يوازې د FSD کارولو لپاره - د ترلاسه کولو نیټه

د میسوري د ټولنیزو خدمتونو ډیپارټمنټ/څانګه د کورنۍ د ملاتړ وېش

د SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (د پوره کوونکي تغذیې مرستې پروګرام، SNAP) لپاره غوښتنلیک

د غوښتنلیک بېرته راستنیدو لارې:
اپلوډ: mydssupload.mo.gov
پوست/د لیږلو پته: Family Support Division PO Box 2700 Jefferson City, MO 65102
په حضوري ډول: یو دفتر ومومئ: dss.mo.gov/offices.htm
فکس: 9400-526-573

د غوښتنه کولو لپاره: تاسو هر وخت د SNAP ګټو لپاره د غوښتنې حق لرئ.

) Family Support Divisionد کورنۍ ملاتړ څانګې، FSD) ته ستاسو د غوښتنلیک ترلاسه کولو نېټې څخه ګټې چمتو کیږي چې باید پکې ستاسو نوم، پته او لاسلیک شامل وي. مهرباني وکړئ د 2 څخه تر 6 پورې برخې بشپړ کړئ ترڅو د FSD سره ستاسو غوښتنلیک په ګړندی توګه پروسس کولو کې مرسته وکړي.

که چیرې مرکې ته اړتیا وي، دا د تلیفون په واسطه بشپړ کیدی شي. د کورنۍ ملاتړ وېش/څانګه به تاسو ته د زنګ وهلو هڅه وکړي، که چیرې تاسو په غوښتنلیک کې د تلیفون شمیره چمتو کړې وي، د مرکې بشپړولو لپاره ستاسو غوښتنلیک د راجستر کیدو وروسته بله سوداګریزه ورځ. که تاسو د تلیفون شمیره نه وي وړاندې کړې، یا که چیرې تاسو زمونږ د زنګ وهلو په وخت کې خپله مرکه نشئ بشپړه کولی، مهرباني وکړئ د خپلې مرکې بشپړولو لپاره 4908 823 855 شمیرې ته زنګ ووهئ یا د FSD دفتر څخه لیدنه وکړئ ترڅو دا ژر تر ژره بشپړ کړئ. مونږ کیدای له تاسو څخه د ځینو معلوماتو د ثبوت غوښتنه وکړو چې تاسو یې FSD ته ورکوئ.

د غوښتنلیک نیټه: که چیرې تصویب/منظور شي، ستاسو د SNAP ګټې د هغه نیټې څخه چمتو کیږي چې FSD ستاسو غوښتنلیک ترلاسه کوي. دا ستاسو د فایل کولو نیټه ده. که چیرې تاسو په یو انستیتیوت/موسسه کې یاست او په ورته/هماغه وخت کې د SNAP ګټو او Supplemental Security Income (اضافي امنیت عاید، SSI) لپاره غوښتنه وکړئ، ستاسو د فایل کولو نیټه د انستیتیوت/موسسې څخه د خوشې کیدو نیټه ده.

مجاز/اجازه لرونکی استازی: تاسو د خپل غوښتنلیک بشپړولو او/یا ستاسو په استازیتوب ستاسو ګټو اداره کولو لپاره له یو څخه ډیر کس یا اسانتیا غوره کولی شئ. دوی به ستاسو د مجاز/اجازه لرونکي استازي په توګه عمل وکړي. که چیرې تاسو یو مجاز/اجازه لرونکی استازی غواړئ، په https://dssmanuals.mo.gov/wp-content/uploads/2020/09/im-6ar-app.pdf کې د مجاز/اجازه لرونکي استازي فورمه (IM-6AR) بشپړه کړئ یا FSD ته زنګ ووهئ.

برخه 1 - مونږ ته د خپل ځان په اړه وواياست

پوره لومړی نوم:	منځنی نوم:	وروستی نوم/تخلص:	☐ زه بې کوره یم

د کور (فزیکي) پته	کوڅه:			اپارتمان/ودانه/یوځای کوټې #:
	ښار:	ایالت:	زیپ کوډ:	کاونټي:
د لیږلو/پوست پته، (که چیرې د پورته څخه توپیر ولري):	کوڅه/د پوستي دفتر بکس:			اپارتمان/ودانه/یوځای کوټې
	ښار:	ایالت:	زیپ کوډ:	کاونټي:

تلیفون 1:________________ ☐ ګرځنده ☐ کور ☐ کار ☐ نور

تلیفون 2:________________ ☐ ګرځنده ☐ کور ☐ کار ☐ نور

د برېښنالیک ادرس:________________

ستاسو سره د اړیکې نیولو غوره لاره: ☐ زنګ ☐ برېښنالیک ☐ پوست ☐ متن (هر ځای شتون نلري)

د میسوري ایالت د قوانینو، او د متحده ایالاتو د کرنې ریاست مقرراتو لاندې، زه په دې توګه د SNAP ګټو لپاره غوښتنه کوم.

ستاسو لاسلیک:________________ نېټه:________________

برخه 2 - د ګړندی خدمت لپاره کلیدي پوښتنې

که تاسو وړ یاست، نو تاسو به د خپل غوښتنلیک فایل کولو په 7 ورځو کې دننه خپلې ګټې ترلاسه کړئ که چیرې تاسو لاندې پوښتنو ته "هو" ځواب ورکوئ. که نه نو، تاسو به د خپل غوښتنلیک فایل کولو په 30 ورځو کې دننه خپلې ګټې ترلاسه کړئ.

1 ایا ستاسو کورنۍ پدې میاشت کې له 150$ څخه لږ عاید ترلاسه کولو تمه لري او په نغدو او/یا په بانکي حساب کې 100$ یا له دې څخه لږ شتون لري؟ ☐ هو ☐ نه

2 ایا ستاسو کورنۍ کرایه/ ګروي او/ یا د کار کولو لګښتونه لري چې د دې میاشتې لپاره ستاسو د ټول عاید، شته نغدو پیسو او بانکي حسابونو څخه ډیر دي؟ ☐ هو ☐ نه

3 ایا ستاسو په کورنۍ کې یو مهاجر یا موسمي کرنې کارکوونکی شامل دی چې د چا عاید بند شوی او د چا شته نغدې پیسې او بانکي حسابونه له 100$ څخه زیات نه دي؟ ☐ هو ☐ نه

د ګړندی خدمت لپاره د خپل هویت/پیژندنې تصدیق کولو کې د FSD سره مرسته وکړئ. FSD به ستاسو د هویت/پیژندنې په الکترونیکي ډول تصدیق کولو هڅه وکړي. مهرباني وکړئ (1) د خپل غوښتنلیک سره خپله د هویت/پیژندنې کاپي شامله کړئ، یا (2) یو څوک لکه ملګری، د کورنۍ غړی، د ځمکې خاوند، یا کار ورکوونکی د FSD کوم دفتر ته راولئ، یا (3) لاندې اړیکه لیست کړئ ترڅو مونږ سره ستاسو د هویت/پیژندنې تصدیق کولو کې مرسته وکړي. FSD به دې کس ته زنګ ووهي که چیرې اړتیا وي.

د هغه کس نوم چې ستاسو هویت/پیژندنه تصدیق کوي: تلیفون شمېره:

برخه 3 - د کورنۍ غړي

خپل معلومات په 1 کرښه کې ولیکئ. د **ټولو** هغو خلکو معلومات داخل کړئ چې ستاسو په کور کې اوسیږي، ستاسو د **میره یا میرمن** په شمول، هر هغه ماشومان چې عمر یې د 22 کلونو څخه کم وي څوک چې لږ تر لږه نیمایي (50٪) وخت ستاسو په کور کې وي، او **هر هغه څوک** چې ستاسو په کور کې **خپل ډیری خواړه** خوري. د کورنۍ ټول غړي پکې شامل کړئ د دوی تابعیت یا مهاجرت حالت ته پام کولو پرته.

د تابعیت یا مهاجرت حالت په اتوماتیکي ډول یو غوښتونکي د SNAP ګټو ترلاسه کولو څخه نه بې برخې کوي. نژادي او توکمیز معلومات دې لپاره راټولیږي ترڅو ډاډ ترلاسه شي چې د پروګرام ګټې د نژاد، رنګ یا ملي اصل په پام کې نیولو پرته ویشل کیږي. **د دې معلوماتو چمتو کول اختیاري دي او ستاسو په وړتیا یا ستاسو د SNAP ګټو ترلاسه کولو مقدار باندې اغیزه نه کوي.**

د کورنۍ د هر غړي Social Security Number (د ټولنیز امنیت شمیره، SSN) او د مهاجرت حالت چمتو کول داوطلبانه/رضاکارانه دي. خو بیا هم، تاسو به د هغو اشخاصو لپاره د SNAP ګټې ترلاسه نکړئ څوک چې د SSN او/یا مهاجرت حالت نه وړاندې کوي. د غوښتونکي د کورنۍ د غړو د مهاجرت حالت کیدای شي U.S. Citizenship and Immigration Services (د متحده ایالاتو د تابعیت او مهاجرت خدمتونو، USCIS) لخوا تصدیق ته تابع شي. د USCIS لخوا وړاندې شوي معلومات کیدای شي ستاسو په وړتیا او ګټو کچه باندې اغیزه وکړي.

	قانوني لومړی نوم	وروستی نوم/تخلص	جنس[1]	د غوښتونکي سره خپلوي	د زیږون نیټه	SSN (د ټولنیز امنیت شمیره)	هسپانوي یا لاتیني؟	نژاد[2]	پیرود کوئ او پخوئ؟[3]
.1				پخپله					Y (هو)
.2									
.3									
.4									
.5									
.6									
.7									
8									
.9									
.10									

[1] د SNAP وړتیا ټاکلو لپاره اړتیا نلري

[2] ټول هغه لیست کړئ چې پلي کیږي:
1 - سپین 2 - تور/افریقی امریکایی 3 - امریکایی سورپوستی/د الاسکا ځایي اوسېدونکی
4 - اسیایی 5 - هاوایی ځایي اوسېدونکی/د پاسیفیک ټاپو اوسیدونکی

[3] "Y" (هو) په نښه کړئ که چیرې تاسو د کورنۍ غړي سره پیرود کوئ او پخلی کوئ او "N" (نه) که تاسو داسې نه کوئ.

که چیرې تاسو د کورنۍ د ټولو غړو لپاره کافي ځای نلرئ، د دوی د معلوماتو سره یو اضافي لیست ضمیمه کړئ.

1. په خپله کورنۍ کې هر هغه څوک لیست کړئ چې او سیدونکی او خوراک کوونکی دی:______________________________

2. په خپله کورنۍ کې هر هغه څوک لیست کړئ چې پالونکی ماشوم یا پالونکی بالغ/لوی دی:______________________________

3. په خپله کورنۍ کې هر هغه څوک لیست کړئ چې د متحده ایالاتو تبعه نه دی:______________________________

4. ایا تاسو نوی میسوري EBT کارت ته اړتیا لرئ؟ ☐ هو ☐ نه

5. ایا انګلیسي ستاسو ترجیحي/غوره ژبه ده؟ ☐ هو ☐ نه

که نه، ستاسو په کور کې ډیری وخت کومه ژبه ویل کیږي؟______________________________

برخه 4 - د کورنیو اعلامیې

په دې برخه کې هرې پوښتنې ته "هو" یا "نه" سره ځواب ورکړئ. مهرباني وکړئ د کورنۍ د غړي نوم وړاندې کړئ د چا لپاره چې ځواب "هو" دی. **په دې برخه کې هرې یوې پوښتنې ته د "هو" ځواب د هغه کس لپاره د SNAP ګټو لپاره د نا اهلۍ لامل کیدی شي په کوم کې چې "هو" ځواب پلي کیږي.**

1. ایا تاسو یا ستاسو د کورنۍ کوم یو غړی د 96-22-9 څخه وروسته د 500$ یا له دې څخه زیاتو د SNAP ګټو پیرود یا خرڅولو محکوم شوي؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، څوک؟	لومړی		وروستی	

2. ایا تاسو یا ستاسو د کورنۍ کوم یو غړی د یو جرم (یا د جرم هڅې) لپاره د تعقیب، توقیف، یا جیل څخه د ډډې لپاره له قانون څخه پټیږي یا تښتي کوم چې یو جرم/جنایت دی؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، څوک؟	لومړی		وروستی	

3. ایا تاسو یا ستاسو د کورنۍ کوم یو غړی د محاکمې (د امتحاني دورې لاندې بندي) یا پیرول (د وعدې په اساس د بندي خوشې کولو) له شرط څخه سرغړونه کوي؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، څوک؟	لومړی		وروستی	

4. ایا تاسو یا ستاسو په کورنۍ کې کوم چا ستاسو د هویت/پیژندنې یا پتې په اړه غلط بیانونه کړي ترڅو په یو وخت کې په 2 یا ډیرو کورنیو کې د SNAP ګټې ترلاسه کړي؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، څوک؟	لومړی		وروستی	

5. ایا تاسو یا ستاسو د کورنۍ کوم یو غړی په فدرالي یا ایالتي هڅه شوي جنایت/جرم محکمه کې د 96-22-8 څخه وروسته د غیرقانوني ملکیت، کارولو، یا کنټرول شوي موادو ویشلو پورې اړوند جرم محکوم شوي؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، څوک؟	لومړی		وروستی	

6. ایا تاسو یا ستاسو د کورنۍ کوم یو غړی د 96-22-9 څخه وروسته په کوم ایالت کې په درغلۍ سره د SNAP نقلي ګټو ترلاسه کولو په تور محکوم شوي؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، څوک؟	لومړی		وروستی	

7. ایا تاسو یا ستاسو د کورنۍ کوم یو غړی د 96-22-9 څخه وروسته د توپکو، مهماتو، یا چاودیدونکو موادو لپاره د SNAP ګټو په سوداګرۍ محکوم شوي؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، څوک؟	لومړی		وروستی	

8. ایا تاسو یا ستاسو د کورنۍ کوم یو غړی د 96-22-9 څخه وروسته د نشه یي/مخدره توکو لپاره د SNAP ګټو په سوداګرۍ محکوم شوی؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، څوک؟	لومړی		وروستی	

9. ایا ستاسو په کورنۍ کې یو څوک د 14-7-2 راهیسې له لاندې څخه یو یا زیاتو جرمونو کې محکوم شوي دي؟ ☐ هو ☐ نه
   1. لا خراب شوي جنسي ناوړه چلند
   2. قتل/وژنه
   3. د ماشومانو جنسي استحصال او نور ناوړه ګټه اخیستنه
   4. جنسي تیري/حمله

که هو، څوک؟	لومړی		وروستی	

کوم جرم (جرمونه)؟______________________________

برخه 5 - د کورنۍ معلومات

دې پوښتنو ته د خپل ځان او ټولو هغو خلکو لپاره ځواب ورکړئ چې ستاسو سره اوسیږي (لکه څنګه چې په برخه 3 کې لیست شوي). که هو، مهرباني وکړئ د کورنۍ د غړي لومړی او وروستی نوم وړاندې کړئ.

1. ایا یو چا په تیرو 30 ورځو کې دننه د Missouri پرته په بل ایالت کې د SNAP ګټې ترلاسه کړې؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، څوک؟	لومړی		وروستی		ایالت:__________

2. ایا څوک معلول دی؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، څوک؟	لومړی		وروستی	

3. ایا یو څوک شتون لري چې عمر یې 18 کاله یا له دې څخه زیات دی او په ښوونځي کې داخل دی؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، څوک؟	لومړی		وروستی		ښوونځی:__________
	لومړی		وروستی		ښوونځی:__________
	لومړی		وروستی		ښوونځی:__________

سرچيني

سرچيني بانکي حسابونه او نور ډولونه پيسي دي چي تاسو يي پخپله يا د نورو خلکو سره لرئ.

ايا يو څوک څه چيک يا سپما حسابونو، ډيبيټ کارتونو، IRAs،CDs يا بل ډول د تقاعد حسابونو، امانتونو، سټاکونو، بانډونو، يا ډيجيټل نغدي پيسو حسابونه لري يا د يو چا نوم پري لري؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، مهرباني وکړئ د لاندي حساب (حسابونو) لپاره معلومات ليست کړئ:

	د حساب ډول:	بيلانس/نغدو پيسو ارزښت:	د بانک نوم:	څوک يي ملکيت لري؟	
				لومړی نوم	وروستی نوم/تخلص
1.		$			
2.		$			
3.		$			
4.		$			
5.		$			
6.		$			

عايد

عايد هغه پيسي دي چي تاسو ته تاديه کيږي، لکه د دندې څخه عايدات يا د ټولنيز امنيت يا د ماشوم ملاتړ څخه تاديات.

1. ايا څوک د کار کولو څخه عايد يا پيسي ګټي؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، ليست کړئ چي څوک يي ترلاسه کوي، د دوی ګمارونکی/کارورکونکی، او د ماليات‌و يا کسرونو دمخه مياشتني ناخالص عايد:

څوک د کار کولو څخه عايد ګټي؟		ګمارونکی/کارورکونکی	اندازه (د پيسو)	څو ځله ترلاسه شوي؟
لومړی نوم	وروستی نوم/تخلص			
			$	
			$	
			$	

2. ايا څوک د لاندي سرچينو څخه عايد يا پيسي ګټي؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، سرچينه چک/په نښه کړئ او ليست کړئ چي څوک يي ترلاسه کوي او مياشتنی اندازه (د پيسو):

سرچينه	څوک يي ترلاسه کوي؟		مياشتنی اندازه (پيسي)
	لومړی نوم	وروستی نوم/تخلص	
☐ د ټولنيز امنيت عايد (تقاعد، معيوبيت يا ژوندی پاتي کيدونکی)			$
☐ Supplemental Security Income (اضافي امنيتي عايد، SSI)			$
☐ (Veteran's Administration د پخوانی عسکر اداري، VA) ګټي			$
☐ د ماشوم ملاتړ			$
☐ د بي کاری/بی روزګاری ګټي			$
☐ ډالی او بسپنې			$
☐ د زده کونکو پورونه، مرستي (پيسو)، سکالرشيپونه			$
☐ نوري سرچيني - دلته ليست کړئ: 1.	1.		$
2.	2.		$

3. ايا په تيرو 30 ورځو کي د يو چا عايد بند شوی يا کم شوی؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، څوک؟ لومړی ______ وروستی ______

د وروستي معاش چيک نيټه ______ د وروستي معاش چيک ناخالص اندازه (پيسي): $ ______

لګښتونه

لګښتونه هغه بیلونه دي چې تاسو یې د تادیه کولو مسؤلیت/ذمه واری لرئ.

1. ایا څوک د هغه کور لپاره لاندې لګښتونه تادیه کوي چې تاسو په کې اوسیږئ؟

هغه **ټول** چک/په نښه کړئ چې پلي کیږي:	هره میاشت کې تادیه شوې پیسې:	څوک یې تادیه کوي؟ لومړی نوم:	څوک یې تادیه کوي؟ وروستی نوم/تخلص:	ایا دا ستاسو کور ګرموي یا یخوي؟
☐ کرایه:	$			
☐ د کور تادیه:	$			
☐ بریښنا/برقي:	$			☐ هو ☐ نه
☐ ګاز:	$			☐ هو ☐ نه
☐ نور د سونګ مواد:	$			☐ هو ☐ نه
• د سونګ مواد لیست کړئ:				
☐ تلیفون:	$			
☐ کثافات:	$			
☐ اوبه:	$			
☐ د ناولو اوبه:	$			

2. ایا څوک د محکمې لخوا امر شوي د ماشوم ملاتړ او/یا نفقې پیسې ورکوي؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، ټول میاشتنی اندازه (پیسې) $ لیست کړئ ____________________

څوک یې تادیه کوي؟	لومړی نوم:		وروستی نوم/تخلص:	

3. ایا هغه څوک چې معلول یا د 60 کلنۍ او یا هم ډېر عمر لري داسې طبي لګښتونه لري لکه بیمه یا د Medicare پریمیم، د ډاکټر لیدنې، په کور کې پاملرنې، د طبي پاملرنې لپاره ټرانسپورټ، یا عینکې؟ ☐ هو ☐ نه

که هو، ټول میاشتنی اندازه (پیسې) $ لیست کړئ ____________________

څوک یې تادیه کوي؟	لومړی نوم:		وروستی نوم/تخلص:	

برخه 6 - خبرتیاوې (مهرباني وکړئ 8 پاڼه ولولئ او لاسلیک کړئ)

د USDA غیر تبعیض بیان: د فدرالي مدني حقونو قانون او U.S. Department of Agriculture (د متحده ایالاتو د کرنې ریاست، USDA) د مدني حقونو مقرراتو او پالیسیو سره سم، دا انستیتیوت/موسسه د نژاد، رنګ، ملي اصل، جنس (د جنسیت پیژندنې او جنسي تمایل په شمول)، مذهبي عقیدې، معلولیت، عمر، سیاسي باورونو، یا د مدني حقونو د مخکینیو فعالیتونو لپاره د غچ اخیستلو عمل یا غچ اخیستلو پر بنسټ له تبعیض کولو څخه منع ده.

د پروګرام معلومات کیدای شي د انګلیسي پرته په نورو ژبو کې موجود کړل شي. معلولیت لرونکي کسان څوک چې د پروګرام معلوماتو د ترلاسه کولو لپاره د اړیکو بدیل وسیلو ته اړتیا لري (د مثال په توګه، بریل (د ړندو خلکو لپاره د لیکلي ژبې یوه بڼه)، لوی چاپ، آډیو ټیپ، امریکایي نښه ژبه)، باید د اداري/اژانس (ایالتي یا ځایي) سره اړیکه ونیسي چیرې چې دوی د ګټو لپاره غوښتنه کړې. هغه کسان چې کاڼه وي، په اوریدو کې ستونزه لري یا د وینا معیوبیتونه ولري کولی شي په (800) 877-8339 شمیره بانډي Federal Relay Service (د فدرالي ریل خدمت) له لارې USDA سره اړیکه ونیسي.

د پروګرام د تبعیض شکایت درج کولو لپاره، یو شکایت کوونکی باید د AD-3027 فورمه ډکه/بشپړه کړي، د USDA پروګرام تبعیض شکایت فورمه چې آنلاین ترلاسه کیدی شي په: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf ، د USDA د کوم دفتر څخه، (866) 632-9992 شمیرې ته د زنګ وهلو، یا USDA ته د یو لیک لیکلو له لارې. په لیک کې باید د شکایت کوونکي نوم، پته، د تلیفون شمیره، او د تورن شوي تبعیض عمل لیکل شوي توضیحات په کافي تفصیل کې شامل وي ترڅو Assistant Secretary for Civil Rights (د مدني حقونو لپاره معاون سکرتر، ASCR) ته د مدني حقونو د تورن شوي د نوعیت او نیټې په اړه خبرتیا ورکړي. بشپړ شوی AD-3027 فورمه یا لیک باید دې ته وسپارل شي:

پوست/د لیږلو پته:
Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; یا

فکس:
(833) 256-1665 یا (202) 690-7442; یا

بریښنالیک:
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

دا انستیتیوت/موسسه د مساوي فرصت وړاندې کوونکې دی.

یادداښت: مهرباني وکړئ پورته پټې ته د غوښتنلیک کومې توکې مه استوئ. پورته پټه یوازې د مدني حقونو شکایتونو لپاره ده.

د DSS غیر تبعیض بیان: Missouri Department of Social Services (د میسوري د ټولنیزو خدمتونو څانګه، DSS) د مساوي کاري فرصتونو او خدمتونو ته د مساوي لاسرسي اصولو ته ژمنه ده. د DSS غوښتونکي، یا د DSS څخه د خدمتونو ترلاسه کونکو سره د نژاد، رنګ، ملي اصل، نسب، جنسیت (د امیندواری او جنسي پیژندنې په شمول)، جنسي تمایل، عمر، معلولیت، مذهب، یا د تجربه لرونکي وضعیت په پام کې نیولو پرته مساوي چلند کیږي. د لید یا اوریدلو نیمګړتیا او د ژبې خنډونو سره خلکو لپاره به مناسب تشریحي خدمتونه د اړتیا سره سم وړاندې شي. هر هغه څوک چې د مؤثره اړیکو لپاره مرستندویه مرستې یا خدمت، یا د پالیسیو یا کړنلارو تعدیل ته اړتیا لري ترڅو د ټولنیزو خدمتونو د څانګې په پروګرام، خدمت یا فعالیت کې د ګډون وکړي باید ژر تر ژره DSS ته خبرتیا ورکړي. د استوګنځای غوښتنه کولو لپاره: خپل محلي/ځایي DSS دفتر څخه لیدنه وکړئ، د تلیفون له لارې DSS سره اړیکه ونیسئ، Relay Missouri 711; TDD/TTY: (800) 735-2966; یا د 776-8014 (800) تلیفوني شمیرې یا د .HRC.OCR@dss.mo.gov بریښنالیک له لارې د DSS ADA همغږي کونکي سره اړیکه ونیسئ. DSS به د قانون له مخې مناسب استوګنځای وړاندې کړي.

د FSD عادلانه اوریدنې حقونه: تاسو د اوریدنې حق لرئ که چیرې تاسو د SNAP ګټو لپاره غوښتنه کړې یا ترلاسه کوئ، او لاندې پیښیږي:

- FSD پریکړه کوي چې تاسو وړ نه یاست او تاسو فکر کوئ چې تاسو یاست.
- FSD تاسو ته د SNAP ګټې وړاندې کوي او بیا ګټې کموي یا بندوي او تاسو فکر کوئ چې دلیلونه/لاملونه غلط دي.
- تاسو د ګټې اندازې معلومولو لپاره کارول شوي معلوماتو سره ناموافق یاست یا د ګټې اندازې سره موافق نه یاست.
- FSD ستاسو د غوښتنلیک اخیستلو څخه انکار کوي.
- FSD ستاسو د مرستې غوښتنې په اړه په چټکۍ سره عمل نه کوي او تاسو فکر کوئ چې دوی د داسې کولو لپاره کافي وخت درلودو.

که چیرې ستاسو د غوښتنلیک څخه انکار شوی یا رد شوی وي یا ستاسو په قضیه/کېس باندې کوم عمل دمخه ترسره شوی وي، تاسو د انکار یا عمل په 90 ورځو کې دننه د اوریدنې غوښتنه کولی شئ. که چیرې وړاندیز شوی عمل به ستاسو ګټې بدلې کړي یا ودروي او تاسو د خبرتیا له نیټې څخه په لسو ورځو کې دننه د اوریدنې غوښتنه وکړئ، تاسو کیدای شي د اوریدنې پریکړې پورې ورته/هماغه ګټې ترلاسه کولو ته دوام ورکړئ. تاسو یا ستاسو استازی د تلیفون له لارې، په شخصي توګه یا په لیکلي بڼه د اوریدنې غوښتنه کولی شي. ستاسو قضیه/کېس د کورنۍ د غړي، یا یو استازی لکه قانوني مشاور/سلاکار، خپلوان، ملګري یا بل ویاند لخوا وړاندې کیدی شي.

تاسو کیدای شي د SNAP ګټو ترلاسه کولو څخه بې برخې شئ که چیرې تاسو:

- د خپل SNAP ګټې د نغدو پیسو یا په پام کې نیولو پرته د وړ خواړو پرته، یا په مستقیم، غیر مستقیم ډول، د نورو سره په جرم کې ګډون یا په پټه همکاري کې، یا یوازې عمل کې خرڅې کړئ.
- د SNAP ګټو ترلاسه کولو لپاره دروغ ووایې یا معلومات پټ کړئ چې ستاسو کورنۍ باید ترلاسه نکړي.
- د SNAP ګټې د غیر خوراکي توکو پیرودلو، لکه الکول یا سګرټ، یا د کریډیټ حسابونو پیسو ورکولو لپاره وکاروئ.
- د SNAP ګټو سره یو محصول وپیرئ/واخلئ چې یو کانټینر ولري چې د محصول له مینځه وړلو سره د نغدو پیسو ترلاسه کولو ارادې سره د بیرته راستنیدو زیرمو ته اړتیا لري او د زیرمې مقدار لپاره کانټینر بیرته وروګرځوئ.
- په قصدي توګه د نغدو پیسو په بدل کې د SNAP ګټو سره محصولات وپیرئ/واخلئ. د مثال په توګه، د بیا پلور لپاره د محصولاتو جوړولو لپاره do not purchase food (د نه اخیستلو وړ خواړه).
- د SNAP ګټو سره په کریډیټ کې اخیستل شوي خواړو لپاره پیسې ورکړئ.
- د EBT کارتونه وکاروئ یا په خپل ملکیت کې ولرئ کوم چې ستاسو ندي.
- د EBT کارتونه تجارت کړئ یا خرڅ کړئ یا د کورنۍ غیر غړو ته د SNAP ګټو سره پیرود شوي خواړه وړاندې کړئ.

د درغلیو د احکامو خبرتیا او اعتراف

دا د قانون خلاف دی چې د SNAP ترلاسه کولو لپاره دروغ وویل شي یا خپلې د SNAP ګټې خرڅې کړئ یا تجارت کړئ. د ډیرو زیاتو Electronic Benefit Transfer (الکترونیکي ګټو لیږد، EBT) کارت بدلولو غوښتنې کیدای شي د درغلیو پلټنې ته راجع کولو پایله ولري. 1)(7 USC 2015(b) هر هغه څوک چې د کومې ایالتي یا فدرالي محکمې یا اداري اژانس لخوا موندل شوی وي چې په ارادي ډول یې غلط یا ګمراه کونکی بیان کړی وي، یا حقایق یې غلط بیان کړي، پټ کړي یا ساتلي وي یا کوم داسې عمل یې ترسره کړی وي چې د دې قانون څخه سرغړونه تشکیلوي، د هغې لاندې صادر شوي مقررات، یا کوم ایالتي قانون، د SNAP ګټو کارولو، وړاندې کولو، لیږدولو، لاسته راوړلو، ترلاسه کولو، یا درلودلو موخو لپاره باید سمدستي د داسې پریکړې په وړاندې کولو سره، په پروګرام کې د نور برخه اخیستلو لپاره د داسې پریکړې په لومړي فرصت کې د 1 کال مودې لپاره، د دوهم فرصت لپاره 2 کاله او دریمې موقعې لپاره نااهل/ناوړ شي.

- **غوښتونکي نشي کولی د 2008 د Food and Nutrition Act (خواړو او تغذیه قانون) څخه سرغړونه وکړي چې پکې لاندې شامل دي:**
- **هر غړی چې په قصدي ډول کوم مقررات ماتوي د SNAP پروګرام څخه د یو کال لپاره، تر تل/دایمي لپاره نااهل کیدی شي، تر 250,000$ جریمه کیدی شي، تر 20 کلونو پورې بندي یا دواړه پرې لګیدی شي. هغه/هغې ممکن د نورو تطبیق وړ فدرالي او ایالتي قوانینو له مخې هم تر تعقیب لاندې تابع شي. هغه/هغې کیدای شي د 18 نورو میاشتو لپاره د SNAP څخه منع شي که چیرې د محکمې لخوا امر وشي.**
- **ستاسو د کورنۍ هر غړی چې په قصدي ډول مقررات ماتوي کیدای شي د SNAP ترلاسه کولو لپاره د لومړي جرم لپاره د یو کال لپاره، د دویم جرم لپاره د دوو کالو، او د دریم جرم لپاره د مدام لپاره اهل/وړ نه وي.**
- **که چیرې د قانون محکمه د کورنۍ کوم غړی په یوه معامله کې د کنټرول شوي موادو د خرڅولو په برخه کې د کارونې یا ګټې اخیستنې مجرم/ګناهګار ومومي، تاسو به د لومړي جرم لپاره د دوو کلونو لپاره، او د دویم ځل لپاره د تل/مدام لپاره د ګټو اهل/وړ نه شئ.**
- که چیرې د قانون محکمه تاسو په یوه معامله کې د ګولو ویشتونکو وسلو، مهماتو یا چاودیدونکو توکو د خرڅولو په برخه کې د کارونې یا ګټې اخیستنې مجرم/ګناهګار ومومي، تاسو به د دې ډول سرغړونې په لومړي فرصت کې د تل/مدام لپاره په پروګرام کې برخه اخیستلو وړ/اهل نه شئ.
- **که چیرې تاسو په یو وخت کې د ډیری SNAP ګټو ترلاسه کولو لپاره د هویت/پیژندنې یا د اوسیدو ځای په اړه درغلي بیان کوونکي یا نمایندګي کوونکي وموندل شئ، نو تاسو به د 10 کلونو لپاره په پروګرام کې د برخه اخیستلو وړ/اهل نه شئ.**
- **که چیرې د قانون محکمه تاسو د 500$ یا ډیرو مجموعي مقدار لپاره د قاچاق شوي ګټو په اخیستو مجرم/ګناهګار وموومي، تاسو به د داسې سرغړونې په لومړي فرصت کې د تل/مدام لپاره په پروګرام کې د برخه اخیستلو وړ/اهل نه شئ. هغه معلومات چې تاسو یې په غوښتنلیک کې وړاندې کوئ د فدرالي، ایالتي یا محلي چارواکو لخوا د تصدیق تابع وي ترڅو معلومه کړي چې آیا معلومات حقیقتي دي؛ که چیرې کوم معلومات غلط/ناسم وي، د** SNAP **ګټې رد کیدی شي او تاسو کیدای شي په پوهه سره د غلط معلوماتو وړاندې کولو لپاره د جرمي تعقیب تابع شئ.**

Income Eligibility and Verification System (د عاید د وړتیا او تصدیق سیسټم، IEVS) له لارې د موجودو معلوماتو به غوښتنه وشي، وکارول شي او کیدای شي د تضمین اړیکو له لارې تصدیق شي کله چې د ایالت لخوا توپیرونه وموندل شي، او دا چې دا ډول معلومات کیدای شي د کورنۍ وړتیا او د ګټو کچه باندې اغیزه وکړي.

په غوښتنلیک باندې د معلوماتو راټولول، د کورنۍ د هر غړي د SSN په شمول، د 2008 د خواړو او تغذیې قانون (پخوا د SNAP قانون)، لکه څنګه چې تعدیل شوی، 7 USC 2036-2011 لاندې واک لري. معلومات به د دې لپاره کارول کیږي ترڅو معلومه کړي چې آیا ستاسو کورنۍ په SNAP کې د برخه اخیستنې لپاره وړ ده یا وړ کیدو ته دوام ورکوي. مونږ به دا معلومات د کمپیوټر میچ کولو پروګرامونو له لارې تصدیق کړو. دا معلومات به د پروګرام د مقرراتو سره د مطابقت د څارنې او د پروګرام مدیریت لپاره هم وکارول شي. دا معلومات کیدای شي نورو فدرالي او ایالتي اژانسیو ته د رسمي ازموینې لپاره او د قانون پلي کونکو چارواکو ته د قانون څخه د ډډه کولو لپاره د تښتیدونکو کسانو د نیولو په موخه ښکاره/افشا شي. که چیرې ستاسو د کورنۍ په وړاندې د SNAP ادعا راپورته شي، په دې غوښتنلیک کې معلومات، د SSNs په شمول، کیدای شي فدرالي او ایالتي اژانسیو، او همدارنګه د شخصي ادعا راټولولو اژانسیو ته، د ادعا راټولولو عمل لپاره راجع شي.

د سیکشن RSMO 570.030 سره سم د عامه مرستو ګټو غلا کول د "D" ټولګي جرم/جنایت دی که چیرې د ګټو ارزښت 750.00$ یا له دې څخه زیات وي، مګر د 25,000.00$ څخه کم وي. په سزا کې تر اوو کلونو پورې بندیتوب او جریمه شامله ده چې له 5,000.00$ څخه زیاته نه وي. د 25,000.00$ یا له دې څخه زیاتو غلا کول د "C" ټولګي جرم/جنایت دی. که چیرې د ګټو ارزښت له 750.00$ څخه کم وي، جرم د "A" ټولګي وړوکی جرم دی. سزاګانې او جریمې کیدای شي د تکراري سرغړونکو لپاره زیاتې شي.

د 578.377 برخې (570.400 اغیزمن 17/1/1) سره سم، RSMO، د عامه مرستې ګټو یا EBT کارتونو غیرقانوني رسید، تاسو پوهیږئ چې د SNAP ګټو ترلاسه کول یا د ترلاسه کولو هڅه کول چې تاسو یې مستحق نه یاست، یا د SNAP ګټې د هغو پیسو په پرتله چې تاسو یې مستحق یاست ترلاسه کول، یا د ترلاسه کولو هڅه کول د قانون خلاف دي. تاسو پوهیږئ چې په دې فورمه یا د مرکې په جریان کې د هر ډول مادي حقیقت هر ډول غلط ادعا، بیان، یا پټول، په تولیه یا برخه کې، کیدای شي تاسو د جنایي او/یا مدني قانوني تعقیب ته تابع کړي. له تاسو څخه به د دې غوښتنلیک پروسې بشپړولو لپاره د کورنۍ ملاتړ ځانګې سره د مرکې بشپړولو پوښتنه وشي. تاسو به د ځینو معلوماتو ثبوت وړاندې کولو اړتیا ولرئ چې تاسو یې پدې غوښتنلیک او/یا په مرکه کې وړاندې کوئ. ستاسو لاسلیک دا منې/اقرار کوي چې تاسو په دې غوښتنلیک کې او د مرکې په جریان کې بیان شوي شرایطو سره موافق یاست.

د کار ثبتول/راجسترېشن

زه پوهیږم او موافق یم چې د SNAP ترلاسه کولو لپاره، د کورنۍ ځینې غړي باید د کار لپاره راجستر/ثبت کیدو ته اړتیا ولري. دا پدې مانا لري چې د کورنۍ ځینې غړي باید: الف) د غوښتنلیک او بیا تصدیق کولو په وخت کې د کار لپاره راجستر/ثبت شي. ب) د ښه لامل/وجې پرته د 30 یا ډیرو ساعتونو/اونۍ دنده پرې نږدي. ج) پرته له کوم ښه لامل/وجې څخه د کار ساعتونه په اونۍ کې له 30 ساعتونو څخه کم نه کړي. د) پرته له ښه لامل/وجې څخه د مناسبې دندې د صادقانه وړاندیز منلو څخه انکار ونکړي. هر هغه څوک چې د کار اړتیاوې نه تعقیبوي کیدی شي د SNAP ترلاسه کولو څخه بې برخې/نا اهل شي. دا فورمه د کار د ثبتولو/راجسترېشن خبرتیا په توګه هم عمل کوي. تاسو، د کورنۍ د نورو غیر مستثنی غړو سره، به د کار ثبت/راجستر شوي وګڼل شئ او باید د کار د ثبت/راجسترېشن سره تړلې اړتیاوې پوره کړئ یو ځل چې دا فورمه لاسلیک شي.

د کار او/یا د روزنې اړتیا (ABWD)

هغه افراد چې Able Bodied Adults Without Dependents (له انحصار کونکو/متکو څخه پرته د وړ بدن لرونکي لویان، ABAWDs) په توګه پیژندل شوي د یوې کورنۍ د غړي په توګه د SNAP پروګرام کې د برخه اخیستلو وړ ندي که چیرې فرد د دریو کالو په موده کې د شمیرنې وړ دریو میاشتو لپاره د SNAP ګټې ترلاسه کړي وي. د شمېرنې وړ میاشتې هغه میاشتې دي چې په هغه کې یو فرد د بشپړې ګټې میاشتې لپاره د SNAP ګټې ترلاسه کوي پداسې حال کې چې په اونۍ کې د 20 ساعتونو کار کولو او/یا روزنې کې ګډون کولو سره د کار اړتیا نه پوره کوي، په اوسط ډول په میاشت کې لږترلږه 80 ساعته.

ABAWD د 18-54 کلن دی؛ د SNAP په کورنۍ کې د 18 کالو څخه کم عمر لرونکي ماشومان نلري؛ معلول نه دی؛ امیند واره نه ده؛ د بشپړ وخت زده کونکی نه دی؛ د کورنۍ د یو ناروغ یا ناتوانه (یا طبیعي ځواک څخه محروم) غړي پاملرنه نه کوي؛ بې روزګاري نه ترلاسه کوي (په هیڅ یو ایالت کې)؛ د پخوانی عسکر نه دی؛ بې کوره نه دی؛ د پالونکي پاملرنې څخه بهر عمر نه درلودي؛ او د مخدره توکو/نشه یي توکو یا الکول درملنې پروګرام کې ګډون نه کوي. د وخت محدودیت (درې میاشتې) یوازې د ABAWDs لپاره پلي کیږي او ABAWDs کیدای شي په تیرو 30 ورځو کې لږترلږه 80 ساعتونو لپاره د کار/روزنې اړتیا پوره کولو سره وړتیا بیرته ترلاسه کړي.

د لاسلیک کولو دمخه دا پاڼه په دقت سره ولولئ.

کله چې تاسو لاسلیک کوئ، تاسو تصدیق کوئ چې تاسو په دې غوښتنلیک کې بیانونو باندې پوهیږئ. تاسو تصدیق کوئ، د دروغو د جزا لاندې، تاسو په هغه معلوماتو پوهیږئ چې تاسو په دې فورمه کې چمتو/وړاندې کوئ او د مرکې په جریان کې، په شمول د تابعیت او مهاجرت/کډوالۍ وضعیت په اړه معلومات باید ریښتیا او دقیق وي. تاسو پوهیږئ چې هغه لګښتونه چې تاسو یې راپور نه ورکوئ، او کله چې غوښتنه وشي تصدیق کړئ، ستاسو د SNAP ګټو معلوملو لپاره به ونه کارول شي.

تاسو د کورنۍ د ملاتړ څانګې رییس یا د هغه/هغې ټاکلي ته واک/اجازه ورکوئ چې ستاسو حالات او بیانونه د فدرالي، ایالتي یا ځایي چارواکو له لارې تصدیق کړي ترڅو معلومه کړي چې ایا هغه معلومات چې تاسو چمتو/وړاندې کړي حقیقتي دي.

د سیکشن 578.385 (570.408 اغیزمن 17/1/1) سره سم، RSMO، د دروغو د جزا لاندې، تاسو تصدیق کوئ چې تاسو د کورنۍ د هر یو غړي لپاره د چا لپاره چې تاسو غوښتنه کوئ، د تابعیت او بهرنۍ وضعیت په اړه معلوماتو په شمول ستاسو د غوره پوهې سره سم، ریښتیني، دقیق او بشپړ بیانونه ورکړي دي.

په کاغذ یا الکترونیکي توګه د دې غوښتنلیک په لاسلیک کولو سره، تاسو موږ ته اجازه راکوئ چې ستاسو د قضیې په اړه اتوماتیک تلیفون زنګونه او متن پیغامونه وړاندې کړو، او یا یې د سپارلو لامل شو، په هغه لومړني تلیفون شمیره باندې چې تاسو په 1 مخ کې چمتو/وړاندې کړی. تاسو اړتیا نلرئ چې د وړتیا شرط په توګه دې ته رضایت ورکړئ. که چیرې تاسو نه غواړئ په دې طریقه درسره اړیکه ونیول شي، تاسو د دې زنګونو یا پیغامونو ترلاسه کولو څخه ډډه کولی شئ.

دلته چک/نښه وکړئ: ☐ **د زنګونو څخه ډډه وکړئ** ☐ **د متونو څخه ډډه وکړئ** ☐ **د زنګونو او متونو څخه ډډه وکړئ**

دلته لاسلیک وکړئ: ↓

ستاسو لاسلیک:	نېټه:
د شاهد لاسلیک (اړین دی که چیرې تاسو خپل نوم نشئ لاسلیک کولی):	نېټه:

تاسو کولی شئ دا غوښتنلیک د بریښنالیک، فکس، اپلوډ کولو له لارې، یا د FSD هر دفتر ته بېرته راستون کړئ:			
اپلوډ:	پوست/لیږلو پته:	فکس:	په حضوري ډول:
mydssupload.mo.govmydssupload.mo.gov	Family Support Division PO Box 2700 Jefferson City, MO 65102PO Box 2700 Jefferson City, MO 65102	573-526-9400	یو دفتر ومومئ: dss.mo.gov/offices.htm

مرستې ته اړتیا لرئ؟

- د چیټ/خبرو اترو پیل کولو، د خپلو ګټو وضعیت کتلو، یا د بدلونونو راپور ورکولو لپاره د **https://dss.mo.gov** څخه لیدنه وکړئ
- د ټیم غړي سره د ږغېدلو لپاره FSD-INFO-855 **(855-373-4636)** شمیرې ته زنګ ووهئ
- Relay Missouri (ریلی میسوري) **711**
- د TTY کاروونکي **800-735-2966** شمیرې ته زنګ وهلی شي

که چیرې تاسو ړانده یاست یا د لید کمزورتیا لرئ او د ړاندو لپاره د بیارغوني خدمتونو په اړه معلومات غواړئ، مهرباني وکړئ **004-592-800s6** شمیرې ته زنګ ووهئ.

د SNAP ګټو لپاره د پلاروالي رامینځته کول اړین ندي. که څه هم، که چیرې تاسو د پلارتوب په رامینځته کولو کې مرسته غواړئ، نو مهرباني وکړئ د FSD پلاروالی مستقیم تلیفون لیکي سره په **855-454-8037** شمیره باندې اړیکه ونیسئ.

که تاسو د Missouri په ایالت کې تجربه لرونکي یاست او تاسو او ستاسو انحصار کونکو/متکو ته د شتون ګټو او سرچینو په اړه نور معلومات زده کولو کې لیوالتیا/دلچسپي لرئ، لیدنه وکړئ:
https://mvc.dps.mo.gov/MoVeteransInformation/Survey/DSS

یا د QR کوډ سکین کړئ.