सिस, नेशनल गार्ड या रिजर्व्स में सेवाएं दी हैं या किसी ऐसे व्यक्ति के आश्रित या जीवनसाथी हैं जिन्होंने सेवा की है: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ, कौन: _____</p> <p>7. मैं या मैं जिसके लिए आवेदन कर रहा/रही हूँ ऐसा कोई व्यक्ति किसी अपराध या गुनाह के लिए अदालत या जेल जाने से बचने के लिए भाग रहे हैं: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p>8. मैं रहता/रहती हूँ: <input type="checkbox"/> मेरे अपने घर या अपार्टमेंट में <input type="checkbox"/> समूह के घर में <input type="checkbox"/> अन्य स्थान पर: _____  <input type="checkbox"/> सुविधा (सूची प्रकार): _____ दाखिल होने की तिथि: _____</p> <p>9. मैं हूँ: <input type="checkbox"/> अविवाहित <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> तलाकशुदा <input type="checkbox"/> अलग <input type="checkbox"/> विधवा/विधुर <input type="checkbox"/> एक रजिस्टर्ड डोमेस्टिक पार्टनरशिप में</p> <p>10. मुझे या मेरे घर के किसी व्यक्ति को 22 सितम्बर, 1996 के बाद भोजन सहायता के बदले ड्रग्स लेने के गुनाह में अपराधी साबित किया गया था: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p>11. मुझे या मेरे घर के किसी व्यक्ति को 22 सितम्बर, 1996 के बाद \$500 से अधिक की भोजन सहायता खरीदने या बेचने के जुर्म में अपराधी साबित किया गया था। <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p>12. मुझे या मेरे घर के किसी व्यक्ति को 22 सितम्बर, 1996 के बाद भोजन सहायता के बदले बंदूक, गोला-बारूद या विस्फोटक पदार्थ के लेनदेन के गुनाह में अपराधी साबित किया गया था: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p>13. मुझे या मेरे घर के किसी व्यक्ति को 22 सितम्बर, 1996 के बाद एक से अधिक राज्यों में भोजन सहायता पाने के गुनाह में अपराधी साबित किया गया था: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p>14. मैं या मेरे घर का कोई सदस्य: a. हड़ताल पर है: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं b. आवासी है: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p>					
<b>II. संसाधन (साक्ष्य संलग्न करें; केवल नकद सहायता के लिए)</b>					
<p>संसाधन ऐसी कोई भी वस्तु होती है जो आपकी अपनी हो या जो आप खरीद रहे हों, जिसे बेचा जा सके, जिसका लेनदेन किया जा सके, या जिसे दूसरों के पास हो ऐसी नकदी या धन में बदला जा सके। किसी संसाधन में फर्नीचर या कपड़ों जैसी निजी संपत्ति शामिल नहीं होती है। संसाधनों के उदाहरण हैं:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• नकदी</li> <li>• चेकिंग खाता</li> <li>• बचत खाता</li> <li>• कॉलेज फंड</li> <li>• ट्रस्ट</li> <li>• IRA / 401k</li> <li>• घर, ज़मीन या इमारत</li> <li>• सीडी</li> <li>• मनी मार्केट खाता</li> <li>• बॉन्ड</li> <li>• रिटायरमेंट फंड</li> <li>• बरियल फंड, प्रीपैड प्लान</li> <li>• व्यापार के लिए उपकरण</li> <li>• पशुधन</li> <li>• जीवन बीमा</li> </ul> <p>कृपया आपके, आपके जीवनसाथी के या आप जिनके लिए आवेदन कर रहे/रही हैं उन में से किसी व्यक्ति के पास हो या जो वह खरीद रहे हों:</p>					
संसाधन	मालिक कौन है	स्थान	मूल्य		
			\$		
			\$		
2. मेरे, मेरे जीवनसाथी के, या मैं जिनके लिए आवेदन कर रहा/रही हूँ उन में से किसी के पास गाड़ियाँ, ट्रक, वैन, नाव, आरवी, ट्रेलर या अन्य मोटर वाहन हैं:					
वर्ष (उदाहरण के लिए, 1980)	निर्माता (उदाहरण के लिए, FORD)	मॉडल (उदाहरण के लिए, ESCORT)	यदि भाड़े पर हो तो सही का निशान बनाएं	यदि वाहन का उपयोग चिकित्सा संबंधी कारणों से किया जा रहा हो तो सही का निशान बनाएं	देय राशि
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. मैंने, मेरे जीवनसाथी ने, या मैं जिनके लिए आवेदन कर रहा/रही हूँ ऐसे किसी व्यक्ति ने पिछले दो वर्षों में कोई संसाधन बेचा है, उसके बदले कुछ और लिया है, दान किया है या ट्रांसफर किया है (इसमें ट्रस्ट, वाहन या लाइफ एस्टेट शामिल हैं): <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ, तो क्या: _____ कब: _____					
<b>III. एन्युइटी (अभी या भविष्य में नियमित रूप से भुगतान प्राप्त करने के लिए घर के किसी सदस्य द्वारा किया गया निवेश।)</b>					
एन्युइटी का मालिक कौन है?	कंपनी या संस्थान?	राशि या मूल्य	मासिक आय	खरीदने की तिथि	
		\$	\$		
		\$	\$		

आवेदनकर्ता का नाम	सोशल सिक्योरिटी नंबर	क्लायंट आइडेंटिफिकेशन नंबर			
<b>IV. कमाई (साक्ष्य संलग्न करें)</b>					
<p>1. मेरे, मेरे जीवनसाथी, या मैं जिनके लिए आवेदन कर रहा/रही हूँ ऐसे किसी व्यक्ति के पास ऐसी नौकरी थी, जो पिछले 30 दिनों में समाप्त हो गई:  <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p>2. मेरी, मेरे जीवनसाथी की या मैं जिनके लिए आवेदन कर रहा/रही हूँ ऐसे किसी व्यक्ति के पास काम से होने वाली आय है: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं  यदि हाँ, तो कृपया यह भाग भरें:</p>					
यह आय कौन कमाता है _____ नियोक्ता का नाम और फोन नंबर _____ प्रारंभ तिथि _____ क्या यह नौकरी स्वरोजगार है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं स्वरोजगार का मासिक खर्च: \$ _____	प्राप्त कुल राशि (कटौतियों पूर्व डॉलर में राशि) \$ _____ प्रति: <input type="checkbox"/> घंटा <input type="checkbox"/> सप्ताह <input type="checkbox"/> दो सप्ताह <input type="checkbox"/> माह दो बार <input type="checkbox"/> माह सप्ताह में घंटे: _____ भुगतान तिथियाँ (उदाहरण के लिए., 1ली और वीं, या हर शुक्रवार):				
यह आय कौन कमाता है _____ नियोक्ता का नाम और फोन नंबर _____ प्रारंभ तिथि _____ क्या यह नौकरी स्वरोजगार है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं स्वरोजगार का मासिक खर्च: \$ _____	प्राप्त कुल राशि (कटौतियों पूर्व डॉलर में राशि) \$ _____ प्रति: <input type="checkbox"/> घंटा <input type="checkbox"/> सप्ताह <input type="checkbox"/> दो सप्ताह <input type="checkbox"/> माह दो बार <input type="checkbox"/> माह सप्ताह में घंटे: _____ भुगतान तिथियाँ (उदाहरण के लिए., 1ली और वीं, या हर शुक्रवार):				
<b>V. अन्य आय (साक्ष्य संलग्न करें; परिवार के सभी सदस्यों के लिए बताएं)</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• अनएम्प्लॉयमेंट बेनिफिट्स</li> <li>• सोशल सिक्योरिटी आय</li> <li>• जनजाति आय</li> <li>• गेमिंग से आय</li> <li>• शैक्षिक बेनिफिट्स (स्टूडेंट लोन, ग्रांट, वर्क-स्टडी)</li> <li>• सप्लिमेंटल सिक्योरिटी इनकम (SSI)</li> <li>• चाइल्ड सपोर्ट या स्पाउज़ल मेन्टेनन्स</li> <li>• रेलरोड लाभ</li> <li>• किराये से आय</li> <li>• रिटायरमेंट या पेन्शन</li> <li>• वेटर्न एडमिनिस्ट्रेशन (VA) या मिलिटरी बेनिफिट्स</li> <li>• श्रम और उद्योग (L&amp;I)</li> <li>• ट्रस्ट</li> <li>• ब्याज / डिविडेंड</li> </ul>					
अनाजित आय का प्रकार	यह आय किसे मिलती है?	कुल मासिक राशि			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
<b>VI. मासिक खर्च</b>					
किराया \$	मॉर्गेंज \$	स्पेस रेंट \$	मकानमालिक का बीमा \$	संपत्ति कर \$	अन्य शुल्क \$
आपका परिवार किराये या मॉर्गेंज से अलग किन युटिलिटीज़ के लिए भुगतान करता है?					
<input type="checkbox"/> हीट (इलेक्ट्रिक/गैस <input type="checkbox"/> इलेक्ट्रिक (हीट नहीं) <input type="checkbox"/> पानी <input type="checkbox"/> घर का/मोबाइल फोन <input type="checkbox"/> गटर <input type="checkbox"/> गार्बेज					
कोई अन्य व्यक्ति या एजेन्सी, जैसे कि सबसिडाइज़्ड हाउसिंग मुझे इन खर्चों को पूरा या आंशिक रूप से चुकाने में मदद करते हैं: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ, कौन: _____ कितना खर्च: _____ राशि जो वह चुकाते हैं: \$ _____					
<input type="checkbox"/> मुझे पिछले 12 महीनों में लो इन्कम होम एनर्जी आसिस्टन्स एक्ट (कम आय ऊर्जा सहायता कानून)(LIHEAA) के तहत भुगतान प्राप्त हुआ है। मुझे, मेरे जीवनसाथी को, या मेरे परिवार के किसी सदस्य को भुगतान करता है (लागू होने वाले सभी के सामने सही का निशान लगाएं):					
<input type="checkbox"/> बच्चे या वयस्क के लिए डिपेन्डन्ट केयर (परिवहन की लागत समेत)		मासिक राशि: \$	कौन चुकाता है:		
<input type="checkbox"/> अक्षमता वाले 60 + की आयु वाले व्यक्ति के चिकित्सा बिल (परिवहन की लागत और स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम सहित)		मासिक राशि: \$	कौन चुकाता है:		
<input type="checkbox"/> चाइल्ड सपोर्ट (साक्ष्य संलग्न करें)		मासिक राशि: \$	कौन चुकाता है:		
यदि आप ऊपर सूचीबद्ध खर्चों में से किसी की रिपोर्ट नहीं करते/करती हैं तो हम इसे आपकी और आपके परिवार के ओर से इस बात का कथन मानेंगे कि आप इस खर्च के लिए कोई कटौती प्राप्त करना नहीं चाहते/चाहती हैं।					

आवेदनकर्ता का नाम	सोशल सिक्योरिटी नंबर	क्लायंट आइडेंटिफिकेशन नंबर	
<b>VII.अधिकृत प्रतिनिधि</b>			
<p>एक अधिकृत प्रतिनिधि कोई ऐसा व्यक्ति होता है जिसे आप अपने बेनिफिट्स के बारे में DSHS से बात करने देते/देती हैं। आप किसी व्यक्ति को नामित कर सकते/सकती हैं, लेकिन ऐसा करना अनिवार्य नहीं है। क्या आपके कोई अधिकृत प्रतिनिधि हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p>क्या यह व्यक्ति आपके कानूनी अभिभावक हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p>आपको अधिकृत प्रतिनिधि फॉर्म पूरा करना पड़ सकता है (DSHS 14-532)।</p>			
नाम	संबंध	टेलीफोन नंबर	
डाक पता	शहर	राज्य	ज़िप कोड
<b>मतदाता पंजीकरण</b>			
<p>डिपार्टमेंट 1993 के राष्ट्रीय मतदाता पंजीकरण कानून की आवश्यकतानुसार मतदाता पंजीकरण सेवाएं प्रदान करता है। <b>पंजीकरण करने के लिए आवेदन करने या मतदान के लिए पंजीकरण करने से इन्कार करने से आपको इस एजेन्सी द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं या बेनिफिट्स की मात्रा पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।</b> यदि आप वोटर पंजीकरण फॉर्म भरने में मदद चाहते हैं, तो हम आपकी मदद करेंगे। मदद माँगनी है या नहीं या उसे स्वीकर करना है या नहीं इसका निर्णय आपका होगा। आप निजी रूप से मतदाता पंजीकरण फॉर्म भर सकते/सकती हैं। यदि आपको लगता है कि किसी ने आपके मतदान के लिए पंजीकरण कराने या मतदान के लिए पंजीकरण करने का अस्वीकार करने के आपके अधिकार में हस्तक्षेप किया है, आपके यह तय करने के अधिकार में हस्तक्षेप किया है कि आप मतदान के लिए पंजीकरण करना चाहते हैं या उसके लिए आवेदन करना चाहते/चाहती हैं या नहीं, या फिर अपने किसी खास राजनैतिक पक्ष को चुनने या किसी अन्य राजनैतिक पसंद के अधिकार में हस्तक्षेप किया है, तो आप इनके साथ शिकायत दर्ज करा सकते/सकती हैं: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p><b>क्या आप मतदान के लिए पंजीकरण कराना चाहते/चाहती हैं या अपना मतदाता पंजीकरण अपडेट कराना चाहते/चाहती हैं?</b> <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p> <p><b>अगर आप किसी भी बॉक्स में सही का निशान नहीं लगाते/लगाती हैं, तो यह मान लिया जाएगा कि आपने इस समय मतदान के लिए पंजीकरण न कराने का फैसला किया है।</b></p>			
<b>घोषणाएं और हस्ताक्षर</b>			
<p><b>यदि नकद सहायता के लिए आवेदन किया जा रहा हो, तो परिवार के सभी वयस्कों (या अधिकृत प्रतिनिधियों को) हस्ताक्षर करना होगा।</b></p> <p><b>यदि भोजन सहायता के लिए आवेदन किया जा रहा हो, तो आवेदनकर्ता (या अधिकृत प्रतिनिधि) को हस्ताक्षर करना होगा।</b></p> <p>मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• सही जानकारी देनी होगी और रिपोर्ट करने की आवश्यकताओं को पूरा करना होगा</li> <li>• इस बात का साक्ष्य देना होगा कि मैं पात्र हूँ</li> <li>• जब मुझे टेम्पररी आसिस्टन्स फॉर नीडी फेमिलिज़ (TANF) प्राप्त हो रहा हो, तो चाइल्ड सपोर्ट के कुछ अधिकार स्टेट ऑफ वॉशिंगटन को आवंटित करने होंगे। तथापि, यदि इससे मुझे या मेरे बच्चे को खतरा हो सके ऐसा हो, तो मैं DSHS से चाइल्ड सपोर्ट के लिए प्रयास न करने को कह सकता/सकती हूँ।</li> <li>• भोजन सहायता कार्य आवश्यकताओं के साथ सहयोग करना होगा।</li> </ul> <p>यदि मैं ये कार्य न करूँ, तो मुझे बेनिफिट्स देने से इन्कार किया जा सकता है या फिर मुझे उन्हें वापस चुकाना पड़ सकता है। मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मैं जानबूझ कर कोई झूठा विधान करूँ या मुझे रिपोर्ट करनी चाहिए ऐसी किसी बात की रिपोर्ट न करूँ, तो मुझ पर आपराधिक कार्रवाई की जा सकती है।</p> <p>आवश्यकता होने पर मैं पात्र हूँ इसके साक्ष्य प्राप्त करने में मेरी मदद करने के लिए मैं DSHS को अन्य व्यक्तियों या एजेंसियों से संपर्क करने का अधिकार देता/देती हूँ।</p> <p>मैंने अपने अधिकार और कर्तव्य पढ़े हैं या ये मुझे पढ़ कर सुनाए गए हैं और मुझे क्लायंट के अधिकार और कर्तव्य, DSHS 14-113 की एक प्रति मिली है। मैं प्रमाणित करता/करती हूँ या मिथ्या शपथ के जुर्माने के डर तहत यह घोषणा करता/करती हूँ कि मैं ने इस आवेदन में जो जानकारी दी है, जिस में आवेदनकर्ता सदस्यों की नागरिकता और विदेशी स्थिति संबंधी जानकारी शामिल है, सच्ची और सही है।</p>			
आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर	तिथि	आवेदनकर्ता का मुद्रित नाम	हस्ताक्षर किया गया वह शहर और राज्य
अन्य वयस्क आवेदनकर्ताओं के हस्ताक्षर	तिथि	अन्य वयस्क के मुद्रित नाम	हस्ताक्षर किया गया वह शहर और राज्य
सहायक या प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	तिथि	प्रतिनिधि का मुद्रित नाम	हस्ताक्षर किया गया वह शहर और राज्य
यदि "X" बना हुआ हो तो गवाह के हस्ताक्षर	तिथि	गवाह का मुद्रित नाम	