

DEPARTMENT OF HUMAN RESOURCES
FAMILY INVESTMENT ADMINISTRATION

እርዳታ መጠየቂያ ቅጽ

የ Family Investment Administration በሚሰጣቸው አገልግሎቶች፣ ፕሮግራሞች፣ ለአካል ጉዳተኞች የሚሰጡ ትምህርት እና ስራ በሚመለከት ተደራሽ እና በተቻለ መጠን ተስማሚ እንዲሆኑ እንጥራለን። እርዳታ ከፈለጉ ወይም በተቻለ መጠን ማረጋገጫ እንዲደረግሎት አባክዎትን ኬዝ ማናጀርን ያግኙ ወይም በ 1-800-332-6347 ይደውሉ።

እርዳታ ለመጠየቅ ይህንን ቦታ ሞልተው ስምዎን ይፈርሙ።

ስም: _____
Last First Middle Initial

የፖስታ አድራሻ: _____
(ከመኖሪያ አድራሻ ከተለየ)

አድራሻ: _____
ቁጥር እና መንገድ

City State Zip Code

የቤት ስልክ ቁጥር

የሞባይል ቁጥር

ኢ-ሜይል አድራሻ

ፊርማ: _____

ቀን: _____

አባክዎትን ከታች ያለውን ቦታ ይሙሉ። ለራስዎ እና ከርስዎ ጋር ለሚኖሩት ሁሉ ይሙሉ። የርስዎን ስም በመሰመር #1 ላይ ያስቀምጡ።

A. ስም Last, First, Middle, Maiden	ለርስዎ ያለው/ ያላት ዝምድና	የጋብቻ ሁኔታ	ሰኛል ሴኩሪቲ ቁጥር	የትውልድ ቀን	ጾታ ወ/ሴ	ዘር	ለዚህ / ለዚች ነው ሚያመለክቱት?	የደንበኛ ቁጥር (ለቢሮ ስራ ብቻ)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

B. አባክዎትን አሁን የሌሉ ወላጆች እና ከርስዎ ጋር የማይኖሩትን የበፊት ወይንም የአሁን የትዳር ጓደኞችን ይዘርዝሩ።

አሁን የሌሉ የወላጅ ሙሉ ስም	የትውልድ ቀን	ሰኛል ሴኩሪቲ ቁጥር	የደንበኛ ቁጥር (ለቢሮ ስራ ብቻ)
1.			
2.			
3.			

-ይገልግሉ-

***** ለቢሮ ስራ ብቻ *****

Cat.	AU#'s	Status
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cat.	AU#'s	Status
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

WORKS SCREEN

Case reassign needed:
ከ _____ የአሁን ስራ ተኛ መዘገብ
ለ _____ የአዲስ ስራ ተኛ መዘገብ

Wage Screened: _____

Clearer's Initials: _____

እርዳታ መጠየቂያ ቅጽ

C. በቤት ውስጥ እርጉዝ ካለች ይጥቀሱ: _____ / _____

D. በቤት ውስጥ አካል ጉዳተኛ ካለ/ች ካለች ይጥቀሱ: _____ / _____

E. እርስዎ ወይንም የቤተሰብዎ አባል አሁን ምን አይነት እርዳታ ያገኛሉ? _____

F. ምን ያህል ገቢ አገኙ ወይንም በዚህ ወር ለማግኘት ይጠብቃሉ? _____ አይነት \$ _____ መጠን _____ ምንም

G. እርስዎ ወይንም የቤተሰብዎ አባልዎ ስራ የሚሰራ አለ? _____ አዎ _____ አይደለም

H. ምን አይነት እርዳታ አሁን ይፈልጋሉ? (የሚፈልጉትን በሙሉ ይምረጡ) _____

J. እርስዎ ወይንም የቤተሰብዎ አባል ከሜሪላንድ ስቴት ውጭ ጥቅማ ጥቅም ተቀብለው ያውቃሉ? _____ አዎ _____ አይደለም

K. ለሜሪላንድ የእጻናት የጤና ፕሮግራም አመልካች ውስጥ የስራ ቦታ የጤና መድን ዋስትና ያለው አለ? _____ አዎ _____ NO

L. ለሜሪላንድ የእጻናት የጤና ፕሮግራም አመልካች የስራ ቦታ የጤና መድን ዋስትና ባለፉት 6 ወራት ውስጥ ያቋረጠ አለ? _____ አዎ _____ አይደለም

በዚህ እርዳታ መጠየቂያ ቅጽ ላይ ስምዎን፣ አድራሻዎን በመሙላት እና በፊት በኩል በመፈረም አሁኑኑ ለ SNAP/Food Supplement ጥቅም ጥቅም ማመልከት ይችላሉ።

- የቤትዎ የወር ኪራይ ወይም የቤት ክፍያ እና የቴሌቪዥን ክፍያ ገቢ ካልበለጠ
• የቤትዎ ያልተጣራ ገቢ \$150 ወይም ከዚያ በታች ከሆነ፣ እና እንደ ተንቀሳቃሽ ወይም ተቀማጭ ሂሳብ ያለ ንብረትዎ \$100 ወይም ከዚያ በታች ከሆነ
• ቤተሰብዎ ፈላሽ ወይም ወቅታዊ የግብርና ሰራተኛ ከሆነ

ወዲያውኑ ፋድ ስታምፕስ ለማግኘት ማሟያውን ካለፉ፣ ማመልከቻውን ከፈረሙበት በ (7) ቀናት ውስጥ ተግባር እንፈጽማለን።

በደንበኞቹ፣ ሰራተኞቹ፣ እና የሰራ አመልካቾቹ ላይ በዘር፣ በቀለም፣ በሃገር ተወላጅነት፣ በእድሜ፣ በአካል ጉዳተኝነት፣ በጾታ፣ በጾታ ማንነት፣ በሀይማኖት፣ በፖለቲካ አመለካከት፣ በጋብቻ ሁኔታ፣ በቤተሰብ ወይም በወላጅ ሁኔታ የተነሳ ምንም አይነት አድልዎ በህዝብ እርዳታ ፕሮግራሞች ወይም የተጠበቁ የስራ የዘር ሃረግ መረጃዎች ወይም በማንኛውም በዲፓርትመንቱ በሚደረጉ ፕሮግራሞች ላይ አድልዎ ማድረግን ይከለክላል። (ሁሉም ክልሎች ሁሉም ፕሮግራሞች ወይም እና የቅጥር አንቅስቃሴዎችን አያካትትም።)

በሰብዓዊ መብት ፕሮግራም ላይ የአድልዎ ክስ መመስረት ከፈለጉ፣ በዚህ ዌብ ሳይት http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html ያለውን **USDA Program Discrimination Complaint Form** ይሙሉ። ወይም በማንኛውም USDA ቢሮ፣ ወይም በ (866)632-9992 በመደወል ፎርምን ይጠይቁ። የተሞላውን የክስ ፎርም ወይም ደብዳቤ በሚከተለው አድራሻ U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, ወይም በፋክስ ቁጥር (202)690-7442 ወይም በ ኢሜይል program.intake@usda.gov ይላኩ።

መስማት የተሳናቸው፣ የሚያስቸግሩት ወይም የመናገር ጉዳተኞች በ Federal Relay Service በኩል ወይም በ (800) 877-8339; ወይም በ (800) 845-6136 (ስፕሪንግ) USDA ን ማግኘት ይችላሉ።

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) ን ለሚመለከት ሌላ መረጃ ወይም ጉዳይ፣ issues, ስዎች በ USDA SNAP Hotline Number ላይ በ (800) 221-5689, ፣ በስፓንሽ ጭምር ወይም የሜሪላንድ መረጃ ቁጥር ላይ [1-800-332-6347](tel:1-800-332-6347) በመደወል ያነጋግሩ።

USDA እኩል አድል አቅራቢ እና ቀጣሪ ነው።