

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

अर्ली चाइल्डहुड एजुकेशन ओहायो पृ-स्कूल कार्यक्रम (OPP) बारे आवेदन

आदरणीय कलम्बस सिटी स्कूल्स पृ-किन्डरगार्टेनका परिवार:

यो समय ओहायोमा पृ-स्कूल प्रोग्रामिङ अनिवार्य छैन। यद्यपि, कलम्बस सिटी स्कूल्स उच्च-गुणस्तरिय पृ-किन्डरगार्टेन अनुभव प्रदान गर्न प्रतिबद्ध छ।

कलम्बस सिटी स्कूल्स (CCS) को उपस्थिति सीमा भित्र बसो-बास गर्ने बालबालिकाहरूकालागि **त्युसन-माफी** गरिएको यो अवसर प्रदान गर्न निरन्तर जारी राख्नेकालागि तपाईंले ओहायो पृ-स्कूल कार्यक्रम (OPP) बारे आवेदन पूरा गर्न आवश्यक छ।

ओहायो पृ-स्कूल कार्यक्रम (OPP) आवेदन पूरा गर्नुभएकोमा अग्रिम धन्यवाद। हामी तपाईंको विद्यार्थीलाई शिक्षा दिन अनि तपाईंसँग साझेदारी गर्न तयार छौं।

ओहायो पृ-स्कूल कार्यक्रम (OPP) आवेदनकालागि निर्देशनहरू:

- **ओहायो पृ-स्कूल कार्यक्रम (OPP) कालागि मात्र आवेदन दिनलाई:**

अर्ली केयर एण्ड एजुकेशन सर्विसेस छनौट फाराम पुरा गर्नुहोस्।

तपाईंले कार्यक्रम इजाजतपत्र नम्बर खाली छोड्न सक्नुहुन्छ। कृपया ध्यान दिनुहोस् कि यस फारामकासाथ, ओहायो पृ-स्कूल कार्यक्रम (OPP) आवेदन सार्वजनिक रूपमा अनुदान प्राप्त बाल हेरचाह (PFCC) (शीर्षक २०) वा बाल हेरचाह विकल्प भौचर (CCVP) जस्ता अन्य बाल हेरचाह सुविधाहरूको लागि जाँच गरिने छैन।

अर्को पृष्ठमा जानुहोस् →

प्रारम्भिक हेरचाह र शिक्षा सेवाहरूको छनौट

म _____ निम्न बालबालिकाहरूकालागि
(नाम र थर लेख्नुहोस्)

ओहायो पृ-स्कूल कार्यक्रम (OPP) कालागि मात्र आवेदन दिँदै छु:

नाम	जन्म मिति	कार्यक्रम अनुमतिपत्र (लाइसेन्स) नम्बर

स्वीकृति: तल हस्ताक्षर गरेर, म पुष्टि गर्छु कि:

- म ओहायो पृ-स्कूल कार्यक्रम (OPP) -मात्रको योग्यता अन्वेषण गर्न अनुरोध गर्दैछु।
- म बुझ्छु कि यो आवेदन सार्वजनिक रूपमा अनुदान प्राप्त बाल हेरचाह (PFCC) कालागि आवेदनको रूपमा काम गर्दैन।
- यदि मैले पछि PFCC कालागि आवेदन दिने छनौट गरें भने, म नयाँ आवेदन पेश गर्नेछु।

अभिभावक/संरक्षकको हस्ताक्षर: _____

मिति: _____

Mission: Each student is highly educated, prepared for leadership and service, and empowered for success as a citizen in a global community.

***** यो ओहायो पृ-स्कूल कार्यक्रम (OPP) बारे आवेदन पृष्ठ ५ देखि सुरु हुन्छ*****

- **चरण १:** बाल हेरचाह सहायताकालागि कोठामा चिन्ह लगाउनुहोस्।
- **चरण २:** अभिभावक/कानूनी संरक्षकको नाम र जानकारी लेख्नुहोस्।
- **चरण ३:** अभिभावक/कानूनी संरक्षकको सम्पर्क जानकारी लेख्नुहोस्।

चरण ७ मा जानुहोस्

- **चरण ७:** तपाईंसँग बस्ने सबैको सूची बनाउनुहोस् र सबै खाली ठाउँहरू भर्नुहोस्। सामाजिक सुरक्षा नम्बर (सोशल सेक्युरिटी नम्बर) हरू आवश्यक पर्दैन।
- **चरण ८:** घरपरिवारका कुनै सदस्य ६० वर्ष वा सोभन्दा माथि उमेरका छन्/छैनन् संकेत गर्नुहोस्।
- **चरण ९:** यदि तपाईंले यो महिना आम्दानी प्राप्त गर्नुभयो वा प्राप्त गर्ने अपेक्षा गर्नुभएको छ भनि कोठामा चिन्ह लगाएर आफ्नो घरपरिवारको आर्थिक खण्डलाई पूरा गर्नुहोस्। कृपया आफ्नो घरमा बस्ने अभिभावक/कानूनी संरक्षकहरू **दुवैको** आम्दानीको स्रोत(हरू) पनि सूचीबद्ध लेख्नुहोस्।
*तपाईंको आय (कमाई) को प्रमाणिकरण कागजातले चरण ९ मा तपाईंले जनाउनु भएका कुरालाई सहयोग गर्नेछ। थप आय (कमाई) सम्बन्धि कागजातहरू पठाउँनु पर्ने भए तपाईंलाई पछि सम्पर्क गर्न सकिन्छ।
- **चरण १०:** घरायसी खर्च लेख्ने खण्ड पूरा गर्नुहोस् र लागू हुने सबैलाई छनौट गर्नुहोस्।
- **चरण ११:** घरपरिवारका सदस्यहरूकालागि योग्यता गतिविधि लेख्ने खण्ड पूरा गर्नुहोस्।
- **चरण १२:** पृ-के कार्यक्रममा प्रवेश गर्ने तपाईंका बच्चा/बच्चाहरूकालागि पूरा गर्नुहोस्।
तपाईंले प्रदायकको नाम र ठेगाना लेख्ने ठाउँ खाली छोड्न सक्नुहुन्छ।
- **चरण १३:** किन्डरगार्टन वा उच्च कक्षामा भर्ना भएका तपाईंका बच्चा/बच्चाहरूको नाम लेखि पूरा गर्नुहोस्।
- **चरण १४:** कृपया आवेदनको अन्त्यमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति पनि लेख्नुहोस्।

*****हस्ताक्षर नगरिएका र मिति नतोलिएका (नलेखिएका) आवेदनहरू स्वीकार गरिने छैन*****

• अर्ली केयर एण्ड एजुकेशन सर्विसेसलाई जानकारी प्रकाशन:

परिवारहरूले कलम्बस सिटी स्कूल्सको अर्ली चाइल्डहुड एजुकेशन कार्यक्रमलाई आवेदन स्थितिबारे अद्यावधिहरू प्राप्त गर्न अनुमति दिन बालबालिका तथा युवा विभाग ०१११५ (DCY 01115) को फाराम पूरा गर्न सक्छन्।

संशोधित ०३/३०/२६
Revised 3/30/26



**सप्लमिंटल न्यूट्रशिन अससिस्टेंस प्रोग्राम (SNAP), नकद,
चकितिसा, और/या चाइल्ड केयर अससिस्टेंस एप्लिकेशन**



अगर मैंने SNAP बेंफिट्स के आपको तुरंत SNAP अससिस्टेंस की आवश्यकता है, तो आवेदन के स्टेप 6 में प्रश्नों के उत्तर दें। आप SNAP को अधिक तेजी से प्राप्त करने के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं। आपको उसी दिन SNAP अससिस्टेंस के लिए आवेदन करने का अधिकार है जसि दिन आप अपने स्थानीय काउंटी JFS कार्यालय से संपर्क करते हैं।



अपने काउंटी JFS कार्यालय से संपर्क करें अगर:

- आपको आवेदन प्रक्रिया को पूरा करने में सहायता की आवश्यकता है, एक व्यक्तिगत साक्षात्कार चाहते हैं, या साक्षात्कार पूरा करने के लिए आपको घर की यात्रा की आवश्यकता है।
- इस प्रपत्र पर प्रदान की गई कोई भी जानकारी आपके द्वारा इसे चालू करने के बाद परिवर्तित हो जाती है।

संपर्क करने के लिए अन्य संसाधन अगर:

- अंग्रेजी आपकी मुख्य भाषा नहीं है, इस फॉर्म के प्रश्नों को समझने में आपकी सहायता के लिए एक दुभाषिया रखने के लिए अपने काउंटी जेएफएस कार्यालय को कॉल करें।
- आपको सुनने में परेशानी है और/या कम दखिता है, इस फॉर्म या अपने साक्षात्कार को पूरा करने में मदद के लिए 7-1-1 पर कॉल करें।

इस आवेदन को पूरा करने में मदद चाहिए?

आपके पास एक ऑथोराइज्ड रप्रिजेंटेटिव हो सकता है जो आपको अपने साक्षात्कार और/या रूपों को पूरा करने में मदद करे।

- आपके ऑथोराइज्ड रप्रिजेंटेटिव को आपके साथ रहने की ज़रूरत नहीं है, लेकिन उन्हें एक ज़िम्मेदार वयस्क होना चाहिए। आपको अपने ऑथोराइज्ड रप्रिजेंटेटिव का नाम लिखित रूप में अपने काउंटी JFS कार्यालय को बताना होगा।
- अगर आप एक ऑथोराइज्ड रप्रिजेंटेटिव हैं, तो आवेदक की जानकारी का उपयोग करके इस आवेदन के स्टेप्स को पूरा करें।
- अन्य सामुदायिक एजेंसियां, जैसे कि फूडबैंक, भी इस आवेदन को पूरा करने में मदद कर सकती हैं।

अससिस्टेंस के लिए आवेदन करने के लिए इन चार स्टेप्स का पालन करें:

1

इस आवेदन को पूरा करें - आवेदन पेज 5 पर शुरू होता है

इस एप्लिकेशन के स्टेप 1 में चुनें कि आप किस प्रोग्राम के लिए आवेदन करना चाहते हैं। आवेदन पर जितने हो सके उतने सवालों के उत्तर दें। हालाँकि, आपको कम से कम अपना नाम, पता और हस्ताक्षर भरना होगा और आवेदन प्रक्रिया शुरू करने के लिए इसे अपने काउंटी JFS कार्यालय में बदलना होगा। नोट: आप अपने भरे हुए आवेदन की एक कॉपी मांग सकते हैं।

2

इस एप्लिकेशन को प्रस्तुत करें

आप <https://ssp.benefits.ohio.gov> पर ऑनलाइन आवेदन भी कर सकते हैं या इस पेपर आवेदन को भरना जारी रख सकते हैं। इस कागज़ी आवेदन को अपने स्थानीय काउंटी JFS कार्यालय में जमा करें। अपने काउंटी JFS कार्यालय को संच करने के लिए, <https://jfs.ohio.gov/about/local-agencies-directory> पर जाएँ

3

एक इंटरव्यू पूरा करें - SNAP और / या कैश अससिस्टेंस केवल

आपका काउंटी जेएफएस कार्यालय आपको अपने फ़ोन साक्षात्कार की तारीख और समय के साथ एक पत्र भेजेगा। पत्र आपको बताएगा कि क्या आपको अपने काउंटी JFS कार्यालय को कॉल करने की आवश्यकता है या यदि वे आपको कॉल करेंगे।

4

वेरिफिकेशन डॉक्यूमेंट्स प्रस्तुत करें - सभी कार्यक्रम

आपका काउंटी JFS कार्यालय आपको बताएगा कि उन्हें आपसे क्या वेरिफिकेशन चाहिए। आप इस आवेदन के साथ वेरिफिकेशन डॉक्यूमेंट्स जमा कर सकते हैं। अनुरोध किए जा सकने वाले दस्तावेजों के प्रकारों की सूची के लिए अगला पेज देखें।

वेरफिकेशन डॉक्युमेंट जानकारी

- हर प्रोग्राम के लिए आवश्यक वेरफिकेशन डॉक्युमेंट्स के बारे में अधिक जानकारी के लिए नीचे दिए गए चार्ट की समीक्षा करें।
- आपका काउंटी JFS कार्यालय आपको पे स्टब्स, यूटिलिटी बिल, बैंक स्टेटमेंट इत्यादि प्रदान करने के लिए कह सकता है।
- आपका काउंटी JFS कार्यालय आपको वेरफिकेशन चेकलस्ट (JFS फॉर्म 07105) प्रदान करेगा। फॉर्म पर वर्णित न्यूनतम तारीख तक सभी आवश्यक जानकारी को प्रस्तुत करना सुनिश्चित करें।
- वेरफिकेशन डॉक्युमेंट्स गायब होने पर आपका काउंटी JFS कार्यालय आपके आवेदन को अस्वीकार कर सकता है।

मदद की ज़रूरत है? अगर आपको आवश्यक दस्तावेजों तक पहुँचने में सहायता की आवश्यकता है, तो मदद के लिए अपने काउंटी JFS कार्यालय से पूछें।

क्वालीफाइड गैर-यू.एस. नागरिक: अगर आप एक अमेरिकी नागरिक नहीं हैं और केवल एक अमेरिकी नागरिक या क्वालीफाइड गैर-नागरिक के लिए अससिस्टेड कार्यक्रम के लिए आवेदन कर रहे हैं, या आप टाइम-लिमिटेड इमरजेंसी मेडिकल अससिस्टेड के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो आपको अपनी नागरिकता की स्थिति, इमाग्रेशन स्टेटस को सत्यापित करने या SSN प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है।

वेरफिकेशन डॉक्युमेंट के उदाहरण +Yहमारा काउंटी JFS कार्यालय केवल चाइल्ड केयर अससिस्टेड के लिए आवेदन करते समय देखभाल की आवश्यकता वाले बच्चे की नागरिकता की पुष्टि करता है। *Yअगर आप इन लागतों को सत्यापित करते हैं तो हमारी SNAP राशि बढ़ सकती है।	अससिस्टेड कार्यक्रम				
	SNAP	चिकित्सा (परिवार और बच्चे)	चिकित्सा (वृद्ध, नेत्रहीन, या वकिलांग)	चाइल्ड केयर	कैश/रफ़ियूजी कैश अससिस्टेड (RCA)
आपका सोशल सिक्योरिटी नंबर या प्रमाण कि आपने इसको लिए आवेदन किया है	☒	☒	☒		☒
स्थायी नविसी कार्ड ("गरीन कार्ड") या अन्य इमाग्रेशन दस्तावेज अगर आप अमेरिकी नागरिक नहीं हैं	☒	☒	☒		☒
अमेरिकी नागरिकता का प्रमाण+		☒	☒	☒	☒
आपके घर में आने वाली आय या किसी अन्य धन का प्रमाण (जैसे वेतन वविरण, कर रिकॉर्ड, पुरस्कार पत्र, चाइल्ड केयर)	☒	☒	☒	☒	☒
सबसे हाल के बैंक स्टेटमेंट (जैसे चेकगि या बचत खाता)			☒		☒
वाहनों के स्वामित्व का प्रमाण (जैसे कार, ट्रक, मोटरसाइकिल, नाव या RV)			☒		
स्टॉक/बांड, जमा प्रमाणपत्र, जीवन बीमा पॉलिसियों, ट्रस्ट, वार्षिकी के वर्तमान मूल्य का प्रमाण			☒		☒
पहचान का प्रमाण (जैसे ड्राइविंग लाइसेंस, राज्य ID कार्ड या पासपोर्ट)	☒				☒
किसी भी चाइल्ड/डिपेंडेंट केयर कॉस्ट्स का प्रमाण	*	☒			☒
आपके साथ न रहने वाले बच्चों के लिए भुगतान किए गए किसी भी चाइल्ड केयर का प्रमाण	*	☒	☒	☒	☒
किसी भी आवास और उपयोगिता लागत का प्रमाण	*		☒		
वकिलांग व्यक्तियों या 60 वर्ष से अधिक आयु के व्यक्तियों के लिए किसी भी चिकित्सा लागत का प्रमाण (नुसखे सहित)	*		☒		
हेल्थ इंशोरेंस का प्रमाण		☒	☒		
परिवार के सभी देखभालकर्ताओं के लिए क्वालीफाइंग गतिविधि का वेरफिकेशन (जैसे स्कूल या कार्य अनुसूची, या आत्मनःभरता अनुबंध)				☒	
देखभाल की आवश्यकता वाले प्रत्येक बच्चे के लिए पात्र चाइल्ड केयर प्रोवाइडर का नाम और पता				☒	

अक्सर पूछे जाने वाले सवाल

कार्यक्रम की पात्रता:



1. मुझे कब पता चलेगा कि मैं अससिस्टेंस के लिए पात्र हूँ या नहीं?

SNAP, नकद और चाइल्ड केयर अससिस्टेंस: आपका काउंटी JFS कार्यालय आपके आवेदन में बदलने की तारीख के 30 दिनों के भीतर इन कार्यक्रमों के लिए आपकी पात्रता निर्धारित करेगा।

- अगर आप पात्र हैं, तो आपके बेंफिट्स आपके एप्लीकेशन में बदलने की तारीख से वापस अप्रुव किए जा सकते हैं।
- **केवल चाइल्ड केयर:** अगर आपका आवेदन अस्वीकार कर दिया जाता है, तो आप किसी भी चाइल्ड केयर प्रोवाइडर को भुगतान करने के लिए ज़िम्मेदार हो सकते हैं, जैसा आपने अपना आवेदन चालू करने के बाद से नियोजित किया है।

मेडिकल अससिस्टेंस: आपका काउंटी JFS कार्यालय आपके आवेदन में बदलने की तारीख के 45 दिनों के भीतर मेडिकल अससिस्टेंस के लिए आपकी पात्रता निर्धारित करेगा।

- अगर आप वकीलांगता का दावा कर रहे हैं, तो उन्हें वकीलांगता निर्धारण करना पड़ सकता है, जिसमें 90 दिन तक का समय लग सकता है।
- अगर आप पात्र हैं, तो वे आपकी मेडिकल अससिस्टेंस को आपके आवेदन की तारीख से वापस अनुमोदित कर सकते हैं। अगर आपके पास आवेदन करने से पहले 3 महीने के मेडिकल बिल हैं, तो अपने काउंटी JFS कार्यालय को बताएं। वे आपको उन 3 महीनों के लिए मेडिकल अससिस्टेंस के लिए अनुमोदित कर सकते हैं।

2. कनि कार्यक्रमों में साक्षात्कार की आवश्यकता होती है?

- SNAP और कैश अससिस्टेंस के लिए एक साक्षात्कार की आवश्यकता होती है
- चाइल्ड केयर अससिस्टेंस और मेडिकल अससिस्टेंस के लिए एक साक्षात्कार की आवश्यकता नहीं है

3. क्या होगा अगर मैं SNAP या कैश अससिस्टेंस के लिए अपना साक्षात्कार याद करता हूँ?

अगर आप अपना साक्षात्कार याद करते हैं, तो तुरंत अपने काउंटी JFS कार्यालय से संपर्क करें। अगर आप अपने आवेदन में बदलने की तारीख से 30 दिनों के भीतर अपने काउंटी JFS कार्यालय के साथ अपना साक्षात्कार पूरा नहीं करते हैं, तो आपका आवेदन अस्वीकार किया जा सकता है और आपको फिर से आवेदन करना होगा।

4. क्या मुझे अससिस्टेंस प्राप्त करने के लिए अमेरिकी नागरिक होना चाहिए?

कई गैर-यू.एस. नागरिकों को अससिस्टेंस बेंफिट्स मल्लि सकता है। नॉन-सिटिजन इमरजेंसी मेडिकल अससिस्टेंस (NCEMA) आपकी अमेरिकी नागरिकता स्थितिकी परवाह किए बिना भी उपलब्ध हो सकती है।

5. क्या अन्य सेवाएं उपलब्ध हो सकती हैं?

आप अन्य सेवाएं प्राप्त करने के पात्र हो सकते हैं जैसे:

- प्रविशिन, रटिशन, और कंटनिजेंसी (PRC) सर्वसिज
- अर्ली इंटरवेंशन सर्वसिज
- वर्क स्कलिस
- नौकरी पाने में मदद पाना

नोट: आपको इन सेवाओं के लिए एक अलग एप्लिकेशन का उपयोग करके आवेदन करना पड़ सकता है। अगर आप रुचि रखते हैं, तो अपने काउंटी JFS कार्यालय से संपर्क करें।

मदद कर सकने वाले सामुदायिक संगठनों के बारे में ज़्यादा जानकारी के लिए, यहां जाएं <https://benefits.ohio.gov/home/resources/assistance-programs>

अक्सर पूछे जाने वाले सवाल

चाइल्ड केयर अससिस्टेंस:



1. मैं चाइल्ड केयर प्रोवाइडर कैसे चुनूँ?

माता-पिता पब्लिकली फंडेड चाइल्ड केयर (PFCC) की पेशकश करने के लिए अनुमोदित किसी भी कार्यक्रम का चयन कर सकते हैं। इन कार्यक्रमों में ओहियो राज्य भर में स्थिति केंद्र, फैमिली चाइल्ड केयर होम्स, अनुमोदित दविस शविरि और घरेलू सहायक शामिल हैं।

- अगर आप प्रोवाइडर चुनने में सहायता चाहते हैं, तो आप अपने चाइल्ड केयर रसोर्स एवं रेफरल एजेंसी से संपर्क कर सकते हैं। संपर्क जानकारी के लिए <https://occr.org/ccrr-membership/> पर जाएँ।
- आप <http://childcaresearch.ohio.gov> पर अपने बच्चे की देखभाल की आवश्यकताओं के अनुरूप कार्यक्रमों को देखने के लिए हमारी चाइल्ड केयर डायरेक्टरी का उपयोग कर सकते हैं। यह नरिदेशिका आपको स्थान, कार्यक्रम के प्रकार और स्टेप अप टू क्वालिटी रेटिंग के आधार पर खोज करने की सुविधा देती है। लाइसेंसिंग निरीक्षण और प्रमाणित शिकायतें भी समीक्षा के लिए उपलब्ध हैं।
- **नोट:** आपके आवेदन के समय चाइल्ड केयर प्रोवाइडर का चयन करने से प्रक्रिया तेज़ हो जाएगी।

2. क्या होगा अगर मेरे बच्चे में विकलांगता है या मुझे संदेह है कि मेरे बच्चे को विकास में देरी हो सकती है?

वशिष आवश्यकता वाले चाइल्ड केयर अससिस्टेंस के बारे में ज़्यादा जानकारी ODJFS चाइल्ड केयर वेबसाइट पर <https://jfs.ohio.gov/child-care/resources/02-special-needs-child-care> पर उपलब्ध है।

- अगर देखभाल की आवश्यकता वाले आपके बच्चे की वशिष आवश्यकता है, तो वे 18 वर्ष की आयु तक चाइल्ड केयर के लिए पात्र हो सकते हैं।
- आपका चाइल्ड केयर प्रोवाइडर बड़ी हुई भुगतान दर प्राप्त करने के लिए आवेदन कर सकता है अगर वे आपके बच्चे के लिए अपने कार्यक्रम/सेवाओं को समायोजित करते हैं।
- ज़्यादा जानकारी के लिए कृपया अपने काउंटी JFS कार्यालय से पूछें।

3. मैं चाइल्ड केयर प्रोवाइडर के बारे में शिकायत कैसे करूँ?

अगर आप लाइसेंसिंग नियमों के संदग्ध उल्लंघन के बारे में शिकायत करना चाहते हैं, तो आप चाइल्ड केयर पॉलिसी हेल्प डेस्क को 877-302-2347 तक 4 पर कॉल कर सकते हैं।

4. स्टेप अप टू क्वालिटी क्या है?

स्टेप अप टू क्वालिटी, चाइल्ड केयर कार्यक्रमों के लिए ओहियो की गुणवत्ता-रेटिंग सिस्टम है। न्यूनतम स्वास्थ्य और सुरक्षा मानकों से परे जाने वाले मानकों के कार्यक्रम के कार्यान्वयन के आधार पर रेटिंग दी जाती है। ज़्यादा जानकारी के लिए, ODJFS चाइल्ड केयर वेबसाइट पर जाएँ <https://childrenandyouth.ohio.gov/for-providers/step-up-to-quality> और "स्टेप अप टू क्वालिटी" पर क्लिक करें।

-- कृपया इस पेज को अपने रिकॉर्ड के लिए रखें। -

SNAP, नकद, चिकित्सा, और/या चाइल्ड केयर अससिस्टेंस एप्लिकेशन

वोटर रजिस्ट्रेशन एप्लिकेशन संलग्न - अससिस्टेंस उपलब्ध है

अगर आप उस स्थान पर मतदान करने के लिए पंजीकृत नहीं हैं जहां आप अभी रहते हैं, तो क्या आप आज ही यहां मतदान करने के लिए पंजीकरण के लिए आवेदन करना चाहेंगे?

☐ हाँ - मैं मतदान करने के लिए पंजीकरण करना चाहता हूँ.

☐ नहीं - मैं मतदान करने के लिए पंजीकरण नहीं करना चाहता.

अगर आप दोनों में से किसी भी बॉक्स को चेक नहीं करते हैं, तो इस समय आपकी गणना मतदान करने के लिए पंजीकृत के रूप में नहीं की जाएगी. पंजीकरण के लिए आवेदन करने या मतदान करने के लिए पंजीकरण करने से इनकार करने से इस एजेंसी द्वारा आपको दी जाने वाली सहायता की राशि प्रभावित नहीं होगी।

स्टेप 1: हर कार्यक्रम के लिए बॉक्स को चेक करें जिसके लिए आवेदक आवेदन करना चाहता है

आप नीचे वर्णित किसी भी और सभी कार्यक्रमों के लिए आवेदन कर सकते हैं। अगर आप किसी भी बॉक्स को चेक नहीं करते हैं, तो हम केवल सनैप के लिए आपकी पात्रता की समीक्षा करेंगे।

☐ SNAP

☒ चाइल्ड केयर अससिस्टेंस

☐ मेडिकल अससिस्टेंस

☐ कैश अससिस्टेंस - नाबालगि बच्चों या गर्भवती महिलाओं वाले परिवारों के लिए

☐ रफ़ियूजी कैश अससिस्टेंस (RCA) - आगमन के 12 महीने के भीतर शरणार्थियों के लिए

स्टेप 2: हमें आवेदक के बारे में बताएँ

अगर आप एक ऑथोराइज़्ड रप्रिजेंटेटिव हैं, तो उस व्यक्ति के बारे में जानकारी डालें जिसके लिए आप आवेदन कर रहे हैं।

पहला नाम	मध्य आदयाक्षर	अंतिम नाम
----------	---------------	-----------

क्या आपको नमिनलखिति में से किसी सेवा की आवश्यकता है?

☐ बड़े प्रिंट वाले नोटिस

☐ सांकेतिक भाषा इंटरप्रेटर

☐ अनुवादक

☐ दूसरा _____

आपकी पसंदीदा भाषा क्या है?

पुकारा जाने वाला: _____

लिखा गया: _____

क्या आपने या आपके साथ रहने वाले किसी भी व्यक्ति को कभी SNAP, नकद, चिकित्सा, या चाइल्ड केयर अससिस्टेंस प्राप्त की है?

☐ नहीं

स्थान (शहर/काउंटी/राज्य): _____

☐ हाँ - अगर हाँ, तो कौन: _____

स्टेप 3: हमें बताएँ कि आवेदक तक कैसे पहुँचा जाए

अगर आप एक ऑथोराइज़्ड रप्रिजेंटेटिव हैं, तो उस व्यक्ति के बारे में जानकारी डालें जिसके लिए आप आवेदन कर रहे हैं।

घर का पता ☐ अगर आपके पास स्थायी पता नहीं है तो यहां जाँचें - कृपया एक डाक पता प्रदान करें

शहर	राज्य	पनि कोड
फोन (सेल)	फोन (होम)	ईमेल पता
वह पता जहाँ आपको मेल मलिता है (अगर अलग हो)		
शहर	काउंटी	राज्य
		पनि कोड



रमिंडर: क्या आपने हमें बताया कि आवेदक कसि कार्यक्रम के लिए आवेदन कर रहा है?
स्टेप 1 में उपयुक्त बॉक्स की जाँच करना सुनिश्चित करें।

स्टेप 4: हमें बताएँ कि क्या आप एक ऑथोराइज्ड रप्रिजेंटेटिव हैं

ऑथोराइज्ड रप्रिजेंटेटिव वह व्यक्ति होता है जो आवेदक को आवेदन प्रक्रिया में सहायता करता है और आवेदक की ओर से कार्य कर सकता है। अगर आप इस फॉर्म को एक ऑथोराइज्ड रप्रिजेंटेटिव के रूप में भर रहे हैं, तो कृपया हमें अपने बारे में नमिंलखिति जानकारी दें। आपको एक ऑथोराइजेशन डॉक्यूमेंट देने के लिए कहा जा सकता है। दस्तावेज प्रदान किए जाने तक आपको ऑथोराइज्ड रप्रिजेंटेटिव के रूप में वर्णित नहीं किया जाएगा।

पहला नाम	मध्य आद्याक्षर	अंतिम नाम
सड़क का पता		
शहर	राज्य	पिन कोड
फोन (सेल)	फोन (होम)	
ईमेल पता		

क्या आपको नमिंलखिति में से किसी सेवा की आवश्यकता है?

☐ बड़े प्रिंट वाले नोटसि

☐ सांकेतिक भाषा इंटरप्रेटर

☐ अनुवादक

☐ दूसरा _____

आपकी पसंदीदा भाषा क्या है?

पुकारा जाने वाला: _____

लिखा हुआ: _____

स्टेप 5. केवल SNAP आवेदकों और SNAP ऑथोराइज्ड रप्रिजेंटेटिव्स के लिए

नीचे हस्ताक्षर करके, आप सहमत हैं कि आपने स्टेप 14 में दी गई शर्तों की समीक्षा की है और उनसे सहमत हैं और आप झूठी गवाही के दंड के तहत, इस आवेदन में नमिंलखिति जानकारी की सत्यता को प्रमाणित करते हैं, जिसमें बेनफिट्स के लिए आवेदन करने वाले सदस्यों की नागरिकता और वदेशी स्थितिके बारे में नीचे दी गई जानकारी शामिल है।

जबकि आप अपना आवेदन केवल ऊपर दी गई जानकारी के साथ पेश कर सकते हैं, लेकिन अगर आप नीचे दिए गए प्रश्नों के उत्तर देना जारी रखते हैं तो आपके आवेदन पर अधिक तेजी से कार्रवाई की जा सकती है।

आवेदक या ऑथोराइज्ड रप्रिजेंटेटिव के हस्ताक्षर	तारीख
आवेदक या अधिकृत प्रतिनिधिका प्रिंट नाम	तारीख

स्टेप 6: SNAP बेनफिट्स के लिए आवेदन करते समय ही नमिंलखिति का उत्तर दें

कतिने लोग आपके साथ रहते हैं और आपके साथ भोजन खरीदते हैं, ठीक करते हैं और खाते हैं? _____
यह संख्या आपकी "घरेलू" मानी जाती है, अगले दो प्रश्नों के उत्तर देते समय इसे ध्यान में रखें।

नोट: आपकी प्रतिक्रियाओं से हमें यह तय करने में मदद मिलेगी कि क्या आप अधिक तेजी से SNAP पा सकते हैं। अगर आप के साथ रहने वाला कोई अन्य व्यक्ति पहले से ही SNAP बेनफिट्स प्राप्त कर रहा है, तो आप अभी भी SNAP बेनफिट्स के लिए पात्र हो सकते हैं।

क्या चालू महीने के लिए करों से पहले आपके घर की कुल सकल आय \$150 से कम है? ☐ हाँ ☐ नहीं- मेरे घर के सदस्यों में कोई बदलाव नहीं हुआ है

क्या आपके परिवार की चालू माह की कुल शुद्ध आय करों तथा आवास लागत, चाइल्ड/डिपेंडेंट केयर कौंस्ट्रस, या बच्चे के समर्थन भुगतान जैसी चीजों के भुगतान के बाद शून्य है?

☐ हाँ

☐ नहीं - मेरे घर के सदस्यों में कोई बदलाव नहीं आया है

क्या आपके कुल संसाधन नकद, चेकगि और बचत खातों में \$100 या उससे कम हैं?

☐ हाँ

☐ नहीं - मेरे घर के सदस्यों में कोई बदलाव नहीं आया है

क्या आपका मासिक करिया या मोर्टगेज और उपयोगिताओं (जैसे गैस, बजिली, पानी और फोन) करों से पहले आपकी कुल मासिक सकल आय से ज्यादा है?

☐ हाँ

☐ नहीं - मेरे घर के सदस्यों में कोई बदलाव नहीं आया है

क्या आप माइग्रेंट या सीजनल फार्म वर्कर हैं?

☐ हाँ

☐ नहीं - मेरे घर के सदस्यों में कोई बदलाव नहीं आया है

स्टेप 7: हमें आवेदक की जानकारी बताएँ

आपको उन सभी को वर्णित करना होगा जो आपके साथ रहते हैं, भले ही वे आवेदन न कर रहे हों। कृपया पहले अपना नाम वर्णित करना सुनिश्चित करें। यदि आपको अधिक जगह की आवश्यकता है, तो अपने उत्तर एक अतिरिक्त कागज पर लिखें और इसे इस फॉर्म के साथ संलग्न करें। कृपया नीचे दिए गए अनुभाग को पूरा करने में सहायता के लिए नमिनलखिति का उपयोग करें:

- सोशल सिक्योरिटी नंबर (SSN):** अगर आप, या आपके घर में कोई और, अमेरिकी नागरिक या क्वालीफाइड गैर-नागरिक नहीं है, तो आपको हमें SSN देने की आवश्यकता नहीं है। अगर अन्य कारण हैं कि आपको, या आपके घर में किसी के पास SSN नहीं है, तो कृपया नीचे लिखें। (उदाहरण: SSA आवेदन लंबित)
- अमेरिकी नागरिक:** आपको हमें केवल यह बताना होगा कि क्या कोई अमेरिकी नागरिक है अगर वे SNAP, नकद, चिकित्सा या चाइल्ड केयर असिस्टेंस के लिए हैं।
- नस्ल/जातीयता:** 1964 के नागरिक अधिकार अधिनियम का शीर्षक VI हमें नस्लीय/जातीय (हस्तिपैनिक या लातीनी) जानकारी माँगने की अनुमति देता है। यह जानकारी प्रदान करना स्वैच्छिक है और इसका उपयोग केवल सूचना के उद्देश्यों के लिए किया जाता है। अगर आप हमें यह जानकारी नहीं देना चाहते हैं, तो इसका आपके मामले पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।

नाम	आपसे संबंध (जीवनसाथी, मल्लि, आदी)	SSN (ऊपर नदिदेश देखें)	जन्म तिथि	लिंग	अमेरिकी नागरिक	हस्तिपैनिक या लातीनी	जाति
	स्वयं			☐ M ☐ F	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
				☐ M ☐ F	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
				☐ M ☐ F	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
				☐ M ☐ F	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
				☐ M ☐ F	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	

क्या आप शादीशुदा हैं? ☐ नहीं ☐ हाँ - यदि हाँ, तो पत्निया पत्नी का नाम: _____

क्या आप या जिसके लिए आप आवेदन कर रहे हैं, गर्भवती हैं?

☐ नहीं ☐ हाँ - अगर हाँ, तो नयित तारीख कौन और कब है? _____

क्या आपको या आपके द्वारा आवेदन करि जा रहे किसी अन्य व्यक्तिको घरेलू देखभाल या नर्सिंग होम सेवाओं की आवश्यकता है?

☐ नहीं ☐ हाँ - अगर हाँ, तो कौन? _____

क्या आप या आपके घर में कोई भी घर के अंदर या बाहर वकिलांग व्यक्तिकी देखभाल कर रहा है?

☐ नहीं ☐ हाँ - अगर हाँ, तो कौन? _____

क्या आप या आपके घर में कोई सेना में है?

☐ नहीं ☐ हाँ - अगर हाँ, तो कृपया लागू होने वाले सभी का चयन करें: ☐ एक्टिव ड्यूटी ☐ नेशनल गार्ड/रज़िर्व

क्या आप कभी चाइल्ड केयर फ्रॉड के दोषी पाए गए हैं?

☐ नहीं ☐ हाँ

चरण ७: तपाईंसँग बस्ने सबैलाई सूचीबद्ध गर्न थप ठाउँ

नाम तपाईंसँगको जन्म लिङ्ग अमेरिकी हिस्प्यानिक वा जाति
नाता-सम्बन्ध मिति नागरिक ल्याटिनो

		-		☐ पु ☐ म	☐ हो ☐ होइन	☐ हो ☐ होइन	
		-		☐ पु ☐ म	☐ हो ☐ होइन	☐ हो ☐ होइन	
		-		☐ पु ☐ म	☐ हो ☐ होइन	☐ हो ☐ होइन	
		-		☐ पु ☐ म	☐ हो ☐ होइन	☐ हो ☐ होइन	
		-		☐ पु ☐ म	☐ हो ☐ होइन	☐ हो ☐ होइन	

स्टेप 8: 60 वर्ष या उससे ज्यादा उम्र के घर के सदस्य

क्या कोई 60 वर्ष या उससे ज्यादा उम्र का है?

☐ नहीं - अगर नहीं, तो कृपया स्टेप 9 पर जाएँ।

☐ हाँ - अगर हाँ, तो स्टेप 8 में नमिन्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें।

क्या यह व्यक्ति डिसैबिलिटी बेंफिट्स प्राप्त कर रहा है?

☐ नहीं

☐ हाँ

- अगर हाँ, तो कसि स्रोत से? _____

क्या यह व्यक्ति विकलांगता के कारण भोजन पकाने में असमर्थ है?

☐ नहीं

☐ हाँ

अगर आपने स्टेप 8 में सभी तीन प्रश्नों के लिए "हाँ" का उत्तर दिया है, तो क्या यह व्यक्ति आपके साथ रहने वाले अन्य लोगों से अलग SNAP प्राप्त करना चाहता है?

☐ नहीं

☐ हाँ

स्टेप 9: हमें घर के वित्त के बारे में बताएँ

क्या आपको या आपके घर के लोगों को इस महीने आय* मिली है या मिलने की उम्मीद है?

☐ नहीं

☐ हाँ

- अगर हाँ, तो कृपया नीचे दी गई तालिका को पूरा करें।

*आय का मतलब उन सभी पैसों से है जो आपको और आपके घर के लोगों को प्राप्त होते हैं। इसमें रोजगार या स्वरोजगार, चाइल्ड या स्पाउजल सपोर्ट, डिसैबिलिटी बेंफिट्स, रेटायरमेंट बेंफिट्स, श्रमिक मुआवजा, बेरोजगारी मुआवजा, सामाजिक सुरक्षा, SSI, वेंटरन्स बेंफिट्स, Ohio Works First (OWF), व्यक्तियों से धन का उपहार आदि से आय शामिल है।

नाम	आय का प्रकार या एम्प्लॉयर का नाम	कतिनी बार प्राप्त हुआ (साप्ताहिक, साप्ताह में दो बार, आदि)	आय राशि (करों से पहले)	अंतिम बार प्राप्त होने की तारीख

आपके और आपके घर के लोगों के पास नकदी, चेकगि या बचत (जैसे बैंक खाते, वार्षिकी, स्टॉक या बांड) के रूप में कतिनी राशि है?

कुल राशि का अपना सर्वोत्तम अनुमान दीजिए: \$ _____

क्या आपके और आपके घर के लोगों के पास नकदी, चेकगि या बचत (जैसे बैंक खाते, वार्षिकी, स्टॉक या बांड) के रूप में कुल दस लाख डॉलर से अधिक धनराशि है?

☐ नहीं

☐ हाँ

क्या आपके घर में किसी ने पछिले 60 दिनों के अंदर नौकरी छोड़ दी या नौकरी खो दी?

☐ नहीं

☐ हाँ

- अगर हाँ, तो कौन? _____

कब? _____

कसि कारण से? _____

क्या आपके घर में कोई नौकरी से हड़ताल पर है?

☐ नहीं

☐ हाँ

- अगर हाँ, तो कौन? _____

यह फॉर्म अगले पेज पर जारी है



स्टेप 10: हमें आवेदक के घरेलू खर्चों के बारे में बताएँ

लागू होने वाले सभी की जाँच करें। हर व्यय के लिए राशि लिखें।

- ☐ चाइल्ड/डिपेंडेंट केयर कॉस्ट्स:
प्रति माह भुगतान की गई अनुमानित राशि: \$ _____
- ☐ आपके घर के बाहर किसी को कए गए चाइल्ड या स्पाउजल सपोर्ट पेमेंट्स प्रति माह भुगतान की जाने वाली अनुमानित राशि: \$ _____
- ☐ वकीलांग या 60 साल या उससे अधिक उम्र के किसी भी व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय। इनमें मेडिकल बिल, नुस्खे, हेल्थ इंश्योरेंस प्रीमियम, चिकित्सा नयुक्तियों के लिए परिवहन, या अन्य चिकित्सा सेवाओं जैसे खर्च शामिल हैं।
प्रति माह भुगतान की गई अनुमानित राशि: \$ _____
- ☐ करिया, मोर्टगेज पेमेंट्स, बहुत करिया, संपत्तिकर, घर के मालिकों का बीमा, आदि।
प्रति माह भुगतान की गई अनुमानित राशि: \$ _____

आप हीट या एयर कंडीशनिंग के लिए भुगतान करते हैं? ☐ हां ☐ नहीं

मैं नमिनलखिति यूटिलिटीज के लिए भुगतान करता हूँ (लागू होने वाली सभी जाँचें):

☐ दूरभाष ☐ कचरा ☐ सीवेज ☐ पानी ☐ इलेक्ट्रिक ☐ गैस

स्टेप 11: अगर चाइल्ड केयर अससिस्टेंस के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो कृपया हमें बताएँ कि आवेदक को चाइल्ड केयर की आवश्यकता क्यों है

अगर आप या आपके घर के लोग काम कर रहे हैं, स्कूल जा रहे हैं, या प्रशिक्षण कार्यक्रम में भाग ले रहे हैं, तो कृपया सभी क्वालीफाइंग गतिविधियों के साथ नीचे दी गई तालिका को पूरा करें। अगर नौकरी कर रहे हैं, तो कृपया अपने वर्तमान एम्प्लॉयर का नाम बताएं। इसमें स्वरोजगार और वषिम नौकरियों शामिल हैं। यदि आपको अधिक जगह की आवश्यकता है, तो अपने उत्तर एक अतिरिक्त कागज पर लिखें और इसे इस फॉर्म के साथ संलग्न करें।

घर के सदस्य 1 नाम	एम्प्लॉयर / स्कूल / प्रशिक्षण सूचना का नाम								
एक्टिविटी फोन नंबर	प्रारंभ दिनांक / समाप्त दिनांक								
पता									
हाउसहोल्ड सदस्य कार्य / स्कूल / प्रशिक्षण अनुसूची <table border="0"> <tr> <td>☐ रविवार _____ से _____ तक</td> <td>☐ गुरुवार _____ से _____ तक</td> </tr> <tr> <td>☐ सोमवार _____ से _____ तक</td> <td>☐ शुक्रवार _____ से _____ तक</td> </tr> <tr> <td>☐ मंगलवार _____ से _____ तक</td> <td>☐ शनिवार _____ से _____ तक</td> </tr> <tr> <td>☐ बुधवार _____ से _____ तक</td> <td>☐ सप्ताह दर सप्ताह बदलता रहता है _____</td> </tr> </table>		☐ रविवार _____ से _____ तक	☐ गुरुवार _____ से _____ तक	☐ सोमवार _____ से _____ तक	☐ शुक्रवार _____ से _____ तक	☐ मंगलवार _____ से _____ तक	☐ शनिवार _____ से _____ तक	☐ बुधवार _____ से _____ तक	☐ सप्ताह दर सप्ताह बदलता रहता है _____
☐ रविवार _____ से _____ तक	☐ गुरुवार _____ से _____ तक								
☐ सोमवार _____ से _____ तक	☐ शुक्रवार _____ से _____ तक								
☐ मंगलवार _____ से _____ तक	☐ शनिवार _____ से _____ तक								
☐ बुधवार _____ से _____ तक	☐ सप्ताह दर सप्ताह बदलता रहता है _____								
घर के दूसरे सदस्य का नाम	एम्प्लॉयर / स्कूल / प्रशिक्षण सूचना का नाम								
एक्टिविटी फोन नंबर	प्रारंभ दिनांक / समाप्त दिनांक								
पता									

घरेलू सदस्य कार्य / स्कूल / प्रशिक्षण अनुसूची				
☐ रविवार	से	तक	☐ गुरुवार	से
☐ सोमवार	से	तक	☐ शुक्रवार	से
☐ मंगलवार	से	तक	☐ शनिवार	से
☐ बुधवार	से	तक	☐ सप्ताह दर सप्ताह बदलता रहता है	
घर के तीसरे सदस्य का नाम			एम्पलॉयर / स्कूल / प्रशिक्षण सूचना का नाम	
एक्टिविटी फ़ोन नंबर			प्रारंभ दिनांक / समाप्त दिनांक	
पता				
घरेलू कार्य / स्कूल / प्रशिक्षण अनुसूची				
☐ रविवार	से	तक	☐ गुरुवार	से
☐ सोमवार	से	तक	☐ शुक्रवार	से
☐ मंगलवार	से	तक	☐ शनिवार	से
☐ बुधवार	से	तक	☐ सप्ताह दर सप्ताह बदलता रहता है	
स्टेप 12: हमें उस बच्चे (बच्चों) के बारे में बताएँ जसिं चाइल्ड केयर की आवश्यकता है				
बच्चा 1 - नाम (पहला, मध्य, अंतिम)		बच्चे की माँ का पहला नाम		जन्म का शहर
आवेदक से संबंध		बच्चे की पसंदीदा बोली जाने वाली भाषा		
क्या बच्चा अमेरिकी नागरिक है या क्वालीफाइड गैर-नागरिक है? नोट: चाइल्ड केयर असिस्टेंस प्राप्त करने के लिए आपको वेरिफिकेशन प्रदान करना होगा।				
☐ हाँ ☐ नहीं - मेरा बच्चा अमेरिका का नागरिक नहीं है नागरिक या एक क्वालीफाइड गैर-नागरिक				
बच्चे की ज़रूरतें: क्या बच्चे को प्रोटेक्टिव चाइल्ड केयर की आवश्यकता है? ☐ हाँ ☐ नहीं - मेरे बच्चे को अगर हाँ, तो क्या कोई केस प्लान है? प्रोटेक्टिव चाइल्ड केयर की आवश्यकता नहीं है ☐ नहीं - मेरे बच्चे के पास केस प्लान नहीं है				
क्या बच्चा हेड स्टार्ट में है?				
☐ हाँ उनका शेड्यूल क्या है? से तक ☐ नहीं - मेरा बच्चा हेड स्टार्ट में नहीं है				
दनि/घंटे चाइल्ड केयर की ज़रूरत है				
☐ रविवार	से	तक	☐ बुधवार	से
☐ सोमवार	से	तक	☐ गुरुवार	से
☐ मंगलवार	से	तक	☐ शुक्रवार	से
☐ बुधवार	से	तक	☐ शनिवार	से
प्रोवाइडर का नाम		प्रोवाइडर का पता		शहर
		राज्य		पनि कोड

बच्चा 2

बच्चा 2 - नाम (पहला, मध्य, अंतमि)		बच्चे की मां का पहला नाम		जन्म का शहर	
आवेदक से संबंध			बच्चे की पसंदीदा बोली जाने वाली भाषा		
क्या बच्चा अमेरिकी नागरिक है या क्वालीफाइड गैर-नागरिक है? नोट: चाइल्ड केयर अससिस्टेंस प्राप्त करने के लिए आपको वेरिफिकेशन प्रदान करना होगा। ☐ हाँ ☐ नहीं - मेरा बच्चा अमेरिका का नागरिक नहीं है नागरिक या एक क्वालीफाइड गैर-नागरिक					
बच्चे की ज़रूरतें: क्या बच्चे को प्रोटेक्टिव चाइल्ड केयर की आवश्यकता है? ☐ हाँ ☐ नहीं - मेरे बच्चे को प्रोटेक्टिव चाइल्ड केयर की आवश्यकता नहीं है अगर हाँ, तो क्या कोई केस प्लान है? ☐ हाँ ☐ नहीं - मेरे बच्चे के पास केस प्लान नहीं है					
क्या बच्चा हेड स्टार्ट में है? ☐ हाँ उनका शेड्यूल क्या है? _____ से _____ तक ☐ नहीं - मेरा बच्चा हेड स्टार्ट में नहीं है					
दनि/घंटे चाइल्ड केयर की ज़रूरत है ☐ रविवार _____ से _____ तक ☐ बुधवार _____ से _____ तक ☐ सोमवार _____ से _____ तक ☐ गुरुवार _____ से _____ तक ☐ मंगलवार _____ से _____ तक ☐ शुक्रवार _____ से _____ तक ☐ शनिवार _____ से _____ तक					
प्रोवाइडर का नाम		प्रोवाइडर का पता		शहर	राज्य
पनि कोड					

बच्चा 3

बच्चा 3 - नाम (पहला, मध्य, अंतमि)		बच्चे की मां का पहला नाम		जन्म का शहर	
आवेदक से संबंध			बच्चे की पसंदीदा बोली जाने वाली भाषा		
क्या बच्चा अमेरिकी नागरिक है या क्वालीफाइड गैर-नागरिक है? नोट: चाइल्ड केयर अससिस्टेंस प्राप्त करने के लिए आपको वेरिफिकेशन प्रदान करना होगा। ☐ हाँ ☐ नहीं - मेरा बच्चा अमेरिका का नागरिक नहीं है नागरिक या एक क्वालीफाइड गैर-नागरिक					
बच्चे की ज़रूरतें: क्या बच्चे को प्रोटेक्टिव चाइल्ड केयर की आवश्यकता है? ☐ हाँ ☐ नहीं - मेरा बच्चे को प्रोटेक्टिव चाइल्ड केयर की आवश्यकता नहीं है अगर हाँ, तो क्या कोई केस प्लान है? ☐ हाँ ☐ नहीं - मेरे बच्चे के पास केस प्लान नहीं है					
क्या बच्चा हेड स्टार्ट में है? ☐ हाँ उनका शेड्यूल क्या है? _____ से _____ तक ☐ नहीं - मेरा बच्चा हेड स्टार्ट में नहीं है					
दनि/घंटे चाइल्ड केयर की ज़रूरत है ☐ रविवार _____ से _____ तक ☐ बुधवार _____ से _____ तक ☐ सोमवार _____ से _____ तक ☐ गुरुवार _____ से _____ तक ☐ मंगलवार _____ से _____ तक ☐ शुक्रवार _____ से _____ तक ☐ शनिवार _____ से _____ तक					
प्रोवाइडर का नाम		प्रोवाइडर का पता		शहर	राज्य
पनि कोड					

बच्चा 4

बच्चा 4 - नाम (पहला, मध्य, अंतमि)		बच्चे की मां का पहला नाम		जन्म का शहर	
आवेदक से संबंध			बच्चे की पसंदीदा बोली जाने वाली भाषा		
क्या बच्चा अमेरिकी नागरिक है या क्वालीफाइड गैर-नागरिक है? नोट: चाइल्ड केयर अससिस्टेंस प्राप्त करने के लिए आपको वेरिफिकेशन प्रदान करना होगा। ☐ हां ☐ नहीं - मेरा बच्चा अमेरिका का नागरिक नहीं है नागरिक या एक क्वालीफाइड गैर-नागरिक					
बच्चे की ज़रूरतें: क्या बच्चे को प्रोटेक्टिव चाइल्ड केयर की आवश्यकता है? ☐ हां ☐ नहीं - मेरे बच्चे को प्रोटेक्टिव चाइल्ड केयर की आवश्यकता नहीं है अगर हाँ, तो क्या कोई केस प्लान है? ☐ हाँ ☐ नहीं - मेरे बच्चे के पास केस प्लान नहीं है					
क्या बच्चा हेड स्टार्ट में है? ☐ हाँ ☐ नहीं - मेरा बच्चा हेड स्टार्ट में नहीं है उनका शेड्यूल क्या है? _____ से _____ तक					
दनि/घंटे चाइल्ड केयर की ज़रूरत है ☐ बुधवार _____ से _____ तक ☐ रविवार _____ से _____ तक ☐ गुरुवार _____ से _____ तक ☐ सोमवार _____ से _____ तक ☐ शुक्रवार _____ से _____ तक ☐ मंगलवार _____ से _____ तक ☐ शनिवार _____ से _____ तक					
प्रोवाइडर का नाम		प्रोवाइडर का पता		शहर	राज्य
पनि कोड					
क्या आपके बच्चे को कोई लंबे समय से स्वास्थ्य समस्या, विकासात्मक विकलांगता या खास ज़रूरत है? ☐ नहीं - मेरे बच्चे को लंबे समय से कोई स्वास्थ्य समस्या, विकासात्मक विकलांगता या खास आवश्यकता नहीं है ☐ हाँ - कृपया नीचे दिए गए चार्ट को भरें:					
नाम (पहला, मध्य, अंतमि)			बच्चे की खास ज़रूरतों के बारे में बताएँ		

यह फॉर्म अगले पेज पर जारी है



स्टेप 13: हमें उन बच्चों की स्कूल उपस्थितिके बारे में बताएँ जन्हें देखभाल की आवश्यकता है

नोट: अगर कोई बच्चा कडिरगार्टन या बड़ी कक्षा वाले स्कूल में जा रहा है या जाएगा तो इस अनुभाग को पूरा करें

बच्चे का नाम (पहला, मध्य, अंतिम)	वर्तमान ग्रेड लेवल	स्कूल का नाम और पता	स्कूल का समय (उदा.: सुबह 8 बजे से दोपहर 3 बजे तक)	कडिरगार्टन का शेड्यूल	स्कूल प्रारंभ वर्ष/ समाप्ति तिथि
				☐ सुबह ☐ शाम ☐ पूरा दिन	
				☐ सुबह ☐ शाम ☐ पूरा दिन	
				☐ सुबह ☐ शाम ☐ पूरा दिन	
				☐ सुबह ☐ शाम ☐ पूरा दिन	

स्टेप 14: कृपया नमिनलखित जानकारी की सावधानीपूर्वक समीक्षा करें और अंतिम पेज पर हस्ताक्षर करें

इस आवेदन पर हस्ताक्षर करके:

- ▶ सभी कार्यक्रमों (SNAP, नकद, चाइल्ड केयर, और/या मेडिकल असिस्टेंस) के लिए, मैं स्वीकार करता/करता हूँ और सहमत हूँ:
 - इस फॉर्म पर प्रश्नों के लिए और झूठी गवाही के दंड के तहत प्रमाणित करें कि मेरे सभी उत्तर मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही और पूरा हैं, जिसमें सहायता के लिए आवेदन करने वाले प्रत्येक परिवार के सदस्य की नागरिकता या इमाइग्रेशन स्टेटस के बारे में जानकारी भी शामिल है।
 - काउंटी जॉब एंड फैमिली सर्विसिज (JFS) कार्यालय मेरी पात्रता और सहायता के स्तर और/या कुछ मामलों में आवश्यक प्रमाण प्राप्त करने के लिए अन्य व्यक्तियों या संगठनों से संपर्क कर सकता है, मुझसे उन संपर्कों को बनाने के लिए काउंटी JFS कार्यालय को सहमत देने के लिए कहा जा सकता है।
 - मुझे पटिव्व स्थापति करने या समर्थन आदेश स्थापति करने या लागू करने में बाल सहायता प्रवर्तन एजेंसी (CSEA) के साथ सहयोग करने की आवश्यकता हो सकती है। यदि मुझे CSEA के साथ सहयोग करने की आवश्यकता है, तो मेरी ओर से एजेंसी को एक रेफरल सबमिट किया जाएगा। मैं यह भी समझता हूँ कि अगर मुझे CSEA के साथ सहयोग करने की आवश्यकता नहीं है, तो मैं बाल सहायता सेवाओं (JFS फॉर्म 07076) के लिए आवेदन पूरा करके बाल सहायता सेवाओं का अनुरोध कर सकता हूँ।
 - जब तक मैं सहयोग करता हूँ तब तक काउंटी JFS कार्यालय आवश्यक सत्यापन प्राप्त करने में मेरी सहायता कर सकता है।
 - धोखाधड़ी से ऐसी सहायता प्राप्त करने के दोषी व्यक्ति के लिए, जिसके लिए वह पात्र नहीं है, कानून जुर्माना या कारावास या दोनों का प्रावधान करता है।
 - नीचे दिए गए मेरे हस्ताक्षर काउंटी JFS कार्यालय को मेरे बच्चे/पति/पत्नी/चकितिसा सहायता आय को सत्यापित करने के लिए सपोर्ट एनफोर्समेंट ट्रैकिंग सिस्टम (एसईटीएस) में उपलब्ध जानकारी तक पहुंचने की अनुमति देते हैं।
 - गैर-नागरिकि घरेलू सदस्यों की स्थिति व्यवस्थिति विदेशी सत्यापन और पात्रता (SAVE) प्रणाली के माध्यम से यूएससीआईएस को आवेदन से जानकारी जमा करने के माध्यम से संयुक्त राज्य नागरिकता और इमाइग्रेशन सेवाओं (USCIS) द्वारा सत्यापन के अधीन हो सकती है। USCIS से प्राप्त प्रस्तुत जानकारी परिवार की पात्रता और लाभ के स्तर को प्रभावित कर सकती है।
 - नीचे मेरा हस्ताक्षर मेरी सहमत देता है और काउंटी JFS कार्यालय को इस मामले में बच्चों की नागरिकता की स्थिति की पुष्टि करने और अतिरिक्त सार्वजनिक सहायता की प्राप्ति के वेरिफिकेशन के उद्देश्य से Ohio Benefits Worker Portal तक पहुंचने के लिए ऑथराइज करता है। मैं काउंटी JFS कार्यालय को लिखित रूप में सूचित करके किसी भी समय इस प्राधिकरण को रद्द कर सकता हूँ।
 - यदि आप अपने मामले पर की गई कार्रवाई से असहमत हैं तो आपको काउंटी कॉन्फ्रेंस और स्टेट हयिरिंग का अनुरोध करने का अधिकार है। काउंटी कॉन्फ्रेंस का अनुरोध करने के लिए आपको अपने काउंटी JFS कार्यालय से संपर्क करना चाहिए या मेल से प्राप्त नोटिस की समीक्षा करनी चाहिए।

स्टेप 14: कृपया नमिन्नलिखित जानकारी की समीक्षा करें और हस्ताक्षर करें (जारी)

- अगर मैंने SNAP बेनफिट्स के लिए आवेदन किया है, तो मैं स्वीकार करता/करती हूँ और सहमत हूँ:
- इस आवेदन पर हस्ताक्षर करके, उस जानकारी का अनुरोध आय और पात्रता सत्यापन प्रणाली (IEVS) से किया जाएगा और मेरी पात्रता निर्धारित करने के लिए जो भी संपर्क आवश्यक है, उसके माध्यम से जानकारी सत्यापित की जा सकती है।
 - सामाजिक सुरक्षा संख्या (SSNs) का उपयोग घर के सदस्यों की पहचान की जांच करने, डुप्लिकेट भागीदारी को रोकने और मेरे मामले में बदलाव करने के लिए किया जाएगा। यदि घर का कोई सदस्य अपना एसएसएन प्रदान नहीं करता है, तो उन्हें गैर-आवेदक के रूप में नामित किया जाएगा। इसका मतलब है कि उन्हें आवेदक के रूप में नहीं माना जाएगा और वे SNAP के लिए पात्र नहीं होंगे। घर के प्रत्येक सदस्य के SSN सहित कोई भी मांगी गई जानकारी प्रदान करना स्वैच्छिक है। हालांकि, सहायता के लिए मेरी पात्रता स्थापित करने के लिए अनुरोधित जानकारी प्रदान करने में वफाई के परिणामस्वरूप मेरे घर को SNAP लाभों से वंचित या कम कर दिया जाएगा। कानून से बचने के लिए भागने वाले व्यक्तियों को पकड़ने के उद्देश्य से आवेदन पर इकट्ठा की गई जानकारी कानून प्रवर्तन अधिकारियों को बताई जा सकती है।
 - यदि कोई अदालत मुझे न्यायिक पदार्थों की बिक्री से जुड़े लेनदेन में लाभ प्राप्त करने या उपयोग करने का दोषी पाती है, तो मैं पहले अपराध के लिए दो साल तक और दूसरे अपराध के लिए स्थायी रूप से लाभ के लिए पात्र नहीं रहूंगा।
 - यदि कानून की अदालत मुझे आगनेयास्त्रों, गोला-बारूद या वसिफोटकों की बिक्री से जुड़े लेनदेन में लाभ का उपयोग करने या प्राप्त करने का दोषी पाती है, तो मैं इस तरह के उल्लंघन के पहले अपराध पर एसएनएपी में भाग लेने के लिए स्थायी रूप से अयोग्य हो जाऊंगा।
 - SNAP लाभ ओहियो डायरेक्शन कार्ड पर जारी किए जाते हैं और मुझे आगनेयास्त्रों या न्यायिक पदार्थों को खरीदने या बेचने के लिए अपने SNAP लाभों का उपयोग करने से प्रतिबंधित किया गया है। मैं समझता हूँ कि मैं केवल पात्र वस्तुओं को खरीदने के लिए SNAP बेनफिट्स का उपयोग कर सकता हूँ। मैं गैर-खाद्य पदार्थों जैसे मादक पेय, तंबाकू, आदि खरीदने के लिए SNAP लाभों का उपयोग नहीं कर सकता।
 - मेरे घर का कोई भी सदस्य जो जानबूझकर न्यूनतम तोड़ता है, उसे पहले अपराध के लिए एक वर्ष, दूसरे अपराध के लिए दो साल और तीसरे अपराध के लिए स्थायी रूप से SNAP नहीं मिल सकता है।
 - यदि कानून की अदालत मुझे \$500 या अधिक की कुल राशि के लिए तस्करी के बेनफिट्स का दोषी पाती है, तो मैं इस तरह के उल्लंघन के पहले अपराध पर SNAP में भाग लेने के लिए स्थायी रूप से डिसक्वालीफाई हो जाऊंगा।
 - मुझे SNAP लाभों को बेचने, व्यापार करने या खरीदने से प्रतिबंधित किया गया है और मैं अपने घर के लिए किसी और के SNAP लाभों का उपयोग नहीं कर सकता। मुझे इनमें से किसी भी उल्लंघन के लिए SNAP कार्यक्रम से डिसक्वालीफाई घोषित किया जा सकता है।
 - मैं किसी ऐसे व्यक्ति के लिए भोजन खरीदने के लिए लाभों का उपयोग नहीं कर सकता जो मेरे घर का सदस्य नहीं है।
 - यदि मुझे एक साथ कई SNAP लाभ प्राप्त करने के लिए पहचान या नवीस स्थान के संबंध में कोई कपटपूर्ण बयान या प्रतिनिधित्व करते हुए पाया जाता है, तो मैं 10 वर्षों की अवधि के लिए SNAP में भाग लेने के लिए अयोग्य हो जाऊंगा।
 - SNAP लाभों के लिए मेरे आवेदन के साथ प्रदान की गई जानकारी संधीय, राज्य और स्थानीय अधिकारियों द्वारा सत्यापन के अधीन होगी ताकि यह निर्धारित किया जा सके कि क्या जानकारी तथ्यात्मक है और यदि कोई जानकारी गलत है, तो मेरे SNAP लाभों से इनकार किया जा सकता है। जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करने के लिए मुझ पर आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है।
 - अगर मुझे SNAP लाभ प्राप्त होते हैं जो मुझे नहीं मिलने चाहिए थे:
 - मुझे लाभ चुकाने का आदेश दिया जा सकता है
 - मुझ पर धोखाधड़ी का आरोप लगाया जा सकता है
 - मुझ पर जुरमाना लगाया जा सकता है (\$250,000 तक) या जेल भेजा जा सकता है (20 साल तक) या दोनों
 - मुझे भविष्य में लाभ प्राप्त करने से प्रतिबंधित किया जा सकता है।
 - यदि मेरा अधिकृत प्रतिनिधि गलत जानकारी देता है तो मुझे मिलने वाले किसी भी SNAP लाभ के लिए मुझे उत्तरदायी ठहराया जाएगा, जो मुझे नहीं मिलना चाहिए था।
 - अगर मैं अपने मामले पर की गई कार्रवाई से सहमत नहीं हूँ, तो मैं काउंटी सम्मेलन या राज्य की सुनवाई के लिए फाइल कर सकता हूँ। मैं एक काउंटी सम्मेलन या राज्य सुनवाई ऑनलाइन के लिए पूछ सकता हूँ, ईमेल या मेल हो सकता है, या अपने काउंटी JFS कार्यालय से संपर्क कर सकता हूँ। मैं अपने हस्ताक्षरित प्राधिकरण के साथ किसी को मेरे स्थान पर सुनवाई में भाग लेने के लिए कह सकता हूँ।
 - यदि मेरा मामला यह सुनिश्चित करने के लिए यादृच्छिक रूप से चुना गया है कि मैं प्राप्त होने वाली सहायता के लिए पात्र हूँ और मुझे सही राशि मिल रही है, तो मेरे मामले की समीक्षा होने पर मुझे सहयोग करना चाहिए। अगर मैं समीक्षा में सहयोग करने से इनकार करता हूँ, तो मेरे बेनफिट्स समाप्त हो सकते हैं।
 - आवेदन करने के 60 दिनों के भीतर और बेनफिट्स प्राप्त करते समय किसी भी समय, किसी नियोजति या स्व-नियोजति व्यक्ति को SNAP में भाग लेने के लिए पात्र बने रहने के लिए स्वैच्छिक से और बनी किसी अच्छे कारण के नौकरी नहीं छोड़नी चाहिए या काम के घंटों को प्रति सप्ताह 30 घंटे से कम नहीं करना चाहिए या संधीय न्यूनतम वेतन x 30 घंटे से कम नहीं कमाना चाहिए।
- अगर मैंने कैश अससिस्टेड बेनफिट्स के लिए आवेदन किया है, तो मैं स्वीकार करता/करती हूँ और सहमत हूँ:
- इस आवेदन पर हस्ताक्षर करने और OWF कैश अससिस्टेड प्राप्त करने से, मुझे पत्रित्व स्थापित करने या समर्थन आदेश स्थापित करने या लागू करने में स्थानीय चाइल्ड केयर एनफोर्समेंट एजेंसी (CSEA) के साथ सहयोग करने की आवश्यकता हो सकती है। अगर मुझे स्थानीय चाइल्ड केयर एनफोर्समेंट एजेंसी (CSEA) के साथ सहयोग करने की आवश्यकता होती है, तो मेरी ओर से एजेंसी को एक रेफरल पेश किया जाएगा और सभी सहायता के लिए कोई भी अधिकार

स्टेप 14: कृपया नमिनलखिति जानकारी की समीक्षा करें और हस्ताक्षर करें (जारी)

- मेरे और अससिस्टेंस समूह के नाबालगि बच्चों को ओहियो राज्य को सौंपा जाएगा।
- इस आवेदन पर हस्ताक्षर करके और OWF कैश अससिस्टेंस प्राप्त करके, मैं ओहियो राज्य को चाइल्ड या सुपाउजल सपोर्ट का कोई भी अधिकार सौंप रहा हूँ जो Ohio Works First पात्रता अवधि के दौरान मेरे और/या अससिस्टेंस समूह में नाबालगि बच्चों पर बकाया है।
- EPPICard™ पर कैश बेनफिट्स जारी किए जाते हैं। EPPICard™ का उपयोग मास्टरकार्ड सदस्य बैंकों, एटीएम और मास्टरकार्ड स्वीकार करने वाले अधिकांश खुदरा विक्रेताओं पर किया जा सकता है। मैं अपने EPPICard का उपयोग शराब की दुकानों, कैसीनो, गेमिंग प्रतष्ठानों या किसी भी खुदरा प्रतष्ठानों में नहीं कर सकता, जो वयस्कों के लिए मनोरंजन प्रदान करते हैं, जसमें कलाकार मनोरंजन के उद्देश्य से कपड़े उतारते हैं या बनि कपड़ों के प्रदर्शन करते हैं।
- मुझे अपने EPPICard™ को बेनफिट्स मलिन और मेरा पहला कार्ड जारी होने के 90 दिनों के भीतर सक्रिय करना होगा और यदि मेरा EPPICard™ 90 दिनों के भीतर सक्रिय नहीं होता है, तो मेरे बेनफिट्स मेरे खाते से हटा दिए जाएंगे।
- ▶ अगर मैंने चाइल्ड केयर बेनफिट्स के लिए आवेदन किया है, तो मैं स्वीकार करता/करती हूँ और सहमत हूँ:
 - मेरा काउंटी JFS कार्यालय या ODJFS मेरे चाइल्ड केयर एप्लिकेशन की स्वीकृति, अस्वीकृति और प्रस्तुति की स्थिति को इस आवेदन में वर्णित प्रोवाइडर या मेरे आवेदन में परिवर्तन के परिणामस्वरूप नामति किसी भी प्रोवाइडर के साथ साझा कर सकता है। मैं समझता हूँ कि इस एप्लिकेशन पर सूचीबद्ध नहीं किए गए किसी भी प्रदाता को इस जानकारी को साझा करने के लिए ओहियो संशोधति कोड के अनुसार एक अलग रिलीज पर हस्ताक्षर करने की आवश्यकता होगी।
 - मैं पब्लिकिली फंडेड चाइल्ड केयर (PFCC) बेनफिट्स का उपयोग केवल उन बच्चों के लिए कर पाऊंगा जो इसके पात्र हैं और केवल काउंटी JFS कार्यालय द्वारा ऑथोराइज्ड अधिकतम घंटों तक ही। PFCC बेनफिट्स के लिए पात्र बने रहने के लिए, आवश्यक सह-भुगतान (यदि लागू हो) मुझे प्रोवाइडर को देना होगा। आवश्यक सह-भुगतान का भुगतान करने में वफिलता के परिणामस्वरूप PFCC लाभों की समाप्ति हो सकती है।
 - अगर मुझे बाल देखभाल सहायता के लिए अनुमोदति किया जाता है, तो मैं एक स्वचालति उपस्थिति ट्रैकिंग प्रणाली का उपयोग करके बाल देखभाल कार्यक्रम में अपने बच्चे की उपस्थिति को सटीक रूप से रिकॉर्ड करने के लिए जम्मेदार रहूंगा। इसमें ससिटम में पंजीकरण करना और व्यक्तिगत पहचान जानकारी बनाना शामिल है जिसका उपयोग मैं ससिटम तक पहुंचने और अपने इलेक्ट्रॉनिक हस्ताक्षर के रूप में करने के लिए करूंगा। मैं समझता हूँ कि मेरे चाइल्ड केयर प्रोवाइडर को मेरी ओर से मेरे बच्चे की उपस्थिति दर्ज करने की अनुमति नहीं है और हो सकता है कि उसे मेरी व्यक्तिगत पहचान संबंधी जानकारी तक पहुंच न हो। मैं समझता/समझती हूँ कि उपस्थिति ट्रैकिंग प्रणाली लॉग-इन और लॉग-आउट प्रक्रिया के भाग के रूप में मेरी या मेरे नामति व्यक्ति/प्रायोजक की तस्वीर ले सकती है। मैं समझता/समझती हूँ कि कार्यक्रम में मेरे बच्चे की उपस्थिति के संबंध में उपस्थिति ट्रैकिंग प्रणाली में मेरे प्रोवाइडर द्वारा किए गए किसी भी परिवर्तन को अनुमोदति करने की जम्मेदारी मेरी है।
 - अगर मेरा बच्चा स्टेप अप टू क्वालिटी रेटेड कार्यक्रम में भाग लेता है और अगर मेरे बच्चे का मूल्यांकन पूरा हो जाता है, तो डेटा इकट्ठा किया जाएगा और ODJFS को रिपोर्ट किया जाएगा।
 - मुझे बाल देखभाल पात्रता निर्धारति करने की आवश्यकताओं, मेरे पात्र न होने के कारणों, राज्य सुनवाई के मेरे अधिकार, और काउंटी जेएफएस कार्यालय में परिवर्तनों की रिपोर्ट करने की मेरी जम्मेदारी और जर्माने के संबंध में स्पष्टीकरण प्राप्त हुआ है, जसमें स्वचालति बाल देखभाल उपस्थिति ट्रैकिंग प्रणाली के दुरुपयोग संहति, जानकारी को जानबूझकर रोकने या गलत ठहराने या बाल देखभाल लाभों के दुरुपयोग के लिए संभावति नागरिक कार्रवाई या आपराधिक मुकदमा शामिल है।
 - मुझे काउंटी JFS कार्यालय को मेरी पात्रता को प्रभावति करने वाले किसी भी बदलाव की रिपोर्ट करनी चाहिए, जसमें परिवार की आय, रोजगार / प्रशिक्षण / शिक्षा के घटे, परिवार का आकार और पता शामिल हैं। मैं समझता हूँ कि मुझे परिवर्तनों के होने के 10 दिनों के भीतर रिपोर्ट करना होगा।
 - मेरा हस्ताक्षर इस आवेदन पर सूचीबद्ध प्रत्येक बच्चे के लिए ससिटम जेनरेट किए गए राज्यव्यापी छात्र पहचानकर्ता (SSID) जारी करने की सहमति भी देता है।
 - बाल देखभाल प्रदाताओं के बारे में जानकारी:
 - माता-पति सार्वजनिक रूप से वित्ति पोषति बाल देखभाल की पेशकश करने के लिए अनुमोदति किसी भी कार्यक्रम का चयन कर सकते हैं। इन कार्यक्रमों में ओहियो राज्य भर में स्थिति केंद्र, पारिवारिक बाल देखभाल गृह, घरेलू सहायक और बाल दविस शविरि शामिल हैं।
 - अगर आप एक प्रोवाइडर का चयन करने में सहायता चाहते हैं, तो आप अपने स्थानीय चाइल्ड केयर रसोर्स एवं रेफरल एजेंसी से संपर्क कर सकते हैं।
 - आप <https://childcaresearch.ohio.gov> पर अपने बच्चे की देखभाल की आवश्यकताओं के अनुरूप कार्यक्रमों को देखने के लिए हमारी चाइल्ड केयर डायरेक्टरी का उपयोग कर सकते हैं। निर्देशिका आपको स्थान, कार्यक्रम के प्रकार, दी जाने वाली सेवाओं और संचालन के दिनों और घंटों के आधार पर खोज करने की अनुमति देती है। प्रत्येक कार्यक्रम के बारे में जानकारी प्रदान की जाती है जसमें स्टेप अप टू क्वालिटी रेटिंग, कोई अतिरिक्त मान्यता या संबद्धता, लाइसेंसिंग निरीक्षण और प्रमाणति शिकायतें शामिल हैं।
 - स्टेप अप टू क्वालिटी कार्यक्रम, परिवारों को ऐसे चाइल्ड केयर प्रोग्राम चुनने में मदद करता है जो लाइसेंसिंग के न्यूनतम मानकों से परे हों। रेटेड कार्यक्रम अलग-अलग तरीकों से गुणवत्ता के उच्च स्तर का प्रदर्शन करते हैं। अगर आप स्टेप अप टू क्वालिटी कार्यक्रम के बारे में अधिक जानकारी चाहते हैं, तो DCY चाइल्ड केयर वेबसाइट पर जाएँ: <https://jfs.ohio.gov/child-care/step-up-to-quality-for-families>।
 - आप अपने बच्चे के लिए Medicaid स्वास्थ्य जांच और प्रारंभिक इंटरवेंशन सर्वसिज के बारे में अधिक जानने के लिए हमारी वेबसाइट पर भी जा सकते हैं। इस जानकारी के लिए, <https://jfs.ohio.gov/child-care/resources/02-special-needs-child-care> पर जाएँ।
 - अगर आप लाइसेंसिंग नियमों के संदिग्ध उल्लंघन के संबंध में किसी प्रोवाइडर के बारे में शिकायत करना चाहते हैं, तो आप चाइल्ड केयर पॉलिसी हेल्प डेस्क से 1-877-302-2347, वकिल्प 4 पर संपर्क कर सकते हैं।

► यदि मैंने मेडिकल असिस्टेंस बेंफिट्स के लिए आवेदन किया है, तो मैं स्वीकार करता/करती हूँ और सहमत हूँ:

- झूठी गवाही के दंड के अंतर्गत, मैंने सभी वार्षिकी और अन्य समान वित्तीय साधनों का खुलासा कर दिया है, जिनमें मेरा और/या मेरे पति/पत्नी का कोई हित है।
- इस आवेदन पर हस्ताक्षर करके और Medicaid प्राप्त करके, मैं ओहायो राज्य को चिकित्सा सहायता के लिए किसी भी अधिकार और मेडिकल असिस्टेंस के लिए उत्तरदायी तीसरे पक्ष द्वारा भुगतान के किसी भी अधिकार को सौंप रहा हूँ, जो मुझे और/या मेरे सहायता समूह में नाबालग बच्चे को देय है। मैं समझता हूँ कि मुझे अपने हेल्थ इश्योरेंस के बारे में या मेरे चिकित्सा व्यय के लिए ज़िम्मेदार किसी तीसरे पक्ष के बारे में Ohio Department of Medicaid को बताना होगा। मैं वंश को पूरा पति/पत्नी या माता-पिता से चिकित्सा सहायता प्राप्त करने का अधिकार देता हूँ। अगर मुझे लगता है कि चिकित्सा सहायता प्राप्त करने में सहयोग करने से मेरे बच्चे या मुझे नुकसान होगा, तो मैं समझता हूँ कि मैं वंश को बता सकता हूँ और मुझे सहयोग करने की आवश्यकता नहीं भी हो सकती है।
- Ohio Department of Medicaid मेरे उत्तरों की जांच सोशल सिक्योरिटी नंबर और कंप्यूटर डेटा स्रोतों से प्राप्त जानकारी का उपयोग करके करेगा, जिसमें आंतरिक राजस्व सेवा (आईआरएस), सामाजिक सुरक्षा प्रशासन (SSA), होमलैंड सुरक्षा विभाग (DHS) और अन्य शामिल हैं। अगर जानकारी मेल नहीं खाती तो Ohio Department of Medicaid मुझे अधिक जानकारी भेजने के लिए कह सकता है।
- मेडिकल असिस्टेंस के लिए मेरी पात्रता निर्धारित करने के लिए Ohio Department of Medicaid बैंकों, क्रेडिट यूनियनों या अन्य वित्तीय संस्थाओं से मेरे वित्तीय संसाधनों के बारे में जानकारी प्राप्त करेगा। यह जानकारी प्राप्त करने का ऑथोराइजेशन तब तक प्रभावी रहेगा जब तक:
 - मेडिकल असिस्टेंस के लिए मेरा आवेदन अस्वीकार कर दिया गया है; या
 - मेडिकल असिस्टेंस के लिए मेरी पात्रता समाप्त हो गई है; या
 - मैं Ohio Department of Medicaid को लिखित रूप से सूचित करता हूँ कि मैं अपना ऑथोराइजेशन समाप्त करना चाहता हूँ।
- अगर मैं वित्तीय संस्थाओं से मेरे बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए Ohio Department of Medicaid को ऑथोराइज करने से इनकार करता हूँ, या मैं अपना ऑथोराइजेशन समाप्त करने का निर्णय लेता हूँ, तो मैं समझता हूँ कि मेरी मेडिकल असिस्टेंस अस्वीकार की जा सकती है या बंद की जा सकती है।
- अगर मैं स्थायी रूप से संस्थागत हूँ या Medicaid बेंफिट्स प्राप्त करते समय मेरी आयु 55 वर्ष या उससे अधिक है, तो मेरी मृत्यु के बाद एस्टेट रिकवरी प्रोग्राम Medicaid द्वारा भुगतान की गई मेरी देखभाल की लागत के भुगतान को मेरी संपत्ति से वसूल सकता है। मेरी देखभाल की लागत में कैपिटेशन भुगतान शामिल हो सकता है जो मेडिकेड मेरी प्रबंधित देखभाल योजना को भुगतान करता है, भले ही कैपिटेशन भुगतान वास्तव में प्राप्त सेवाओं की लागत से ज्यादा हो।
- मैं स्वास्थ्य देखभाल, चिकित्सा आपूर्ति या सेवाएँ प्रदान करने वाले किसी भी व्यक्ति को Ohio Department of Medicaid, ओहायो नौकरी और परिवार सेवा विभाग, या ओहायो स्वास्थ्य विभाग को मेडिकेड कार्यक्रम, WIC और अन्य मेडिकल असिस्टेंस कार्यक्रमों के तहत प्रदान की गई सेवाओं की सीमा, अवधि और दायरे से संबंधित कोई भी जानकारी देने के लिए ऑथोराइज करता/करती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि मैं बताए गए विभागों को मेरे द्वारा प्रदान की गई किसी भी जानकारी का आदान-प्रदान करने के लिए ऑथोराइज करता/करती हूँ, तार्किक विभाग मेडिकल असिस्टेंस बेंफिट्स के लिए मेरी पात्रता निर्धारित कर सके।
- Medicaid कार्यक्रम को प्रबंधित देखभाल योजना में अधिकांश प्राप्तकर्ताओं के लिए नामांकन की आवश्यकता होती है। अगर आप मेडिकेड के लिए पात्र निर्धारित हैं तो आपको इस बारे में मेल में जानकारी प्राप्त होगी।
- हेल्थचेक कार्यक्रम 21 वर्ष से कम आयु के सभी Medicaid पात्र बच्चों और गर्भवती महिलाओं को नविकर स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करता है। Medicaid के लिए पात्र बच्चे को दृष्टि और श्रवण के लिए निःशुल्क हेल्थचेक जांच मिला सकती है।

मैं _____ कार्यक्रम के लिए अपना प्रतिनिधि बनने के लिए ऑथोराइज करता/करती हूँ।
(ऑथोराइज्ड रपिजेंटेटिव का नाम) (उदाहरण के लिए: SNAP, OWF)

- Medicaid के लिए: आपको ODM 06723 "ऑथोराइज्ड रपिजेंटेटिव का पदनाम" फॉर्म भरना होगा
- अगर आपको एक से अधिक ऑथोराइज्ड रपिजेंटेटिव की आवश्यकता है, तो कृपया अपने काउंटी JFS कार्यालय से संपर्क करें।

 आवेदक या ऑथोराइज्ड रपिजेंटेटिव के हस्ताक्षर	तारीख
आवेदक या अधिकृत प्रतिनिधि का प्रिंट नाम	तारीख

- आवेदन समाप्त -

इस आवेदन को अपने स्थानीय काउंटी JFS कार्यालय में जमा करें

USDA गैर-भेदभाव वक्तव्य

संघीय नागरिक अधिकार कानून और यू.एस. के कृषि विभाग (USDA) के नागरिक अधिकार विनियम और नीतियों के अनुरूप, इस संस्थान के द्वारा जाना, गि, मूल श्रेणीय, ललंग (जजसमें लैंगिक पहचान और लैंगिक पसंद शामिल हैं), अक्षमता, आयु या पहले की ककसी नागरिक अधिकार संबंधी गतिविधि के ललए प्रतिलिपि बदला लेने केआपि भेदभाव ककया जाना प्रतिलिपि है।

काययक्रम संबंधी जानकारी अंग्रेजी को छोड़कर अन्य भाषा में उपलब्ध की जा सकती है। अक्षमता वाले व्यक्तियों, जजन्हें काययक्रम संबंधी जानकारी पाने केललए संचार कौशल के अभाव की जरूरत हो (जैसे ब्रेडल, बड़े अक्षर, ऑडियो टे, पअमेरिकन साइन लैंग्वेज), उन्हें उन्होंने जहाँ बेनकटिस के ललए आदिन ककया हो उस एजेंसी (जिसे स्थानीय या स्थानीय) से संपर्क कनि चाहए। शरणि बाधा, सुनने में मुश्किल वाले या जिसे संबंधी अक्षमताओं वाले व्यक्तियों को USDA ललल सचिस से के माध्यम से (800) 877-8339 से संपर्क कनि चाहए।

प्रोग्राम भेदभाव की लशकाय दुजय कनि केललए, लशकाय कनि ललल को फॉर्म AD-3027, USDA काययक्रम भेदभाव लशकाय फॉर्म (Program Discrimination Complaint Form) भनि होगा, जजसे ऑनलाइन यहाँ पर प ककया जा सकती है: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-hindi.pdf> ककसी USDA काययलय से पर प ककया जा सकती है या कपि क ल ककि या कपि USDA को संबोधित पत्र ललख कपि पर प ककया जा सकती है। पत्र में लशकाय कनि ललल का नाम, पति, टेलीफोन नं. और अलभकधर्मा भेदभाव ललल जानकारी का पयायप सिसि लललखखि सिसि होना चाहए किक नागरिक अधिकार के उपसधर्मा (ASCR) को ककसी कधर्मा नागरिक अधिकार उपलंघन के प्रकाश और नधित केबा में सूधकककया जा सके भ। लिहुआ AD-3027 फॉर्म या पत्र USDA के पास इनमें से ककसी किके से भेजा जाना चाहए:



किक:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314



फै कस:

833-256-1665 या 202-690-7442; या



ईमेल:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

यह संस्थान एक समान असि प्रदाति है।

कृपया आवेदन या वेरफिकेशन जैसी जानकारी यूनाइटेड स्टेट्स डेपार्टमेंट ऑफ एग्रीकलचर (USDA) के ऊपर वर्णित पते पर न भेजें। यह पता केवल नागरिक अधिकारों से संबंधित शिकायतों के ललए है। कृपया आवेदन सामग्री या वेरफिकेशन अपने स्थानीय काउंटी JFS कार्यालय को भेजें।

EARLY CARE AND EDUCATION SERVICES RELEASE OF INFORMATION

हेरचाहकर्ताको नाम		फोन नम्बर	
स्ट्रट ठेगाना	सिटी	राज्य/स्टेट	जिपकोड
हेरचाहकर्ताको इमेल (यदि सँग सेल्फ सर्विस पोर्टल (Self Service Portal) खाता छ भने, तपाईंले स्वयं सेवा पोर्टल (सेल्फ सर्विस पोर्टल) मा प्रयोग गर्नुभएको इमेल हुनुपर्छ)		हेरचाहकर्ताको सामाजिक सुरक्षा नम्बर (SSN) का अन्तिम चार अंकहरू	
जानकारी जारी गर्नलाई सहमतिको कारण			
यस सहमतिले काउन्टी जागिर तथा परिवार सेवा विभाग (County Department of Jobs and Family Services)/ ओहायो बालबालिका तथा युवा विभाग (Ohio Department of Children and Youth) लाई सरकारी रूपमा वित्त पोषित बाल हेरचाह, प्रारम्भिक बाल शिक्षा अनुदान वा विशेष परियोजनाहरूको आवेदन जानकारी पहिचान गरिएको प्रारम्भिक हेरचाह र शिक्षा प्रदायकलाई जारी गर्न अनुमति दिन्छ। सरकारी रूपमा वित्त पोषित बाल हेरचाह, प्रारम्भिक बाल शिक्षा अनुदान वा विशेष परियोजनाहरूकालागि योग्य हुन तपाईंले यो फारम भर्न आवश्यक छैन। सरकारी रूपमा वित्त पोषित बाल हेरचाह, प्रारम्भिक बाल शिक्षा अनुदान वा विशेष परियोजनाहरूकालागि योग्य हुन तपाईंले यो फारम भर्न आवश्यक छैन।			
जानकारी जारी गर्नलाई सहमति			
सहमतिकालागि कारण म _____ बुझ्छु कि यसमा हस्ताक्षर गरेर म वा मेरो अधिकृत प्रतिनिधिले पहुँच रद्द नगरेसम्म प्रदायक(हरू) लाई मेरो जानकारीमा पहुँच छ, यदि म अब त्यो कार्यक्रममा उपस्थित नभए पनि। - प्राथमिक हेरचाहकर्ताको पहिलो र अन्तिम नाम, ठेगाना र फोन नम्बर - हेरचाह आवश्यक पर्ने बच्चाहरूको पहिलो र अन्तिम नाम र जन्म मिति। - आवेदन जानकारी: - आवेदनको स्थिति, PAD बिना अस्वीकृत (PAD-payment after denial-अस्वीकृत पछि भुक्तानी) र विचाराधीन आवेदन सहित। - प्रमाणीकरण कागजातहरू आवश्यक छ। - योग्यता सुरु र अन्त्य भएको मिति। - अनुमतिको जानकारी।			
यो जानकारी निम्नलाई जारी गर्न सकिन्छ: प्रदायक १ को नाम कार्यक्रमको इजाजतपत्र नम्बर प्रदायकको ठेगाना		प्रदायक २ को नाम कार्यक्रमको इजाजतपत्र नम्बर प्रदायकको ठेगाना	
- यो कागजात निम्न विधिहरू मध्ये एउटा प्रयोग गरेर पेश गर्न सकिन्छ: १. तपाईंको सौलियत https://ssp.benefits.ohio.gov/ पहुँच गरेर स्व-सेवा पोर्टल (SSP) मा अपलोड गरेर। २. हेरचाहकर्ताको काउन्टी एजेन्सीमा पेश गरेर। - यो सहमति विचाराधीन र अस्वीकृत बाल हेरचाह आवेदनहरूकालागि आवेदनको मितिबाट अठार महिनासम्म प्रभावकारी रहनेछ वा हेरचाहकर्ता वा हेरचाहकर्ताको अधिकृत प्रतिनिधिले कुनै पनि समयमा लिखित सूचना प्रदान गरेर रद्द गर्न सक्छ, जसमा निम्न मध्ये एक प्रयोग गरेर तपाईंको नाम र केस नम्बर समावेश हुनुपर्छ: - तपाईंको सौलियत https://ssp.benefits.ohio.gov/ मा पहुँच गरेर स्व-सेवा पोर्टल (SSP) मा अपलोड गरेर - हेरचाहकर्ताको काउन्टी एजेन्सीमा पेश गरेर। - यस फाराममा हस्ताक्षर गरेर, यस फाराममा सूचीबद्ध जानकारीमा सूचीबद्ध प्रदायक(हरू) को पहुँच समाप्त गर्ने जिम्मेवारी म लिन्छु। - यस अधिकारपत्र अनुसार प्रयोग गरिएका वा खुलासा गरिएका जानकारी, प्राप्तकर्ताद्वारा उक्त जानकारीलाई खुलासा गर्न सकिन्छ र अब त्यो खुलासाबाट सुरक्षित नहुन सक्छ भन्ने कुरामा सचेत रहनुहोस्। - जबसम्म सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमकालागि योग्यता निर्धारण गर्न अधिकारपत्र आवश्यक हुँदैन, तब सम्म उपचार, भुक्तानी, भर्ना, वा सार्वजनिक सहायताकालागि योग्य ठहरिन यो अधिकारपत्रमा हस्ताक्षर गर्दैमा सुबिदा पाएको भन्न सकिँदैन। - संघीय र राज्य कानून, र लागू गरिने नीतिहरू अनुसार, ओहायोका बालबालिका तथा युवा विभाग (DCY) ले ओहायो बालबालिका तथा युवा विभाग (DCY) द्वारा नियन्त्रित वा मर्मत गरिएको वा ओहायो बालबालिका तथा युवा विभाग (DCY) को फाइदाकालागि नियन्त्रित र मर्मत गरिएको प्रणालीहरूमा समावेश जानकारीमा पहुँच पाउन र खुलासा गर्न सक्छ।			
ओहायो बेनिफिट्स (सौलियत) मा सूचीबद्ध हेरचाहकर्ता वा हेरचाहकर्ताको अधिकृत प्रतिनिधिको हस्ताक्षर		मिति	