

**मानव संशाधन विभाग**  
**पारिवारिक लागानी प्रशासन**  
**सहायताको अनुरोध**

पारिवारिक लगानी प्रशासन अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूलाई आफ्नो सेवाशिक्षा र रोजगारीमा पहुँच र उचित बसोबास प्रदान गर्न कटिबद्ध छ । तपाईंलाई सहायता चाहिएको छ ,क्रियाकलापहरु ,कार्यक्रम , त बासस्थानको लागि अनुरोध गर्नुपर्ने छ भने कृपया आफ्नो मुद्दा व्यवस्थापनने वा तपाईंले उचिकलाई सम्पर्क गर्नुहोस् वा **1-800-332-6347** मा टेलिफोन सम्पर्क गर्नुहोस् ।

सहायताको लागि अनुरोध गर्न यो खण्ड पूरा गर्नुहोस र आफ्नो हस्ताक्षर गर्नुहोस् ।

नाम: \_\_\_\_\_ पत्राचार ठेगाना: \_\_\_\_\_  
थर नाम बिचको नामको शुरुको अक्षर (स्ट्रिट ठेगाना भन्दा फरक छ भने)

ठेगाना: \_\_\_\_\_  
संख्या र स्ट्रिट नगर राज्य जिप कोड

\_\_\_\_\_ इमेल ठेगाना  
घरको टेलिफोन नम्बर मोबाइल नम्बर

हस्ताक्षर : \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

कृपया तलका खण्डहरु भर्नुहोस् । आफू र आफूसँग बस्ने व्यक्तिको लागि पूरा गर्नुहोस् । हरप #1मा तपाईंको आफ्नै नाम सूचिकृत गर्नुहोस् ।

क. नाम थर, नाम, बिचको, विवाह पूर्वको	तपाईंसँगको सम्बन्ध	वैवाहिक स्थिति	सामाजिक सुरक्षा संख्या	जन्ममिति	लिङ्ग म/पु	जाति	यो व्यक्तिको लागि आवेदन दिदै हुनुहुन्छ ?	ग्राहक परिचय # (कार्यलय प्रयोजनको लागि मात्र)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

ख. कृपया बालबालिकाको अनुपस्थित अभिभावक वा तपाईंसँग नरहने विगत वा वर्तमानका श्रीमान वा श्रीमतिहरु भए तिनीहरूलाई सूचिकृत गर्नुहोस् ।

अनुपस्थित अभिभावकको पूरा नाम	जन्म मिति	सामाजिक सुरक्षा संख्या	ग्राहक परिचय # (कार्यलय प्रयोजनको लागि मात्र)
1.			
2.			
3.			

-समाप्त-

\*\*\*\*\* कार्यलय प्रयोजनको लागि मात्र \*\*\*\*\*

<b>Cat.</b> <b>AU#’s</b> <b>स्थिति</b>	<b>Cat.</b> <b>AU#’s</b> <b>स्थिति</b>	<b>कामको मूल्याङ्कन</b>	<b>मुद्दा पुनःदिन आवश्यकः</b>
--	--	-------------------------	-------------------------------

Blank box for drawing or writing.

Blank box for drawing or writing.

Blank box for drawing or writing.

बाट \_\_\_\_\_  
अभिलेखको हालको कामदार  
सम्म \_\_\_\_\_  
अभिलेखको नयाँ कामदार

ज्याला मूल्याङ्कन गरियो: \_\_\_\_\_

स्पष्टकर्ताको नामको शुरु अक्षर: \_\_\_\_\_

## सहायता अनुरोध

ग. परिवारको कोही सदस्य गर्भवती भएमा निजलाई सूचिकृत गर्नुहोस्: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 नाम सम्भाव्य मिति नाम सम्भाव्य मिति

घ. परिवारको कोही सदस्य अपाङ्ग भएका निजलाई सूचिकृत गर्नुहोस्: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 नाम अपाङ्गताको प्रकार नाम अपाङ्गताको प्रकार

ङ. तपाईं र तपाइको परिवार अहिले कस्तो प्रकारको सहायता प्राप्त गर्नुहुन्छ ? तपाईं वा परिवारको कुनै सदस्यले विगतमा कस्तो प्रकारको सहायता प्राप्त गर्नु भएको छ ?

के नाम अन्तर्गत: सहायताको प्रकार: के नाम अन्तर्गत: सहायताको प्रकार:

1. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_  
 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

च. तपाईंले यो महिना कस्तो प्रकारको आम्दानी प्राप्त गर्नु भयो वा गर्ने अपेक्षा गर्नुहुन्छ ? \_\_\_\_\_ प्रकार \$ \_\_\_\_\_ रकम  
 \_\_\_\_\_ छैन

छ. तपाईं वा परिवारका कोही सदस्य रोजगार छन् ? \_\_\_\_\_ छन् \_\_\_\_\_ छैनन्

ज. तपाईंलाई अहिले कस्तो प्रकारको सहायता चाहिन्छ ? (आफूलाई चाहिने सबै छान्नुहोस्)

\_\_\_\_\_ नगद सहायता  
 \_\_\_\_\_ बाल रेखदेख सेवाहरु  
 \_\_\_\_\_ चिकित्सकीय सहायता  
 तपाईंसँग विगत 3 महिना देखिको नतिरेको कुनै विलहरु छन् ? \_\_\_\_\_ छन् \_\_\_\_\_ छैनन्  
 \_\_\_\_\_ खाद्यान्न सहायता

झ. तपाईंसँग तलका मध्ये कुनै समस्याहरु छन् ?

\_\_\_\_\_ युटिलिटी बन्द \_\_\_\_\_ तातो राख्ने सुविधा छैन  
 \_\_\_\_\_ ठाँउ खाली गर्नुपर्ने वा पूरोबन्ध \_\_\_\_\_ खाद्यान्नको अभाव  
 \_\_\_\_\_ बस्ने ठाँउको अभाव \_\_\_\_\_ बच्चाको रेखदेखको खर्च व्योहोर्न असक्षम  
 \_\_\_\_\_ अन्य: कृपया उल्लेख गर्नुहोस् \_\_\_\_\_

ञ. तपाईं वा परिवारका कुनै सदस्यले मेरिल्याण्ड बाहेकका राज्यबाट सुविधाहरु प्राप्त गर्नुभएको छ ? \_\_\_\_\_ छ \_\_\_\_\_ छैन

छ भने: कहाँ \_\_\_\_\_ कहिले \_\_\_\_\_

ट. मेरिल्याण्ड बालबालिका स्वास्थ्य कार्यक्रमको लागि आवेदन दिने अन्य कसैसँग कर्मचारी-आधारित स्वास्थ्य बीमा छ ?

\_\_\_\_\_ छ \_\_\_\_\_ छैन

अमेरिकाको कृषि विभाग आफ्ना ग्राहक, कर्मचारी तथा रोजगारीका आवेदकहरुलाई जात, रड, राष्ट्रियता, उमेर, अपाङ्गता, लिङ्ग, लैंगिक पहिचान, धर्म, बदला र लागू हुने अवस्थामा राजनैतिक विश्वास, बैवाहिक स्थिति, पारिवारिक वा अभिभावकीय स्थिति, यौनिक झुकाव वा कुनै व्यक्तिको सबै वा केही आम्दानी सार्वजनिक सहायता कार्यक्रम वा रोजगारमा बंशानु सूचना वा विभागले सञ्चालन गरेको वा लगानी गरेको कुनै कार्यक्रमबाट प्राप्त हुने तथ्यको आधारमा हुने भेदभावलाई निषेधित गर्छ । (सबै कार्यक्रम र/वा रोजगारी क्रियाकलापहरुमा सबै निषेधित आधारहरु लागू हुँदैनन् ।)  
 तपाईं भेदभावको नागरिक अधिकार कार्यक्रम उजुरी दायर गर्न चाहनु हुन्छ भने, [www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) वा USDA को सबै कार्यलय मा भेटिने USDA कार्यक्रम भेदभाव उजुरी फारम भर्नुहोस् वा उक्त फारमको लागि अनुरोध गर्न 866-632-9992 मा सम्पर्क गर्नुहोस् । आफ्नो भरिएको उजुरी फारम वा पत्र हामीलाई निम्न ठेगानामा पठाउनु होस् अमेरिकी कृषि विभाग, निर्देशक, अधिनिर्णय कार्यलय, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, फ्याक्सबाट 202-690-7442 मा वा इमेलबाट [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) पठाउनु होस् ।  
 बहिरा, सुन्न नसक्ने वा बोल्न नसक्ने व्यक्तिहरुले USDA लाई संघीय रिले सेवाको टेलिफोन 800-877-8339; वा 800-845-6136 (स्पेनिश) मार्फत सम्पर्क गर्न सक्छन् ।  
 पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP) सँग सम्बन्धित मुद्दाहरुको बारेमा अन्य सूचनाको लागि व्यक्तिहरुले या USDA SNAP को स्पेनिश भाषमा पनि उपलब्ध हटलाइन नम्बर (800) 221-5689 मा वा मेरिल्याण्ड सूचना नम्बर 1-800-332-6347 मा सम्पर्क गर्नुपर्छ ।  
 USDA एउटा समान अवसर प्रदायक र रोजगारदाता हो ।

ठ. मेरिल्याण्ड बालबालिका स्वास्थ्य कार्यक्रमको लागि आवेदन दिने अन्य कसैले विगत 6 महिनामा कुनै कर्मचारी-आधारित स्वास्थ्य बीमा छोडेको छ ?

\_\_\_\_\_ छ \_\_\_\_\_ छैन

तपाईंसँग सहायता फारमको यो अनुरोधमा आफ्नो नाम, ठेगाना भरेर यसको अगाडि हस्ताक्षर गर्ने वित्तिकै SNAP/खाद्यान्न पूरक सुविधाहरूको लागि आवेदन दायर गर्ने अधिकार हुन्छ। हामीले यो फारम प्राप्त गरेको मितिदेखि सुविधाहरू उपलब्ध हुनेछन्। तपाईंले देहाय मध्ये कुनै एक मापदण्ड पूरा गरेमा तपाईं तुरुन्तै खाद्यान्न सहूलियत प्राप्त गर्न सक्नु हुन्छ;

- तपाईंको परिवारको मासिक भाडा वा बंधक र युटिलिटीहरूको खर्च तपाईंको परिवारको आम्दानी र श्रोत भन्दा बढी छैन भने।
- तपाईंको परिवारको कुल मासिक आम्दानी \$150 भन्दा कम छ र तपाईंको चालु वा बचत खात जस्ता श्रोतहरू \$100 वा सो भन्दा कम छ भने।
- तपाईंको परिवार अप्रवासी वा मौसमी कृषि कामदार परिवार हो भने।

तपाईं तुरुन्तै खाद्यान्न सहूलियत प्राप्त गर्न योग्य हुनुहुन्छ भने हामी तपाईंले यो फारम भरेको मितिले सात (7) दिन भित्र तपाईंको आवेदनमा कारवाही थाल्छौं।