

**CALFRESH**  , **CASH AID**  , ਅਤੇ/ਜਾਂ**MEDI-CAL / ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮਾਂ**  **ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ**

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਵਿਕਲਾਂਗ ਹੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਵੈਲਫੇਅਰ ਮਹਿਕਮੇ (ਕਾਉਂਟੀ) ਨੂੰ ਦੱਸੋ ਅਤੇ ਕੋਈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ 'ਚ ਬੋਲਣਾ, ਪੜ੍ਹਨਾ, ਜਾਂ ਲਿਖਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰੇਗੀ।

**ਮੈਂ ਦਰਖਾਸਤ ਕਿਵੇਂ ਦੇਵਾਂ?**

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ (CalFresh), Cash aid (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਕਾਰਜ ਅਵਸਰ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਵੱਲ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ, ਸ਼ਰਨਾਰਥੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ, ਆਮ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਆਮ ਰਾਹਤ) Medi-Cal ਅਤੇ/ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ CalFresh ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਾਉਂਟੀ ਤੋਂ ਸਿਰਫ CalFresh ਅਰਜ਼ੀ ਮੰਗ ਸਕਦੇ ਹੋ। CalFresh ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਲਈ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਣ ਦੇ ਖਰਚ 'ਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਇਕ ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਾਉਂਟੀ ਤੋਂ ਸਿਰਫ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਅਰਜ਼ੀ ਮੰਗ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ 'ਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ: Medi-Cal ਲਈ ਸਸਤਾ ਬੀਮਾ; ਕਿਫਾਇਤੀ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ; ਜਾਂ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਜੋ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਅਦਾ ਕਰਨ 'ਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੀ ਕਾਉਂਟੀ ਕੋਲ ਆਮ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਆਮ ਰਾਹਤ ਲਈ ਵੱਖਰੀ ਅਰਜ਼ੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਯਕੀਨੀ ਬਣਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ।

ਤੁਸੀਂ <http://www.benefitscal.org/> 'ਤੇ ਜਾ ਕੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮਾਂ ਲਈ ਆਨਲਾਈਨ ਅਰਜ਼ੀ ਵੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ।

- ਜੇਕਰ ਮੁਨਾਸਬ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਪੂਰਾ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ ਭਰੋ। CalFresh ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਪਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਆਪਣਾ ਨਾਂ, ਪਤਾ, ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ (ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਪੰਨਾ 1 'ਤੇ ਸਵਾਲ 1) ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ। ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ ਦੇ ਪੰਨੇ 1 ਅਤੇ 2 'ਤੇ ਸਵਾਲ 1 ਤੋਂ 5 ਤਕ ਭਰਨੇ ਪੈਣਗੇ ਅਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਪਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਲਈ ਉਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ। ਆਮ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਆਮ ਰਾਹਤ ਲਈ ਆਪਣੀ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ ਕਿ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਪਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹੜੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਉੱਤਰ ਦੇਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।
- ਹਰ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਦਾ ਇਕ ਚਿੰਨ੍ਹ ਹੈ (ਇਸ ਪੰਨੇ ਦੇ ਸਿਖਰ 'ਤੇ ਦਰਸਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ) ਜੋ ਇਹ ਵਿਖਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਸਵਾਲ ਕਿਹੜੇ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹਨ। ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, ਇਹ ਡਾਲਰ ਦਾ ਚਿੰਨ੍ਹ ਹੈ; CalFresh ਲਈ, ਇਹ ਇਕ ਸ਼ੋਪਿੰਗ ਕਾਰਟ ਹੈ; ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ, ਇਹ ਇਕ ਐਮਬੁਲੈਂਸ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਿਰਫ ਡਾਲਰ ਚਿੰਨ੍ਹ ਨਾਲ ਅੰਕਿਤ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- ਕਾਉਂਟੀ 'ਚ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ, ਫੈਕਸ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਆਨਲਾਈਨ ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ।
- ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਜਿਸ ਦਿਨ ਤੁਹਾਡੀ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗੀ ਉਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਦਾ ਸਮਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗਾ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੈਨਿਫਿਟ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਸੰਸਥਾ 'ਚ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਛੱਡਣ ਦੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਇਹ ਸਮਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗਾ।

**ਮੈਨੂੰ ਅੱਗੇ ਕੀ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ?**

- ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੇ ਹੱਕਾਂ ਅਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ (ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਨਿਯਮ ਪੰਨੇ) ਬਾਰੇ ਪੜ੍ਹੋ।
- ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡਾ ਇੰਟਰਵਿਊ ਲਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਵਿਕਲਾਂਗ ਹੋ, ਤਾਂ ਦੂਜੇ ਇੰਤਜ਼ਾਮ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੂਰੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਭਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਇੰਟਰਵਿਊ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਉਸਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਇਹ ਵੇਖਣ ਲਈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨੀ, ਖਰਚਿਆਂ, ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਹਾਲਾਤਾਂ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ।

**ਉਸ 'ਚ ਕਿੰਨਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗੇਗਾ?**

CalFresh ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ 'ਚ 30 ਦਿਨ ਤਕ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ Medi-Cal ਲਈ, 45 ਦਿਨ ਤਕ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਅਪਾਤਕਾਲ 'ਚ ਹੋ ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਤੋਂ ਫੌਰਨ ਆਪਣੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਪੁੱਛੋ।

ਤੁਸੀਂ 3 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੇਕਰ:

- ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੀ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ (ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਮਦਨੀ) \$150 ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਪਲਬਧ ਜਾਂ ਚੈਕਿੰਗ ਜਾਂ ਬਚਤ ਖਾਤਿਆਂ 'ਚ ਨਕਦੀ \$100 ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਹੀਂ ਹੈ; ਜਾਂ
- ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਸਬੰਧੀ ਖਰਚੇ (ਕਿਰਾਇਆ/ਮੌਰਟਗੇਜ ਅਤੇ ਮਦਦਗਾਰ ਸੇਵਾਵਾਂ) ਤੁਹਾਡੀ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਚੈਕਿੰਗ ਜਾਂ ਬਚਤ ਖਾਤਿਆਂ 'ਚ ਰਕਮ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਨ; ਜਾਂ
- ਤੁਹਾਡਾ ਚੈਕਿੰਗ ਜਾਂ ਬਚਤ ਖਾਤਿਆਂ 'ਚ \$100 ਤੋਂ ਘੱਟ ਵਾਲਾ ਇਕ ਪਰਵਾਸੀ ਜਾਂ ਮੌਸਮੀ ਖੇਤੀ ਮਜ਼ਦੂਰ ਪਰਵਾਰ ਹੈ ਅਤੇ 1) ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਬੰਦ ਹੋ ਗਈ ਸੀ, ਜਾਂ 2) ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਗਈ ਹੈ ਪਰ ਅਗਲੇ 10 ਦਿਨਾਂ 'ਚ ਤੁਹਾਨੂੰ \$25 ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਿਲਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਫੌਰੀ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜੇਕਰ:

- ਤੁਸੀਂ ਬੇਘਰ ਹੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘਰ ਛੱਡਣ ਦਾ ਨੋਟਿਸ ਜਾਂ ਕਿਰਾਇਆ ਦੇਣ ਜਾਂ ਛੱਡ ਕੇ ਜਾਣ ਦਾ ਨੋਟਿਸ ਮਿਲਿਆ ਹੈ; ਜਾਂ
- ਤਿੰਨ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਹਾਡਾ ਭੋਜਨ ਸਮਾਪਤ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ; ਜਾਂ
- ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਮਦਦਗਾਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬੰਦ ਹੋ ਚੁੱਕੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਣਗੀਆਂ; ਜਾਂ
- ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਬਥੇਰੇ ਕਪੜੇ ਜਾਂ ਡਾਇਪਰਸ ਨਹੀਂ ਹਨ; ਜਾਂ
- ਤੁਸੀਂ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕਿਸਮ ਦੇ ਅਪਾਤਕਾਲ 'ਚ ਹੋ।

**ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੰਨਾ - ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡ ਲਈ ਰੱਖੋ।**

ਇਹ ਵੇਖਣ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਬੈਨਿਫਿਟ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1, 6 ਤੋਂ 9, 15, ਅਤੇ 24 ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ, ਅਤੇ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਪਛਾਣ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਜੇਕਰ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੈ) ਦਿਓ। ਆਮ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਆਮ ਰਾਹਤ ਲਈ, ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ ਕਿ ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗੇਗਾ ਅਤੇ ਕੀ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕੋਈ ਨਿਯਮ ਹਨ।

ਕਾਉਂਟੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣ ਲਈ ਇਕ ਪੱਤਰ ਭੇਜੇਗੀ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਸੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਜਾਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

### ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੇ ਇੰਟਰਵਿਊ ਲਈ ਕਿਸ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

ਦੇਰੀ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਇੰਟਰਵਿਊ 'ਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਸਬੂਤ ਆਪਣੇ ਨਾਲ ਲਿਆਓ। ਆਪਣੇ ਇੰਟਰਵਿਊ 'ਚ ਹਾਜ਼ਰ ਹੋਵੋ ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਬੂਤ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਬੂਤ ਲੈਣ 'ਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇੰਟਰਵਿਊ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਕਾਉਂਟੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵੇਖੇਗੀ ਅਤੇ ਇਹ, ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੈਨਿਫਿਟ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਵਾਲੇ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦੀ ਰਕਮ ਜਾਣਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛੇਗੀ।

### ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਸਬੂਤ

- ਪਛਾਣ (ਡ੍ਰਾਈਵਰ ਦਾ ਲਾਇਸੈਂਸ, ਸਟੇਟ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ, ਪਾਸਪੋਰਟ)।
- ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਜਨਮ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣਪੱਤਰ।
- ਤੁਹਾਡੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦੀ ਥਾਂ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਕਿਰਾਇਆ ਸਮਝੌਤਾ, ਤੁਹਾਡਾ ਪਤੇ ਵਾਲਾ ਵਰਤਮਾਨ ਬਿਲ)।
- ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (ਕੁਝ ਖ਼ਾਸ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕਾਂ ਬਾਰੇ ਹੇਠਾਂ ਟਿੱਪਣੀ ਵੇਖੋ)।
- ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਸਭ ਸਦੱਸਾਂ ਲਈ ਬੈਂਕ 'ਚ ਰਕਮ (ਹਾਲ ਹੀ ਦੀਆਂ ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟਸ)।
- ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਹਰ ਸਦੱਸ ਦੁਆਰਾ ਪਿਛਲੇ 30 ਦਿਨਾਂ 'ਚ ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ (ਹਾਲ ਹੀ ਦੀਆਂ ਪਰਚੀਆਂ, ਮਾਲਕ ਵੱਲੋਂ ਕਾਰਜ ਦਾ ਵੇਰਵਾ) **ਨੋਟ:** ਜੇਕਰ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਵਿੱਚ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਖਰਚੇ ਜਾਂ ਟੈਕਸ ਰਿਕਾਰਡਸ।
- ਕਮਾਈ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਆਮਦਨੀ (ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ-ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫਿਟ SSI, ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ, ਤਜਰਬੇਕਾਰਾਂ ਦੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ, ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ, ਸਕੂਲੀ ਅਨੁਦਾਨ ਜਾਂ ਕਰਜ਼, ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ, ਆਦਿ)।
- **ਸਿਰਫ਼** ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਕਨੂੰਨੀ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕਾਂ ਲਈ ਕਨੂੰਨੀ ਆਵਾਸ ਦਾ ਦਰਜਾ (ਇਕ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਪੰਜੀਕਰਨ ਕਾਰਡ, ਵੀਜ਼ਾ)। **ਨੋਟ:** ਘਰੇਲੂ ਹਿੰਸਾ, ਜੁਰਮ-ਸਬੰਧੀ ਮੁਕੱਦਮੇ ਜਾਂ ਤਸਕਰੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਆਵਾਸ ਦੇ ਦਰਜੇ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਕੁਝ ਖ਼ਾਸ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਸਬੂਤ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਵੀ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਦੀ ਲੋੜ ਨਾ ਹੋਵੇ।

### ਜ਼ਿਆਦਾ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਸਬੂਤ

- ਰਿਹਾਇਸ਼ ਸਬੰਧੀ ਖਰਚੇ (ਕਿਰਾਏ ਦੀਆਂ ਰਸੀਦਾਂ, ਮੌਰਟਗੇਜ ਬਿਲ, ਸੰਪੱਤੀ ਟੈਕਸ ਬਿਲ, ਬੀਮਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼)।
- ਫੋਨ ਅਤੇ ਮਦਦਗਾਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸਬੰਧੀ ਖਰਚੇ।
- ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ 'ਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਜ਼ੁਰਗ (60 ਸਾਲ ਅਤੇ ਉਸਤੋਂ ਵੱਧ) ਜਾਂ ਵਿਕਲਾਂਗ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ।
- ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਨੌਕਰੀ ਕਰਨ, ਨੌਕਰੀ ਲੱਭਣ, ਸਿਖਲਾਈ ਜਾਂ ਸਕੂਲ 'ਚ ਹਾਜ਼ਰ ਹੋਣ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਕਾਰਜੀ ਕਿਰਿਆ 'ਚ ਹਿਸਾ ਲੈਣ ਕਰਕੇ ਬਾਲ ਅਤੇ ਬਾਲਗ ਦੇਖਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਖਰਚੇ।
- ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ।

### ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਅਤਿਰਿਕਤ ਸਬੂਤ

- ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਕਿਸੇ ਨੌਕਰੀ ਸਬੰਧੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ।
- ਕਿਸੇ ਵਰਤਮਾਨ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੇ ਪਾਲਸੀ ਨੰਬਰ।

### ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਅਤਿਰਿਕਤ ਸਬੂਤ

- ਛੇ ਸਾਲ ਜਾਂ ਉਸਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਟੀਕਾਕਰਨਾਂ ਦਾ ਸਬੂਤ।
- ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂ ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ ਉਸਦੀ ਮਲਕੀਅਤ ਹੇਠ ਗੱਡੀ ਦਾ ਪੰਜੀਕਰਨ।

### ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਬੇਘਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹਾਂ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਬੇਘਰ ਹੋ ਤਾਂ ਫੌਰਨ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਦੱਸੋ ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਇਕ ਪਤਾ ਲੱਭਣ ਅਤੇ ਕਾਉਂਟੀ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਦੇ ਸਬੰਧ 'ਚ ਨੋਟਿਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ 'ਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਪਾਉਣ। CalFresh ਅਤੇ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, ਬੇਘਰ ਹੋਣ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ:

- ਕਿਸੇ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਹੇਠ ਆਸਰੇ, ਹਾਫ਼ਵੇ ਹਾਊਸ, ਜਾਂ ਉਸ ਵਰਗੀ ਕਿਸੇ ਜਗ੍ਹਾ 'ਤੇ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋ।
- ਸਿੱਧਾ 90 ਤੋਂ ਵੱਧ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਘਰ 'ਚ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋ।
- ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਸੋ ਰਹੇ ਹੋ ਜੋ ਸੌਣ ਦੀ ਥਾਂ ਲਈ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਜਾਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸਦੇ ਰੂਪ 'ਚ ਨਹੀਂ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ (ਹਾਲਵੇ, ਬੱਸ ਸਟੇਸ਼ਨ, ਲਾਬੀ, ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਵਰਗੀਆਂ ਥਾਂਵਾਂ)।

**ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਪੰਨਾ - ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡ ਲਈ ਰੱਖੋ।**

---

---

## ਹੱਕ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ

### ਇਨ੍ਹਾਂ ਵੱਲ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ:

- ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ।
- ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਕੋਲ ਮੌਜੂਦ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦਿਓ।
- ਲੋੜ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਬਦਲਾਵਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ। ਕਾਉਟੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਵੇਗੀ ਕਿ ਕੀ, ਕਦੋਂ, ਅਤੇ ਕਿੰਝ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣੀ ਹੈ। CalFresh ਅਤੇ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਘਰੇਲੂ ਸੂਚਨਾ ਸਬੰਧੀ ਸ਼ਰਤਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਕੇਸ ਬੰਦ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਘਟਾਏ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- ਜੇਕਰ ਕਾਉਟੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਹਿੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ 'ਚ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕੋਈ ਨੌਕਰੀ ਲੱਭੋ, ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ ਜਾਂ ਦੂਜੀਆਂ ਕਿਰਿਆਵਾਂ 'ਚ ਹਿੱਸਾ ਲਵੋ।
- ਜੇਕਰ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਕੇਸ ਸਮੀਖਿਆ ਜਾਂ ਪੜਚੋਲ ਲਈ ਚੁਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਫ਼ਾਇਦਾ ਪੱਧਰ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੱਸੇ ਗਏ ਸਨ ਤਾਂ ਕਾਉਟੀ, ਸਟੇਟ, ਜਾਂ ਸੰਘੀ ਮੁਲਾਜ਼ਮਾਂ ਨਾਲ ਪੂਰਾ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰੋ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਮੀਖਿਆਵਾਂ 'ਚ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਨ 'ਚ ਨਾਕਾਮਯਾਬੀ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਗੁਆਚ ਜਾਣਗੇ।
- ਅਜਿਹੀ ਕੋਈ ਵੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਵਾਪਸ ਕਰੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਸੀ।

### ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ:

- ਸਿਰਫ਼ ਆਪਣਾ ਨਾਂ, ਪਤਾ, ਅਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੇ ਹੋਏ CalFresh ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿਓ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਸਟੇਟ ਵੱਲੋਂ ਇਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।
- ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਗੁਪਤ ਰੱਖੋ, ਜਦੋਂ ਤਕ ਉਹ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਾਉਟੀ ਦੇ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਨਾ ਹੋਵੇ।
- ਕਾਉਟੀ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਵਾਪਸ ਲਵੋ।
- ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਣ ਲਈ ਮਦਦ ਜਾਂ ਇਸਦਾ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਮਦਦ ਮੰਗੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਿਯਮਾਂ ਦੇ ਬਿਓਚੇ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।
- ਨਿਮਰਤਾ, ਲਿਹਾਜ਼ ਅਤੇ ਸਨਮਾਨ ਨਾਲ ਵਿਹਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਪੱਖ-ਪਾਤ ਦਾ ਸਾਮ੍ਹਣਾ ਨਾ ਕਰੋ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਛੇਤੀ ਸੇਵਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਤਾਂ 3 ਦਿਨਾਂ 'ਚ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਫ਼ੌਰੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਤਾਂ ਇਕ ਦਿਨ 'ਚ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।
- ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ 'ਤੇ ਉਚਿਤ ਸਮੇਂ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ CalFresh ਲਈ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅਤੇ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ Medi-Cal (ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ 'ਚ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ) ਲਈ 45 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਾਉਟੀ ਦੁਆਰਾ ਇੰਟਰਵਿਊ ਦਾ ਸਾਮ੍ਹਣਾ ਕਰੋ।
- ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦੇ ਸਬੂਤ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਲਈ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 10 ਦਿਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।
- ਕਾਉਟੀ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੇ CalFresh ਜਾਂ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫਿਟ ਘਟਾਉਣ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕਰਨ ਤੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 10 ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਲਿਖਤੀ ਸੂਚਨਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।
- ਕਾਉਟੀ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਕੇਸ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਮੰਗ ਕਰਨ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਕੇਸ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਵਾਉਣ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰੋ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਮਾਮਲੇ ਬਾਰੇ ਕਾਉਟੀ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਤਾਂ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਟੇਟ ਵੱਲੋਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਮਾਮਲੇ 'ਚ ਕੋਈ ਕਾਰਵਾਈ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਸੁਣਵਾਈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਣ ਦੀ ਮਿਆਦ ਪੂਰੀ ਹੋਣ ਤਕ, ਜੋ ਵੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਵੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਉੱਝ ਹੀ ਰਹਿਣਗੇ। ਵਾਧੂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕੋਈ ਬੈਨਿਫਿਟ ਵਾਪਸ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਸੁਣਵਾਈ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ 'ਚ ਬਦਲਾਵ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਪ੍ਰਬੰਧਕੀ ਕਨੂੰਨ ਜੱਜ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ 'ਚ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਾਉਟੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਉਹ ਬੈਨਿਫਿਟ ਵਾਪਸ ਕਰੇਗੀ ਜੋ ਕੱਟੇ ਗਏ ਸਨ।
- ਟੋਲ-ਫ਼ੀ ਨੰਬਰਾਂ – 1-800-952-5253 ਜਾਂ ਸੁਣਨ ਜਾਂ ਬੋਲਣ ਦੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ, ਜੋ TDD ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਨ, 1-800-952-8349 – 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਸੁਣਵਾਈ ਸਬੰਧੀ ਹੱਕਾਂ ਜਾਂ ਕਨੂੰਨੀ ਸਹਾਇਤਾ ਹਵਾਲੇ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਥਾਨਕ ਕਨੂੰਨੀ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਵੈਲਫੇਅਰ ਹੱਕ ਦਫ਼ਤਰ ਤੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਕਨੂੰਨੀ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਕੱਲੇ ਨਹੀਂ ਜਾਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਤਾਂ ਸੁਣਵਾਈ 'ਚ ਕਿਸੇ ਮਿੱਤਰ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਨਾਲ ਲਿਆਓ।
- ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਪੰਜੀਕਰਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਉਟੀ ਤੋਂ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।
- ਜੇਕਰ ਉਹ ਬਦਲਾਵ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੇ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਜਾਂ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਨੂੰ ਵਧਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ।
- ਆਪਣੇ ਘਰੇਲੂ ਖ਼ਰਚੇ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦਿਓ ਜੋ ਜ਼ਿਆਦਾ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ 'ਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਸਬੂਤ ਨਾ ਦੇਣਾ ਇਹ ਕਹਿਣ ਵਾਂਗ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਓਨਾ ਖ਼ਰਚਾ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਜ਼ਿਆਦਾ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋਵੋਗੇ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਲਈ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੇ CalFresh ਫ਼ਾਇਦੇ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰੇ ਜਾਂ ਆਪਣੇ CalFresh ਕੇਸ 'ਚ ਮਦਦ (ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ) ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਦੱਸੋ।

ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਕੇਸ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਵਧਾਉਣ ਅਤੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਤੋਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲੈਣ ਦਾ ਹੱਕ ਵੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਹੋਵੇਗਾ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਹਿਯੋਗ ਨਾ ਕਰਨਾ ਪਵੇ।

### ਰਿਕਾਰਡ ਕਰਕੇ ਇਹ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡ ਲਈ ਰੱਖੋ

## ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ ਦੇ ਨਿਯਮ ਅਤੇ ਜੁਰਮਾਨੇ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਝੂਠੀ ਜਾਂ ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਹ CalFresh, ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ Medi-Cal, ਜਿਨ੍ਹਾਂਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨੂੰ ਉਹ ਬੈਨਿਫਿਟ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਉਹ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ 'ਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਇਰਾਦਤਨ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਜੁਰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਜਿਹੇ ਕੋਈ ਵੀ ਬੈਨਿਫਿਟ ਵਾਪਸ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਰਾਦਤਨ ਇੰਝ ਕਰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ 'ਚ \$950 ਤੋਂ ਵੱਧ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਜੁਰਮ ਦਾ ਇਲਜ਼ਾਮ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

<p><b>CalFresh ਲਈ: ਮੈਂ ਮਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਇਨ੍ਹਾਂ 'ਚੋਂ ਕੁਝ ਵੀ ਕਰ ਕੇ ਇਰਾਦਤਨ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ ਦੀ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੁਕਾਉਣਾ ਜਾਂ ਝੂਠੇ ਬਿਆਨ ਦੇਣਾ</li> <li>ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਫਾਇਦਾ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ (EBT) ਕਾਰਡਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨੂੰ ਆਪਣਾ ਕਾਰਡ ਵਰਤਣ ਦੇਣਾ</li> <li>ਸ਼ਰਾਬ ਜਾਂ ਤਮਾਕੂ ਖਰੀਦਣ ਲਈ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ</li> <li>CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਜਾਂ EBT ਕਾਰਡਸ ਦਾ ਸੌਦਾ ਕਰਨਾ, ਵੇਚਣਾ, ਜਾਂ ਦੇ ਦੇਣਾ</li> </ul>	<p><b>ਤਾਂ...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ਮੈਂ ਪਹਿਲੇ ਜੁਰਮ ਲਈ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਗੁਆ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਵਾਧੂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਭ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦਾ ਵਾਪਸੀ-ਭੁਗਤਾਨ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ</li> <li>ਮੈਂ ਦੂਜੇ ਜੁਰਮ ਲਈ 24 ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਗੁਆ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਵਾਧੂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਭ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦਾ ਵਾਪਸੀ-ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ</li> <li>ਮੈਂ ਤੀਜੇ ਜੁਰਮ ਲਈ ਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਗੁਆ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਵਾਧੂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਭ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦਾ ਵਾਪਸੀ-ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ</li> <li>ਮੈਨੂੰ \$250,000 ਤਕ ਜੁਰਮਾਨਾ, 20 ਸਾਲਾਂ ਤਕ ਕੈਦ, ਜਾਂ ਦੋਵੇਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ਨਿਯੰਤ੍ਰਤ ਤੱਤ, ਜਿਵੇਂ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈਆਂ, ਲਈ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦਾ ਸੌਦਾ ਕਰਨਾ</li> <li>ਆਪਣੀ ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦੀ ਥਾਂ ਬਾਰੇ ਝੂਠੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣਾ ਤਾਂ ਤਾਕਿ ਮੈਨੂੰ ਅਤਿਰਿਕਤ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਮਿਲ ਪਾਉਣ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ਮੈਂ ਪਹਿਲੇ ਜੁਰਮ ਲਈ 24 ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਗੁਆ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ</li> <li>ਮੈਂ ਦੂਜੇ ਜੁਰਮ ਲਈ ਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ CalFresh ਫਾਇਦੇ ਗੁਆ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ।</li> <li>ਮੈਂ ਹਰ ਜੁਰਮ ਲਈ 10 ਸਾਲਾਂ ਤਕ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਗੁਆ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ਮੈਨੂੰ \$500 ਤੋਂ ਵੱਧ ਕੀਮਤ ਦੇ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦਾ ਸੌਦਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਵੇਚਣ, ਜਾਂ ਹਥਿਆਰਾਂ, ਗੋਲੀਆਂ, ਜਾਂ ਵਿਸਫੋਟਕਾਂ ਲਈ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦਾ ਸੌਦਾ ਕਰਨ ਦਾ ਜੁਰਮ ਸਾਬਿਤ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੈ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ਮੈਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਈ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਗੁਆ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ</li> </ul>
<p><b>ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਮੈਂ ਮਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ਮੇਰਾ ਇਰਾਦਤਨ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ ਦੀ ਉਲੰਘਣਾ ਕਰਨ ਦਾ ਜੁਰਮ ਸਾਬਿਤ ਹੋਇਆ ਹੈ</li> <li>ਮੈਂ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਸਬੰਧੀ ਨਿਯਮਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ</li> <li>ਮੈਨੂੰ ਕਿਸੇ ਅਦਾਲਤ ਜਾਂ ਪ੍ਰਬੰਧਕੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦੁਆਰਾ ਕੁਝ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਧੋਖੇਬਾਜ਼ੀ ਕਰਨ ਲਈ ਕਸੂਰਵਾਰ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ</li> </ul>	<p><b>ਤਾਂ...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਗੁਆ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ</li> <li>ਮੈਨੂੰ \$10,000 ਤਕ ਜੁਰਮਾਨਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ/ਜਾਂ 5 ਸਾਲਾਂ ਲਈ ਜੇਲ੍ਹ/ਕੈਦਖਾਨੇ 'ਚ ਭੇਜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ</li> <li>ਮੈਂ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ, 12 ਮਹੀਨਿਆਂ, 2 ਸਾਲਾਂ, 4 ਸਾਲਾਂ, 5 ਸਾਲਾਂ, ਜਾਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਈ ਆਪਣੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਗੁਆ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ।</li> </ul>

## ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕਾਂ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ

- ਤੁਸੀਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ, Cash Aid, ਜਾਂ ਸਿਹਤ-ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਉਹ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੋ ਯੋਗ ਹਨ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ 'ਚ ਦੂਜੇ ਲੋਕ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜੋ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਪਰਵਾਸੀ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਆਪਣੇ ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਕ ਜਾਂ ਯੋਗ ਪਰਵਾਸੀ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ, Cash Aid, ਜਾਂ ਸਿਹਤ-ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਭਾਵੇਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣ।
- ਭੋਜਨ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਆਵਾਸ ਦੇ ਦਰਜੇ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ। ਆਵਾਸ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਗੁਪਤ ਹੈ।
- ਜੇ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ ਯੋਗ ਹਨ ਅਤੇ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦੇ ਹਨ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਆਵਾਸ ਦਾ ਦਰਜਾ ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਕਤਾ ਅਤੇ ਆਵਾਸ ਸੇਵਾਵਾਂ (USCIS) ਤੋਂ ਜਾਂਚਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਸੰਘੀ ਕਨੂੰਨ ਕਹਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਧੋਖੇਬਾਜ਼ੀ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ USCIS ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕੰਮ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸਤੇਮਾਲ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੀ।

## ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਣਾ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ ਸਦੱਸ(ਸਦੱਸਾਂ) ਦੀ ਆਵਾਸ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਜਾਣਨ ਅਤੇ ਸੰਸਾਧਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ। ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਬਾਰੇ ਕਾਉਂਟੀ USCIS ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗੀ।

## ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN) ਦੀ ਵਰਤ

**CalFresh ਅਤੇ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ:** CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਜਾਂ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ SSN, ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੈ, ਜਾਂ ਇਸਦਾ ਸਬੂਤ (ਜਿਵੇਂ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਦਫਤਰ ਤੋਂ ਪੱਤਰ) ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ SSN ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ ਨੂੰ ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਜੇ ਸਾਨੂੰ SSN ਮੁਹੱਈਆ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ SSNs ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਿਵੇਂ, ਘਰੇਲੂ ਬਦਸਲੂਕੀ ਦੇ ਸ਼ਿਕਾਰ, ਜੁਰਮ ਸਬੰਧੀ ਮੁਕੱਦਮੇ ਦੇ ਗਵਾਹ, ਅਤੇ ਤਸਕਰੀ ਦੇ ਸ਼ਿਕਾਰ।

**ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ/ Medi-Cal:** ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ SSN ਹੈ ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡਾ SSN ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਤਾਂ ਵੀ ਤੁਹਾਡਾ SSN ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਮਦਦਗਾਰ ਹੋਵੇਗਾ ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਪਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਤੇਜ਼ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਹ ਵੇਖਣ ਲਈ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ SSN ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਸਬੰਧੀ ਖ਼ਰਚ 'ਚ ਮਦਦ ਲਈ ਕੌਣ ਯੋਗ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਨੂੰ SSN ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ 'ਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-772-1213 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਵੈਬਸਾਈਟ ਵੇਖੋ: [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)

## ਵਾਧੂ ਸਪੁਰਦਗੀ

ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਮਿਲੇ ਹਨ ਜਿੰਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਭਾਵੇਂ ਕਾਉਂਟੀ ਨੇ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਸੀ ਜਾਂ ਉਹ ਇਰਾਦਤਨ ਨਹੀਂ ਸੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹ ਵਾਪਸ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ। ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਘਟਾਏ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਦਾਲਤਾਂ, ਦੂਜੀਆਂ ਵਸੂਲੀ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਜਾਂ ਸੰਘੀ ਸਰਕਾਰ ਵਸੂਲੀ ਕਾਰਵਾਈ ਰਾਹੀਂ, ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦੀ ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ ਵਸੂਲ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ SSN ਇਸਤੇਮਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

## ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡ ਲਈ ਰੱਖੋ

## ਵਾਧੂ ਭੁਗਤਾਨ

ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਮਿਲੀ ਸੀ ਜਿੰਨੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਸੀ। CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਵਾਂਗ, ਭਾਵੇਂ ਕਾਉਟੀ ਨੇ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਸੀ ਜਾਂ ਉਹ ਇਰਾਦਤਨ ਨਹੀਂ ਸੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹ ਵਾਪਸ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਘਟਾਈ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਅਦਾਲਤਾਂ, ਦੂਜੀਆਂ ਵਸੂਲੀ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਜਾਂ ਸੰਘੀ ਸਰਕਾਰ ਵਸੂਲੀ ਕਾਰਵਾਈ ਰਾਹੀਂ, ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦੀ ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ ਵਸੂਲ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ SSN ਇਸਤੇਮਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

## ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣਾ

ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹਰ ਪਰਵਾਰ ਨੂੰ ਕੁਝ ਬਦਲਾਵਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣੀ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਕਾਉਟੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗੀ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਬਦਲਾਵਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣੀ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿੱਥੇ ਦੇਣੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਦੋਂ ਦੇਣੀ ਹੈ। ਬਦਲਾਵਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ 'ਚ ਨਾਕਾਮਯਾਬੀ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਘਟਾਏ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਅਜਿਹੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਹੋਣ 'ਤੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਨੂੰ ਵਧਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਘੱਟ ਆਮਦਨੀ ਮਿਲਣਾ।

## ਸਟੇਟ ਵੱਲੋਂ ਸੁਣਵਾਈਆਂ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਮੌਜੂਦਾ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦੇ ਸਬੰਧ 'ਚ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਕਾਰਵਾਈ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਟੇਟ ਵੱਲੋਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਕਾਉਟੀ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਸੀਂ ਸਟੇਟ ਵੱਲੋਂ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਪਵੇਗਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਕਿਉਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਉਟੀ ਤੋਂ ਮਿਲਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਜਾਂ ਇਨਕਾਰ ਸਬੰਧੀ ਨੋਟਿਸ 'ਚ ਅਪੀਲ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਾਰਵਾਈ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੋਈ ਫ਼ੈਸਲਾ ਹੋਣ ਤਕ ਸ਼ਾਇਦ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਨੂੰ ਉੱਝ ਹੀ ਰੱਖ ਸਕਦੇ ਹੋ।

## ਗੁਪਤਤਾ ਅਧਿਨਿਯਮ ਅਤੇ ਪਰਗਟਾ

ਤੁਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ 'ਚ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ। ਇਹ ਵੇਖਣ ਲਈ ਕਾਉਟੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਕਾਉਟੀ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ, ਬਦਲਾਵ, ਜਾਂ ਉਸਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤਕ ਤੁਸੀਂ ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਜਾਂ ਸੰਘੀ ਜਾਂ ਸਟੇਟ ਦਾ ਕਨੂੰਨ ਉਸਨੂੰ ਇੱਥੇ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ ਕਾਉਟੀ ਦੂਜਿਆਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪਰਦਰਸ਼ਤ ਜਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗੀ। ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਕਮਾਈ ਤਸਦੀਕ ਸਿਸਟਮ (IEVS) ਸਮੇਤ, ਕੰਪਿਊਟਰ ਮਿਲਾਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਰਾਹੀਂ ਕਾਉਟੀ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਕਰੇਗੀ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਕਾਇਮੀਆਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਕਾਉਟੀ ਅਧਿਕਾਰਕ ਜਾਂਚ ਲਈ ਦੂਜੀਆਂ ਸੰਘੀ ਅਤੇ ਸਟੇਟ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ, ਕਨੂੰਨ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਫ਼ਰਾਰ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਹਿਰਾਸਤ 'ਚ ਲੈਣ ਲਈ ਕਨੂੰਨ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਨਾਲ, ਅਤੇ ਦਾਅਵਾ ਵਸੂਲੀ ਸਬੰਧੀ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ ਨਿੱਜੀ ਦਾਅਵਾ ਵਸੂਲੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। USCIS ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਕੇ ਕਾਉਟੀ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸਾਂ ਦੀ ਆਵਾਸ ਦੇ ਦਰਜੇ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਤੋਂ ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦੇ ਪੱਧਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ 'ਚ ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਉਟੀ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਚ ਮੌਜੂਦ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰੇਗੀ। ਕਾਉਟੀ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਡੇਟਾਬੇਸਾਂ ਅਤੇ ਆਂਤਰਿਕ ਆਮਦਨ ਸੇਵਾ (IRS), ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਪ੍ਰਬੰਧਨ, ਆਂਤਰਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਮਹਿਕਮੇ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਉਪਭੋਗਤਾ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਏਜੰਸੀ ਦੇ ਡੇਟਾਬੇਸਾਂ 'ਚ ਮੌਜੂਦ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰ ਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਜਾਂਚੇਗੀ। ਜੇਕਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਲ ਨਹੀਂ ਖਾਂਦੀ, ਤਾਂ ਕਾਉਟੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਬੂਤ ਭੇਜਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ।

## ਨਿਰਪੱਖਤਾ

ਇਹ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਕਾਉਟੀ ਦੀ ਨੀਤੀ ਹੈ ਕਿ ਸਭ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲ ਬਰਾਬਰ, ਅਤੇ ਸਨਮਾਨ ਅਤੇ ਇੱਜ਼ਤ ਨਾਲ ਵਿਹਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ। ਸੰਘੀ ਕਨੂੰਨ ਅਤੇ ਯੂ.ਐੱਸ. ਕ੍ਰਿਸ਼ੀ ਮਹਿਕਮੇ (USDA) ਦੀ ਨੀਤੀ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ, ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਲਿੰਗ, ਉਮਰ, ਧਰਮ, ਸਿਆਸੀ ਮਾਨਤਾਵਾਂ, ਜਾਂ ਅਪਾਹਜਪੁਣੇ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਪੱਖ-ਪਾਤ ਕਰਨਾ ਸਖ਼ਤ ਵਰਜਿਤ ਹੈ।

ਪੱਖ-ਪਾਤ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਆਪਣੀ ਕਾਉਟੀ ਦੇ ਨਾਗਰਕ ਹੱਕ ਸੰਚਾਲਕ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ, ਜਾਂ USDA ਜਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਮਾਜਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮਹਿਕਮੇ (CDSS) ਨੂੰ ਲਿਖੋ ਜਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ:

USDA, Director  
Office of Civil Rights, Room 326-W  
Whitten Building  
1400 Independence Ave.  
Washington D.C. 20250-9410  
1-202-720-5964 (ਵੋਇਸ ਅਤੇ TDD)

CDSS  
Civil Rights Bureau  
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70  
Sacramento, CA 94244-2430  
1-866-741-6241 (ਟੋਲ-ਫ਼ੀ)

USDA ਇਕ ਸਮਾਨ ਅਵਸਰ ਮਾਲਕ ਹੈ।

## CalFresh ਲਈ ਕਾਰਜੀ ਨਿਯਮ

ਕਾਉਟੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਕਾਰਜ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ 'ਚ ਮੁਕੱਰਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗੀ ਕਿ ਉਹ ਸਵੈ-ਇੱਛਤ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਰਜ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਕਾਰਜੀ ਕਿਰਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਉਹ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਘਟਾਏ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਹਾਲ ਹੀ 'ਚ ਨੌਕਰੀ ਛੱਡੀ ਹੈ ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਸੀਂ CalFresh ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ।

## ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡ ਲਈ ਰੱਖੋ

## CalWORKs (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ 'ਚ ਕੰਮ ਦੇ ਮੌਕਿਆਂ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਜ਼ਿੰਮੇਦਾਰੀ ਦਾ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ) ਲਈ ਕਾਰਜੀ ਨਿਯਮ (ਕਲਿਆਣ-ਤੋਂ-ਕੰਮ (Welfare-to-Work))

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਛੋਟੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਾ ਹੋਣ ਤਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਲਿਆਣ-ਤੋਂ-ਕੰਮ (WTW) 'ਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣਾ ਪਵੇਗਾ। ਕਾਉਂਟੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗੀ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ WTW ਤੋਂ ਛੋਟੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਿਰਿਆਵਾਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਘਟਾਈ ਜਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

### CalWORKs – ਉਗਲਾਂ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲੈਣਾ/ਛੋਟੇ ਪ੍ਰਤੀਬਿੰਬ ਬਣਾਉਣਾ

ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਸਭ ਸਦੱਸਾਂ ਦੀਆਂ ਉਗਲਾਂ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਏ ਜਾਣੇ/ਛੋਟੇ ਪ੍ਰਤੀਬਿੰਬ ਬਣਾਏ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨਿਯਮਾਂ ਨਾਲ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਉਗਲਾਂ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ/ਛੋਟੇ ਪ੍ਰਤੀਬਿੰਬ ਨਹੀਂ ਬਣਵਾਉਂਦਾ, ਤਾਂ ਪੂਰੇ ਪਰਵਾਰ ਨੂੰ ਕੋਈ ਬੈਨਿਫਿਟ ਸਪੁਰਦ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣਗੇ। ਉਗਲਾਂ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ/ਛੋਟੇ ਪ੍ਰਤੀਬਿੰਬ ਗੁਪਤ ਹਨ ਅਤੇ ਸਿਰਫ ਕਲਿਆਣ ਸਬੰਧੀ ਧੋਖੇ ਤੋਂ ਬਚਣ ਜਾਂ ਉਸ ਲਈ ਮੁਕੱਦਮਾ ਚਲਾਉਣ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

### ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਕਿੰਨੇ ਪ੍ਰਾਪਤ/ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ?

#### CalFresh ਅਤੇ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ:

- ਕਾਉਂਟੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਕ ਪਲਾਸਟਿਕ ਦਾ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਫਾਇਦਾ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ (EBT) ਕਾਰਡ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੇਗੀ ਜਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਸਵੀਕਾਰ ਹੋਣ 'ਤੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਕਾਰਡ 'ਚ ਪਾਏ ਜਾਣਗੇ। ਆਪਣਾ ਕਾਰਡ ਮਿਲਣ 'ਤੇ ਉਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ATMs ਤੋਂ ਨਕਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਜਾਂ ਭੋਜਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਦੂਜੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਖਰੀਦਣ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਇਕ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਪਛਾਣ ਸੰਖਿਆ (PIN) ਸੈਟ ਕਰੋਗੇ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ EBT ਕਾਰਡ ਗੁਆਚਿਆ, ਚੋਰੀ, ਨਸ਼ਟ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਅਜਿਹਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡਾ ਫੀਂ ਨੰਬਰ ਜਾਣਦਾ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੈਨਿਫਿਟ ਇਸਤੇਮਾਲ ਨਹੀਂ ਕਰਨ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਤਾਂ ਫ਼ੌਰਨ ਉਸਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਲਈ (877) 328-9677 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਅਤੇ ਆਪਣਾ PIN ਨੰਬਰ ਬਦਲੋ। ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਸਭ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਬਾਲਗ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਵੀ ਫ਼ੌਰਨ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ 'ਚੋਂ ਇਕ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਜਾਣਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ EBT ਕਾਰਡ ਜਾਂ PIN ਗੁਆਚਣ ਜਾਂ ਚੋਰੀ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਖਾਤੇ 'ਚੋਂ ਕੱਢੀ ਗਈ ਬੈਨਿਫਿਟ ਸਬੰਧੀ ਕੋਈ ਵੀ ਰਕਮ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- ਤੁਸੀਂ ਲਗਭਗ ਸਭ ਭੋਜਨ, ਅਤੇ ਆਪਣਾ ਭੋਜਨ ਉਗਾਉਣ ਲਈ ਬੀਜ ਅਤੇ ਪੌਧੇ ਖਰੀਦਣ ਲਈ ਆਪਣੇ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਰਾਬ, ਤਮਾਕੂ, ਪਾਲਤੂ ਪਸ਼ੂਆਂ ਦਾ ਖਾਣਾ, ਕੁਝ ਕਿਸਮ ਦੇ ਪੱਕੇ ਹੋਏ ਭੋਜਨ, ਕੋਈ ਵੀ ਚੀਜ਼ ਜੋ ਭੋਜਨ ਨਹੀਂ ਹੈ (ਜਿਵੇਂ ਟੁੱਥਪੋਸਟ, ਸਾਬਣ, ਜਾਂ ਪੇਪਰ ਟਾਵਲਸ) ਨਹੀਂ ਖਰੀਦ ਸਕਦੇ।
- CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਕਿਰਾਣੇ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦੁਕਾਨਾਂ 'ਚ ਅਤੇ ਭੋਜਨ ਵੇਚਣ ਵਾਲੀਆਂ ਦੂਜੀਆਂ ਥਾਂਵਾਂ 'ਤੇ ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦੁਕਾਨਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ATMs 'ਚ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ATMs ਇਕ ਸ਼ੁਲਕ ਵਸੂਲ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਤਿੰਨ ਵਾਰ ਰਕਮ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਨਕਦੀ ਲੈਣ ਲਈ ਕੋਈ ATM ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਵੀ ਇਕ ਸ਼ੁਲਕ ਵਸੂਲਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਨੇੜੇ EBT ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਥਾਂਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਵੇਖੋ: <https://www.ebt.ca.gov> ਜਾਂ <https://www.snapfresh.org>। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਵੀ ਪਤਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਸ਼ੁਲਕ ਅਦਾ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਤੁਸੀਂ ਨਕਦੀ ਕਿੱਥੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਸਿਰਫ ਤੁਹਾਡੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸਾਂ ਲਈ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਸਿਰਫ ਤੁਹਾਡੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਦੱਸਾਂ ਲਈ ਹੈ ਜੋ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਸਵੀਕ੍ਰਿਤ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੀਆਂ ਮੁਢਲੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ (ਰਿਹਾਇਸ਼, ਭੋਜਨ, ਕਪੜੇ, ਆਦਿ) ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖੋ। ਆਪਣਾ PIN ਨੰਬਰ ਨਾ ਦੱਸੋ। ਆਪਣਾ PIN ਨੰਬਰ ਆਪਣੇ EBT ਕਾਰਡ ਨਾਲ ਨਾ ਰੱਖੋ।
- ਤੁਹਾਡੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸ, ਤੁਹਾਡੇ ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਸਵੈਇੱਛਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣਾ EBT ਕਾਰਡ ਅਤੇ PIN ਨੰਬਰ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਦੁਆਰਾ EBT ਕਾਰਡ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਸਤੇਮਾਲ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਮਨਜ਼ੂਰਸ਼ੁਦਾ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਖਾਤੇ 'ਚੋਂ ਕੱਢੀ ਗਈ ਬੈਨਿਫਿਟ ਸਬੰਧੀ ਕੋਈ ਵੀ ਰਕਮ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

### Medi-Cal ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ:

- Medi-Cal ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਕ ਬੈਨਿਫਿਟ ਪਛਾਣ ਕਾਰਡ (BIC) ਮਿਲੇਗਾ।
  - ਆਪਣਾ BIC ਮਿਲਣ 'ਤੇ ਉਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਸਿਰਫ ਲੋੜਵੀਆਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਉਸਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।
  - ਕਦੇ ਵੀ ਆਪਣਾ BIC ਨਾ ਸੁਟੋ (ਜਦੋਂ ਤਕ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਕ ਨਵਾਂ BIC ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ)। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ BIC ਰੱਖਣਾ ਪਵੇਗਾ ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਨੂੰ Medi-Cal ਮਿਲਣਾ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ Medi-Cal ਦੁਬਾਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਓਹੀ BIC ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
  - ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਸਦੱਸ ਬੀਮਾਰ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਕੋਈ ਮੁਲਾਕਾਤ ਨਿਰਧਾਰਤ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਚਿਕਿਤਸੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕੋਲ BIC ਲੈ ਕੇ ਜਾਓ।
  - ਕਿਸੇ ਅਪਾਤਕਾਲ ਤੋਂ ਫ਼ੌਰਨ ਬਾਅਦ ਅਪਾਤਕਾਲੀ ਹਾਲਾਤ 'ਚ ਆਪਣਾ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪਰਵਾਰ ਸਦੱਸ(ਸਦੱਸਾਂ) ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਚਿਕਿਤਸੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕੋਲ BIC ਲੈ ਕੇ ਜਾਓ।
- ਦੂਜੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਉਚੇਚੇ ਕੈਰੀਅਰ ਤੋਂ ਇਕ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਕਾਰਡ ਮਿਲੇਗਾ।

### ਆਮ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਆਮ ਰਾਹਤ:

- ਆਮ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਆਮ ਰਾਹਤ ਬੱਚਿਆਂ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਵਾਲੇ ਬਾਲਗਾਂ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਚਲਾਏ ਜਾਂਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੇਗੀ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਲਵੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡ ਲਈ ਰੱਖੋ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਲੀ ਜਾਂ ਨੀਲੀ ਸਿਆਹੀ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰੋ ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ਪੜ੍ਹਨ 'ਚ ਸੌਖੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਤੀਲਿਪੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਚੰਗੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਜਵਾਬ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ।  
ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਸਵਾਲ(ਸਵਾਲਾਂ) ਦਾ(ਦੇ) ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਜ਼ਿਆਦਾ ਥਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਲਈ ਅਤਿਰਿਕਤ ਕਾਗਜ਼ ਨੱਥੀ ਕਰੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਪਛਾਣਨਾ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਅਤਿ-  
ਤਰਿਕਤ ਕਾਗਜ਼ 'ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਸਵਾਲ ਬਾਰੇ ਲਿਖ ਰਹੇ ਹੋ।

# 1. ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾਂ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅਖੀਰਲਾ)	ਦੂਜੇ ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਉਪਨਾਮ, ਆਦਿ)	ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਉਹ ਹੈ ਅਤੇ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਖ਼ੁਫ਼ੇ ਹੋ)			
ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦਾ ਰਸਤਾ	ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ #	ਸ਼ਹਿਰ	ਕਾਉਂਟੀ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਸੰਚਾਰ ਲਈ ਪਤਾ (ਜੇਕਰ ਉਪਰ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ)	ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ #	ਸ਼ਹਿਰ	ਕਾਉਂਟੀ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਮੈਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ।  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਘਰ ਦਾ ਫ਼ੋਨ \_\_\_\_\_

ਦਫ਼ਤਰ/ਵਿਕਲਪਕ/ਸੁਨੇਹਾ ਫ਼ੋਨ \_\_\_\_\_

ਈਮੇਲ ਪਤਾ \_\_\_\_\_

ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੇ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ?  CalFresh  ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ  ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ  ਕੋਈ ਹੋਰ \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਵਿਕਲਾੰਗ ਹੋ ਅਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ 'ਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਬੇਘਰ ਹੋ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਦੱਸੋ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਬੇਘਰ ਹੋ, ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਇਕ ਪਤਾ ਲੱਭਣ ਅਤੇ ਕਾਉਂਟੀ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਦੇ ਸਬੰਧ 'ਚ ਨੋਟਿਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ 'ਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਪਾਉਣ।

ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਪੜ੍ਹਨਾ ਪਸੰਦ ਕਰਦੇ ਹੋ (ਜੇਕਰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ)? \_\_\_\_\_

ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰਦੇ ਹੋ (ਜੇਕਰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ)? \_\_\_\_\_

ਕਾਉਂਟੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇਕ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਮੁਫ਼ਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੇਗੀ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਬਧਿਰ ਹੋ ਜਾਂ ਉੱਚਾ ਸੁਣਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ \$150 ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ ਅਤੇ ਉਪਲਬਧ ਨਕਦੀ, ਚੈਕਿੰਗ ਜਾਂ ਬਚਤ ਖਾਤਿਆਂ 'ਚ ਬਕਾਇਆ \$100 ਜਾਂ ਘੱਟ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਕੀ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਮਦਦਗਾਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦਾ ਨੋਟਿਸ ਮਿਲਿਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੀ ਸੰਯੁਕਤ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਨਕਦੀ ਸੰਯੁਕਤ ਕਿਰਾਏ/ ਮੌਰਟਗੇਜ ਅਤੇ ਮਦਦਗਾਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਭੋਜਨ ਸਮਗਰੀ 3 ਦਿਨਾਂ ਜਾਂ ਉਸਤੋਂ ਘੱਟ ਸਮੇਂ 'ਚ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਪਰਵਾਰ ਇਕ ਪਰਵਾਸੀ/ਮੌਸਮੀ ਖੇਤੀ ਮਜ਼ਦੂਰ ਪਰਵਾਰ ਹੈ ਜਿਸਦੀ ਨਕਦੀ \$100 ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਹੀਂ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੋਜਨ, ਕਪੜੇ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਅਪਾਤਕਾਲੀ ਆਈਟਮ(ਆਈਟਮਾਂ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਢੇਆ ਢੁਆਈ 'ਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘਰ ਛੱਡਣ ਦਾ ਨੋਟਿਸ ਜਾਂ ਕਿਰਾਇਆ ਦੇਣ ਜਾਂ ਛੱਡ ਕੇ ਜਾਣ ਦਾ ਨੋਟਿਸ ਮਿਲਿਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰੀ ਕਪੜਿਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਡਾਇਪਰਸ ਜਾਂ ਠੰਡ ਦੇ ਮੌਸਮ ਲਈ ਕਪੜੇ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

ਕੀ ਕੋਈ ਇਸਤਰੀ ਗਰਭਵਤੀ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਉਸਨੂੰ ਕਲਪਿਤ ਯੋਗਤਾ ਕਾਰਡ ਮਿਲਿਆ ਸੀ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ 'ਚ ਕਦੇ ਕਿਸੇ ਨੇ ਨਿੱਜੀ ਅਪਾਤਕਾਲੀ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਸਾਮ੍ਹਣਾ ਕੀਤਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਖਾਨੇ 'ਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ:  ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ  ਫ਼ੋਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਜ਼ਰੂਰਤ  ਬੱਚਿਆਂ ਨਾਲ ਬਦਸਲੂਕੀ  ਘਰੇਲੂ ਬਦਸਲੂਕੀ  ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਨਾਲ ਬਦਸਲੂਕੀ  ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੂੰ ਜੋਖਮ 'ਚ ਪਾਉਣ ਵਾਲੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਅਪਾਤਕਾਲੀ ਸਥਿਤੀ। ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ:

- ਝੂਠੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇਣ (ਗਲਤ ਬਿਆਨ ਦੇਣਾ) ਲਈ ਸਜ਼ਾ ਦੇ ਬੰਦੋਬਸਤ ਹੇਠ ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ, ਕਿ:
- ਮੈਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਚ ਮੌਜੂਦ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਚ ਮੌਜੂਦ ਸਵਾਲਾਂ ਲਈ ਆਪਣੇ ਜਵਾਬ ਪੜ੍ਹੇ ਸਨ, ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਗਏ ਸਨ।
  - SAWS 2 Plus ਦੇ ਪੰਨਿਆਂ 1 ਤੋਂ 17 ਅਤੇ ਅੰਤਿਕਾਵਾਂ A ਤੋਂ E 'ਤੇ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਕੋਈ ਵੀ ਜਵਾਬ ਸੱਚ, ਸਹੀ, ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਸੰਪੂਰਨ ਹਨ।
  - ਮੈਂ ਹੱਕ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ (ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ ਦੇ ਨਿਯਮ ਪੰਨਾ 1) ਪੜ੍ਹੀਆਂ ਸਨ ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਈਆਂ ਗਈਆਂ ਸਨ ਅਤੇ ਮੈਂ ਉਨ੍ਹਾਂਨੂੰ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।
  - ਮੈਂ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ ਦੇ ਨਿਯਮ ਅਤੇ ਜੁਰਮਾਨੇ (ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ ਦੇ ਨਿਯਮ ਪੰਨੇ 2 - 4) ਪੜ੍ਹੇ ਸਨ, ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਗਏ ਸਨ।
  - ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਝੂਠੇ ਜਾਂ ਗੁਮਰਾਹ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਬਿਆਨ ਦੇਣਾ, ਯੋਗਤਾ ਸਥਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੱਥਾਂ ਨੂੰ ਗਲਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ, ਲੁਕਾਉਣਾ ਜਾਂ ਰੋਕ ਕੇ ਰੱਖਣਾ ਧੋਖਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਝੂਠੀ ਜਾਂ ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਤਾਂ ਸੰਘੀ ਕਨੂੰਨ ਹੇਠ ਮੈਨੂੰ ਜੁਰਮਾਨਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਧੋਖਾ ਦੇਣ ਕਰਕੇ ਮੇਰੇ ਖ਼ਿਲਾਫ਼ ਅਪਰਾਧਕ ਮੁਕੱਦਮਾ ਦਾਇਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਕੁਝ ਸਮੇਂ (ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ) ਲਈ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਅਤੇ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕ ਲਗਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
  - ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸਾਂ ਦੇ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਆਵਾਸ ਦਾ ਦਰਜਾ ਸੰਘੀ ਕਨੂੰਨ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਮੁਨਾਸਬ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
  - ਮੈਂ Medi-Cal (ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ 'ਚ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ) ਏਜੰਸੀ ਦੂਜੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਿਆਂ, ਕਨੂੰਨੀ ਸਮਝੌਤੇਆਂ, ਜਾਂ ਹੋਰ ਤੀਜੇ ਧਿਰਾਂ ਨਾਲ ਮਾਮਲਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਕੋਈ ਰਕਮ ਵਸੂਲਣ ਦਾ ਹੱਕ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

ਬਿਨੈਕਾਰ, ਨਿਗਰਾਨ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ (ਜਾਂ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਬਾਲਗ ਸਦੱਸ/ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ) ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ	ਮਿਤੀ
<b>*ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਈ ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਗਲੇ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਸਵਾਲ 2 ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।</b>	
ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ, ਦੂਜੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ, ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਬਾਲਗ, ਜਾਂ ਪੰਜੀਕ੍ਰਿਤ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ	ਮਿਤੀ



## 2. ਪਰਵਾਰ ਦਾ ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ

ਤੁਸੀਂ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਉਸਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਪਰਵਾਰ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਇੰਟਰਵਿਊ 'ਚ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਬੋਲ ਵੀ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਫਾਰਮ ਭਰਨ 'ਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਖਰੀਦਦਾਰੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਦਲਾਵਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗਲਤੀ ਨਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਏ ਕੋਈ ਵੀ ਬੈਨਿਫਿਟ ਵਾਪਸ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ ਅਤੇ ਅਜਿਹੇ ਕੋਈ ਵੀ ਬੈਨਿਫਿਟ, ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਸੀ ਕਿ ਉਹ ਖਰਚ ਨਾ ਕਰੇ, ਬਦਲੇ ਨਹੀਂ ਜਾਣਗੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਕ ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਅਤੇ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੀ ਪਛਾਣ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ।

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ CalFresh ਕੇਸ 'ਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਇਹ ਭਾਗ ਪੂਰਾ ਕਰੋ:

ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਂ	ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ
-------------------------	------------------------------

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪਰਵਾਰ ਲਈ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਅਤੇ ਖਰਚ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਇਹ ਭਾਗ ਪੂਰਾ ਕਰੋ:

ਨਾਂ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ
ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ, ਸਟੇਟ, ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ



## 2a. ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ

ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ 'ਚ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵੇਖਣ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਇਸ ਹਿੱਸੇ ਬਾਰੇ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਚ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਲਈ ਕੋਈ ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਚੁਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਅੰਤਿਕਾ C 'ਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ।



3. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਸਦੱਸ ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦਾ ਵਸਨੀਕ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਤਿਰਿਕਤ ਸਵਾਲਾਂ ਲਈ ਅੰਤਿਕਾ B ਵੇਖੋ।



## ਨਸਲ/ਜਾਤੀ

ਨਸਲ ਅਤੇ ਜਾਤੀ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿਕਲਪਕ ਹੈ। ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਇਸ ਲਈ ਬੋਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਜਾਂ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ 'ਤੇ ਧਿਆਨ ਦਿੱਤੇ ਬਿਨਾਂ ਬੈਨਿਫਿਟ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੇ ਜਾਣ। ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਜਾਂ ਬੈਨਿਫਿਟ ਦੀ ਰਕਮ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਨਹੀਂ ਕਰਨਗੇ। ਆਪਣੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ। ਕਨੂੰਨ ਕਹਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡਾ ਜਾਤੀ ਸਮੂਹ ਅਤੇ ਨਸਲ ਰਿਕਾਰਡ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਨਸਲ ਅਤੇ ਜਾਤੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਤਾਂ ਇਸ ਖਾਨੇ 'ਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਨਹੀਂ ਲਗਾਉਂਦੇ, ਤਾਂ ਕਾਉਟੀ ਸਿਰਫ ਨਾਗਰਕ ਹੱਕਾਂ ਸਬੰਧੀ ਅੰਕੜਿਆਂ ਲਈ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਰਜ ਕਰੇਗੀ।

ਜਾਤੀ	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਿਸਪੈਨਿਕ, ਲੈਟਿਨੋ, ਜਾਂ ਸਪੈਨਿਸ਼ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਹਿਸਪੈਨਿਕ, ਜਾਂ ਲੈਟਿਨੋ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਇਹ ਮੰਨਦੇ ਹੋ <input type="checkbox"/> ਮੈਕਸਿਕਨ <input type="checkbox"/> ਪ੍ਰਏਰਤੋ ਰਿਕਨ <input type="checkbox"/> ਕਯੂਬਨ <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਹੋਰ _____
------	--	--



## ਨਸਲ/ਜਾਤੀ ਮੂਲ

- ਗੋਰੇ  ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਅਤੇ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਵਸਨੀਕ  ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫ਼ੀਕੀ ਅਮਰੀਕੀ  ਕੋਈ ਹੋਰ ਜਾਂ ਮਿਸ਼ਰਿਤ \_\_\_\_\_
- ਏਸ਼ੀਆਈ (ਜੇਕਰ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਨ੍ਹਾਂ 'ਚੋਂ ਇਕ ਜਾਂ ਵੱਧ ਚੁਣੋ):
- ਫਿਲਿਪੀਨੋ  ਚੀਨੀ  ਜਪਾਨੀ  ਕੰਬੋਡੀਆਈ  ਕੋਰੀਆਈ  ਵਿਅਤਨਾਮੀ  ਏਸ਼ੀਆਈ ਭਾਰਤੀ  ਲਾਓਸਿਆਈ
- ਹੋਰ ਏਸ਼ੀਆਈ (ਸਪਸ਼ਟ ਕਰੋ) \_\_\_\_\_
- ਹਵਾਈ ਦੇ ਵਸਨੀਕ ਜਾਂ ਹੋਰ ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ (ਜੇਕਰ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਨ੍ਹਾਂ 'ਚੋਂ ਇਕ ਜਾਂ ਵੱਧ ਚੁਣੋ):  ਹਵਾਈ ਦੇ ਵਸਨੀਕ
- ਗੁਆਮਾਨਿਆਈ ਜਾਂ ਚਮੋਰੋ  ਸਮੋਆਈ



## 4. ਇੰਟਰਵਿਊ ਤਰਜੀਹ

ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ CalFresh ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਇੰਟਰਵਿਊ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ CalFresh ਲਈ ਇੰਟਰਵਿਊ ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਜਿਹਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਜੇਕਰ ਕਾਉਟੀ ਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋਏ ਵਿਅਕਤਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਇੰਟਰਵਿਊ ਲਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪ ਹੀ ਸਾਖਿਆਤ ਇੰਟਰਵਿਊ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਦਾ ਸਾਖਿਆਤ ਇੰਟਰਵਿਊ ਲਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ CalWORKs (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ 'ਚ ਕੰਮ ਦੇ ਮੌਕਿਆਂ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਜ਼ਿੰਮੇਦਾਰੀ ਦਾ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ) ਅਤੇ CalFresh ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਮ ਕਾਰਜੀ ਘੰਟਿਆਂ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡਾ CalWORKs ਇੰਟਰਵਿਊ ਲੈਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਹੀ ਤੁਹਾਡਾ CalFresh ਇੰਟਰਵਿਊ ਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ CalFresh ਲਈ ਸਾਖਿਆਤ ਇੰਟਰਵਿਊ ਦੇਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰੋਗੇ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਖਾਨੇ 'ਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵਿਕਲਾਂਗਤਾ ਕਰਕੇ ਦੂਜੇ ਬੰਦੋਬਸਤਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਖਾਨੇ 'ਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।



## 5. ਦੂਜੇ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ 'ਚ ਕਦੇ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਜਨਤਕ ਸਹਾਇਤਾ (ਜ਼ਰੂਰਤਮੰਦ ਪਰਵਾਰਾਂ ਲਈ ਅਸਥਾਈ ਸਹਾਇਤਾ, ਕਬੀਲਾਈ TANF, Medicaid, ਪੂਰਕ ਪੇਸ਼ਣ ਸਹਾਇਤਾ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ [ਫੂਡ ਸਟੈਂਪ], ਸਧਾਰਨ ਸਹਾਇਤਾ/ਸਧਾਰਨ ਰਾਹਤ, ਆਦਿ) ਮਿਲੀ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸਨੂੰ?	ਕਿੱਥੇ (ਕਾਉਟੀ/ਸਟੇਟ)?
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸਨੂੰ?	ਕਿੱਥੇ (ਕਾਉਟੀ/ਸਟੇਟ)?



**6. ਪਰਵਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ: ਬਾਲਗ**

ਘਰ 'ਚ ਸਭ ਬਾਲਗਾਂ ਲਈ ਹੇਠਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ। ਜੇਕਰ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਟੇਕਸ ਰਿਟਰਨ 'ਚ ਦਾਅਵਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕੋਈ ਬਾਲਗ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Cash Aid ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਬਾਲਗ ਹਨ ਜੋ Cash Aid ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹਨ ਜਾਂ ਜੋ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਬੱਚੇ ਦੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਹਨ, ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅੰਤਿਕਾ D 'ਤੇ ਜਾਓ।  
ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕਾਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਤਿਰਿਕਤ ਸਵਾਲ 6e ਅਤੇ 6f ਪੂਰੇ ਕਰੋ।

ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣਾ (ਹਰ ਕਿਸਮ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)				ਨਾਂ (ਅਖੀਰਲਾ, ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਂ)	ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕੀ ਰਿਸ਼ਤਾ ਹੈ?	ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਲਿੰਗ (M ਜਾਂ F)	ਵਿਵਾਹਕ ਸਥਿਤੀ					ਪੂਰੇ-ਮੌਜੇ ਦਾ ਵਿਦਿਆਰਥੀ (ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)	ਵਿਕਲੰਗ (ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)	ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਸਿਰਫ਼ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।  <b>ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਕ ਜਾਂ ਵਸਨੀਕ (ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਾ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਸਵਾਲ 6e ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।</b>	ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਸਦੱਸਾਂ ਲਈ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਵਿਕਲਪਕ ਹੈ।  <b>ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ</b>
CalFresh	*Cash Aid	Medi-Cal ਸਿਹਤ ਚੇਅਰਲ	ਕੋਈ ਨਹੀਂ					ਦੇਕਲ	ਸਾਈਜ਼ੁਦਾ	ਅਲਹਿਦਾ	ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ	ਵਿਧਵਾ				
<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"/>	
<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"/>	
<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"/>	
<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"/>	
<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"/>	

\*Cash Aid ਵਿੱਚ ਸਧਾਰਨ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸਧਾਰਨ ਰਾਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ

**6a. ਕੀ ਸਵਾਲ 6 'ਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਇਕੋ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ।**  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਅਤੇ ਅਖੀਰਲਾ)	ਘਰ (ਸਟ੍ਰੀਟ) ਦਾ ਪਤਾ	ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ #	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਘਰ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ	ਸੰਚਾਰ ਲਈ ਪਤਾ (ਜੇਕਰ ਉਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਪਤੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ)	ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ #	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਦਫਤਰ/ਵਿਕਲਪਕ/ਸੁਨੇਹਾ ਫ਼ੋਨ	ਈਮੇਲ ਪਤਾ (ਵਿਕਲਪਕ)				

ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਅਤੇ ਅਖੀਰਲਾ)	ਘਰ (ਸਟ੍ਰੀਟ) ਦਾ ਪਤਾ	ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ #	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਘਰ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ	ਸੰਚਾਰ ਲਈ ਪਤਾ (ਜੇਕਰ ਉਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਪਤੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ)	ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ #	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਦਫਤਰ/ਵਿਕਲਪਕ/ਸੁਨੇਹਾ ਫ਼ੋਨ	ਈਮੇਲ ਪਤਾ (ਵਿਕਲਪਕ)				

**6b. ਪਰਵਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ: ਬੱਚੇ**

ਘਰ 'ਚ ਸਭ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਹੇਠਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ। ਜੇਕਰ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਟੇਕਸ ਰਿਟਰਨ 'ਚ ਦਾਅਵਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕੋਈ ਬੱਚੇ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।  
ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕਾਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਤਿਰਿਕਤ ਸਵਾਲ 6e ਅਤੇ 6f ਪੂਰੇ ਕਰੋ।

ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣਾ (ਹਰ ਕਿਸਮ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)				ਨਾਂ (ਅਖੀਰਲਾ, ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਂ)	ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕੀ ਰਿਸ਼ਤਾ ਹੈ?	ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਜਨਮ ਦਾ ਸਥਾਨ \$	ਲਿੰਗ (M / F)	ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੋ ਬੱਚੇ ਦੀ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਦੋਵਾਂ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। \$					ਸਭ ਟੀਕੇ ਲੱਗ ਚੁੱਕੇ ਹਨ? (ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਪੂਰੇ-ਸਮੇਂ ਦਾ ਵਿਦਿਆਰਥੀ (ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)	ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਸਿਰਫ਼ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।  ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਕ ਜਾਂ ਵਸਨੀਕ (ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਾਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਸਵਾਲ 6e ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।	ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਸਦੱਸਾਂ ਲਈ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਵਿਕਲਪਕ ਹੈ।  ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ
CalFresh	ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ	Medi-Cal	ਕੋਈ ਨਹੀਂ						ਘਰ 'ਚ ਮੌਜੂਦ ਨਹੀਂ	ਖ਼ੈਰਜ਼ਗਾਰ	ਅਸਮਰੱਥ	ਮਦਦਗਰ	ਕੋਈ ਨਹੀਂ			
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>

**6c. ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਜਾਣਕਾਰੀ**

ਕੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ।  
ਸਾਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਕੁਝ ਅਪਵਾਦ ਹਨ ਜੋ ਘਰੇਲੂ ਹਿੰਸਾ ਜਾਂ ਮਾਨਵੀ ਤਸਕਰੀ ਜਿਹੇ ਦੂਜੇ ਗੁਨਾਹਾਂ ਦੇ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਲੈਣ 'ਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-800-772-1213 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) 'ਤੇ ਆਨਲਾਈਨ ਵੇਖੋ।

ਨਾਂ	ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਨਾ ਹੋਣ ਦਾ ਕਾਰਨ	SSN ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ
	<input type="checkbox"/> ਵਿਅਕਤੀ ਇਕ ਬੱਚਾ ਹੈ ਜਿਸਦੀ ਉਮਰ ਇਕ ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ। <input type="checkbox"/> ਇਹ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਧਰਮ ਦੇ ਖ਼ਿਲਾਫ਼ ਹੈ। <input type="checkbox"/> ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ SSN ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ। <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਹੋਰ _____	ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ?  <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
	<input type="checkbox"/> ਵਿਅਕਤੀ ਇਕ ਬੱਚਾ ਹੈ ਜਿਸਦੀ ਉਮਰ ਇਕ ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ। <input type="checkbox"/> ਇਹ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਧਰਮ ਦੇ ਖ਼ਿਲਾਫ਼ ਹੈ। <input type="checkbox"/> ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ SSN ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ। <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਹੋਰ _____	ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ?  <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ



6d. ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਯੂ.ਐੱਸ. ਮਿਲਿਟਰੀ ਸੇਵਾ 'ਚ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕੀ ਉਹ ਉਸ 'ਚ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ, ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਬੱਚਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਨਾਂ	ਯੂ.ਐੱਸ. ਨਾਗਰਕ?	(✓) ਸਥਿਤੀ	ਇੱਜ਼ਤਦਾਰ ਸੇਵਾਨਿ-ਵਰਤੀ?	ਸੇਵਾ ਦੀਆਂ ਮਿਤੀਆਂ
	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਸਕ੍ਰਿਆ ਡਿਊਟੀ <input type="checkbox"/> ਤਜਰਬੇਕਾਰ <input type="checkbox"/> ਸਕ੍ਰਿਆ ਡਿਊਟੀ 'ਚ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਤਜਰਬੇਕਾਰ ਦਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ, ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ, ਜਾਂ ਬੱਚਾ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਸਕ੍ਰਿਆ ਡਿਊਟੀ <input type="checkbox"/> ਤਜਰਬੇਕਾਰ <input type="checkbox"/> ਸਕ੍ਰਿਆ ਡਿਊਟੀ 'ਚ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਤਜਰਬੇਕਾਰ ਦਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ, ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ, ਜਾਂ ਬੱਚਾ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	



6e. ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ - ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕਾਂ ਲਈ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ।

ਨਾਂ	ਯੂ.ਐੱਸ. 'ਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਜੇਕਰ ਗਿਆਤ ਹੋਵੇ)	ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਯੋਗ ਆਵਾਸ ਦਾ ਦਰਜਾ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸਦਾ ਆਵਾਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਨੰਬਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ।	ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ 1996 ਤੋਂ ਲਗਾਤਾਰ ਯੂ.ਐੱਸ. 'ਚ ਰਹਿ ਚਿਹਾ ਹੈ?	ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਇਕ ਦੇਸੀਕਰਿਤ ਨਾਗਰਕ ਹੈ?	ਪ੍ਰਾਯੋਜਤ? (ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) ਜੇਕਰ ਹਾਂ? ਤਾਂ ਸਵਾਲ 6f ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ
		ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਕਾਰ: ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੰਬਰ:	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
		ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਕਾਰ: ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੰਬਰ:	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
		ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਕਾਰ: ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੰਬਰ:	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

ਕੀ ਉਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 10 ਸਾਲਾਂ (40 ਤਿਮਾਹੀਆਂ) ਦਾ ਕਾਰਜ ਇਤਿਹਾਸ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ? \_\_\_\_\_

ਕੀ ਉਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ T-Visa ਜਾਂ U-Visa, VAWA ਪਟੀਸ਼ਨ ਹੈ, ਜਾਂ ਉਸਨੇ ਉਸ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਉਸ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਦੀ ਉਸਦੀ ਯੋਜਨਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ? \_\_\_\_\_

ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ 'ਚ ਆਪਣਾ ਆਵਾਸ ਦਾ ਦਰਜਾ ਬਦਲਿਆ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਨਾਂ	ਕੀ ਬਦਲਿਆ ਸੀ?	ਬਦਲਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਬਾਹਰਲਾ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)
ਨਾਂ	ਕੀ ਬਦਲਿਆ ਸੀ?	ਬਦਲਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਬਾਹਰਲਾ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)



**6f. ਪ੍ਰਾਯੋਜਤ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ** - ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਾਯੋਜਤ ਗੈਰ-ਨਾਗਰਕਾਂ ਲਈ ਜਵਾਬ ਦਿਓ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ।  
 ਕੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੇ ਇਕ I-864 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਸਨ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਵਾਲ ਦੇ ਬਾਕੀ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।  
 ਜੇਕਰ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੇ ਇਕ 1-134 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਸਨ ਤਾਂ ਇਹ ਸਵਾਲ ਛੱਡ ਦਿਓ।

ਕੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਬਾਕਾਇਦਾ ਆਰਥਿਕ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿੰਨੀ? \$ \_\_\_\_\_  
 ਕੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਬਾਕਾਇਦਾ ਇਨ੍ਹਾਂ 'ਚੋਂ ਕਿਸੇ ਨਾਲ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)?  
 ਕਿਰਾਇਆ  ਕਪੜੇ  ਭੋਜਨ  ਕੁਝ ਹੋਰ \_\_\_\_\_

ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਨਾਂ	ਕੌਣ ਪ੍ਰਾਯੋਜਤ ਹੈ?	ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ
ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਨਾਂ	ਕੌਣ ਪ੍ਰਾਯੋਜਤ ਹੈ?	ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ



**6g. ਕੀ ਸਵਾਲ 6 'ਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਗਏ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਹੈ ਜੋ ਘਰ 'ਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੀ/ਰਹਿੰਦਾ?**  
 ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ(ਉਨ੍ਹਾਂ) ਬੱਚੇ(ਆਂ) ਅਤੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦਾ(ਦੇ) ਨਾਂ ਲਿਖੋ ਜੋ ਘਰ 'ਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੇ।  
 ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ।



ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਂ	ਘਰ 'ਚ ਨਾ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ
ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਂ	ਘਰ 'ਚ ਨਾ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ



**6h. ਕੀ ਸਵਾਲ 6 'ਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ 19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਇਕ ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਉਹ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਮੁੱਖ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ?**



ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ। ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ? \_\_\_\_\_



**6i. ਕੀ ਸਵਾਲ 6 'ਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸਰੀਰਕ, ਮਾਨਸਕ, ਭਾਵਾਤਮਕ, ਜਾਂ ਵਿਕਾਸ ਸਬੰਧੀ ਅਸਮਰੱਥਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿਰਿਆਵਾਂ (ਜਿਵੇਂ ਨਹਾਉਣਾ, ਕਪੜੇ ਪਾਉਣਾ, ਰੋਜ਼ ਦੇ ਕੰਮ) ਨੂੰ ਸੀਮਿਤ ਕਰਦੀ ਹੈ?**  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਨਾਂ: \_\_\_\_\_ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_



**6j. ਸਵਾਲ 6 'ਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਰ ਅਸਮਰੱਥ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਭਰੋ।**

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਵਿਅਕਤਕ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸੁਵਿਧਾ ਰਾਹੀਂ ਰੋਜ਼ ਦੀਆਂ ਕਿਰਿਆਵਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ:
ਅਸਮਰੱਥਾ ਰਹਿਣ ਦੀ ਅਨੁਮਾਨਿਤ ਮਿਆਦ: <input type="checkbox"/> 30 ਦਿਨ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ <input type="checkbox"/> 12 ਮਹੀਨੇ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ	ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਨੌਕਰੀ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਦੇ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ ਹਨ ਜੋ ਨੌਕਰੀ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ 'ਚ ਉਸਦੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ? ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਵੀਲ੍ਹਚੇਅਰ, ਲੋਗ ਬ੍ਰੇਸਿੰਗ, ਆਦਿ। <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ:
ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਕੋਈ ਹੋਰ ਨੌਕਰੀ 'ਤੇ ਜਾਂ ਸਕੂਲ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸੁਵਿਧਾ ਜਾਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ 'ਚ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸੁਵਿਧਾ ਜਾਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਦਾ ਨਾਂ ਕੀ ਹੈ?
ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਵਿਅਕਤਕ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸੁਵਿਧਾ ਰਾਹੀਂ ਰੋਜ਼ ਦੀਆਂ ਕਿਰਿਆਵਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ:
ਅਸਮਰੱਥਾ ਰਹਿਣ ਦੀ ਅਨੁਮਾਨਿਤ ਮਿਆਦ: <input type="checkbox"/> 30 ਦਿਨ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ <input type="checkbox"/> 12 ਮਹੀਨੇ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ	ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਨੌਕਰੀ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਦੇ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ ਹਨ ਜੋ ਨੌਕਰੀ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ 'ਚ ਉਸਦੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ? ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਵੀਲ੍ਹਚੇਅਰ, ਲੋਗ ਬ੍ਰੇਸਿੰਗ, ਆਦਿ। <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ:
ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਕੋਈ ਹੋਰ ਨੌਕਰੀ 'ਤੇ ਜਾਂ ਸਕੂਲ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸੁਵਿਧਾ ਜਾਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ 'ਚ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸੁਵਿਧਾ ਜਾਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਦਾ ਨਾਂ ਕੀ ਹੈ?



**6k. ਕੀ ਪਰਵਾਰ 'ਚ ਕੋਈ ਬੱਚਾ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਦੱਸ ਵੱਲੋਂ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?**



ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।





**6l. ਵਿਦਿਆਰਥੀ**  
 ਕੀ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਕਾਲਜ ਜਾਂ ਵਿਵਸਾਇਕ ਸਕੂਲ 'ਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਸਕੂਲ/ਸਿਖਲਾਈ ਦਾ ਨਾਂ	ਪੰਜੀਕ੍ਰਿਤ ਸਥਿਤੀ (4 ਇਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)	ਨੋਕਰੀ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ?
		<input type="checkbox"/> ਅੱਧਾ ਸਮਾਂ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ <input type="checkbox"/> ਅੱਧੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਯੂਨਿਟਸ ਦੀ ਸੰਖਿਆ: _____	ਔਸਤਨ ਕੰਮ ਦੇ ਘੰਟੇ ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤਾ: _____
		<input type="checkbox"/> ਅੱਧਾ ਸਮਾਂ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ <input type="checkbox"/> ਅੱਧੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਯੂਨਿਟਸ ਦੀ ਸੰਖਿਆ: _____	ਔਸਤਨ ਕੰਮ ਦੇ ਘੰਟੇ ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤਾ: _____



**6m. ਕੀ ਸਵਾਲ 6 ਜਾਂ 6b 'ਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕੋਈ ਵੀ ਕੁੜੀ ਗਰਭਵਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸ਼ੋਰ ਮਾਂ ਹੈ?**  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਨਾਂ	ਕੀ ਇਸ ਕੁੜੀ ਦੀ ਉਮਰ 20 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ  ਕੀ ਇਹ ਕੁੜੀ ਇਕ ਕਿਸ਼ੋਰ ਮਾਂ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਜੇਕਰ ਉਮਰ 20 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ ਤਾਂ ਸਕੂਲੀ ਸਥਿਤੀ <input type="checkbox"/> ਹਾਈ ਸਕੂਲ ਡਿਪਲੋਮਾ ਹੈ <input type="checkbox"/> GED ਹੈ <input type="checkbox"/> ਬਾਕਾਇਦਾ ਸਕੂਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ <input type="checkbox"/> ਬਾਕਾਇਦਾ ਸਕੂਲ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦੀ (ਕਾਰਨ ਦੱਸੋ):	ਨਿਯਤ ਮਿਤੀ (ਜੇਕਰ ਗਿਆਤ ਹੈ)	ਇਸ ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਤੋਂ ਕਿੰਨੇ ਬੱਚੇ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ?
ਨਾਂ	ਕੀ ਇਸ ਕੁੜੀ ਦੀ ਉਮਰ 20 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ  ਕੀ ਇਹ ਕੁੜੀ ਇਕ ਕਿਸ਼ੋਰ ਮਾਂ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਜੇਕਰ ਉਮਰ 20 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ ਤਾਂ ਸਕੂਲੀ ਸਥਿਤੀ <input type="checkbox"/> ਹਾਈ ਸਕੂਲ ਡਿਪਲੋਮਾ ਹੈ <input type="checkbox"/> GED ਹੈ <input type="checkbox"/> ਬਾਕਾਇਦਾ ਸਕੂਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ <input type="checkbox"/> ਬਾਕਾਇਦਾ ਸਕੂਲ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦੀ (ਕਾਰਨ ਦੱਸੋ):	ਨਿਯਤ ਮਿਤੀ (ਜੇਕਰ ਗਿਆਤ ਹੈ)	ਇਸ ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਤੋਂ ਕਿੰਨੇ ਬੱਚੇ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ?



**6n. ਕੀ ਕਦੇ ਕਿਸੇ ਨੂੰ Cal-Learn ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਤੋਂ ਨਕਦ ਬੋਨਸ ਮਿਲਿਆ ਜਾਂ ਜੁਰਮਾਨਾ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਜਾਂ ਬਾਲ ਦੇਖਭਾਲ, ਢੋਆ ਵੁਆਈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸੇਵਾ 'ਚ ਮਦਦ ਮਿਲੀ ਹੈ?**  
 ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਨਾਂ	ਕਿੱਥੇ (ਕਾਉਂਟੀ)	ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੀ(ਆਂ) ਮਿਤੀਆਂ(ਮਿਤੀਆਂ)



**6o. ਕੀ ਸਵਾਲ 6 'ਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਕਦੇ ਕਿਤੇ ਗੋਦ ਲਿਆ ਗਿਆ ਸੀ?**  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ।

ਨਾਂ:	ਕਦੇ:	ਸਟੇਟ:	ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਉਮਰ 26 ਸਾਲ ਜਾਂ ਉਸਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਦੇ 18ਵੇਂ ਜਨਮਦਿਨ 'ਤੇ ਕੀ ਉਹ ਗੋਦ ਲੈਣ ਵਾਲਿਆਂ ਕੋਲ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਨਾਂ:	ਕਦੇ:	ਸਟੇਟ:	ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਉਮਰ 26 ਸਾਲ ਜਾਂ ਉਸਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਦੇ 18ਵੇਂ ਜਨਮਦਿਨ 'ਤੇ ਕੀ ਉਹ ਗੋਦ ਲੈਣ ਵਾਲਿਆਂ ਕੋਲ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ



6p. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ 'ਚ ਕੋਈ ਗੋਦ ਲਿਆ ਗਿਆ ਬੱਚਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਗੋਦ ਲੈਣ ਸਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮਿਲ ਰਹੀਆਂ ਹਨ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ?

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗੋਦ ਲਏ ਗਏ ਬੱਚੇ(ਆਂ) ਬਾਰੇ ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ:

ਕੀ ਇਸ(ਇਨ੍ਹਾਂ) ਬੱਚੇ(ਆਂ) ਨੂੰ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਆਦੇਸ਼ ਹੇਠ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ ਸੀ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ CalFresh ਕੇਸ 'ਚ ਗੋਦ ਲਏ ਗਏ ਬੱਚੇ(ਆਂ) ਨੂੰ ਗਿਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਗੋਦ ਲੈਣ ਸਬੰਧੀ ਆਮਦਨੀ ਨੂੰ ਕਮਾਈ ਨਹੀਂ ਗਈ ਆਮਦਨੀ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਗੋਦ ਲੈਣ ਸਬੰਧੀ ਆਮਦਨੀ ਨੂੰ ਕਮਾਈ ਨਹੀਂ ਗਈ ਆਮਦਨੀ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।



6q. ਕੀ ਸਵਾਲ 6 'ਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ 'ਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇੱਥੇ ਰਹਿਣਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰਦਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ।



6r. ਕੀ ਸਵਾਲ 6 'ਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ 30 ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਮੇਂ ਲਈ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਜਾਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ।

ਨਾਂ	ਉਹ ਕਦੇ ਜਾਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਨ?	ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ 'ਚ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਦੋਂ:
ਨਾਂ	ਉਹ ਕਦੇ ਜਾਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਨ?	ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ 'ਚ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਦੋਂ:



7. ਕਮਾਈ ਨਹੀਂ ਗਈ ਆਮਦਨੀ

ਕੀ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਅਜਿਹੀ ਆਮਦਨੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਕੰਮ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀ (ਕਮਾਈ ਨਹੀਂ ਗਈ)?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।

ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਇਨ੍ਹਾਂ ਉਦਾਹਰਨਾਂ ਤੋਂ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਹਰ ਕਿਸਮ ਦੀ ਕਮਾਈ ਨਹੀਂ ਗਈ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ (ਹੋਰ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਇੱਥੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ):

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਅਸਮਰੱਥਾ                               | <input type="checkbox"/> ਹੁੰਡੀਆਂ, ਇਕਰਾਰਨਾਮਿਆਂ, ਟ੍ਰਸਟ ਦੇ ਪੱਟੇਆਂ, ਵਚਨ ਪੱਤਰਾਂ ਦੀ ਵਿੱਕਰੀ | <input type="checkbox"/> ਲਾਟਰੀ/ਜੁਏ 'ਚ ਜਿੱਤੀ ਰਕਮ        |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP   | <input type="checkbox"/> ਤਜਰਬੇਕਾਰ ਸਿੱਖਿਆ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫਿਟ/ਆਮਦਨੀ                         | <input type="checkbox"/> ਕਿਰਾਏ/ਭੋਜਨ/ਕਪੜਿਆਂ 'ਚ ਮਦਦ      |
| <input type="checkbox"/> ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ  | <input type="checkbox"/> ਸਰਕਾਰੀ/ਰਿਲੇਏਡ ਤੋਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਜਾਂ ਸੇਵਾਨਿਵਿਰਤੀ                   | <input type="checkbox"/> ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਕਨੂੰਨੀ ਸਮਝੌਤੇ        |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI/RCA                          | <input type="checkbox"/> ਤਜਰਬੇਕਾਰ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫਿਟ ਜਾਂ ਮਿਲਿਟਰੀ ਪੈਨਸ਼ਨ                   | <input type="checkbox"/> ਨਿੱਜੀ ਅਸਮਰੱਥਾ ਜਾਂ ਸੇਵਾਨਿਵਿਰਤੀ |
| <input type="checkbox"/> ਕਮਰਾ ਅਤੇ ਰਿਹਾਇਸ਼ (ਕਿਰਾਏ 'ਤੇ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਤੋਂ)             | <input type="checkbox"/> ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ (ਸਕੂਲੀ ਅਨੁਦਾਨ/ਕਰਜ਼/ਵਜ਼ੀਫ਼ੇ)                    | <input type="checkbox"/> ਡਿਵਿਡੈਂਡ ਅਤੇ ਵਿਆਜ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ   |
| <input type="checkbox"/> ਪੈਨਸ਼ਨ  | <input type="checkbox"/> ਰਕਮ ਦੇ ਤੋਹਫ਼ੇ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕਰਜ਼                                  | <input type="checkbox"/> ਹਤਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫਿਟ           |
| <input type="checkbox"/> ਬਾਲ/ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਸਹਾਇਤਾ                                  | <input type="checkbox"/> ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਬੀਮਾ/ਸਟੇਟ ਅਸਮਰੱਥਾ ਬੀਮਾ (SDI)                     | <input type="checkbox"/> ਕੁਝ ਹੋਰ _____                 |
| <input type="checkbox"/> ਕਿਰਾਇਆ/ਰੋਇਲਟੀਆਂ                                       | <input type="checkbox"/> ਮੁਲਾਜ਼ਮਾਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ  |  |
| <input type="checkbox"/> ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਸੇਵਾਨਿਵਿਰਤੀ ਜਾਂ ਜੀਊਦਿਆਂ ਲਈ ਬੈਨਿਫਿਟ    | <input type="checkbox"/> ਨੈਟ ਖੇਤੀਬਾੜੀ/ਸੱਛੀ ਵਣਜ                                       |  |
| <input type="checkbox"/> ਪ੍ਰਤੀ ਵਿਅਕਤੀ ਭੁਗਤਾਨ                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> ਨੌਕਰੀ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਾਈ/ਕੰਮ ਕਰਨ 'ਚ ਭਲਾਈ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ |  |  |

ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਰਕਮ ਮਿਲ ਰਹੀ ਹੈ?	ਕਿੱਥੋਂ?	ਕਿੰਨੀ?	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ? (ਇਕ ਵਾਰ, ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ, ਮਹੀਨੇਵਾਰ, ਜਾਂ ਕੁਝ ਹੋਰ)	ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ? (ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)
				<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
				<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
				<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
				<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਇਹ ਆਮਦਨੀ ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਰਨ ਦੱਸੋ:



**8. ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ**

ਕੀ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਨੌਕਰੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ (ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ)?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।  
ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

**ਨੋਟ:** ਜੇਕਰ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਵਾਲ 8a ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਟੈਕਸ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕਟੌਤੀਆਂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਸਾਰੀ ਆਮਦਨੀ (ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ) ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ।

ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਉਦਾਹਰਨ ਹਨ (ਇਹ ਉਦਾਹਰਨ ਪੂਰ-ਸਮੇਂ, ਅਸਥਾਈ ਮੌਸਮੀ ਕੰਮ, ਜਾਂ ਸਿਖਲਾਈ ਸਬੰਧੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਉਦਾਹਰਨ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ ਇੱਥੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ):

- ਮਿਹਨਤਾਨੇ
- ਕਮਿਸ਼ਨਾਂ
- ਬਖਸ਼ੀਸ਼ਾਂ
- ਤਨਖਾਹਾਂ
- ਨੌਕਰੀ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਾਈ (ਵਿਦਿਆਰਥੀ)
- ਕੋਈ ਵੀ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਕੰਮ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਲੱਭਣ 'ਚ ਕਾਉਂਟੀ ਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕੀਤੀ ਸੀ।

ਨੌਕਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ	ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ	ਮਾਲਕ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਘੰਟੇਵਾਰ ਦਰ	ਔਸਤ ਘੰਟੇ ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤਾ	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ? (ਇਕ ਵਾਰ, ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ, ਮਹੀਨੇਵਾਰ, ਕੁਝ ਹੋਰ)	ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਕੁੱਲ ਕਮਾਈ ਗਈ ਆਮਦਨੀ?	ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ? (✓ ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਇਹ ਆਮਦਨੀ ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਰਨ ਦੱਸੋ:



ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ 'ਚ ਕਿਸੇ ਨੇ ਨੌਕਰੀ ਗੁਆਈ ਹੈ, ਨੌਕਰੀਆਂ ਬਦਲੀਆਂ ਹਨ, ਨੌਕਰੀ ਛੱਡੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਕੰਮ ਦੇ ਘੰਟੇ ਘਟਾਏ ਹਨ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ 'ਚ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਕੀ ਕਾਉਂਟੀ ਨੇ ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਲੈਣ 'ਚ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਮਦਦ ਕੀਤੀ ਸੀ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ ਨੇ?	ਨੌਕਰੀ ਗੁਆਉਣ, ਛੱਡਣ, ਜਾਂ ਬਦਲਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਅਖੀਰਲੀ ਤਨਖਾਹ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਕਾਰਨ?
ਹਫ਼ਤਾ 'ਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਮਿਤੀ?	ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ ਨੇ?	ਹਫ਼ਤਾ 'ਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਅਖੀਰਲੀ ਤਨਖਾਹ ਦੀ ਮਿਤੀ
<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			



**8a. ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ**

ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਵਾਲੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸਬੰਧੀ ਅਸਲੀ ਖਰਚੇ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹਨ (ਜਾਂ CalFresh ਜਾਂ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ 'ਚੋਂ ਮਿਆਰੀ 40% ਕਟੌਤੀ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹਨ)। ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, ਤੁਸੀਂ ਇਕ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਔਸਤ ਚੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ (ਸਾਲਾਨਾ ਵਿਵਸਾਇਕ ਲਾਗਤ ਭਾਗ 12 ਮਹੀਨੇ)। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅਸਲੀ ਖਰਚੇ ਚੁਣਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਕ ਵੱਖਰੇ ਕਾਗਜ਼ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਵਿਵਸਾਇਕ ਖਰਚੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ।

ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ	ਵਿਵਸਾਏ ਦਾ ਨਾਂ	ਵਿਵਸਾਏ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਵਿਵਸਾਏ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨੀ	ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸਬੰਧੀ ਖਰਚੇ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ✓ ਇਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)	*ਸ਼ੁੱਧ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨੀ
				\$	<input type="checkbox"/> 40% ਸਥਿਰ ਦਰ (CalFresh /ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ) <input type="checkbox"/> ਅਸਲੀ ਖਰਚੇ \$ _____ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਔਸਤ \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% ਸਥਿਰ ਦਰ (CalFresh /ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ) <input type="checkbox"/> ਅਸਲੀ ਖਰਚੇ \$ _____ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਔਸਤ \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% ਸਥਿਰ ਦਰ (CalFresh /ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ) <input type="checkbox"/> ਅਸਲੀ ਖਰਚੇ \$ _____ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਔਸਤ \$ _____	\$

\* ਸ਼ੁੱਧ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨੀ ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਅੰਤਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

**9. ਹੋਰ ਆਮਦਨੀ**

ਕੀ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਜਾਂ ਕਿਰਾਇਆ, ਮਦਦਗਾਰ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਮੁਫਤ ਜਾਂ ਕੰਮ ਦੇ ਬਦਲੇ ਭੋਜਨ ਜਾਂ ਕਪੜੇ ਮਿਲਦੇ ਹਨ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।  
 ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਆਈਟਮ	ਮੁਫਤ	ਕੰਮ ਦੇ ਬਦਲੇ	ਆਈਟਮ ਕਿਸਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ?	ਮੁੱਲ	ਆਈਟਮ ਕੌਣ ਦਿੰਦਾ ਹੈ?
ਰਿਹਾਇਸ਼ ਜਾਂ ਕਿਰਾਇਆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
ਮਦਦਗਾਰ ਸੇਵਾਵਾਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
ਭੋਜਨ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
ਫਲੋਟਹਿਨਿਗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	

**10. ਸਾਲਾਨਾ ਆਮਦਨੀ**

ਕੀ ਕਿਸੇ ਦੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ (ਕਮਾਈ ਨਹੀਂ ਗਈ, ਕਮਾਈ ਗਈ, ਅਤੇ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ) ਮਹੀਨੇ-ਦਰ-ਮਹੀਨੇ ਬਦਲਦੀ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।  
 ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਇਸ ਸਾਲ ਉਸਦੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ ਕਿੰਨੀ ਹੋਵੇਗੀ?	ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਉਸਦੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ ਕਿੰਨੀ ਹੋਵੇਗੀ (ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਵੱਖਰੀ ਹੋਵੇਗੀ)?
	\$	\$
	\$	\$

**11. ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਬਾਲ/ਬਾਲਗ ਦੇਖਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਖਰਚੇ (ਜੇਕਰ ਸੰਭਾਵੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਖਰਚੇਆਂ ਨੂੰ ਇਕ ਕਟੌਤੀ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਲਾਗਤ ਦੀ ਅਸਲੀ ਰਕਮ)।**

ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ, ਅਸਮਰੱਥ ਬਾਲਗ, ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਆਸਰਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਦੂਜਾ ਵਿਅਕਤੀ ਨੌਕਰੀ 'ਤੇ, ਸਕੂਲ ਜਾ ਸਕੋ, ਜਾਂ ਨੌਕਰੀ ਲੱਭ ਸਕੋ?  
 ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।  
 ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਦੇਖਭਾਲ ਕਿਸਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ?	ਦੇਖਭਾਲ ਕੌਣ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦਾ ਹੈ? (ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ)	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ?	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ? (ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ/ ਮਹੀਨੇਵਾਰ, ਹੋਰ)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਲ/ਬਾਲਗ ਦੇਖਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਉਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੀ ਗਈ ਪੂਰੀ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਰਕਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ?  
 ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਭਰੋ।

ਦੇਖਭਾਲ ਕਿਸਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ?	ਭੁਗਤਾਨ ਕੌਣ ਕਰਦਾ ਹੈ?	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ?	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ? (ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ/ ਮਹੀਨੇਵਾਰ, ਹੋਰ)
		\$	
		\$	

**12. ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਸਬੰਧੀ ਭੁਗਤਾਨ**

ਕੀ ਸਵਾਲ 6 'ਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ, ਵਾਪਸੀ ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਸਮੇਤ, ਕਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੈ?  
 ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।  
 ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੌਣ ਕਰਦਾ ਹੈ?	ਉਸ(ਉਨ੍ਹਾਂ) ਬੱਚੇ(ਆਂ) ਦਾ(ਏ) ਨਾਂ ਜਿਸ(ਜਿਨ੍ਹਾਂ) ਲਈ ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ:	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ?	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ? (ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ/ ਮਹੀਨੇਵਾਰ, ਹੋਰ)
		\$	
		\$	



**13. ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਵੱਲੋਂ ਸਹਾਇਤਾ/ਨਿਰਬਾਹ ਖਰਚ**

ਕੀ ਸਵਾਲ 6 'ਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਕਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਵੱਲੋਂ ਸਹਾਇਤਾ/ਨਿਰਬਾਹ ਖਰਚ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।  
 ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਵੱਲੋਂ ਸਹਾਇਤਾ/ਨਿਰਬਾਹ ਖਰਚ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੌਣ ਕਰਦਾ ਹੈ?	ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ?	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ? (ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ, ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ 'ਚ ਇੱਕ ਵਾਰ, ਮਹੀਨੇਵਾਰ, ਕੁਝ ਹੋਰ)
	\$	
	\$	

**14. ਖ਼ਾਸ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਸਬੰਧੀ ਖ਼ਰਚੇ**

ਕੀ ਕਿਸੇ ਦੀ ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਡਾਕਟਰੀ ਹਾਲਤ ਜਾਂ ਸਥਿਤੀ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਖ਼ਾਸ ਖ਼ਰਾਕ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਕੋਈ ਹੋਰ ਖ਼ਾਸ ਜ਼ਰੂਰਤ? (ਸਪਸ਼ਟ ਕਰੋ) <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਖ਼ਾਸ ਫ਼ੋਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਉਪਕਰਨ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
ਘਰ ਦਾ ਕੰਮ (ਘਰ 'ਚ ਕੋਈ ਵੀ ਉਹ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ)? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਖ਼ਾਸ ਜ਼ਰੂਰਤ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ ਅਤੇ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ:
ਮਦਦਗਾਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਰਤੋਂ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
ਖ਼ਾਸ ਲਾਂਡਰੀ ਸੇਵਾ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	

**15. ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਖ਼ਰਚੇ**

ਕੀ ਅਜਿਹਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਖ਼ਰੀਦਦੇ ਅਤੇ ਪਕਾਉਂਦੇ ਹੋ ਉਸਨੂੰ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਖ਼ਰਚ ਲਈ ਬਿਲ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।  
 ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

**ਨੋਟ:** ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਸਹਾਇਤਾ, ਜਿਵੇਂ HUD ਜਾਂ ਧਾਰਾ 8, ਦੁਆਰਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ ਨਾ ਭਰੋ। ਹੀਟਿੰਗ ਅਤੇ ਕੂਲਿੰਗ, ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ, ਦੂਜੀਆਂ ਮਦਦਗਾਰ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਅਤੇ ਬੇਘਰਾਂ ਲਈ ਟਿਕਾਣਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਭੱਤੇ ਹਨ। ਅਸਲੀ ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ ਭਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਖ਼ਰਚੇਆਂ ਦੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ	ਖ਼ਰਚਾ ਹੈ?	ਭੁਗਤਾਨ ਕੌਣ ਕਰਦਾ ਹੈ?	ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਬਿਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ? (ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ/ਮਹੀਨੇਵਾਰ)
ਕਿਰਾਇਆ ਜਾਂ ਘਰ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		\$	
ਸੰਪੱਤੀ ਟੈਕਸ ਅਤੇ ਬੀਮਾ (ਜੇਕਰ ਕਿਰਾਏ ਜਾਂ ਮੌਰਟਗੇਜ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਵਸੂਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ)	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		\$	
ਗੈਸ, ਬਿਜਲੀ, ਜਾਂ ਹੀਟਿੰਗ ਜਾਂ ਕੂਲਿੰਗ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਈਧਣ, ਜਿਵੇਂ ਲਕੜ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਪੇਨ (ਜੇਕਰ ਕਿਰਾਏ ਜਾਂ ਮੌਰਟਗੇਜ ਤੋਂ ਵੱਖਰੇ ਹਨ)	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ/ਸੈਲਫ਼ੋਨ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਬੇਘਰਾਂ ਲਈ ਟਿਕਾਣੇ ਸਬੰਧੀ ਖ਼ਰਚੇ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਪਾਣੀ, ਸੀਵੇਜ, ਕੂੜਾ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਕੀ ਅਜਿਹਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ 'ਚ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਗਏ ਖ਼ਰਚੇਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ 'ਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ।		ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ 'ਚ ਕੌਣ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ?	ਕਿੰਨੀ? \$	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ?

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਨੂੰ ਘੱਟ ਆਮਦਨੀ ਘਰੇਲੂ ਉਰਜਾ ਸਹਾਇਤਾ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ (LIHEAP) ਵਲੋਂ ਕੋਈ ਭੁਗਤਾਨ ਮਿਲਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਉਹ ਮਿਲਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

**16. ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ:**

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਦੇ ਅਤੇ ਪਕਾਉਂਦੇ ਹੋ ਇਕ ਬਜ਼ੁਰਗ (60 ਸਾਲ ਜਾਂ ਉਸਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ) ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਆਪਣੇ ਵੱਲੋਂ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚ ਕਰਨੇ ਪੈਂਦੇ ਹਨ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।  
 ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।  
**ਨੋਟ:** ਕਿਸੇ SSI ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਅਤੇ ਨੇਤਰਹੀਨ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਲਈ ਆਸਰਤ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀਆਂ ਜਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨਾ ਕਰੋ।  
 ਉਹ ਖਰਚੇ ਲਿਖੇ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਸਮੇਂ 'ਚ ਤੁਸੀਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰਦੇ ਹੋ।

ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਯੋਗ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ ਹਨ:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਂ ਦੰਦਾ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ                             | <input type="checkbox"/> ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ (ਖਰਚ 'ਚ Medi-Cal ਦਾ ਹਿੱਸਾ, ਆਦਿ)           | <input type="checkbox"/> ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਢੋਆ ਢੁਆਈ (ਮਾਇਲੇਜ ਅਤੇ ਫੀਸ) ਅਤੇ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਾ ਖਰਚ |
| <input type="checkbox"/> ਹਸਪਤਾਲ 'ਚ ਦਾਖਲਾ/ਬਾਹਰੀ ਮਰੀਜ਼ ਇਲਾਜ/ਨਰਸਿੰਗ ਦੇਖਭਾਲ        | <input type="checkbox"/> ਨਕਲੀ ਦੰਦ, ਹਿਅਰਿੰਗ ਏਡਜ਼ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਸਥੇਟਿਕਸ                      | <input type="checkbox"/> ਨਿਰਧਾਰਤ ਚਸ਼ਮਾ ਅਤੇ ਕੌਨਟੈਕਟ ਲੈਂਸ   |
| <input type="checkbox"/> ਨਿਰਧਾਰਤ ਦਵਾਈਆਂ  | <input type="checkbox"/> ਉਮਰ, ਬਿਮਾਰੀ, ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਕਰਕੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਕ ਸਹਾਇਕ ਰੱਖਣਾ | <input type="checkbox"/> ਨਿਰਧਾਰਤ ਡਾਕਟਰੀ ਸਮੱਗਰੀ ਅਤੇ ਉਪਕਰਨ  |
| <input type="checkbox"/> ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ 'ਚ ਦਾਖਲੇ ਸਬੰਧੀ ਬੀਮਾ ਪਾਲਸੀ ਦੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ | <input type="checkbox"/> ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਭੋਜਨ ਦੀ ਸੰਖਿਆ ਅਤੇ ਖਰਚ                    | <input type="checkbox"/> ਸੇਵਾ ਪਸ਼ੂਆਂ ਸਬੰਧੀ ਖਰਚੇ (ਭੋਜਨ, ਪਸ਼ੂ ਚਿਕਿਤਸਕ ਦੇ ਬਿਲ, ਆਦਿ)                            |
|  | <input type="checkbox"/> ਨਿਰਧਾਰਤ ਆਮ ਦਵਾਈਆਂ   |   |

ਬਜ਼ੁਰਗ/ਅਸਮਰੱਥ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਖਰਚੇ ਦੀ ਰਕਮ	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ? (ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ, ਮਹੀਨੇਵਾਰ, ਹੋਰ)	ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦਾ ਖਰਚਾ ਹੈ? (ਨੁਸਖੇ, ਨਕਲੀ ਦੰਦ, ਸਹਾਇਕ ਲਈ ਭੋਜਨ ਦੀ #, ਆਦਿ)	ਕੀ ਪਰਵਾਰ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ ਲਈ ਮੁੜ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ? (Medi-Cal, ਬੀਮਾ, ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸ, ਆਦਿ ਦੁਆਰਾ)
	\$			ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸਦੇ ਦੁਆਰਾ: ਕਿੰਨਾ: \$
	\$			ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸਦੇ ਦੁਆਰਾ: ਕਿੰਨਾ: \$

**17. ਹੋਰ ਟੈਕਸ-ਕਟੌਤੀ ਯੋਗ ਖਰਚੇ**

ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਅਜਿਹੀ ਕਿਸੇ ਚੀਜ਼ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਸੰਘੀ ਆਮਦਨੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ 'ਚ ਘਟਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਉਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣਾ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੇ ਖਰਚ ਨੂੰ ਕੁਝ ਘਟਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਅਜਿਹੀ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸਬੰਧੀ ਖਰਚਿਆਂ 'ਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਚੁੱਕੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਕਟੌਤੀ ਯੋਗ ਖਰਚ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਖਰਚਿਆਂ ਦੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ	ਖਰਚਾ ਹੈ?	ਭੁਗਤਾਨ ਕੌਣ ਕਰਦਾ ਹੈ?	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ? (ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ/ਮਹੀਨੇਵਾਰ)
ਨਿਰਬਾਹ ਖਰਚ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		
ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਕਰਜ਼ ਦਾ ਸੂਦ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		
ਦੂਜੀਆਂ ਕਟੌਤੀਆਂ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪਛਾਣੋ)	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		

**18. ਕੀ ਸਵਾਲ 6 'ਚ ਦੱਸਿਆ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ 'ਚੋਂ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਭੋਜਨ ਮਿਲਦਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ**

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

- ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ/ਅਸਮਰੱਥਾਂ ਲਈ ਸਮੁਦਾਇਕ ਭੋਜਨ ਸੁਵਿਧਾ
- ਅਮਰੀਕੀ ਵਸਨੀਕ ਆਰਕਸ਼ਣ ਦੁਆਰਾ ਚਲਾਇਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਭੋਜਨ ਵਿਤਰਣ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ
- ਕੋਈ ਹੋਰ ਭੋਜਨ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸਦੇ ਦੁਆਰਾ?	ਕਿਹੜਾ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ?
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸਦੇ ਦੁਆਰਾ?	ਕਿਹੜਾ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ?

**19. ਕੀ ਸਵਾਲ 6 'ਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਇਨ੍ਹਾਂ 'ਚੋਂ ਕਿਸੇ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ**

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

- ਬੇਘਰਾਂ ਲਈ ਟਿਕਾਣਾ
- ਨੇਤਰਹੀਨਾਂ/ਅਸਮਰੱਥਾਂ ਲਈ ਸਮੂਹਕ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਮ
- ਦੁਰਵਿਹਾਰ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹੋਈਆਂ ਇਸਤਰੀਆਂ ਲਈ ਟਿਕਾਣਾ
- ਸੰਘੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਰਥਿਕ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਰਿਹਾਇਸ਼
- ਅਮਰੀਕੀ ਵਸਨੀਕਾਂ ਲਈ ਆਰਕਸ਼ਣ
- ਮਾਨਸਿਕ ਹਸਪਤਾਲ/ਮਾਨਸਿਕ ਸੰਸਥਾ
- ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈ/ਸ਼ਰਾਬ ਪੁਨਰਵਾਸ ਕੇਂਦਰ
- ਹਸਪਤਾਲ
- ਸੁਧਾਰ ਕੇਂਦਰ/ਦੰਡਾਤਮਕ ਸੰਸਥਾ (ਜੇਲ੍ਹ ਜਾਂ ਕੈਦਖਾਨਾ)
- ਲੰਮੇ-ਸਮੇਂ ਲਈ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਸੁਵਿਧਾ

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਸੰਸਥਾ ਦਾ ਨਾਂ (ਕੇਂਦਰ, ਟਿਕਾਣਾ, ਸੁਵਿਧਾ, ਆਦਿ)	ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਅਨੁਮਾਨਿਤ ਮਿਤੀ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ)

**20.** ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਇਨ-ਹੋਮ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ (IHSS) ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਰਹੀਆਂ ਹਨ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ।

ਸੇਵਾਵਾਂ ਕਿਸਨੂੰ ਮਿਲਦੀਆਂ ਹਨ? \_\_\_\_\_ ਤੁਸੀਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਕਿੰਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ? \_\_\_\_\_  
\$ \_\_\_\_\_

**21.** ਕੀ ਸਵਾਲ 6 'ਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਦਾ ਅਤੇ ਪਕਾਉਂਦਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਉਹ ਲੋਕ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਦੇ ਅਤੇ ਪਕਾਉਂਦੇ ਨਹੀਂ ਹਨ।

ਨਾਂ \_\_\_\_\_ ਨਾਂ \_\_\_\_\_  
ਨਾਂ \_\_\_\_\_ ਨਾਂ \_\_\_\_\_

ਨਾਂ \_\_\_\_\_ ਨਾਂ \_\_\_\_\_

**21a.** ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ 60 ਸਾਲ ਜਾਂ ਉਸਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਉਹ ਕਿਸੇ ਅਸਮਰੱਥਾ ਕਰਕੇ ਭੋਜਨ ਖਰੀਦਣ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਵੱਖਰਾ ਪਕਾਉਣ 'ਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ: \_\_\_\_\_

**22.** ਅਜਿਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ ਜਿਸਨੂੰ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵੱਲੋਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ 'ਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਬੀਮੇ ਦੀ ਕਿਸਮ ਜਾਂਚੋ ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀ(ਆਂ) ਦੇ ਬੀਮੇ ਦੇ ਨਾਲ ਉਸਦਾ(ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ) ਨਾਂ ਲਿਖੋ।

<input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal	<input type="checkbox"/> ਮਾਲਕ ਵੱਲੋਂ ਬੀਮਾ
<input type="checkbox"/> CHIP	ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦਾ ਨਾਂ _____
<input type="checkbox"/> Medicare	ਪਾਲਸੀ ਸੰਖਿਆ: _____
<input type="checkbox"/> TRICARE (ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਿੱਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ Line of Duty (ਫੌਜ ਤੋਂ ਸੇਵਾਨਿਵਿਰਤੀ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੈ ਤਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਨਾ ਲਗਾਓ)	ਕੀ ਇਹ COBRA ਬੀਮਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਕੀ ਇਹ ਸੇਵਾਨਿਵਿਰਤ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
<input type="checkbox"/> VA ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ	ਕੀ ਇਹ ਸਟੇਟ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਫ਼ਾਇਦਾ ਯੋਜਨਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
<input type="checkbox"/> ਅਮਨ ਇਕਾਈ	<input type="checkbox"/> ਕੁਝ ਹੋਰ _____
	ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦਾ ਨਾਂ _____
	ਪਾਲਸੀ ਸੰਖਿਆ: _____
	ਕੀ ਇਹ ਯੋਜਨਾ ਸਕੂਲ-ਦੁਰਘਟਨਾ ਪਾਲਸੀ ਵਾਂਗ ਇਕ ਸੀਮਿਤ-ਬੈਨਿਫਿਟ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

**22a.** ਕੀ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨੌਕਰੀ ਵੱਲੋਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਬੀਮਾ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਤਿਕਾ ਅ ਭਰ ਕੇ ਉਸਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ।

**22b.** ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਖ਼ਤਮ ਹੋਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ 90 ਦਿਨਾਂ 'ਚ ਉਹ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ	ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਵਿਅਕਤੀ	ਸਮਾਪਤੀ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਇਸਦਾ ਕਾਰਨ ਕਿ ਉਹ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੈ ਜਾਂ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ

**22c.** ਕੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਪਿਛਲੇ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰੀ ਬਿਲਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ: \_\_\_\_\_

**23.** ਕੀ ਸਵਾਲ 6 'ਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਸੰਘੀ ਆਮਦਨੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਭਰਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।  
ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ 23e 'ਤੇ ਜਾਓ।

**23a.** ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਵਾਲ 23 ਦੇ ਜਵਾਬ 'ਚ ਹਾਂ ਲਿੱਖਿਆ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹਰ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਇਹ ਖੰਡ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਜਿਸਦੀ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਸੰਘੀ ਆਮਦਨੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਭਰਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੰਘੀ ਆਮਦਨੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਨਹੀਂ ਭਰਦੇ ਤਾਂ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ।

**23b.** ਸੰਘੀ ਆਮਦਨੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਭਰਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾ ਰਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_

**23c.** ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਨਾਲ ਸੰਯੁਕਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਭਰੇਗਾ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਦਾ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_

**23d.** ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਆਪਣੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ 'ਚ ਕਿਸੇ ਆਸਰਤ ਲਈ ਦਾਅਵਾ ਕਰੇਗਾ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਆਸਰਤਾਂ ਦੇ ਨਾਮ ਲਿਖੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਦਾਅਵਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ: \_\_\_\_\_

**23e.** 23d ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਆਸਰਤ(ਆਸਰਤਾਂ) ਦਾ ਉਸ ਟੈਕਸ ਫਾਇਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨਾਲ ਕੀ ਰਿਸ਼ਤਾ ਹੈ ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਦਾਅਵਾ ਕਰੇਗਾ? : \_\_\_\_\_

**23f.** ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਸਾਲਾਂ 'ਚ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨਾ ਸੌਖਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ। ਮੈਂ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨਸ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਮੇਤ, ਕੁਝ ਆਮਦਨੀ ਡੇਟਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਮੈਨੂੰ ਇਕ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜੋਗੇ, ਮੈਨੂੰ ਬਦਲਾਵ ਕਰਨ ਦਿਓਗੇ, ਅਤੇ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਉਸਨੂੰ ਛੱਡ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ।  
ਹਾਂ, ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਗਈ ਮਿਆਦ ਲਈ ਸਵੈਚਾਲਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਨਵਾਂ ਕਰ ਦਿਓ (ਇਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ):  ਅਗਲੇ 5 ਸਾਲ  ਅਗਲੇ 4 ਸਾਲ  ਅਗਲੇ 3 ਸਾਲ  
 ਅਗਲੇ 2 ਸਾਲ  ਅਗਲੇ 1 ਸਾਲ  ਨਹੀਂ, ਮੇਰਾ ਬੀਮਾ ਨਵਾਂ ਕਰਨ ਲਈ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨਸ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾ ਕਰੋ।

**24. ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਵਸੀਲੇ**

ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਕੋਈ ਵਸੀਲੇ ਹਨ (ਨਕਦੀ, ਬੈਂਕ 'ਚ ਰਕਮ, ਜਮ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਮਾਣਪੱਤਰ, ਸਟੋਕਸ ਅਤੇ ਬੌਂਡਸ, ਆਦਿ)?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਵਿਕਲਪਕ; ਸਿਰਫ਼ ਓਦੋਂ ਜਵਾਬ ਦਿਓ ਜਦੋਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ 65 ਜਾਂ ਉਸਤੋਂ ਵੱਧ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋਵੇ। ਜੇਕਰ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ CalFresh ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ।

ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਰ ਵਸੀਲੇ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ 'ਚ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਹੈ:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ਬੈਂਕ/ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਯੂਨੀਅਨ ਖਾਤਾ (ਚੈਕਿੰਗ) | <input type="checkbox"/> ਮੁਦਰਾ ਬਜ਼ਾਰ ਖਾਤਾ(ਖਾਤੇ)             | <input type="checkbox"/> ਸਟੋਕਸ                |
| <input type="checkbox"/> ਬੈਂਕ/ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਯੂਨੀਅਨ ਖਾਤਾ (ਬਚਤ)    | <input type="checkbox"/> ਮਯੂਚੁਅਲ ਫੰਡਸ/ਟ੍ਰਸਟ ਫੰਡਸ            | <input type="checkbox"/> ਬੌਂਡਸ                |
| <input type="checkbox"/> ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਜਮ੍ਹਾਂ ਬਾਕਸ              | <input type="checkbox"/> ਜਮ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਮਾਣਪੱਤਰ (CD)/IRA         | <input type="checkbox"/> ਨਾ ਭੁਣਾਏ ਗਏ ਚੈਕਸ     |
| <input type="checkbox"/> ਬਚਤ ਬੌਂਡ(ਸ)                       | <input type="checkbox"/> ਉਪਲਬਧ ਨਕਦੀ                         | <input type="checkbox"/> ਜੀਵਨ ਜਾਂ ਜਨਾਜ਼ਾ ਬੀਮਾ |
| <input type="checkbox"/> ਤੇਲ, ਖਣਨ ਜਾਂ ਖਣਿਜ-ਸਬੰਧੀ ਹੱਕ       | <input type="checkbox"/> ਹੁੰਡੀਆਂ, ਗਿਰਵੀ ਨਾਮੇ, ਟ੍ਰਸਟ ਦੇ ਪੱਟੇ | <input type="checkbox"/> ਕੁਝ ਹੋਰ: _____       |

ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸੰਯੁਕਤ ਖਾਤਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਇਹ ਦੱਸੋ।

ਉਪਰ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਏ ਗਏ ਹਰ ਖਾਨੇ ਲਈ, ਹੇਠਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ।

ਵਸੀਲਾ ਕਿਸਦੇ ਨਾਂ 'ਚ ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਹੈ?	ਵਸੀਲੇ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਉਸਦੀ ਕੀਮਤ ਕਿੰਨੀ ਹੈ?	ਵਸੀਲਾ ਕਿੱਥੇ ਹੈ? (ਉਸ ਬੈਂਕ ਜਾਂ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ ਜਿੱਥੇ ਰਕਮ ਰੱਖੀ ਗਈ ਹੈ)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ 'ਚ ਕਿਸੇ ਨੇ ਪਿਛਲੇ ਤੀਹ (30) ਮਹੀਨਿਆਂ 'ਚ ਕੋਈ ਵਸੀਲਾ ਵੇਚਿਆ, ਉਸਦਾ ਸੌਦਾ ਕੀਤਾ, ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਦੇ ਦਿੱਤਾ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਕੀਤਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਕਦੋਂ?	ਉਹ ਵਸੀਲਾ ਕੀ ਸੀ?	ਉਸਦੀ ਕੀਮਤ ਕਿੰਨੀ ਸੀ?	ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸਦੀ ਕਿੰਨੀ ਕੀਮਤ ਮਿਲੀ ਸੀ?
		\$	\$

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਵਸੀਲੇ ਦਾ ਸੌਦਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਦੇ ਦਿੱਤਾ ਸੀ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ: \_\_\_\_\_



ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਵਿਕਲਪਕ; ਸਿਰਫ਼ ਓਦੋਂ ਜਵਾਬ ਦਿਓ ਜਦੋਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ 65 ਜਾਂ ਉਸਤੋਂ ਵੱਧ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋਵੇ।

**25. ਨਿੱਜੀ ਸੰਪਤੀ**

ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਨਿੱਜੀ ਜਾਂ ਵਿਵਸਾਏ-ਸਬੰਧੀ ਸੰਪਤੀ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ


ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ ਜਾਓ।


- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ਔਜ਼ਾਰ            | <input type="checkbox"/> ਖੇਡ ਉਪਕਰਨ, ਬੰਦੂਕਾਂ  |
| <input type="checkbox"/> ਵਿਵਸਾਇਕ ਇਨਵੈਂਟਰੀ | <input type="checkbox"/> ਗੈਰ-ਮੋਟਰ ਬੋਟਸ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਟ੍ਰੇਲਰਸ                                   |
| <input type="checkbox"/> ਮਵੇਸ਼ੀ           | <input type="checkbox"/> ਕੈਂਪਰ ਸ਼ੈਲਸ   |
| <input type="checkbox"/> ਵਿਵਸਾਇਕ ਉਪਕਰਨ    | <input type="checkbox"/> ਨਿੱਜੀ ਉਪਕਰਨ   |
|   | <input type="checkbox"/> ਗਹਿਣੇ, ਕਲਾਕਿਰਤੀ, ਪਰਾਚੀਨ ਵਸਤਾਂ, ਸੰਗ੍ਰਹਿ, ਸਾਜ਼ (ਪਿਆਨੋ, ਔਰਗਨ, ਆਦਿ) |


ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਚੀਜ਼ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਮਲਕੀਅਤ ਹੋਣ ਹੋਵੇ। ਵਿਆਹ ਜਾਂ ਮੰਗਣੀ ਦੀਆਂ ਅੰਗੂਠੀਆਂ, ਪਰਵਾਰ ਦੀ ਵਿਰਾਸਤ, ਆਦਿ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ।


\$100 ਜਾਂ ਵੱਧ ਕੀਮਤ ਦੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਗਹਿਣੇ ਅਤੇ \$500 ਪ੍ਰਤੀ ਵਸਤ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਘਰੇਲੂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਵਸਤਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ।

ਚੀਜ਼	ਕੀ ਉਹ ਵੇਚਣ ਲਈ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ?	ਖਰੀਦ ਕੀਮਤ ਜਾਂ ਵਰਤਮਾਨ ਕੀਮਤ	ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ
	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	\$	\$


 ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਵਿਕਲਪਕ; ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਜਵਾਬ ਦਿਓ ਜਦੋਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ 65 ਜਾਂ ਉਸਤੋਂ ਵੱਧ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋਵੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਨਕਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਦਾ ਉਤਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

 **26. ਗੱਡੀ**  
ਕੀ ਕਿਸੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਮੋਟਰ ਗੱਡੀ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸ ਦਾ ਮਾਲਕ ਹੈ, ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਵਿਚ ਕਿਸੇ ਦਾ ਨਾਂ ਚੜਿਆ ਹੈ: ਜਿਵੇਂ ਕੀ ਕੋਈ ਕਾਰ, ਮੋਟਰਸਾਈਕਲ, ਸਨੋਮੋਬਾਇਲ, ਮਨੋਰੰਜਕ ਗੱਡੀ (RV), ਜਾਂ ਮੋਟਰਬੋਟ, ਵਗੈਰਾ, ਭਾਂਵੇ ਉਹ ਚਲਦਾ ਵੀ ਨਾ ਹੋਵੇ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅੰਤਿਕਾ E ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ


 **27. ਕੀ ਪ੍ਰਸ਼ਨ 6 ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਕੋਲ ਕਿਤੇ ਵੀ ਕੋਈ ਘਰ, ਜ਼ਮੀਨ ਜਾਂ ਜਾਇਦਾਦ ਹੈ ਜਾਂ ਖਰੀਦ ਰਹੇ ਹੋ, ਭਾਂਵੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਰਾਜ ਜਾਂ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ?**  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ।


 ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਵਿਕਲਪਕ; ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਜਵਾਬ ਦਿਓ ਜਦੋਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ 65 ਜਾਂ ਉਸਤੋਂ ਵੱਧ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋਵੇ।


ਘਰ/ਜਾਇਦਾਦ ਦਾ ਮਾਲਕ ਕੌਣ ਹੈ ਜਾਂ ਕੌਣ ਖਰੀਦ ਰਿਹਾ ਹੈ?	ਘਰ/ਜਾਇਦਾਦ ਦਾ ਪਤਾ	ਕੀ ਕੋਈ ਮਾਲਕ ਤੋਂ ਘਰ ਕਿਰਾਏ ਤੇ ਲੈ ਰਿਹਾ ਹੈ?	ਮਾਲਕ ਨੂੰ ਕਿੰਨਾ ਕਿਰਾਇਆ ਮਿਲਦਾ ਹੈ?	ਹਾਲੇ ਨਹੀਂ ਰਹਿ ਰਹੇ ਪਰ ਮਾਲਕ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ?
		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	\$ <input type="checkbox"/> ਕਿਰਾਏ ਤੇ ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	\$ <input type="checkbox"/> ਕਿਰਾਏ ਤੇ ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ


 **28. ਡਾਇਵਰਜਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ**  
ਕੀ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਉਂਟੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਰਾਜ ਤੋਂ ਡਾਇਵਰਜਨ ਨਕਦੀ ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਗੈਰ-ਨਕਦੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈਆਂ ਹਨ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ ਤੇ ਜਾਓ।


ਨਾਂ	ਕਿਸ ਕਾਉਂਟੀ/ਰਾਜ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਇਆ	ਪ੍ਰਾਪਤ ਰਾਸ਼ੀ	ਪ੍ਰਾਪਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ	ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਅਨੁਮਾਨਤ ਮੁੱਲ	ਆਖਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੀ ਮਿਤੀ
		\$		\$	


 **29. ਦੋਹਰੇ ਬੈਨਿਫਿਟ**  
ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ 'ਚ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ 'ਤੇ 22 ਸਤੰਬਰ, 1996 ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਟੇਟ 'ਚ ਧੋਖੇ ਨਾਲ ਦੋਹਰੇ SNAP (ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਦਾ ਸੰਖੀ ਨਾਂ) ਬੈਨਿਫਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਜੁਰਮ ਸਾਬਿਤ ਹੋਇਆ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ 'ਤੇ? \_\_\_\_\_


 **30. ਤਸਕਰੀ-ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫਿਟ**  
ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ 'ਚ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ 'ਤੇ 22 ਸਤੰਬਰ, 1996 ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਦੇ \$500 ਜਾਂ ਵੱਧ ਦੇ SNAP ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦੀ ਤਸਕਰੀ (ਦੂਜਿਆਂ ਨੂੰ EBT ਕਾਰਡਸ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰਨ ਦੇਣਾ ਜਾਂ ਵੇਚਣਾ) ਕਰਨ ਦਾ ਜੁਰਮ ਸਾਬਿਤ ਹੋਇਆ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ 'ਤੇ? \_\_\_\_\_


 **31. ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫਿਟ**  
ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ 'ਚ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ ਨੂੰ 22 ਸਤੰਬਰ, 1996 ਤੋਂ ਬਾਅਦ SNAP ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦੇ ਬਦਲੇ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਸੂਰਵਾਰ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ 'ਤੇ? \_\_\_\_\_


 **32. ਹਥਿਆਰਾਂ ਜਾਂ ਵਿਸਫੋਟਕਾਂ ਦੇ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਸਬੰਧੀ ਬੈਨਿਫਿਟ**  
ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ 'ਚ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ ਨੂੰ 22 ਸਤੰਬਰ, 1996 ਤੋਂ ਬਾਅਦ SNAP ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦੇ ਬਦਲੇ ਬੰਦੂਕਾਂ, ਗੋਲੀਆਂ, ਜਾਂ ਵਿਸਫੋਟਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਸੂਰਵਾਰ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ 'ਤੇ? \_\_\_\_\_


 **33. ਧੋਖਾ**  
ਭਲਾਈ ਸਬੰਧੀ ਧੋਖੇ ਲਈ ਕਸੂਰਵਾਰ ਠਹਿਰਾਏ ਜਾਣ 'ਤੇ ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ 'ਚ ਕਿਸੇ ਦੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਬੰਦ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸਦੀ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ 'ਤੇ? \_\_\_\_\_ ਕਦੋਂ? \_\_\_\_\_  
ਕਿੱਥੇ? \_\_\_\_\_



 **34. ਅਸਹਿਯੋਗ/ਰੋਕ**  
ਯੋਗਤਾ ਸਬੰਧੀ ਸ਼ਰਤਾਂ ਨਾਲ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਨ 'ਚ ਨਾਕਾਮਯਾਬ ਰਹਿਣ, ਕੰਮ/ਸਿਖਲਾਈ ਸਬੰਧੀ ਰੋਕ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕਾਰਨ ਵਜੋਂ ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ 'ਚ ਕਿਸੇ ਦੀ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਬੰਦ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ 'ਤੇ? \_\_\_\_\_ ਕਦੋਂ? \_\_\_\_\_  
ਕਿੱਥੇ? \_\_\_\_\_ ਕਿਉਂ? \_\_\_\_\_

 **35. ਸੰਗੀਨ ਜੁਰਮ ਤੋਂ ਨੱਸਣਾ**  
 ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਸਦੱਸ ਕਿਸੇ ਸੰਗੀਨ ਜੁਰਮ ਜਾਂ ਸੰਗੀਨ ਜੁਰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ ਲਈ ਮੁਕੱਦਮੇ, ਹਿਰਾਸਤ 'ਚ ਲਏ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਜੇਲ੍ਹ ਭੇਜੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਚਣ ਕਰਨ ਤੋਂ ਲੁੱਕ ਜਾਂ ਨੱਸ ਰਿਹਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ 'ਤੇ? \_\_\_\_\_

 **36. ਪ੍ਰੋਬੇਸ਼ਨ/ਪੈਰੋਲ ਦੀ ਉਲੰਘਣਾ**  
 ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਦੱਸ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਅਦਾਲਤ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰੋਬੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਪੈਰੋਲ ਦੀ ਉਲੰਘਣਾ ਲਈ ਕਸੂਰਵਾਰ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ?  
 ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ 'ਤੇ? \_\_\_\_\_

 **37. ਹੋਰ ਖਾਸ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ**  
 ਕੀ ਪਰਵਾਰ ਆਕਸਮਿਕ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਅਸਧਾਰਨ ਹਾਲਾਤ, ਜਿਵੇਂ ਅੱਗ, ਭੁਚਾਲ, ਜਾਂ ਹੜ੍ਹ, ਕਰਕੇ ਗੁਆਈ ਗਈ ਜਾਂ ਨਸ਼ਟ ਹੋਈ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਜਾਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਘਰੇਲੂ ਵਸਤਾਂ ਲਈ ਖਾਸ ਜ਼ਰੂਰਤ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ: \_\_\_\_\_

 **38. ਹੋਰ ਸੇਵਾਵਾਂ**  
 ਹੇਠ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਸਵਾਲਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਨਹੀਂ ਕਰਨਗੇ।


   
 A. ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਯੋਗ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਜਾਣ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਚਾਈਲਡ ਹੈਲਥ ਐਂਡ ਡਿਸਟੇਬਿਲਿਟੀ ਪ੍ਰਿਵੈਨਸ਼ਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (CHDP) ਦੇ ਮਾਧਿਅਮ ਨਾਲ ਨਿਯਮਿਤ ਜਾਂਚਾਂ।  
 • ਕੀ ਤੁਸੀਂ CHDP ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 • ਕੀ ਤੁਸੀਂ CHDP ਡਾਕਟਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 • ਕੀ ਤੁਸੀਂ CHDP ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 • ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ CHDP ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਅਪਾਇੰਟਮੈਂਟਾਂ ਲੈਣ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਤਕ ਆਉਣ-ਜਾਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

B. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਟੀਕਾਕਰਣ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

C. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰ ਲੱਭਣ, ਸਿਹਤਮੰਦ ਭੋਜਨ ਅਤੇ ਹੋਰ ਮਦਦ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ।  
 ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਮਦਦ ਬਾਰੇ ਕਿਸੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

D. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਦੁੱਧ ਪਿਲਾ ਰਹੇ ਹੋ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 ਜੇ ਹਾਂ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਜਨਮ ਦਿੱਤਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 ਜੇ ਤੁਸੀਂ 38 C ਜਾਂ D 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਾਇਦ ਔਰਤਾਂ, ਨਵਜਾਤਾਂ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ (WIC) ਲਈ ਸਪੈਸ਼ਲ ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਫੀਡ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੁਆਰਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ

E. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਮੈਂਬਰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕਿ ਅਣਚਾਹੀਆਂ ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾਵਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਅਗਲਾ ਬੱਚਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਚਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਮੁਫਤ ਜਾਂ ਘੱਟ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਪਰਿਵਾਰ ਨਿਯੋਜਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਯੋਜਨਾ ਜਾਂ ਨਿਯਮਿਤ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜਾਂ, ਤੱਥਾਂ ਅਤੇ ਗੁਪਤ ਪਰਿਵਾਰ-ਨਿਯੋਜਨ ਕਲੀਨਿਕਾਂ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਾਸਤੇ, ਟੋ-ਫ੍ਰੀ 1-800-942-1054 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

 **39. Third Party Liability**  
 Is anyone who is applying for healthcare involved in a worker's compensation claim, lawsuit, or settlement because of an accident or injury?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
 If yes, please tell us who:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ਅਤਿਰਿਕਤ ਲੇਖਣ ਥਾਂ**

---

---

**ਅਤਿਰਿਕਤ ਲੇਖਣ ਥਾਂ**

---

**ਇਹ ਨਾ ਭਰੋ - ਸਿਰਫ਼ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਵਰਤੇ ਜਾਣ ਲਈ**

**IF THE ANSWER IS “YES” TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE**

Is the household’s gross income less than \$150 and is the total of cash on hand, checking and savings accounts \$100 or less?

Yes  No

Is the household’s combined gross income and liquid resources less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

Yes  No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100?

Yes  No

Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice?

Yes  No

ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਸਦੱਸ ਕਿਸੇ ਨੌਕਰੀ ਵੱਲੋਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣ ਤਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਇਕ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਿਅਕਤੀ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੱਖਰੇ ਮਾਲਕ ਵੱਲੋਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੰਨੇ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਲਿਪੀ ਬਣਾ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਵਿਅਕਤੀ (ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਿੰਨੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ) ਲਈ ਇਸਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਪਹਿਲਾਂ, ਸਾਨੂੰ ਬੀਮਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਨੌਕਰੀ (ਮਾਲਕ) ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।

1. ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਦਾ ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ, ਮੱਧ ਨਾਂ, ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਂ)	2. ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਦਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ _____
--	---

**ਮਾਲਕ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ**

3. ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਂ	4. ਮਾਲਕ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ (EIN) _____
5. ਮਾਲਕ ਦਾ ਪਤਾ	6. ਮਾਲਕ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ( ) _____
7. ਸ਼ਹਿਰ	8. ਸਟੇਟ
9. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	

10. ਇਸ ਨੌਕਰੀ 'ਚ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਦੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਬਾਰੇ ਅਸੀਂ ਕਿਸ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ?

11. ਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਮਾਲਕ ਦੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ) ( )	12. ਮਾਲਕ ਦਾ ਈਮੇਲ ਪਤਾ (ਮਾਲਕ ਦਾ ਨੁਮਾਇੰਦਾ)
--	---

13. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਵਰਤਮਾਨ 'ਚ ਇਸ ਮਾਲਕ ਦੁਆਰਾ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾ ਰਹੇ ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ, ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਗਲੇ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ 'ਚ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਵੋਗੇ?

- ਨਹੀਂ (ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਇਸ ਖੰਡ ਲਈ ਇੱਥੇ ਰੁਕੋ)
- ਹਾਂ (ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ)

13a. ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਉਡੀਕ ਜਾਂ ਮਿਆਦ 'ਚ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਬੀਮੇ 'ਚ ਕਦੇ ਪੰਜੀਕਰਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ? \_\_\_\_\_  
(ਮਮ/ਦਿਦਿ/ਸਾਸਾਸਾਸਾ)

ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ ਜੋ ਇਸ ਨੌਕਰੀ ਵੱਲੋਂ ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹੈ ਜਾਂ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ।

ਨਾਂ: \_\_\_\_\_ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_

ਸਾਨੂੰ ਇਸ ਮਾਲਕ ਦੁਆਰਾ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।

14. ਕੀ ਮਾਲਕ ਅਜਿਹੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਨਿਊਨਤਮ ਮੁੱਲ ਮਿਆਰ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਹੈ\*?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

14a. ਕੀ ਇਹ ਸਟੇਟ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਫ਼ਾਇਦਾ ਯੋਜਨਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

15. ਸਿਰਫ਼ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਨੂੰ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਨਿਊਨਤਮ ਮੁੱਲ ਮਿਆਰ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਸਭ ਤੋਂ ਸਸਤੀ ਯੋਜਨਾ ਲਈ (ਪਰਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ):  
ਜੇਕਰ ਮਾਲਕ ਵੱਲੋਂ ਕੁਸ਼ਲਤਾ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਹਨ, ਤਾਂ ਉਹ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਅਦਾ ਕਰੋ ਜੋ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਨੂੰ ਅਦਾ ਕਰਨਾ ਪੈਂਦਾ ਜੇਕਰ ਉਸਨੂੰ ਕਿਸੇ ਤਮਾਕੂ ਛੱਡਣ ਸਬੰਧੀ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ (ਜੋ ਪ੍ਰਮਰਪਾਨ ਛੱਡਣ 'ਚ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ) ਲਈ ਅਧਿਕਤਮ ਛੋਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦੀ, ਅਤੇ ਕੁਸ਼ਲਤਾ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮਾਂ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਉਸਨੂੰ ਹੋਰ ਕੋਈ ਛੋਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੋਈ ਸੀ।

- a. ਇਸ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਮਾਲਕ ਨੂੰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ 'ਚ ਕਿੰਨੀ ਰਕਮ ਅਦਾ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ? \$ \_\_\_\_\_
- b. ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ?  ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ  ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ 'ਚ ਇੱਕ ਵਾਰ  ਮਹੀਨੇ 'ਚ ਦੋ ਵਾਰ  ਮਹੀਨੇਵਾਰ  ਤਿਮਾਹੀ  ਸਾਲਾਨਾ

ਮਾਲਕ ਕੁਸ਼ਲਤਾ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਪੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।

16. ਨਵੇਂ ਯੋਜਨਾ ਸਾਲ ਲਈ ਮਾਲਕ ਕੀ ਬਦਲਾਵ ਕਰੇਗਾ (ਜੇਕਰ ਗਿਆਤ ਹੈ)?

- ਮਾਲਕ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਜਾਰੀ ਨਹੀਂ ਰੱਖੇਗਾ।
- ਮਾਲਕ ਮੁਲਾਜ਼ਮਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਦੇਵੇਗਾ ਜਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਨੂੰ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਨਿਊਨਤਮ ਮੁੱਲ ਮਿਆਰ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਸਭ ਤੋਂ ਸਸਤੀ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ 'ਚ ਬਦਲਾਵ ਕਰੇਗਾ।
- a. ਇਸ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਮਾਲਕ ਨੂੰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ 'ਚ ਕਿੰਨੀ ਰਕਮ ਅਦਾ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ? \$ \_\_\_\_\_
- b. ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ?  ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ  ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ 'ਚ ਇੱਕ ਵਾਰ  ਮਹੀਨੇ 'ਚ ਦੋ ਵਾਰ  ਮਹੀਨੇਵਾਰ  ਤਿਮਾਹੀ  ਸਾਲਾਨਾ
- c. ਬਦਲਾਵ ਦੀ ਸਿਤੀ (ਮਮ/ਦਿਦਿ/ਸਾਸਾਸਾਸਾ): \_\_\_\_\_

ਕਿਸੇ ਬਦਲਾਵ ਦੀ ਉਮੀਦ ਨਹੀਂ ਹੈ।

\*ਇਕ ਮਾਲਕ-ਪ੍ਰਾਯੋਜਿਤ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ "ਨਿਊਨਤਮ ਮੁੱਲ ਮਿਆਰ" ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਹੈ ਜੇਕਰ ਯੋਜਨਾ ਹੇਠ ਕੁੱਲ ਅਨੁਮਤ ਫ਼ਾਇਦਾ ਖ਼ਰਚ 'ਚ ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਇਸ ਖ਼ਰਚ ਦੇ 60 ਫ਼ੀਸਦੀ ਤੋਂ ਘੱਟ ਨਹੀਂ ਹੈ (ਆਂਤਰਿਕ ਆਮਦਨ ਜ਼ਾਬਤਾ 1986 ਦਾ ਖੰਡ 36ਬੀ. (ਸੀ.) (2) (ਸੀ.) (ii))



ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਪਰਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਸਦੱਸ (ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਆਸਰਤ) ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦਾ ਵਸਨੀਕ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਖੰਡ ਪੂਰਾ ਕਰੋ। ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਇਹ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ।

**ਆਪਣੇ ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਅਤੇ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਵਸਨੀਕ ਪਰਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸ(ਸਦੱਸਾਂ) ਬਾਰੇ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ।**

ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਅਤੇ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਵਸਨੀਕ ਭਾਰਤੀ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਕਬਾਇਲੀ ਸਿਹਤ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮਾਂ, ਜਾਂ ਸ਼ਹਿਰੀ ਭਾਰਤੀ ਸਿਹਤ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮਾਂ ਤੋਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਵੀ ਖਰਚ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਅਦਾ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਖ਼ਾਸ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਪੰਜੀਕਰਨ ਮਿਆਦਾਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਾਰ ਨੂੰ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੰਭਵ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸਣ ਲਈ ਦੋ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲੋਕ ਹਨ, ਤਾਂ ਇਸ ਪੱਤੇ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਲਿਪੀ ਬਣਾ ਕੇ ਨੱਥੀ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਇਕ ਵੱਖਰਾ ਕਾਗਜ਼ ਵੀ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸਿਰਫ਼ ਆਪਣੇ ਜਵਾਬ ਦੇ ਅੱਗੇ ਸਵਾਲ ਸੰਖਿਆ ਲਿਖਣਾ ਯਾਦ ਰੱਖੋ।

	AI/AN Person 1	AI/AN Person 2
1. ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਂ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਂ, ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਂ)	ਪਹਿਲਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਅਖੀਰਲਾ	ਪਹਿਲਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਅਖੀਰਲਾ
2. ਸੰਘੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਾਨਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਕਬੀਲੇ ਦਾ ਸਦੱਸ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਕਬੀਲੇ ਦਾ ਨਾਂ _____ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਕਬੀਲੇ ਦਾ ਨਾਂ _____ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
3. ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਕਦੇ ਭਾਰਤੀ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਕਿਸੇ ਕਬਾਇਲੀ ਸਿਹਤ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਤੋਂ ਸੇਵਾ, ਜਾਂ ਇਨ੍ਹਾਂ 'ਚੋਂ ਕਿਸੇ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਤੋਂ ਰੇਫਰਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਇਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਭਾਰਤੀ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਕਬਾਇਲੀ ਸਿਹਤ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ, ਸ਼ਹਿਰੀ ਭਾਰਤੀ ਸਿਹਤ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮਾਂ ਤੋਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਇਨ੍ਹਾਂ 'ਚੋਂ ਕਿਸੇ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਤੋਂ ਰੇਫਰਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਯੋਗ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਭਾਰਤੀ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਕਬਾਇਲੀ ਸਿਹਤ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ, ਸ਼ਹਿਰੀ ਭਾਰਤੀ ਸਿਹਤ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮਾਂ ਤੋਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਇਨ੍ਹਾਂ 'ਚੋਂ ਕਿਸੇ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ ਤੋਂ ਰੇਫਰਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਯੋਗ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
4. Medicaid (ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ) ਜਾਂ ਬਾਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ (CHIP) ਲਈ ਕੁਝ ਰਕਮ ਗਿਣੀ ਨਹੀਂ ਜਾ ਸਕਦੀ। ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਚ ਦੱਸੀ ਗਈ ਕੋਈ ਵੀ ਆਮਦਨੀ (ਰਕਮ ਅਤੇ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ) ਲਿਖੋ ਜਿਸ 'ਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਰਕਮ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ:	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ - ਜੇਕਰ ਹਾਂ? ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੂਰੀ ਕਰੋ: <input type="checkbox"/> ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਲਈ ਕੋਈ ਨਹੀਂ \$ _____ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ? (ਰੋਜ਼ਾਨਾ, ਹਫਤੇਵਾਰ, ਦੋ ਹਫਤਿਆਂ 'ਚ ਇੱਕ ਵਾਰ, ਮਹੀਨੇਵਾਰ, ਸਾਲਾਨਾ, ਆਦਿ) _____	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ - ਜੇਕਰ ਹਾਂ? ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੂਰੀ ਕਰੋ: <input type="checkbox"/> ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਲਈ ਕੋਈ ਨਹੀਂ \$ _____ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ? (ਰੋਜ਼ਾਨਾ, ਹਫਤੇਵਾਰ, ਦੋ ਹਫਤਿਆਂ 'ਚ ਇੱਕ ਵਾਰ, ਮਹੀਨੇਵਾਰ, ਸਾਲਾਨਾ, ਆਦਿ) _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>ਕਿਸੇ ਕਬੀਲੇ ਤੋਂ ਪ੍ਰਤੀ ਵਿਅਕਤੀ ਭੁਗਤਾਨ ਜੋ ਕੁਦਰਤੀ ਸੰਸਾਧਨਾਂ, ਵਰਤੋਂ ਦੇ ਹੱਕਾਂ, ਪੱਟੇਆਂ, ਜਾਂ ਰੋਇਲਟੀਆਂ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ</li> <li>ਆਂਤਰਿਕ ਮਹਿਕਮੇ ਦੁਆਰਾ ਭਾਰਤੀ ਟ੍ਰਸਟ ਜ਼ਮੀਨ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜ਼ਮੀਨ (ਜਿਨ੍ਹਾਂ 'ਚ ਆਰਕਸ਼ਣ ਅਤੇ ਪੂਰਬਲੇ ਆਰਕਸ਼ਣ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ) ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕੁਦਰਤੀ ਸੰਸਾਧਨਾਂ, ਖੇਤੀਬਾੜੀ, ਪਸ਼ੂ-ਪਾਲਣ, ਮੱਛੀ ਵਣਜ, ਪੱਟੇਆਂ, ਜਾਂ ਰੋਇਲਟੀਆਂ</li> <li>ਸਭਿਆਚਾਰਕ ਮਹੱਤਵ ਦੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਵੇਚ ਕੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ</li> </ul>		

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਚ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਆਪਣਾ ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਬਣਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਚ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਕਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੁਕੱਰਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਸਬੂਤ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ।

1. ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਂ, ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਂ)	
2. ਪਤਾ	3. ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਸੁਇਟ ਨੰਬਰ
4. ਸ਼ਹਿਰ	5. ਸਟੇਟ
6. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	
7. ਫੋਨ ਨੰਬਰ ( )	
8. ਸੰਗਠਨ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)	9. ਆਈ.ਡੀ. ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)

ਦਸਤਖਤ ਕਰ ਕੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਚ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਲਈ ਦਫਤਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਅਤੇ CalFresh California (ਕਵਰਡ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ) ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕਾਉਂਟੀ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਏਜੰਸੀ (Human Services Agency) ਨਾਲ ਸਭ ਮਾਮਲਿਆਂ 'ਚ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ। ਇਕ ਰੀਮਾਈਡਰ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਕਾਉਂਟੀ 'ਚ ਕਾਲ ਕਰ ਕੇ ਜਾਂ [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 'ਤੇ ਵੈਬ 'ਤੇ ਜਾ ਕੇ ਆਪਣਾ ਇਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹੋ।

10. ਤੁਹਾਡੇ ਦਸਤਖਤ	11. ਮਿਤੀ
------------------	----------

**(ਸਿਰਫ਼ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਅਰਜ਼ੀ ਸਲਾਹਕਾਰਾਂ, ਨੈਵੀਗੇਟਰਸ, ਏਜੰਟਸ ਅਤੇ ਬ੍ਰੋਕਰਸ ਲਈ।)**  
**For Certified Application Counselors, Navigators, Agents and Brokers Only.**

Complete this section if you are a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

1. Application start date (mm/dd/yyyy)

---

2. First name, Middle name, Last name, & Suffix

---

3. Organization name

---

4. I.D. number (if applicable)

---

**§ ਅੰਤਕਾ D**

**ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਕਦੀ ਸਹਾਇਤਾ (ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ) ਲਈ ਦਰਖਾਸਤ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਦੋ ਜਾਂ ਵੱਧ ਅਜਿਹੇ ਬਾਲਗ ਹਨ ਜੋ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਦਰਖਾਸਤ ਦੇ ਰਹੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਹਰੇਕ ਬਾਲਗ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 24 ਮਹੀਨਿਆਂ (ਦੋ ਸਾਲਾਂ) ਲਈ ਆਪਣੇ ਕੰਮ ਦੇ ਇਤਿਹਾਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਾਗਜ਼ੀ ਦਰਖਾਸਤ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਥਾਂ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਪੰਨੇ ਦੀ ਕਾਪੀ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਾਗਜ਼ ਦੀ ਵੱਖਰੀ ਸ਼ੀਟ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।

**ਵਿਅਕਤੀ 1**

ਨਾਮ:

**ਨੌਕਰੀ 1**

ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਅਮਰੀਕਾ ਦਾ ਮੂਲ ਨਿਵਾਸੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਛੱਡਣ ਦਾ ਕਾਰਨ?
ਕਬੀਲੇ ਦਾ ਨਾਮ: _____	
ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ:	ਕੰਮ ਕੀਤੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ: <input type="checkbox"/> ਰੋਜ਼ਾਨਾ <input type="checkbox"/> ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ
ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਣਾ ਕਾਰੋਬਾਰ ਸੀ (ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਵਿੱਚ)? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ: ਤੋਂ _____ ਤਕ _____
ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਨੌਕਰੀ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨੇ ਪੈਸੇ ਮਿਲਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਮਿਲਦੇ ਸੀ ਅਤੇ ਕਦੋਂ? \$ _____ <input type="checkbox"/> ਘੰਟਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਰੋਜ਼ਾਨਾ <input type="checkbox"/> ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਹਰ ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ	ਕੀ ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਾਉਂਟੀ ਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕੀਤੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

**ਨੌਕਰੀ 2**

ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਅਮਰੀਕਾ ਦਾ ਮੂਲ ਨਿਵਾਸੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਛੱਡਣ ਦਾ ਕਾਰਨ?
ਕਬੀਲੇ ਦਾ ਨਾਮ: _____	
ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ:	ਕੰਮ ਕੀਤੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ: <input type="checkbox"/> ਰੋਜ਼ਾਨਾ <input type="checkbox"/> ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ
ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਣਾ ਕਾਰੋਬਾਰ ਸੀ (ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਵਿੱਚ)? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ: ਤੋਂ _____ ਤਕ _____
ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਨੌਕਰੀ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨੇ ਪੈਸੇ ਮਿਲਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਮਿਲਦੇ ਸੀ ਅਤੇ ਕਦੋਂ? \$ _____ <input type="checkbox"/> ਘੰਟਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਰੋਜ਼ਾਨਾ <input type="checkbox"/> ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਹਰ ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ	ਕੀ ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਾਉਂਟੀ ਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕੀਤੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

**ਨੌਕਰੀ 3**

ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਅਮਰੀਕਾ ਦਾ ਮੂਲ ਨਿਵਾਸੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਛੱਡਣ ਦਾ ਕਾਰਨ?
ਕਬੀਲੇ ਦਾ ਨਾਮ: _____	
ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ:	ਕੰਮ ਕੀਤੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ: <input type="checkbox"/> ਰੋਜ਼ਾਨਾ <input type="checkbox"/> ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ
ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਣਾ ਕਾਰੋਬਾਰ ਸੀ (ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਵਿੱਚ)? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ: ਤੋਂ _____ ਤਕ _____
ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਨੌਕਰੀ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨੇ ਪੈਸੇ ਮਿਲਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਮਿਲਦੇ ਸੀ ਅਤੇ ਕਦੋਂ? \$ _____ <input type="checkbox"/> ਘੰਟਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਰੋਜ਼ਾਨਾ <input type="checkbox"/> ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਹਰ ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ	ਕੀ ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਾਉਂਟੀ ਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕੀਤੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

**\$ ਅੰਤਕਾ D**

**ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਜਾਰੀ**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਕਦੀ ਸਹਾਇਤਾ (ਨਖਦ ਸਹਾਇਤਾ) ਲਈ ਦਰਖਾਸਤ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਦੋ ਜਾਂ ਵੱਧ ਅਜਿਹੇ ਬਾਲਗ ਹਨ ਜੋ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਦਰਖਾਸਤ ਦੇ ਰਹੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਹਰੇਕ ਬਾਲਗ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 24 ਮਹੀਨਿਆਂ (ਦੋ ਸਾਲਾਂ) ਲਈ ਆਪਣੇ ਕੰਮ ਦੇ ਇਤਿਹਾਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਾਗਜ਼ੀ ਦਰਖਾਸਤ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਥਾਂ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਪੰਨੇ ਦੀ ਕਾਪੀ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਾਗਜ਼ ਦੀ ਵੱਖਰੀ ਸ਼ੀਟ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।

**ਵਿਆਕਤੀ 2**

ਨਾਮ:

**ਨੌਕਰੀ 1**

ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਅਮਰੀਕਾ ਦਾ ਮੂਲ ਨਿਵਾਸੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਛੱਡਣ ਦਾ ਕਾਰਨ?
ਕਬੀਲੇ ਦਾ ਨਾਮ: _____	
ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ:	ਕੰਮ ਕੀਤੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ: <input type="checkbox"/> ਰੋਜ਼ਾਨਾ <input type="checkbox"/> ਹਫਤਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ
ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਣਾ ਕਾਰੋਬਾਰ ਸੀ (ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਵਿੱਚ)? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ: ਤੋਂ _____ ਤਕ _____
ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਨੌਕਰੀ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨੇ ਪੈਸੇ ਮਿਲਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਮਿਲਦੇ ਸੀ ਅਤੇ ਕਦੋਂ? \$ _____	ਕੀ ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਾਉਂਟੀ ਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕੀਤੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
<input type="checkbox"/> ਘੰਟਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਰੋਜ਼ਾਨਾ <input type="checkbox"/> ਹਫਤਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਹਰ ਦੋ ਹਫਤਿਆਂ ਬਾਅਦ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ	

**ਨੌਕਰੀ 2**

ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਅਮਰੀਕਾ ਦਾ ਮੂਲ ਨਿਵਾਸੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਛੱਡਣ ਦਾ ਕਾਰਨ?
ਕਬੀਲੇ ਦਾ ਨਾਮ: _____	
ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ:	ਕੰਮ ਕੀਤੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ: <input type="checkbox"/> ਰੋਜ਼ਾਨਾ <input type="checkbox"/> ਹਫਤਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ
ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਣਾ ਕਾਰੋਬਾਰ ਸੀ (ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਵਿੱਚ)? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ: ਤੋਂ _____ ਤਕ _____
ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਨੌਕਰੀ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨੇ ਪੈਸੇ ਮਿਲਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਮਿਲਦੇ ਸੀ ਅਤੇ ਕਦੋਂ? \$ _____	ਕੀ ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਾਉਂਟੀ ਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕੀਤੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
<input type="checkbox"/> ਘੰਟਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਰੋਜ਼ਾਨਾ <input type="checkbox"/> ਹਫਤਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਹਰ ਦੋ ਹਫਤਿਆਂ ਬਾਅਦ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ	

**ਨੌਕਰੀ 3**

ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਅਮਰੀਕਾ ਦਾ ਮੂਲ ਨਿਵਾਸੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਛੱਡਣ ਦਾ ਕਾਰਨ?
ਕਬੀਲੇ ਦਾ ਨਾਮ: _____	
ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ:	ਕੰਮ ਕੀਤੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ: <input type="checkbox"/> ਰੋਜ਼ਾਨਾ <input type="checkbox"/> ਹਫਤਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ
ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਣਾ ਕਾਰੋਬਾਰ ਸੀ (ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਵਿੱਚ)? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ: ਤੋਂ _____ ਤਕ _____
ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਨੌਕਰੀ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨੇ ਪੈਸੇ ਮਿਲਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਮਿਲਦੇ ਸੀ ਅਤੇ ਕਦੋਂ? \$ _____	ਕੀ ਇਹ ਨੌਕਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਾਉਂਟੀ ਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕੀਤੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
<input type="checkbox"/> ਘੰਟਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਰੋਜ਼ਾਨਾ <input type="checkbox"/> ਹਫਤਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਹਰ ਦੋ ਹਫਤਿਆਂ ਬਾਅਦ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ	

**\$ ਅੰਤਕਾ E**

**ਵਾਹਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਇਕਿਉਟੀ ਮੁੱਲ ਦਾ ਸਵੈ-ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਣ**

**ਫਲਾਈਓਰ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਵਿਕਲਪਕ:** ਸਿਰਫ ਤਾਂ ਹੀ ਉੱਤਰ ਦਿਓ ਜੇ ਦਰਖਾਸਤ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ 65 ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦਾ ਜਾਂ ਅਸਮਰਥ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਕਦੀ ਸਹਾਇਤਾ (ਨਖਦ ਸਹਾਇਤਾ) ਲਈ ਦਰਖਾਸਤ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਰੇਕ ਵਾਹਨ ਲਈ ਇਹਨਾਂ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਉੱਤਰ ਜ਼ਰੂਰ ਦੇਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਹਰੇਕ ਹਾਵਨ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ ਜਿਸਦੀ ਕਿਸੇ ਕੋਲ ਮਲਕੀਅਤ ਹੈ, ਕੋਈ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ 'ਤੇ ਉਸਦਾ ਨਾਮ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਇਹ ਚੱਲ ਨਹੀਂ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਵਾਹਨ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ, ਕਾਰ (ਟਰੱਕ, ਵੈਨ, ਸਪੋਰਟ ਯੂਟਿਲਿਟੀ ਵੀਹੀਕਲ [SUV] ਸਮੇਤ), ਮੋਟਰਸਾਈਕਲ, ਮੋਟਰ ਵਾਲੇ ਸਕੂਟਰ, ਸਨੋਅਮੋਬਾਇਲ, ਰੀਕ੍ਰਿਏਸ਼ਨਲ ਵਾਹਨ(RV) ਜਾਂ ਮੋਟਰਬੋਟ।

	ਵਾਹਨ (1)	ਵਾਹਨ (2)	ਵਾਹਨ (3)
ਵਾਹਨ ਦਾ ਮਾਲਕ			
ਫਲਾਈਓਰ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ ਜੋ ਇਸ ਵਾਹਨ ਨੂੰ ਵਰਤਦਾ ਹੈ			
ਕੀ ਇਹ ਵਾਹਨ: <ul style="list-style-type: none"> <li>ਘਰ ਵੱਜੋਂ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ?</li> <li>ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ, ਸਵੈ-ਸਹਾਇਤਾ, ਜਾਂ ਕਾਰੋਬਾਰ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ?</li> <li>ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਅਸਮਰਥ ਮੈਂਬਰ ਨੂੰ ਲਿਆਉਣ-ਲਿਜਾਉਣ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ?</li> <li>ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਫਿਊਲ ਜਾਂ ਪਾਣੀ ਲਿਆਉਣ-ਲਿਜਾਉਣ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਰੁਕ ਸਕਦੇ ਹੋ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਰੁਕ ਸਕਦੇ ਹੋ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਰੁਕ ਸਕਦੇ ਹੋ
ਕੀ ਇਹ ਵਾਹਨ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚੇ ਦੁਆਰਾ ਇਸਦੇ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: <ul style="list-style-type: none"> <li>ਸਕੂਲ ਜਾਣਾ?</li> <li>ਕੰਮ?</li> <li>ਸਿਖਲਾਈ?</li> <li>ਨੌਕਰੀ ਦੀ ਭਾਲ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਰੁਕ ਸਕਦੇ ਹੋ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਰੁਕ ਸਕਦੇ ਹੋ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਰੁਕ ਸਕਦੇ ਹੋ
ਕੀ ਇਹ ਵਾਹਨ ਤੋਹਫਾ, ਦਾਨ, ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰਕ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਹੈ? ਕਾਉਟੀ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਬੂਤ ਦੇਣ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਤੋਹਫਾ <input type="checkbox"/> ਦਾਨ <input type="checkbox"/> ਪਰਿਵਾਰਕ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਜੇ ਹਾਂ, ਉਸ ਖਾਨੇ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਖੰਭ ਤੋਂ ਸਬੂਤ ਨੱਥੀ ਕਰੋ ਅਤੇ ਇੱਥੇ ਰੁਕ ਜਾਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਾਉਟੀ ਤੋਂ ਮਦਦ ਮੰਗੋ।	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਤੋਹਫਾ <input type="checkbox"/> ਦਾਨ <input type="checkbox"/> ਪਰਿਵਾਰਕ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਜੇ ਹਾਂ, ਉਸ ਖਾਨੇ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਖੰਭ ਤੋਂ ਸਬੂਤ ਨੱਥੀ ਕਰੋ ਅਤੇ ਇੱਥੇ ਰੁਕ ਜਾਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਾਉਟੀ ਤੋਂ ਮਦਦ ਮੰਗੋ।	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਤੋਹਫਾ <input type="checkbox"/> ਦਾਨ <input type="checkbox"/> ਪਰਿਵਾਰਕ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਜੇ ਹਾਂ, ਉਸ ਖਾਨੇ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਖੰਭ ਤੋਂ ਸਬੂਤ ਨੱਥੀ ਕਰੋ ਅਤੇ ਇੱਥੇ ਰੁਕ ਜਾਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਾਉਟੀ ਤੋਂ ਮਦਦ ਮੰਗੋ।
ਸਾਲ/ਕੰਪਨੀ/ਮਾਡਲ			
ਵਾਹਨ ਦਾ ਲਾਇਸੈਂਸ ਨੰਬਰ			
ਵਾਹਨ ਦਾ ਅਨੁਮਾਨਤ ਮੁੱਲ (ਤੁਹਾਡੇ ਵਾਹਨ ਦੀ ਕੀਮਤ ਕੀ ਹੈ)? ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਫੋਅਰ ਮਾਰਕੀਟ ਵੈਲਿਊ (ਸਹੀ ਬਜ਼ਾਰੀ ਕੀਮਤ) ਕਹਿੰਦੇ ਹਾਂ	<b>\$</b> <input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਨਹੀਂ/ਮੈਨੂੰ ਮੁੱਲ ਪਤਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ	<b>\$</b> <input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਨਹੀਂ/ਮੈਨੂੰ ਮੁੱਲ ਪਤਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ	<b>\$</b> <input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਨਹੀਂ/ਮੈਨੂੰ ਮੁੱਲ ਪਤਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ
ਮੈਨੂੰ ਫੋਅਰ ਮਾਰਕੀਟ ਵੈਲਿਊ ਕਿਵੇਂ ਪਤਾ ਲੱਗੀ	<input type="checkbox"/> ਵਿਕਰੀ ਦੇ ਇਸ਼ਤਿਹਾਰਾਂ ਲਈ <input type="checkbox"/> ਕਾਰ ਡੀਲਰ <input type="checkbox"/> ਕੈਲੀ ਬਲਿਊ ਬੁੱਕ <input type="checkbox"/> ਮਕੈਨਿਕ <input type="checkbox"/> ਖਰੀਦ ਕੀਮਤ <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਹੋਰ: _____	<input type="checkbox"/> ਵਿਕਰੀ ਦੇ ਇਸ਼ਤਿਹਾਰਾਂ ਲਈ <input type="checkbox"/> ਕਾਰ ਡੀਲਰ <input type="checkbox"/> ਕੈਲੀ ਬਲਿਊ ਬੁੱਕ <input type="checkbox"/> ਮਕੈਨਿਕ <input type="checkbox"/> ਖਰੀਦ ਕੀਮਤ <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਹੋਰ: _____	<input type="checkbox"/> ਵਿਕਰੀ ਦੇ ਇਸ਼ਤਿਹਾਰਾਂ ਲਈ <input type="checkbox"/> ਕਾਰ ਡੀਲਰ <input type="checkbox"/> ਕੈਲੀ ਬਲਿਊ ਬੁੱਕ <input type="checkbox"/> ਮਕੈਨਿਕ <input type="checkbox"/> ਖਰੀਦ ਕੀਮਤ <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਹੋਰ: _____
ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਵਾਹਨ ਦਾ ਕਿੰਨਾ ਬਕਾਇਆ ਹੈ	<b>\$</b> <input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਨਹੀਂ/ਮੈਨੂੰ ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ ਪਤਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ	<b>\$</b> <input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਨਹੀਂ/ਮੈਨੂੰ ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ ਪਤਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ	<b>\$</b> <input type="checkbox"/> ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਨਹੀਂ/ਮੈਨੂੰ ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ ਪਤਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ
ਮੈਂ ਵਾਹਨ 'ਤੇ ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ ਪਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀ ਵਰਤਿਆ ਹੈ	<input type="checkbox"/> ਆਖਰੀ ਬਿਲ <input type="checkbox"/> ਉਧਾਰ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ <input type="checkbox"/> ਅਨੁਮਾਨ <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਹੋਰ: _____	<input type="checkbox"/> ਆਖਰੀ ਬਿਲ <input type="checkbox"/> ਉਧਾਰ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ <input type="checkbox"/> ਅਨੁਮਾਨ <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਹੋਰ: _____	<input type="checkbox"/> ਆਖਰੀ ਬਿਲ <input type="checkbox"/> ਉਧਾਰ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ <input type="checkbox"/> ਅਨੁਮਾਨ <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਹੋਰ: _____
ਕੀ ਇਹ ਵਾਹਨ ਲੀਜ਼ 'ਤੇ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ