

WISCONSIN FOODSHARE  
غوښتنلیک  
(WISCONSIN FOODSHARE APPLICATION)

لارښوونې

خپل نوم، پته، او لاسلیک وړاندې کړئ ترڅو هغه نېټه وټاکل شي چې ستاسو گټې پکې پیل کېدلی شي. دا "ستاسو د دوسیه کېدو نېټې تنظیم" په نوم یادېږي.

تاسو په دې پاڼه کې یوازې د معلوماتو (نوم، پته، لاسلیک) سپارلو یا د بشپړ غوښتنلیک بشپړولو انتخاب لرئ.

که چېرې تاسو سمدلاسه مرستې ته اړتیا لرئ، د لومړیتوب FoodShare برخه ډکه کړئ او د لومړۍ پاڼې سره یې وسپارئ. له دې سره ممکن تاسو وکولی شئ د خپل غوښتنلیک د سپارلو څخه د اوو ورځو په ترڅ کې د خورو گټې ترلاسه کړئ.

په ټولو غوښتنلیکونو کې تاسو باید د خپلې ادارې سره په شخصي ډول یا د تلیفون لارې مرکه بشپړه کړئ. د بشپړ غوښتنلیک بشپړول کولی شي هغه وخت راکم کړي چې د مرکې بشپړولو او تصدیق پروسې لپاره اخیستل کېږي.

تاسو حق لرئ چې هر وخت خپل غوښتنلیک وسپارئ. ستاسو غوښتنلیک ژر تر ژره پروسس کېږي مگر د ترلاسه کېدو له نېټې څخه د 30 ورځو وروسته نه پروسس کېږي.

که چېرې تاسو د FoodShare گټې درلودې چې په تېرو 30 ورځو کې بندې شوي وي، تاسو ممکن د خپل د FoodShare گټو د بیا ترلاسه کېدو وړ یاست. خپلې ادارې سره اړیکه ونیسئ ترڅو د نوي فورمونو له بشپړولو څخه پرته خپل د FoodShare گټې بیا ترلاسه کړئ.

تاسو کولی شئ په انلاین ډول یا د تلیفون له لارې غوښتنه وکړئ! سیمه ایزې ادارې سره اړیکه ونیسئ یا په انلاین ډول په لاندې ویب پاڼه کې غوښتنه وکړئ [access.wi.gov](http://access.wi.gov). که چېرې تاسو انلاین غوښتنه کوئ تاسو کولی شئ په ورته وخت کې د FoodShare او روغتیا پاملرنې غوښتنلیکونه بشپړ کړئ.

نوم — غوښتونکی (نوم، منځنی نوم، تخلص)

د کوڅې پته

ښار	ایالت	زېږ کد
لاسلیک — عارض یا صلاحیت لرونکی استازی	د لاسلیک نېټه (mm/dd/yyyy)	

پوسټي یا فکس غوښتنلیکونه

که د Milwaukee ولسوالۍ کې ژوند کوئ:

که چېرې تاسو په Milwaukee کاونټي کې نه اوسېږئ:

CDPU  
PO Box 5234  
Janesville, WI 53547-5234

یا فکس: 855-293-1822

MDPU  
6055 North 64<sup>th</sup> Street  
Milwaukee, WI 53218

یا فکس: 888-409-1979

که چېرې تاسو کوم معلولیت لرئ او بدیلې بڼې یا ژباړې ته اړتیا لرئ، مهرباني وکړئ خپلې ادارې سره اړیکه ونیسئ. د خپلې ادارې د تلیفون شمېرې ترلاسه کولو لپاره، د شخص فورمه، [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm) ته لار شئ یا د غړو خدماتو ته په 800-362-3002 باندې زنگ ووهئ. د ژباړې او د TTY خدمات وړیا دي.

تاسو کولی شئ دغې فورمې ډکولو لپاره یو صلاحیت لرونکی استازی ولرئ. صلاحیت لرونکی استازی ټاکلو لپاره د صلاحیت لرونکي استازي گومارنه، بدلون، یا لیرې کول ډک کړئ: د شخص فورمه، [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm)، یا د یو صلاحیت لرونکي استازي گومارنه، بدلون، یا لیرې کول: ادارې فورمه، [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm)، یا د 800-362-3002 شمېرې سره اړیکه ونیسئ یا لاندې ویب پاڼې ته مراجعه وکړئ.

**اختیاری: لومریتوب FoodShare**

که چیری سمدلاسه مرستی ته اړتیا لری، د لومریتوب FoodShare ته غوښتنه کول ممکن تاسو ته ستاسو د دوسیی څخه په اوو ورځو کې گټې درکړي. دا پاڼه د لومری پانی یا بشپړ غوښتنلیک سره واستوی ترڅو وکتل شی چې ایا تاسو په شرایطو برابر یاست.

که چیری د لاندی مواردو څخه کوم یو صحت ولری تاسو د لومریتوب د گټو مستحق یاست:

- ستاسو کورنی په نغدو یا بانک کې \$100 یا لږ ډالر لری او پدی میاشت کې به د \$150 ډالرو څخه کم عاید ولری.
- ستاسو کورنی د دی میاشتی لپاره کرایه، گروي، یا د افادیت لگښتونه لری چې ستاسو د ټول ناخالص میاشتنی عاید څخه ډیر دی (شته نغدي یا په بانکی حسابونو کې).
- ستاسو په کورنی کې یو کډوال یا د موسمی فارم کارگر شامل دی چې عاید یی بند شوی دی.

نوم – غوښتونکی (نوم، منځنی نوم، تخلص)

د کوڅې پته

ښار	ایالت	زېږ کود
-----	-------	---------

**لاندی پوښتنو ته ځواب ورکړئ چې د چټک خدمت لپاره په پام کې ونیول شی.**

د هغه ناخالص عاید مقدار (له مالیاتو یا نورو کسرونو څخه وړاندې) چې ستاسی کورنی یی دغه میاشت اټکل کوي څومره ده؟	\$
ستاسو د کورنی ټولی موجوده شتمنی څه دي (د بیلگی په توگه، نغدي پیسې، په چک یا سپما حسابونو کې پیسې، یا د پیسو ټولیز اندازه)؟	\$
هغه مقدار چې ستاسی کورنی یی د استوگنځای لپاره ورکوي (د مثال په توگه د کرایې یا گروي لپاره) څومره ده؟	\$
ایا ستاسو کورنی پدی میاشت کې د Wisconsin FoodShare گټې تر لاسه کړي	هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
ایا ستاسو کورنی په دی میاشت کې په بل ایالت کې Supplemental Nutrition Assistance Program (د اضافی تغذیې مرستی برنامی) (SNAP)، د خوارو ټاپه، د بریښنایی گټو لیرد) گټې تر لاسه کړي؟	هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
ایا تاسو اوس مهال د کورنی تاوتریخوالی قربانیانو لپاره په سرپناه کې ژوند کوئ؟	هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
ایا ستاسو په کورنی کې څوک کډوال یا د موسمی فارم کارگر دی چې عاید یی په دی وروستیو کې بند شوی او څوک تمه نه لری چې په راتلونکو 10 ورځو کې له \$25 څخه ډیر عاید تر لاسه کړي؟	هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>

که چیری ستاسو کورنی باید د اسانتیاو لگښتونو تادیه ورکړي، نو لاندی پوښتنو ته ځواب وواپاست.

که چیری تاسو کرایه تادیه کوئ، آیا تودوخه مو په کرایه کې شامله ده؟

د هغه عمومی اسانتیاو لپاره چې ستاسی کورنی باید ورته تادیه وکړي او که چیری دغه عمومی اسانتیاوې د کور گرمولو لپاره کارول کېږي لاندینی چوکاټونه په نښه کړئ.

ایا تاسو ددی گټې تادیه ورکوئ؟	گرمولو لپاره کارول شوی	ایا تاسو ددی گټې تادیه ورکوئ؟	گرمولو لپاره کارول شوی
<input type="checkbox"/>	گاز (طبیعی)	<input type="checkbox"/>	د سونگ تیل/د خاورو تیل
<input type="checkbox"/>	برق	<input type="checkbox"/>	سکاره
<input type="checkbox"/>	مایع پروپین گاز	<input type="checkbox"/>	لرگی

هغه عمومی اسانتیاوې چې ستاسی کورنی باید ورته تادیه وکړي په نښه کړئ.

تلیفون  اوبه  فاضلاب  کثافت لری غورځول  د ایبر کنډېشنینگ اضافی لگښت  نور

اختیاری: بشپړ غوښتنلیک

برخه 1 - د اړیکې معلومات

لطفاً مور ته ووايست چې څنگه تاسې سره اړیکه نیولی شو. ټولو تلیفوني شمېرو لپاره د سیمې کوډ ولیکئ.

د تلیفون شمېره	د تلیفون بڼه کور <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/> کار <input type="checkbox"/>
د تلیفون بله شمېره	دغه شمېره د چا ده؟ ځان <input type="checkbox"/> کورنی <input type="checkbox"/> نور <input type="checkbox"/>
د دغه کس نوم څه دی؟	

برېښنالیک

څه ډول غواړئ خپل لیکونه ترلاسه کړئ؟  د پوستي خدماتو له لارې  د برېښنالیک له لارې - ACCESS

ایا تاسو د ډاګ کومه جلا پته لرئ چې ستاسو د اوسیدو له ځای سره تغیر خوري؟  
 هو  نه

که ځواب مو هو وي، هغه پته ولیکئ چیرې چې تاسو ډاګ ترلاسه کوئ.

د کوڅې پته

ښار	ایالت	زېږ کود
-----	-------	---------

ایا تاسو فعلاً بی کوره یاست؟\*

هو  نه

\*بی کوري په دي معنی چې د شپې لخوا د پاتې کیدو لپاره یو اوردمهاله ځای نه لرئ. پدې کې په پناه ځای کې پاتې کیدل، د ملګري یا د کورنی غري سره پاتې کیدل یا د پاتې کیدو ځای نه لرل شامل دي.

که چیرې تاسو بی کوره یاست، د پتې له پوښتنې څخه صرف نظر شی. که چیرې تاسو فعلاً بی کوره یاست او پستي ادرس نه لرئ، ستاسو ډاګ به محلي نماینده گی ته ولیردول شي.

تاسو سره د اړیکه نیولو غوره وخت او لاره کومه ده؟

برخه 2 - د عارض معلومات

که د کوم بل کس لپاره دغه غوښتنلیک ډکوی، لاندنیو پوښتنو ته په داسې ډول چې تاسې خپله دغه کس و اوسئ ځواب ورکړئ.

Social Security Number (ټولنیز امنیت شمېرې) وړاندې کول که چیرې بی لرئ، د قانون لخوا د هر هغه شخص لپاره اړینه ده چې د گټو غوښتنه کوي. دا د وړتیا او گټو مقدار ټاکلو کې د مرستې لپاره کارول کیږي. که چیرې Social Security Number (د ټولنیز امنیت شمېره) نه لرئ، کولی شئ په لاندې ویب پاڼه کې بی غوښتنه وکړئ [www.ssa.gov/number-card](http://www.ssa.gov/number-card).

یادونه: که نه غواړئ اړ نه یاست چې د توکم او قومیت پوښتنو ته ځواب ورکړئ. مور دغه پوښتنې د خپلو پروګرامونو غوره کولو مرستې او له دي څخه ډاډه کیدو لپاره چې د قوم یا توکم پر بنسټ تبعیض نه کوي پوښتنو. ستاسو ځوابونه به ستاسو د برنامې د وړتیا او د گټې مقدار په اړه د پریکړه نیولو لپاره ونه کارول شي.

د زېږېدنې نېټه (mm/dd/yyyy)	Social Security Number (د ټولنیز امنیت شمیرې)
مدني حالت متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> طلاق شوی <input type="checkbox"/>	جنسیت نارینه <input type="checkbox"/> ښځه <input type="checkbox"/>
قومیت (اختیاري) غیر هسپانوي یا لاتیني <input type="checkbox"/> ځواب ورکول نه غواړم <input type="checkbox"/>	د متحده ایالاتو اتباع هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
هسپانوي یا لاتیني <input type="checkbox"/> زه نه پوهیږم <input type="checkbox"/>	

<p>قوم (اختياري) ٽول هغه ڇي تطبيق ڪيرئ وگورئ  <input type="checkbox"/> امريڪايي هندي/ د الاسڪا اصل  <input type="checkbox"/> د هواوي اصلي اوسيدونڪي/ د ارام سمندر ٽاپو اوسيدونڪي  <input type="checkbox"/> تور پوستي/ايفريقا اصله امريڪايي  <input type="checkbox"/> آسياطئغگ  <input type="checkbox"/> نه پوهيرم  <input type="checkbox"/> سپين پوستي  <input type="checkbox"/> بل  <input type="checkbox"/> خواب ورڪول نه غوارم</p>	<p>ستاسي په کور ڪي ويل ڪېدونڪي لومرنئ ژبه          په کومه ژبه غوارئ ڇي د FoodShare ليکونه چاپ شي؟</p>
---	--

**برخه 3 - د کورني معلومات**

د هغه کسانو لپاره ڇي تاسو سره ژوند کوي دا برخه تکميل ڪرئ. که چيري ډېري خوني ته اړتيا وي، د يو تش کاغذ وکاروئ او غوښتنليک سره يي يوځای ڪرئ.

د Social Security Number (ٽولنيز امنيت شمېري) (SSN) وړاندي کول د قانون لخوا د هر هغه شخص لپاره اړينه ده ڇي د عامه گټو غوښتنه کوي. دا د وړتيا او گټو مقدار ټاکلو ڪي د مرستي لپاره کارول ڪيري. که چيري تاسو د هغه شخص د ٽولنيز امنيت شمېره نه لري ڇي تاسو سره ژوند کوي، يا يي دوی نه لري، بياهم دوی په دې برخه ڪي شامل ڪرئ.

**يادونه:** که نه غوارئ اړ نه ياست ڇي د توکم او قوميت پوښتنو ته خواب ورکړئ. مور دغه پوښتنې د خپلو پروگرامونو غوره کولو مرستي او له دې څخه ډاډه کېدو لپاره ڇي د قوم يا توکم پر بنسټ تبعيض نه کوي پوښتو. ستاسو ځوابونه د برنامي ورتوب او د گټي اندازه ټاکلو لپاره نه کارول ڪيري.

**1 کس (غوښتونکی)**

<p>اي ادا کس FoodShare غوارئ؟  <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>نوم (نوم، منځنی نوم، تخلص)</p>
<p>Social Security Number (د ٽولنيز امنيت شميرې)</p>	<p>د زېږېدنې نېټه (mm/dd/yyyy)</p>
<p>مدني حالت  <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> طلاق شوی</p>	<p>جنسيت  <input type="checkbox"/> نارينه <input type="checkbox"/> ښځه</p>
<p>قوميت (اختياري)  <input type="checkbox"/> هسپانوي يا لاتيني  <input type="checkbox"/> زه نه پوهيرم  <input type="checkbox"/> غير هسپانوي يا لاتيني  <input type="checkbox"/> خواب ورڪول نه غوارم</p>	<p>د متحده ايالاتو اتباع  <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p>
<p>قوم (اختياري) ٽول هغه ڇي تطبيق ڪيرئ وگورئ  <input type="checkbox"/> امريڪايي هندي/ د الاسڪا اصل  <input type="checkbox"/> د هواوي اصلي اوسيدونڪي/ د ارام سمندر ٽاپو اوسيدونڪي  <input type="checkbox"/> تور پوستي/ايفريقا اصله امريڪايي  <input type="checkbox"/> آسياطئغگ  <input type="checkbox"/> نه پوهيرم  <input type="checkbox"/> سپين پوستي  <input type="checkbox"/> بل  <input type="checkbox"/> خواب ورڪول نه غوارم</p>	<p>عارض سره اړيکه  <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه          ايا تاسو له دې شخص سره اکثره وخت خواړه پيريئ او خورئ؟  <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه          ايا دغه کس لپاره پاملرنه وړاندي کوي؟  <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p>

**2 کس**

<p>اي ادا کس FoodShare غوارئ؟  <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p>	<p>نوم (نوم، منځنی نوم، تخلص)</p>
<p>Social Security Number (د ٽولنيز امنيت شميرې)</p>	<p>د زېږېدنې نېټه (mm/dd/yyyy)</p>
<p>مدني حالت  <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> طلاق شوی</p>	<p>جنسيت  <input type="checkbox"/> نارينه <input type="checkbox"/> ښځه</p>
<p>قوميت (اختياري)  <input type="checkbox"/> هسپانوي يا لاتيني  <input type="checkbox"/> زه نه پوهيرم  <input type="checkbox"/> غير هسپانوي يا لاتيني  <input type="checkbox"/> خواب ورڪول نه غوارم</p>	<p>د متحده ايالاتو اتباع  <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p>

قوم (اختياري)، ٽول هغه وگورئ چي پلي ڪيري: <input type="checkbox"/> امريڪاي هندي/ د الاسڪا اصل <input type="checkbox"/> د هواوي اصلي اوسيدونڪي/ د ارام سمندر ٽاپو اوسيدونڪي <input type="checkbox"/> تور پوستي/ايفريفا اصله امريڪايي		
<input type="checkbox"/> آسيانٽيگ <input type="checkbox"/> اسپين پوستي <input type="checkbox"/> بل <input type="checkbox"/> خواب ورڪول نه غوارم	<input type="checkbox"/> نه پوهيرم <input type="checkbox"/> بل <input type="checkbox"/> خواب ورڪول نه غوارم	عارض سره اريڪه <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
ايا دغه کس لپاره پاملرنه وړاندي ڪوي؟ <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	ايا تاسو له دي شخص سره اڪثره وخت خواره پيرئ او خوري؟ <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	عارض سره اريڪه <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو

3 کس

نوم (نوم، منخني نوم، تخلص) ايا دا کس FoodShare غواري؟ <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	
د زېږېدنې نېټه (mm/dd/yyyy)	Social Security Number (د ٽولنيز امنيت شميري)
جنسيت <input type="checkbox"/> نارينه <input type="checkbox"/> بنځه	مدني حالت <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> طلاق شوي
د متحده ايالاتو اتباع <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	قوميت (اختياري) <input type="checkbox"/> هسپانوي يا لاتيني <input type="checkbox"/> زه نه پوهيرم <input type="checkbox"/> غير هسپانوي يا لاتيني <input type="checkbox"/> خواب ورڪول نه غوارم

قوم (اختياري)، ٽول هغه وگورئ چي پلي ڪيري: <input type="checkbox"/> امريڪاي هندي/ د الاسڪا اصل <input type="checkbox"/> د هواوي اصلي اوسيدونڪي/ د ارام سمندر ٽاپو اوسيدونڪي <input type="checkbox"/> تور پوستي/ايفريفا اصله امريڪايي		
<input type="checkbox"/> آسيانٽيگ <input type="checkbox"/> اسپين پوستي <input type="checkbox"/> بل <input type="checkbox"/> خواب ورڪول نه غوارم	<input type="checkbox"/> نه پوهيرم <input type="checkbox"/> بل <input type="checkbox"/> خواب ورڪول نه غوارم	عارض سره اريڪه <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
ايا دغه کس لپاره پاملرنه وړاندي ڪوي؟ <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	ايا تاسو له دي شخص سره اڪثره وخت خواره پيرئ او خوري؟ <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	عارض سره اريڪه <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو

4 کس

نوم (نوم، منخني نوم، تخلص) ايا دا کس FoodShare غواري؟ <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	
د زېږېدنې نېټه (mm/dd/yyyy)	Social Security Number (د ٽولنيز امنيت شميري)
جنسيت <input type="checkbox"/> نارينه <input type="checkbox"/> بنځه	مدني حالت <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> طلاق شوي
د متحده ايالاتو اتباع <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	قوميت (اختياري) <input type="checkbox"/> هسپانوي يا لاتيني <input type="checkbox"/> زه نه پوهيرم <input type="checkbox"/> غير هسپانوي يا لاتيني <input type="checkbox"/> خواب ورڪول نه غوارم

قوم (اختياري)، ٽول هغه وگورئ چي پلي ڪيري: <input type="checkbox"/> امريڪاي هندي/ د الاسڪا اصل <input type="checkbox"/> د هواوي اصلي اوسيدونڪي/ د ارام سمندر ٽاپو اوسيدونڪي <input type="checkbox"/> تور پوستي/ايفريفا اصله امريڪايي		
<input type="checkbox"/> آسيانٽيگ <input type="checkbox"/> اسپين پوستي <input type="checkbox"/> بل <input type="checkbox"/> خواب ورڪول نه غوارم	<input type="checkbox"/> نه پوهيرم <input type="checkbox"/> بل <input type="checkbox"/> خواب ورڪول نه غوارم	عارض سره اريڪه <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
ايا دغه کس لپاره پاملرنه وړاندي ڪوي؟ <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	ايا تاسو له دي شخص سره اڪثره وخت خواره پيرئ او خوري؟ <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	عارض سره اريڪه <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو

**برخه 4- د زده کوونکی معلومات**

که نور ځای ته اړتیا لرئ، یوه خالي پاڼه وکاروئ.

آیا ستاسو په کورنۍ کې داسې څوک شته چې د 18-49 کلونو عمر ولري او ثانوي وروستي ښوونځي کې زده کړي کوي (مثلاً: تخنیکي کالج یا پوهنتون)؟	آیا دا ټولګي د منظم نصاب څخه هاخوا ترسره کيږي؟
<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که ځواب مو نه وي، 5 برخه ته مراجعه وکړئ.	ځانګړي ټولګي چې د منظم نصاب برخه نه وي د درملني زده کړې، دوامداره یا د ټولني زده کړې، مسلکي وده، د نورو ژبو د ویناوالو لپاره انگلیسي (ESOL/ESL)، او د کاري ځواک وده شامل کولی شي.
<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که ځواب مو نه وي، 5 برخه ته مراجعه وکړئ.	

د ښوونځي نوم

زده کوونکی شامل شوی:

د نیمایي څخه لږه موده  نیمایي موده یا ډېر

بشپړ وخت  نور

د هغه زده کوونکي نوم چې ثانوي وروستي ښوونځي کې زده کړي کوي (نوم، منځنی نوم، تخلص)

آیا زده کوونکی د لنډمهاله یا دایمي معلولیت له امله کار نشي کولی؟

هو  نه

د Social Security Act (ټولنیز امنیت قانون) IV سرلیک لاندې د Wisconsin Works (ویسکانسین کار) (W-2) یا د TANF لخوا تمویل شوي پروګرام کې نوم لیکنه شوي ده.

هو  نه

آیا زده کوونکی په اوونۍ کې لږ تر لږه 20 ساعته استخدام شوی دی؟

هو  نه

آیا زده کوونکی د شخصي کاروبار لرونکی دی؟

هو  نه

آیا زده کوونکی په فدرالي یا ایالتي توګه تمویل شوی کاري زده کړې پروګرام کې ګډون کوي؟

هو  نه

آیا زده کوونکی د دندې په تادیه شوي روزنه کې کار ترسره کوي؟

هو  نه

آیا روزونکي له 6 څخه ښکته عمر لرونکي ماشومانو پاملرنه کوي؟

هو  نه

آیا روزونکي له 12-6 کلنو عمر لرونکو ماشومانو پاملرنه کوي او مناسب پاملرنه شتون نه لري؟

هو  نه

آیا د زده کوونکي والدین یو شخص دی چې 12 کلونو څخه لږ عمر لرونکی ماشوم څخه پاملرنه کوي او بشپړ وخت ښوونځی ته ځي؟

هو  نه

آیا زده کوونکی Workforce Innovation and Opportunity Act (د کاري ځواک نوښت او فرصت قانون) (WIOA)، د Trade Act of 1974 (سوداګری قانون) (TAA)، W-2، د FoodShare Employment and Training (د FoodShare کارموندنه او روزنه) (FSET)، یا بل د کارموندني او روزني پروګرام له لاري ښوونځي کې زده کړي کوي؟

هو  نه

**5 برخه - د کورنی اضافي معلومات**

آیا ستاسو په کورنۍ کې داسې څوک شته چې د Veterans Administration (ټولنيزي امنيتي ادارې)، د Social Security Administration (ټولنيز امنيت قانون)، د Railroad Retirement Board (ریل پټلۍ د تقاعد بورډ) لخوا معیوب پیژندل شوی وي؟

هو  نه

د معلولیت مشخص کېدو نېټه (mm/dd/yyyy)

د هغه کس نوم چې معیوب وي (نوم، منځنی نوم، تخلص)

آیا ستاسو په کورنۍ کې داسې څوک شته چې د ناروغۍ یا ټپ له امله د کار کولو توان نلري؟

هو  نه

د هغه کس نوم چې د کار کولو توان نلري (نوم، منځنی نوم، تخلص)		د هغه کس لپاره د ټاکلو نېټه چې د کار کولو توان نه لري (mm/dd/yyyy)	
آیا ستاسو په کورنۍ کې امیندواره څوک شته؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>		د هغه کس نوم چې امیندواره وي (نوم، منځنی نوم، تخلص)	
آیا ستاسو په کورنۍ کې داسې څوک شته چې 18-24 کلونو عمر ولري چې د پالونکي پاملرنه، مرستندویه ساتونکي، یا د محکمې- لخوا تر 18 کلنۍ پورې یې خپلوانو ته د پاملرنې حکم شوی وي؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>		د هغه کس نوم چې عمر یې د 18—24 کلونو ترمیخ وي چې د پالونکي پاملرنه کې وي، د یو مرستندویه ساتونکي، یا یې د محکمې- لخوا تر 18 کلنۍ پورې خپلوانو ته د پاملرنې امر شوی وي (نوم، منځنی نوم، تخلص)	
آیا ستاسو په کورنۍ کې داسې څوک شته چې د متحده ایالاتو په پوځ کې یې دنده ترسره کړې وي او د کوم دلیل له امله معاف شوی وي؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>		د هغه شخص نوم چې دا ډول دنده یې ترسره کړې وي (نوم، منځنی نوم، تخلص)	
آیا ستاسو په کورنۍ کې داسې څوک شته چې په دوامداره توګه د نشه یې توکو د استعمال د اختلال پروګرام کې یې برخه اخیستې وي (په دې کې د الګولکس انانومس یا د مخدره توکو نامعلوم پروګرامونه شامل نه دي)؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>		د هغه شخص نوم چې په درملنه کې یې ګډون کړی وي (نوم، منځنی نوم، تخلص)	
آیا ستاسو په کورنۍ کې داسې څوک شته چې د 6 کالو څخه د لږ عمر لرونکي کوچني یا د بل داسې چا ساتنه کوي چې د خپل ځان ساتنه نشي کولی (هغه په کور کې ژوند کوي یا بهر)؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>		د هغه کس نوم چې د پاملرنې خدمات چمتو کوي (نوم، منځنی نوم، تخلص)	
آیا ستاسو په کورنۍ کې داسې څوک شته چې په کاري پروګرام کې برخه اخلي؟ د بیلګې په توګه، د کارګرانو بې ځایه شوي پروګرامونه، Wisconsin Works (W-2)، یا قومي TANF؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>		د هغه شخص نوم چې په کاري پروګرام کې برخه اخلي (نوم، منځنی نوم، تخلص)	
آیا ستاسو په کورنۍ کې داسې څوک شته په تیرو پنځو کلونو کې د مخدره توکو اړوند جرم باندي محکوم شوی دی؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>		د هغه شخص نوم چې د مخدره توکو اړوند جرم باندي محکوم شوی دی (نوم، منځنی نوم، تخلص)	
آیا ستاسو په کورنۍ کې داسې څوک شته چې د جرم څخه تېښتي یا د محاکمې یا مشروطي ازادۍ څخه سرغړونه کوي؟ هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>		د هغه شخص نوم چې د جرم څخه تېښتلی وي یا یې د محاکمې یا مشروطي ازادۍ څخه سرغړونه کړې وي (نوم، منځنی نوم، تخلص)	

**برخه 6 – شتمني**

د شتمني معلوماتو ته یوازې هغه وخت اړتیا ده کله چې تاسو د بېرنيو ګټو لپاره غوښتنه کوئ یا د هغه افرادو د کورنۍ برخه یاست چې زاړه، رانده، یا معلولیت لرونکي وي.

ټوله هغه شتمني لیست کړئ چې عارض یې څښتن دی. له نورو سره ګډه شتمني شامل کړئ. شته شتمني د هغې شتمني په معنی ده چې هر کله وغواړئ نغدې کېدای شي.

شتمني دغه توکي رانغاړي، د بیلګې په توګه، نغدې پیسې، جاري او د سپما حسابونه، پریبېډ ډیپټ کارتونه، د پیسو د لیږد سندونه (CDs)، اعتباري بودیجې، صرافي، د قرضي ورقي (د جنازې لګښتونو او تعلم لپاره نه دي ځانګړي شوي) کلني ګټي، د متحده ایالاتو د قرضي ورقي، د ملکیت توافقنامې، د کرنو قراردادونه، وخت شریکونکي، د کرایې ملکیتونه، د اوسیدو ملکیتونه، یا شخصي ملکیتونه چې د سرمایه گزارۍ په موخه چمتو شوي وي. د کورنۍ شخصي سامان ارزښت په کې مه شاملوئ.

د شتمني بڼه	د څښتن (څښتنانو) نوم	اوسنی ارزښت	تشریح (لکه د بانک یا مالي ادارې نوم، د شتمني نور ډولونه دلته شامل کړئ)
نغدې		\$	
جاري حساب		\$	

	\$	د سپما حساب
	\$	د شتمنی نور ډولونه
	\$	د شتمنی نور ډولونه
	\$	د شتمنی نور ډولونه

**برخه 7 – دنده/د کار عواید او مزد**

د FoodShare په برخه کې نوم لیکنه د کورنۍ د ټول ناخالص عاید (د مالیاتو یا کسرونو څخه مخکې) پر بنسټ ده. خپل کاروبار لرونکی په 9 برخه کې داخل دی. که نور ځای ته اړتیا لرئ، یوه خالی پاڼه وکاروئ.

ایا د کورنۍ کوم غړی کار کوي؟

هو  نه

که ځواب مو هو وي، د هر هغه کورنۍ غړي لپاره چې کار کوي لاندې پوښتنې ځواب کړئ.

ایا کوم کډوال کارکوونکی شتون لري؟

هو  نه

**1 کس**

د دندې د پیل نېټه (mm/dd/yyyy)

د کار کوونکي شخص نوم (نوم، منځنی نوم، تخلص)

د استخدامونکي نوم

د استخدامونکي پته

څو ځلي دا سړی پیسې ورکوي (له لاندې څخه یو غوره کړئ)؟

اونیز  دوه اونیز (هر بله اونۍ)  میاشت کې یو ځل  نیمه میاشتني (په میاشت کې دوه ځل)

نور، توضیحات وړاندې کړئ:

ناخالص عاید (د مالیاتو یا کسرونو دمخه) په هر تادیه چیک کې  
\$

د تادیه چیک پر سر د ساعتونو شمېر؟

ایا دې شخص ته په ساعت وار ټول تادیه کیږي؟

هو  نه که ځواب مو هو وي، دې شخص په یوه ساعت کې څومره تادیه کیږي؟ \$

ایا دې شخص ته معاش ورکول کیږي؟

هو  نه که ځواب مو هو وي، دې شخص ته څومره معاش ورکول کیږي؟ \$

ایا دا شخص بخششي یا اضافي لګښت د ساعتوار تادیه او معاش پرته ترلاسه کوي؟

هو  نه که ځواب مو هو وي، په هره دوره کې دا شخص څومره ترلاسه کوي؟ \$

**2 کس**

د دندې د پیل نېټه (mm/dd/yyyy)

د کار کوونکي شخص نوم (نوم، منځنی نوم، تخلص)

د استخدامونکي نوم

د استخدامونکي پته

څو ځلي دا سړی پیسې ورکوي (له لاندې څخه یو غوره کړئ)؟



اونيز  دوه اونيز (هر بله اونى)  مياشت كي يو خل  نيمه مياشتنى (په مياشت كي دوه خل)   
نور

د تاديي چيک پر سر د ساعتونو شمير؟  
ناخالص عايد (د مالياتو يا کسرونو دمخه) په هر تاديي چيک كي  
\$

ايا دي شخص ته په ساعت وار ټول تاديي کيږي؟  
 هو  نه که خواب مو هو وي، دي شخص په يوه ساعت كي څومره تاديي کيږي؟ \$

ايا دي شخص ته معاش ورکول کيږي؟  
 هو  نه که خواب مو هو وي، دي شخص ته څومره معاش ورکول کيږي؟ \$

ايا دا شخص بخشني يا اضافي لگښت د ساعتوار تاديي او معاش پرته ترلاسه کوي؟  
 هو  نه که خواب مو هو وي، په هره دوره كي دا شخص څومره ترلاسه کوي؟ \$

### برخه 8 – دنده له لاسه ورکول

اياس ستاسو په کورني کي په دي وروستيو کي دنده خوشي کړي ده؟  
 هو  نه که خواب مو هو وي، د 8 برخي پاتي برخه بشپړ کړئ.

د هغه شخص نوم چي دنده يي له لاسه ورکړي ده (نوم، منځنى نوم، تخلص)  
د دندې د پای نېټه (mm/dd/yyyy)

د استخدامونکي نوم او ادرس

د دندې د پای لامل  
 استعفا  گوښل کېدل  لري کېدل  
نور: \_\_\_\_\_  
ايا دغه کس د بي روزگاري بيبي لپاره غوښتنه کړي ده؟  
 هو  نه که خواب مو هو وي، دغه شخص د بي دندې کيدو غوښتنه څه وخت کړي ده (mm/dd/yyyy)؟

### برخه 9 – د شخصي کار عايد

مهرباني مور ته د هر ډول شخصي کارني د عايد په اړه وواياست چي تاسو او/يا ستاسو په کورني کي يي څوک ترلاسه کوي. د ترلاسه شوي عايد په شمول که څه هم شخص ماليه نه ورکوي. د شخصي کار بيلگي د تجارت، کرايه ملکيت يا صرافي يا توکو يا د پيسو به بدل خدماتو په شمول. که نور ځای ته ارتيا وي يا له يو کس څخه ډېر کسان شخصي کار ولري، د کاغذ يوه جلا پاڼه وکاروئ.

ايا ستاسي کور کي کوم څوک شخصي کار کوي؟  
 هو  نه که خواب مو هو وي، د 9 برخي پاتي برخه بشپړ کړئ.

د شخصي کار لرونکی شخص نوم (نوم، منځنى نوم، تخلص) د سوداگرۍ نوم

د سوداگرۍ ادرس

د سوداگرۍ د ملکيت بڼه  
 مشارکت  S شرکت  واحد ملکيت  شرکت  نور  نه پوهيږم

د سوداگرۍ ډول (د مثال په توگه، فارم، د کور ورځنی پاملرنه) د سوداگرۍ د پيل نېټه

ايا دغه سوداگرۍ ماليات ورکړي؟  هو  نه  
که هو، وروستۍ ماليات د کوم ماليات کال لپاره ورکړل شول؟

ايا سوداگرۍ د تيرو مالياتو راهيسي په عايد يا لگښتونو کي د پام وړ بدلون درلود؟  
 هو  نه  زه نه پوهيږم

په اوسط ډول، دا سوداگرۍ په مياشت كي څومره ناخالص عايد لري؟ مهرباني وکړئ مونږ ته د ترلاسه شوي عايد په اړه معلومات راکړئ مخکي لدې چي اخراجات ځيني وباسئ. \$

په اوسط ډول، دا کاروبار هره میاشت ټول څومره لگښتونه لري؟  
\$

په اوسط ډول، دغه کس په میاشت کې څو ساعت دغې سوداګرۍ لپاره کار کوي؟

**برخه 10 – د غیر نقدي یا رضاکاره عاید نور عواید**

مهرباني وکړئ مور ته د هر ډول (د کار په بدل کې د توکو، خدماتو، یا خواړو ترلاسه کولو) په اړه ووايست یا ستاسو په کورنۍ کې څوک رضاکارانه کار کوي. که نور ځای ته اړتیا لرئ، یوه خالي پاڼه وکاروئ.

د هغه کس یا سازمان نوم چې د کار یا خدماتو په بدل کې توکي، خدمتونه یا خواړه ورکوي

د کورني پته		تلیفون شمېره
ښار	ایالت	زېږ کورډ

د توکو، خدماتو، یا خورو په بدل کې څه ترسره کېږي؟

په میاشت کې څو ساعته؟	د پیل نېټه
-----------------------	------------

د سازمان یا شخص نوم

د کورني پته		تلیفون شمېره
ښار	ایالت	زېږ کورډ
په میاشت کې څو ساعته رضاکاره کار کوي؟	د پیل نېټه	

**برخه 11 – نور عواید**

که نور ځای ته اړتیا لرئ، یوه خالي پاڼه وکاروئ.

ایا ستاسو په کورنۍ کوم بل شخص نور عاید ترلاسه کوي؟

هو  نه که ځواب مو هو وي، د عوایدو هرې بڼې لپاره لاندینی برخه بشپړ کړئ.

د عاید بڼه	ایا دا مو ترلاسه کړ؟	د عاید ترلاسه کوونکي کس نوم	ناخالص (د مالیاتو یا کسرونو دمخه) میاشتنی مقدار
Social Security (ټولنیز امنیت)	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه		\$
Supplemental Security Income (تکمیلی تضمیني عاید) (SSI)	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه		\$
نقده/ماشوم څخه ملاتړ	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه		\$
د کاریګرانو/بې روزګاری خساره	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه		\$
معلولیت/ناروغی تادیه	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه		\$
سود/د سهامو ګټه	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه		\$

\$		نه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/>	د پخوانيو پوځيانو گټي
\$		نه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/>	د پالونکي پاملرني تادييات
\$		نه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/>	د خپلوانو د پاملرني تادييات
\$		نه <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/>	نور: _____

**برخه 12 - لگښتونه**

**متکي پاملرنه:** ايا ستاسو په کورنۍ کې داسې کوم شخص شتون لري د ماشوم يا لويانو پاملرني لپاره پيسې ورکوي ترڅو کار وکړي، کار ومومي، ښوونځي ته لاړ شي، يا روزنه ترلاسه کړي؟  
 هو  نه

د هغه ماشوم يا لوی نوم چې پالنه يې کيږي (نوم، منځنی نوم، تخلص)	د دې کوچني يا بالغ پاملرني چمتو کولو لپاره چا ته پيسې ورکول کيږي؟ (نوم، منځنی نوم، تخلص)	د هغه کس نوم چې د کوچني يا بالغ پاملرني لپاره پيسې ورکوي (نوم، منځنی نوم، تخلص)
<p>دا څو ځله تاديه کيږي (له لاندې څخه يو غوره کړئ)؟  <input type="checkbox"/> په اوڼۍ کې <input type="checkbox"/> دوه اوڼۍ (هره بله اوڼۍ) <input type="checkbox"/> په مياشت کې يو ځل <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> نيمه مياشتنۍ (په مياشت کې دوه ځله) <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> نور، مهرباني وکړئ مشخص کړئ:</p>		مقدار \$

د ماشوم ملاتړ: ايا ستاسو په کورنۍ کې کوم شخص ته د محکمې لخوا امر شوی چې د ماشوم ملاتړ تاديه کړي؟  
 هو  نه

د هغه ماشوم نوم چې د مرستې لپاره پيسې ورکول کيږي (نوم، منځنی نوم، تخلص)	د هغه شخص نوم چې پيسې ترلاسه کوي (نوم، منځنی نوم، تخلص)	د هغه چا نوم چې د ماشوم ملاتړ تاديه کوي (نوم، منځنی نوم، تخلص)
<p>دا څو ځله تاديه کيږي (له لاندې څخه يو غوره کړئ)؟  <input type="checkbox"/> په اوڼۍ کې <input type="checkbox"/> دوه اوڼۍ (هره بله اوڼۍ) <input type="checkbox"/> په مياشت کې يو ځل <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> نيمه مياشتنۍ (په مياشت کې دوه ځله) <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> نور، مهرباني وکړئ مشخص کړئ:</p>		مقدار \$

**طبي لگښتونه:** ايا د کورنۍ کوم غړی چې زور، روند او يا د معلوليت لرونکو په توگه په نښه شوی وي د جيب خرچ پرته طبي لگښتونه لري؟  
 د طبي لگښتونو کسرونه او دا چې څنگه د FoodShare گټي اغيزمنوي د مثالونو لپاره يا [P-03315B](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b) په لاندې ويب پاڼه [www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b) کې وگورئ.  
 هو  نه

مقدار	کوم ډول طبي لگښتونه ترسره کيږي؟	د طبي لگښتونو ترسره کونکی شخص نوم (نوم، منځنی نوم، تخلص)
\$	<input type="checkbox"/> نفسي	
\$	<input type="checkbox"/> طبي بيلونه	
\$	<input type="checkbox"/> تاديه	
\$	<input type="checkbox"/> بيمه پريميم	
\$	<input type="checkbox"/> نور	
\$	<input type="checkbox"/> نور	

دا څو ځله تاديه کيږي (له لاندې څخه يو غوره کړئ)؟  
 په اوڼۍ کې  دوه اوڼۍ (هره بله اوڼۍ)  په مياشت کې يو ځل  نيمه مياشتنۍ (په مياشت کې دوه ځله)   
 نور، مهرباني وکړئ مشخص کړئ:

د سرپناه لگښتونه: ايا په کورنۍ کې کوم شخص د سرپناه لگښتونه لري (کرايه، گروي، د ملکيت ماليات)؟  
 هو  نه

د سرپناه لگښت کونکي شخص نوم (نوم، منځنی نوم، تخلص)	مياشتنی لگښت \$
--	-----------------

لگښتونه د څه لپاره دي؟  
 کرایه/لاټ کرایه  گروي  د ملکیت مالیه  د کور د خاوند بیمه  
 د گړخنده کور پور تادیه  د هغه شیانو لپاره ځانگړي ارزونه یا مالیه لکه د سرک یا کوڅي ترمیم

د عمومي اسانتیاو لگښتونه: ایا له کورنی څخه څوک د عمومي اسانتیاو لپاره تادیه کوي؟ <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	که کرایه ورکوي، ایا گرمي په کرایه کې شامل ده؟ <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
--	--

د هغه عمومي اسانتیاو لپاره چې ستاسې کورنی باید ورته تادیه وکړي او که چېرې دغه عمومي اسانتیاوې د کور گرمولو لپاره کارول کېږي لاندیني چوکاټونه په نښه کړئ.

ایا تاسو ددې کټي تادیه ورکوي؟	گرمولو لپاره کارول شوي؟
گاز (طبیعی) <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
برق <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
مایع پروپین گاز <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
د سونگ تیل/د خاورو تیل <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
سکاره <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
لرکي <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو

هغه عمومي اسانتیاوې چې ستاسې کورنی باید ورته تادیه وکړي په نښه کړئ.  
 تیلیفون  اوبه  فاضلاب  کثافت لري غورځول  د اییر کنډیشننگ اضافي لگښت  نور: \_\_\_\_\_

ایا تاسو د اوسیدو مرسته ترلاسه کوئ (برخه 8 یا نور عامه اوسیدو مرسته)؟  
 نه  هو

ایا تاسو د انرژي (WHEAP، LIHEAP، هوا پاکوالي یا له بل ایالت څخه بلې انرژي) مرسته ترلاسه کوئ؟  
 نه  هو

## WISCONSIN FOODSHARE

### مهم معلومات

دا غوښتنلیک د FoodShare لپاره دی او د Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Wisconsin Shares (د ماشوم پاملرنې مرستې)، یا Wisconsin Works (ویسکانسین کار) (W-2) لپاره غوښتنلیک ندی. دا ډول پروگرامونه د روغتیا پاملرنې یا د ماشوم پاملرنې لگښت یا د دندې موندلو کې مرسته کوي. تاسو کولی شئ د Medicaid، BadgerCare Plus، Family Planning Only Services او Wisconsin Shares لپاره آنلاین په [access.wi.gov](http://access.wi.gov) کې په ورته وخت کې درخواست وکړئ کله چې تاسو د FoodShare لپاره غوښتنه کوئ. تاسو باید د W-2 غوښتنی لپاره خپلې ادارې سره اړیکه ونیسئ.

FoodShare یو عنوان دی چې هغه خلکو سره مرسته کوي چې ټیټ عاید لري او د خوارو په اخیستلو کې ستونزې لري ترڅو د ستونزو د حل لپاره میاشتنی مرسته ترلاسه کوي. تاسو W-2 یا نورو برنامو لپاره غوښتنه کولو ته اړتیا نلرئ ترڅو د FoodShare گټې ترلاسه کولو وړ واوسئ. یوه کورنی معمولاً د خلکو څخه جوړه ده چې یوځای ژوند کوي او خواره شریکوي. د FoodShare د گټو پیسې چې یوه کورنی یې ترلاسه کوي د کورنی د کچې، لگښتونو او عاید پر اساس ده. د FoodShare گټې د QUEST Wisconsin کارت کې وړاندې کیږي، کوم چې په پلورنځیو، آنلاین پرچون پلورونکو یا بزگرانو بازارونو کې د بیټ کارت په څیر کارول کیږي چې FoodShare قبولوي.

### د راپور ورکولو شرایط

که چېرې ستاسو د کورنی میاشتنی ناخالص عاید ستاسو د کورنی د اندازې لپاره د federal poverty level (د فدرالي بی وزلی کچې) څخه 130% ډیر وي، نو تاسو مکلف یاست چې په اړه یې راپور ورکړئ.

تاسو مکلف یاست چې مخکې له دې چې مالیه یا نور مبلغ ودرول شي د پام وړ لائتری یا قمار گټلو په یوه لوبه، شرط یا ټکټ کې د گټلو په اړه راپور ورکړئ.

تاسو يا نور ستاسو په کورنۍ کې ممکن ستاسو د تاييد دورې پرمهال د FoodShare برنامې د کار اړوند شرايطو پوره کولو ته اړتيا ولرئ ترڅو د FoodShare امتيازاتو تر لاسه کولو ته دوام ورکړئ. کاري شرايطو ته کتلو لپاره، تاسو بايد په مياشت کې لږ تر لږه 80 ساعتونه کار وکړئ يا په کاري پروگرام کې برخه واخلي. که چيرې ستاسو کاري ساعتونه په مياشت کې له 80 ساعتونو څخه لږ وي نو تاسو بايد دا راپور ورکړئ.

## د FOODSHARE د يو غړي په توگه، تاسو حقونه اومسوليتونه لرئ.

ستاسو په حقونو کې لاندني شامل دي:

- د درخواست کولو په 30 ورځو کې دننه ستاسو د نوم ليکنې وضعیت په اړه د خبرتيا حق.
- د اوو ورځو دننه د گټو تر لاسه کولو حق که چيرې تاسو د فوري مرستې لپاره وړ ياست.
- د زرينت يا د نژاد، رنگ، ملي اصل، جنسيت (د جنسي هويت او جنسي تمايل په شمول)، مذهبي عقيدې، معلوليت، عمر، سياسي عقيدې، يا د مدني حقونو د مخکيني فعاليت لپاره غچ اخيستلو/ کسات اخيستلو له امله تبعيض مه کوئ.

تاسو د لاندنيو لپاره مسؤل ياست:

- په غوښتنليک کې ټولو پوښتنو ته په بشپړ او صادقانه توگه ځواب ورکول او د خپل نوم لاسليک کول ترڅو د دروغو د جزا سره سم تصديق کړي، چې ستاسو ټول ځوابونه ريښتيني او سم دي. پدې کې د هغه غړو د تابعيت او مهاجرت وضعیت په اړه معلومات شامل دي چې د گټو لپاره غوښتنه کوي.
- د وړتيا ټاکلو لپاره د اړتيا وړ ټولو معلوماتو ثبوت چمتو کول.
- د اړتيا وړ بدلونونو د هغه وخت په چوکاټ کې راپور ورکول چې تاسو ته ستاسو په ليکونو کې چمتو شوي.
- نه پلورل، تجارت کول، يا د گټو ورکول.
- يوازې د اجازه ورکړل شوي توکو پيرودلو لپاره د FoodShare گټو کارول.

هغه خلک چې د FoodShare قواعد ماتوي ممکن د برنامې څخه بي برخي، جريمه، بند يا دا ټول درې کارونه ورسره وشي. د خپلو حقونو او مسوليتونو په اړه د نورو معلوماتو لپاره، [www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/f-10150b](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/f-10150b) ته لار شئ.

## ليکل شوی خبرتيا

تاسو حق لرئ چې تاسو د خپل FoodShare گټو پای ته رسولو يا کمولو لپاره کوم اقدام ترسره کولو دمخه خپل له ادارې څخه ليکلي خبرتيا تر لاسه کړئ. اکثره اقداماتو لپاره، تاسي به له اقدام څخه لږ تر لږه 10 ورځې وړاندې ليک تر لاسه کړئ.

## عادلانه اورېدنه

تاسو د منصفانه اورېدنې حق لرئ که چيرې تاسو د ادارې له کوم عمل سره موافق نه ياست. تاسو کولی شئ په شفاهي ډول په 608-266-7709 ټلېفون کولو له لارې د منصفانه اورېدنې غوښتنه وکړئ. تاسو کولی شئ د منصفانه اورېدنې غوښتنې فورمه يا د يوې اورېدنې غوښتنه کولو ليک د فکس له لارې په 608-264-9885 ته واستوئ يا د بريښنالیک له لارې پدې واستوئ:

Department of Administration  
Division of Hearing and Appeals  
PO Box 7875  
Madison, WI 53707-7875

ستاسو غوښتنه بايد ستاسو د FoodShare گټو لپاره د ادارې د موثري نيټې څخه په 90 ورځو کې دننه تر لاسه شي يا، که چيرې تاسو په هر وخت کې د خپل FoodShare گټو پيسو سره موافق نه ياست، کله چې تاسو گټي تر لاسه کوئ. د منصفانه اورېدنې د غوښتنې فورمه کېدای شي په دې [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm) ډاونلوډ شي، يا تاسو کولی شئ د اورېدلو غوښتنه کولو لپاره ستاسو په ليک کې ليست شوي ادارې ته زنگ ووهئ.

په ډيرو مواردو کې، که چيرې ستاسو د منصفانه اورېدلو غوښتنه د Division of Hearings and Appeals (اورېدنې او استيناف د څانگې) لخوا د عمل د موثري نيټې څخه مخکې تر لاسه شي، نو ستاسو د FoodShare گټي به ونه دريري يا کمي به نشي. تاسو کولی شئ غوښتنه وکړئ چې ستاسو گټي لږ تر لږه تر هغه دوام ومومي، ترڅو ستاسو د استيناف په اړه پريکړه نه وي شوي. د دې وخت په جريان کې، که چيرې يو بل غير اړونده بدلون رامنځته شي، نو ستاسو د FoodShare گټي ممکن بدلون ومومي. که چيرې بل بدلون رامنځته کيږي، نو تاسو به يو نوی ليک تر لاسه کړئ. که چيرې تاسو د منصفانه اورېدنې پريکړې سره مطمئن نه ياست، نو تاسو کولی شئ استيناف وکړئ او د دويمې منصفانه اورېدنې غوښتنه وکړئ. که چيرې د منصفانه اورېدلو پريکړه پای ته ورسېږي يا ستاسو گټي راکمي کړي، نو تاسو بايد هغه گټي بيرته ورکړئ چې کومې تاسو د استيناف غوښتنې په وخت کې تر لاسه کړي وي. تاسو ممکن د دوامداره گټو تر لاسه کولو غوښتنه ونه کړئ.

تاسو ممکن د خپل ځان استازیتوب وکړئ یا په اوریدني یا کنفرانس کې د څارنوال، ملګري، یا بل چا لخوا چې تاسو یې غوره کوئ ستاسو استازیتوب وکړئ. مور نشو کولی ستاسو څارنوال لپاره تادیبه وکړو. په هر صورت، که چېرې تاسو ور یاست نو تاسو ته ورپا حقوقي خدمت شتون لري. د ورپا قانوني مرستې په اړه د نورو معلوماتو لپاره، 888-278-0633 ته زنگ ووهئ.

که چېرې تاسو حاضریدو کې ناکامه شئ یا ستاسو استازی د ښه دلیل پرته اوریدني ته حاضریدو کې ناکامه شي، نو ستاسو استیناف متروک ګڼل کېږي او لغوه به کړي شي.

### قانوني سرپرست، محافظه کار، یا د څارنوال واک

که چېرې تاسو قانوني سرپرست، محافظه کار، یا د څارنوالی واکمن لری، نو دغه کس کولی شي دا فورمه ډکه کړي او ستاسو په استازیتوب یې وسپاري. دغه کس باید دغې فورمې سره یو ځای د خپلې ګومارنې په اړه اسناد هم وسپاري.

### د معلوماتو راټولونه/SOCIAL SECURITY NUMBERS (د ټولنیز امنیت شمیرې) کارونه/ شخصاً د پېژندنې وړ معلومات

د دې معلوماتو راټولول، د کورنۍ د هر غړي Social Security Number (د ټولنیز امنیت شمیرې) په شمول، Food and Nutrition Act of 2008 (د 2008 د خوړو او تغذیې قانون)، لکه څنګه چې تعدیل شوی، 7 U.S.C. 2011-2036 سره سم مجاز دي. معلومات به د دې لپاره کارول کېږي ترڅو معلومه کړي چې ایا ستاسو کورنۍ د SNAP کې د ګډون لپاره وړ ده یا دوام لري.

معلومات به د دې معلومولو لپاره کارول کېږي چې ایا ستاسو کورنۍ کولی شي ګټې ترلاسه کړي یا ګټې یې ادوا مه ومومي. موږ به دا معلومات د کمپیوټر پرته کولو برنامې له لارې تانید کړو. دا معلومات به د برنامې د قواعدو او د برنامې د مدیریت سره د مطابقت څارنې لپاره هم وکارول شي.

دا معلومات ممکن نورو فدرالي او دولتي ادارو ته د رسمي ازموینې لپاره او د قانون پلي کونکو چارواکو ته د دې موخې لپاره افشا شي چې د قانون څخه د مخنیوي لپاره تېښتیدلي اشخاص ونیسي.

که چېرې ستاسو د کورنۍ پر وړاندې د SNAP ادعا راپورته شي، پدې غوښتنلیک کې معلومات، په شمول Social Security numbers (د ټولنیز امنیت ټولې شمیرې)، ممکن فدرالي او دولتي ادارو، او همدارنګه د شخصي ادعا راټولولو ادارو ته د ادعا راټولولو عمل لپاره راجع شي.

د غوښتل شوي معلوماتو چمتو کول، د کورنۍ د هر غړي د Social Security numbers (ټولنیز امنیت شمیرې) په ګډون، داوطلبانه دي. په هر صورت، Social Security number (د ټولنیز امنیت شمیره) نه وړاندې کول به د هر هغه شخص لپاره د SNAP ګټې لغوه کړي څوک چې د ښه دلیل پرته د Social Security number (ټولنیز امنیت شمیره) وړاندې کولو کې پاتې راځي. هر ډول چمتو شوي Social Security numbers (ټولنیز امنیت شمیرې) به د کورنۍ د وړ غړو Social Security numbers (ټولنیز امنیت شمیرې) په څیر کارول کېږي او افشا کېږي.

ستاسو Social Security number (د ټولنیز امنیت شمیره) به United States Citizenship and Immigration Services (د متحده ایالاتو د تابعیت او کډوالی خدماتو) (USCIS) سره شریکه نشي.

د FoodShare ګټې د عامه لګښت لپاره د منلو وړ نه ګڼل کېږي.

### د کډوالی وضعیت

د FoodShare تر لاسه کولو وړتیا لرلو لپاره، تاسو باید د متحده ایالاتو تبعه و اوسئ یا د USCIS سره د ورتوب کډوالی وضعیت ولری. د ټولو هغو کسانو د کډوالی وضعیت چې د FoodShare لپاره غوښتنه کوي دا به د SAVE له لارې په USCIS سره تصدیق کېږي او ممکن د FoodShare نوم لیکنه او ګټې اغیزمنې کړي. د کډوالی وضعیت به د USCIS سره د هر هغه کس لپاره نه تصدیق کېږي چې د FoodShare لپاره غوښتنه نه کوي یا څوک چې دا په ګوته کوي چې هغه یا هغې د USCIS سره د ورتوب کډوالی وضعیت نلري. په هر صورت، د دغه اشخاصو عاید ممکن د FoodShare په نوم لیکنه یا ګټو اغیزه وکړي.

### د کیفیت کنټرول بیاکنته

ستاسو د FoodShare قضیه ممکن د کیفیت کنټرول بیاکنتي لپاره د Wisconsin Department of Health Services (ویسکانسین د روغتیا خدماتو څانګې) لخوا په تصادفي توګه وټاکل شي. د FoodShare د کیفیت کنټرول بیاکنته ستاسو د FoodShare قضیې بیاکنته ده ترڅو ډاډمن کړي چې هغه اداره چې ستاسو یې په FoodShare کې نوم لیکنه کړې ستاسو ګټې په سمه توګه خپروي او د فدرالي دولت لخوا ټاکل شوي قواعد تعقیبوي. فدرالي قانون وايي چې تاسو باید د کیفیت کنټرول بیاکنتي سره همکاري وکړئ. که چېرې تاسو غوښتل شوي معلومات نه ورکوئ او بیاکنتي کې همکاري ونه کړئ، ستاسو د FoodShare قضیه ممکن بنده شي. که چېرې دا پېښ شي، نو تاسو ته به ویل کېږي چې ستاسو قضیه څومره وخت بندیدي شي.

### د 16 څخه تر 59 کلونو پورې د افرادو لپاره د کار اساسي اصول

د FoodShare ټول غوښتونکي او غړي چې عمر ونه یې له 16 څخه نیولې تر 59 کلونو پورې وي باید د FoodShare وړتیا د شرط په توګه د کار لومړني قواعد مراعات کړي پرته له دې څخه چې دوی معاف شي. د کار د اصولو سره موافقت د کار لپاره د غوښتنلیک په وخت کې د کار لپاره ثبت کول د کار د وضعیت یا د کار شتون په اړه کافي معلومات وړاندې کول شامل دي.

که چیري د لاندې څخه کوم یو صحت ولري تاسو د کار د بنسټیزو قواعدو څخه معافیت پوره کوئ:

- تاسو 16 یا 17 کلن یاست او د FoodShare گروپ کې لومړني کس نه یاست.
  - تاسو 16 یا 17 کلن یاست او د FoodShare گروپ کې لومړني کس یاست خو لږترلږه نیم وخت کې په ښوونځي یا د کارموندني او روزني برنامې کې داخل شوي یاست.
  - تاسو د کار لپاره نامناسب وموندلی شئ. دا پلي کېږي که چیري:
    - تاسو د دولت یا یو شخصي سرچیني څخه لنډمهاله یا دایمي معلولیت گټي ترلاسه کوئ.
    - تاسو په ذهني یا فزیکي توگه د خپلي ادارې لخوا د کار کولو لپاره ناتوان یاست.
    - تاسو د روغتیا پاملرنې مسلکي یا ټولنیز کارکونکي څخه د بیان لخوا د کار کولو لپاره ناتوانه تائید شئ.
  - تاسو په W-2 کې نوم لیکنه کړی او د W-2 کاري اړتیاو سره مطابقت لرئ.
  - تاسو د 6 کلنې څخه کم عمر لرونکي یو انحصاري ماشوم لپاره ابتدایي پاملرونکی یاست (که ماشوم ستاسو په کور کې ژوند کوي یا ستاسو له کوره بهر). که څه هم، که چیري تاسو او بل کس دواړه د ماشوم پلارني کنټرول ولري، یوازې ستاسو څخه یو د هغه ماشوم د ابتدایي پاملرنه کونکي په توگه د کار د ثبت کولو اړتیاو څخه معاف کېدی شي.
  - تاسو د بل کس لپاره ابتدایي پاملرنې کونکي یاست چې نشي کولی د هغه/هغې د خپل ځان پاملرنه وکړي (که هغه کس ستاسو په کور کې ژوند کوي یا ستاسو له کوره بهر).
  - تاسو د بیکاری عوض لپاره غوښتنه کړي یا ترلاسه کوئ.
  - تاسو په منظمه توگه د الکول یا نورو مخدره توکو څخه د ناوړه گټه اخیستنې درملني یا بیارغونې برنامې کې برخه اخلئ.
  - تاسو په اونۍ کې 30 یا له دې څخه ډیر ساعتونه کار کوئ یا په اونۍ کې 217.50 ډالره یا ډیر مزدونه ترلاسه کوئ.
  - تاسو لږترلږه نیم وخت په پېژندل شوي ښوونځي، روزنیز برنامې، یا د لوړو زده کړو موسسه کې داخل یاست.
- تاسو ممکن د خپلي ادارې ته ثبوت وړاندې کولو اړتیا ولرئ که چیري تاسو د دې معافونو څخه یو پوره کوئ. که څه هم د کار د بنسټیزو اصولو باندې عمل کول اړین دي، په کار کې برخه اخیستل رضاکارانه دي.

### د کار د بنسټیزو اصولو تصویب

- که چیري تاسو د کار بنسټیزو اصولو اړتیاو سره موافق نه یاست او تاسو معافیت نه پوره کوئ، تاسو به د یوې ټاکلي مودې لپاره د FoodShare گټي ترلاسه نه کړئ. پدې کې شامل دي که چیري تاسو په داوطلبانه توگه او پرته له کوم ښه دلیل څخه د لاندې ذکر شوي څخه کوم کار وکړئ:
- د یو مناسب کار وړاندیز رد کړئ
  - په اونۍ کې د 30 یا ډیرو ساعتونو دنده پرېږدئ (یا په فدرالي لږترلږه معاش کې په اونۍ کې د 30 ساعتونو سره مساوي عاید سره یوه دنده)
  - خپل کاري ساعتونه په اونۍ کې له 30 ساعتونو څخه راکم کړئ (یا ستاسو عاید د فدرالي لږترلږه معاش 30 ځله څخه کم ته)
  - په W-2 کې برخه واخلئ خو د W-2 برنامې کاري اړتیاوې نه پوره کوئ
  - د بیکاری اړوند امتیازاتو لپاره غوښتنه وکړئ یا یې ترلاسه کړئ خو د بیکاری عوض برنامې کاري اړتیاوې پوره نه کړئ
- که چیري، د بندیز د مودې په جریان کې، تاسو د FoodShare بلې کورنۍ ته ولاړ شئ، نو ستاسو د بندیز پاتې موده به تاسو سره هغه کورنۍ ته لېږدول کېږي. د بندیز مودې اوږدوالی دا دی:
- د لومړي بندیز لپاره یوه میاشت.
  - د دوهم بندیز لپاره درې میاشتې.
  - د دریم یا وروسته بندیزونو لپاره شپږ میاشتې.

تاسو کولی شئ د بندیز موده دمخه پای ته ورسوئ که چیري تاسو د کار د ثبتونې اړتیاو څخه معاف شئ.

تاسو به د FoodShare لپاره بیا غوښتنه کولو ته اړتیا ولرئ که چیري تاسو غواړئ د بندیز موده پای ته رسېدو وروسته گټي ترلاسه کړئ. که چیري تاسو د FoodShare گروپ برخه یاست، نو تاسو به خپل کارمند ته د خبر ورکولو اړتیا ولرئ چې ستاسو قضیه بیا غوښتنه کولو پرځای تازه کړي.

### د 18 څخه تر 54 کلونو پوري د وړ بدن لرونکي لویانو لپاره د کار اړتیاوې

د 18 کلنو څخه تر 54 کلونو پوري ځینې ځوانان چې په کور کې کوم کوچني ماشومان نه لري ممکن یوازې د 36 میاشتو (درې کالو) په موده کې یوازې د درې میاشتو محدود د FoodShare گټي ترلاسه کړي تر هغه چې دوی د FoodShare کاري اړتیاوې پوره نه کړي یا معاف ونه گنل شي. د دې کار اړتیا د بنسټیز کاري اصولو اړتیا سره توپیر لري.

د ABAWDs لپاره د FoodShare کار اړتیاوې پوره کولو لپاره څلور لاري شتون لري:

- هره میاشت لږترلږه 80 ساعته کار وکړئ.
  - په هره میاشت کې لږترلږه 80 ساعته د منلو وړ کاري برنامو کې برخه واخلئ، لکه:
    - FoodShare Employment and Training (د FoodShare کار گمارنه او روزنه) (FSET).
    - W-2.
    - Workforce Innovation and Opportunity Act (د کاري ځواک نوښت او فرصت قانون) (WIOA).
  - یو ځانگړي ډول دنده ولرئ (د پیسو پر ځای د توکو سره تادیه کړئ) یا په هره میاشت کې لږترلږه 80 ساعته داوطلبانه کار وکړئ.
  - د کار ترکیب ولرئ، یو ځانگړي ډول دنده، داوطلبانه، یا په هره میاشت کې د 80 ساعتونو لپاره د منلو وړ کاري برنامه کې برخه واخلئ.
- تاسو به د FSET برنامې په اړه معلومات ترلاسه کړئ که چیري ستاسو په FoodShare کې نوم لیکنه وشي.

تاسو ممکن معاف وگنل شي او ممکن د کار اړتیاوې پوره کولو ته اړتیا ونلري که چیرې لاندې کوم یو ریښتیا وي:

- تاسو د 18 کالو څخه کم عمر لرونکي کوچني سره ژوند کوئ چې د ورته FoodShare برنامې اړوند کورنۍ برخه ده، حتی که ماشوم د FoodShare برنامې د امتیازاتو لپاره ور هم نه وي.
- تاسو د هغه چا لپاره لومړني پاملرنې خدمات وړاندې کوئ چې نشي کولی د خپل خان ساتنه وکړي (که چیرې هغه کس ستاسو په کور کې ژوند کوي یا ستاسو له کور څخه بهر وي).
- تاسو د 6 کلنۍ څخه د کم عمر لرونکي کوچني لپاره د لومړني پاملرنې خدمات وړاندې کوئ (که چیرې کوچنی ستاسو په کور کې ژوند کوي یا ستاسو له کور بهر وي). په هر حال، که تاسو او بل کس دواړه د ماشوم د والدينو کنترول ولری، یوازې ستاسو څخه یو ماشوم د لومړني پاملرنې کونکي په توګه د FoodShare برنامې کارې شرايطو څخه معاف کېدی شي.
- تاسو په فزیکي یا ذهني توګه د کار کولو توان نلري.
- تاسو د بې کورۍ کېدلو سره مخ یاست. په دې کې هغه خلک شامل دي چې د لنډمهاله کور په حالت کې وي، لکه د انتقالې ژوند ترتیبات او سرپناه، یا په موقتي ډول (تر 90 ورځو پورې) د بل کس په استوګنځي کې پاتې کېږي.
- که امیندواره یاست.
- د بیکارۍ جبران تر لاسه لپاره تاسو امتیازات تر لاسه کوئ یا مو یې غوښتنه کړې ده.
- تاسو د alcohol or other drug abuse (الکولو یا نورو مخدره توکو) (AODA) څخه د نارو ګټه اخیستې درملنې یا بیارغونې پروګرام کې برخه اخلئ.
- تاسو لږترلږه نیمه وخت په یوه پیژندل شوي ښوونځي یا د لوړو زده کړو موسسه کې شامل شوي یاست.
- تاسو 18 کلن یا ډیر عمر لرئ لږترلږه نیم وخت په عالي لېسه کې ګډون کوئ.
- تاسو په W-2 کې نوم لیکنه کوئ او د W-2 شرايط مو پوره کړي دي.
- تاسو په اونۍ کې 30 یا ډیر ساعتونه کار کوئ یا د اونۍ 217.50 ډالر یا ډیر مزدونه تر لاسه کوئ.
- تاسو د 18-24 کلونو یاستي چې د پالونکي پاملرنه کې یاستي، یا د یو مرستندویه ساتونکي، یا داسې حالت کې یاست محکمه-چې خپلوانو ته یې ستاسو تر 18 کلنۍ پورې رسېدو پورې د پاملرنې حکم کړی وي.
- تاسو یو تجربه لرونکی یاستي. تجربه کار هغه څوک دی چې د متحده ایالاتو په وسله والو ځواکونو کې (د اردو، سمندري قول اردو، بحري، هوايي ځواک، فضايي ځواک، ساحل ساتونکي، ملي ساتونکي، او د وسله والو ځواکونو په ګډون) یې په نظامي برخو کې خدمت کړی وي او د هر ډول شرايطو لاندې معاف شوی وي.

یادونه: تاسو ممکن د ثبوت وړاندې کولو ته اړتیا ولری چې تاسو معافی لری.

## د کار مرکز

د کار مرکز ستاسو لپاره شتون لري. د کار مرکز په Wisconsin کې د دندې خلاصولو ترټولو لویه سرچینه ده. په [jobcenterofwisconsin.com](http://jobcenterofwisconsin.com) کې د کار مرکز ویب پاڼه وګورئ، یا تاسو کولی شئ په خپل محلي کار مرکز کې د تېچ سکرین کمپیوټرونو څخه کار واخلئ. د خپل نږدې د کار مرکز موندلو لپاره، 888-258-9966 ته زنگ ووهئ (وریا تلیفونۍ شمېره).

## د کمپیوټر کتل

ستاسو په غوښتنلیک کې معلومات به د دولت عاید او د وړتیا تائید کولو سیستم له لارې به د تائید تابع وي. که چیرې تاسو کار کوئ، د کار هغه عاید او معاش چې تاسو یې راپور کوئ ستاسو د کار ګمارونکي لخوا د Department of Workforce Development (کاري ځواک پراختیا ریاست) ته راپورکولو معاشونو په مقابل کې به د کمپیوټر لخوا معاینه شي. د IRS، Social Security Administration (د ټولنیز امنیت اداره)، او د Unemployment Insurance Division (بیکارۍ بیمې څانګې) سره هم د عاید او شتمنیو په اړه اړیکه نیول کېږي چې تاسو یې لری. د دې ادارو څخه معلومات ممکن ستاسو د کورنۍ نوم لیکنه او/یا د ګټې پیسې اغیزه وکړي.

که چیرې کوم معلومات چې تاسو یې ورکوئ غلط وموندل شي، ممکن ستاسو د FoodShare ګټې رد کړئ او/یا په پوهه سره د غلط معلوماتو چمتو کولو لپاره د جرمي تعقیب تابع شئ. که چیرې تاسو غلط معلومات ورکړي نو تاسو باید هر هغه ګټې بیرته ورکړئ چې تاسو یې تر لاسه کوئ. که چیرې ستاسو د کورنۍ پر وړاندې د FoodShare ادعا وشي، په غوښتنلیک کې معلومات، په شمول د Social Security numbers (ټولنیز امنیت ټولې شمېرې)، ممکن فدرالي او دولتي ادارو، او همدارنګه د شخصي راټولولو ادارو ته د ادعا راټولولو عمل لپاره راجع شي.

## د FOODSHARE د جزا خبرداری

ستاسو د کورنۍ هر غړی چې په قصدي ډول د لاندې قواعدو څخه کوم یو مات کړي د لومړي سرغړونې وروسته د 12 میاشتو لپاره د FoodShare څخه بندېدي شي، د دوهم سرغړونې وروسته 24 میاشتې یا د لومړۍ سرغړونې لپاره چې کنترول شوي مادې پکې شامل وي، او د دریمې سرغړونې لپاره د تل لپاره بندېدي شي.

- د FoodShare ګټو تر لاسه کولو یا تر لاسه کولو ته د دوام ورکولو لپاره د غلط معلوماتو ورکول یا د معلوماتو پټول
- د FoodShare ګټو سوداګري یا پلورل
- د هغو ګټو تر لاسه کولو لپاره د کارتونو بدلول چې تاسو یې د تر لاسه کولو حق نلري
- د غیر خوراكي توکو لکه الکول یا تمباکو پیروډلو لپاره د FoodShare ګټې کارول
- د بل کس د FoodShare ګټو، د پیژندنې کارتونو، یا نورو اسنادو کارول



د نارو کټي اخیستني ارزښت پورې اړه لري، تاسو تر \$250,000 ډالرو پورې جریمه، تر 20 کلونو پورې بند یا دواړه کیدی شئ. محکمه کولی شي تاسو ته د 18 نورو میاشتو لپاره د FoodShare Wisconsin څخه منع کړي. که چیرې تاسو د \$500 یا د ډیرو د FoodShare گټو قاچاق په تور محکوم شوي یاست نو تاسو به د تل لپاره نا امله شئ. تاسو به د 10 کلونو لپاره د FoodShare Wisconsin کې د برخه اخیستلو توان ونه لرئ که چیرې تاسو په ورته وخت کې د ډیرو گټو ترلاسه کولو لپاره د هويت او استوگني په اړه درغلي بیان یا نمایندګي کړي وي. د جنایتکارانو تېښته او د محاکمې ثابتونه او پېرول سرغړونکي نشي کولی د FoodShare Wisconsin کې برخه واخلي. تاسو ممکن د نورو پلي کیدو وړ فدرالي قوانینو سره سم د نور تعقیب تابع شئ.

که چیرې تاسو د کنټرول شوي مادې یا غیرقانوني درملو لپاره د FoodShare گټو سوداګري کوئ (اخیستل یا پلورئ)، نو تاسو به د FoodShare برنامې څخه د دوو کلونو لپاره د لومړۍ موندني او د دویمې موندني لپاره د تل لپاره بند شئ. که چیرې تاسو د وسلو، مهماتو، یا چاودیدونکو توکو سوداګري کوئ (اخیستل یا پلورئ)، نو تاسو به د FoodShare Wisconsin څخه د تل لپاره بند شئ.

## ثبوت ته اړتیا ده

په FoodShare کې نوم لیکنه تر هغه وخته پورې نه شي ټاکل کیدی چې تاسو د ځینې ځوابونو ثبوت وړاندې نه کړئ.

- که چیرې ستاسو مرکه په اداره کې وي، نو لطفاً د لاندې لیست څخه څومره چې کولی شئ ثبوت راوړئ.
- که چیرې ستاسو مرکه د تلیفون له لارې وي، تاسو ته به د مرکې بشپړولو وروسته د اړتیا وړ ثبوتونو لیست واستول شي.

کیدای شي له تاسو څخه وپوښتل شي چې هغه سندونه ورکړئ چې لاندې لیست شوي ندي. که داسې وي، ستاسو اداره به تاسو ته د ثبوت یو لیست واستوي چې د تائید لپاره اړین دي. که چیرې تاسو نشئ کولی هغه توکي ترلاسه کړئ چې تاسو ورته اړتیا لرئ، نو خپلې ادارې ته ووايست چې کومې توکي تاسو یې نشي ترلاسه کولی، او ستاسو اداره کولی شي ستاسو سره مرسته وکړي.

لاندې د ثبوت ځینې بیلګې دي:

هویت/مهاجرت	ترلاسه شوي عاید	ازاد کار
• د موټر چلولو اجازه لیک	• ټول چک رسیدونه په تیرو 30 ورځو کې ترلاسه شوي	• د وروستي کال مالیات
• د زیږون سند	• د راتلونکو 30 ورځو لپاره د ناخالص عاید او توقع لرونکي معاش نېټې په شمول د ګمارونکي لخوا لاسلیک شوي بیانیه.	<b>نور عاید</b> (د بیلګې په توګه، د بیکارۍ بیمه، د معلولیت بیمه، Social Security (ټولنیز امنیت)، تقاعد، د تجربه لرونکو کټي، نظامي تخصیص)
• د مهاجرت سند	• د ګمارونکي د عایداتو فورمي تائید	• جایزه لیک
• د پیسو چک		• د وروستي چک نقل
• د کارکوونکي پېژندګلوی		
• د روغتون ریکارډ		

لاندې توکي ممکن د کرډیټ ترلاسه کولو لپاره اړین وي:

- د کور لګښتونه او د اسانتیا بیلونه
- د کور د مالک نوم او د تلیفون شمیرې سره د اوسني کرایي رسید
- د اجارې یا ګروپ کاغذونه
- د املاکو د ملکیت مالېي بیان
- د اسانتیا بیلونه
- د ماشوم ملاتړ (د Wisconsin پرته په بل ایالت کې ترلاسه شوي یا تادیه شوي)
- د محکمي امر کاغذونه یا د تادیه نور ریکارډ
- د بل ایالت څخه د تادیاتو ریکارډ

که چیرې تاسو 60 کلن یا ډیر عمر لرئ، ږوند یاست، یا معلولیت لرئ، نو تاسو ممکن د ځینې طبي لګښتونو لپاره کرډیټ ترلاسه کړئ.

## طبي مصرفونه او لګښتونه

طبي مصرفونه او لګښتونه شامل دي، خو لاندینو پورې محدود ندي:

- روغتون، طبي، د غاښونو، او د لید خدمات
- د روغتیا بیمې لپاره پریمیونه، د Medicare پریمیونه، او د نسخې درملو پالنو مصرفونه
- د نسخې او بي نسخې درمل
- د نرسنگ کور او کور روغتیایي خدمات
- طبي تجهیزات او امکانات
- د طبي پاملرنې ترلاسه کولو لپاره د ترانسپورت او د استوګني مصرفونه
- د ځانګړي روزل شوي خدمت ځناورو لپاره اړوند مصرف
- د Lifeline/Medic Alert مصرفونه که چیرې د روغتیا پاملرنې مسلکي لخوا وړاندیز شوي وي
- د بیل کولو بیان
- توکي شوي رسیدونه
- د لیبیل نرخ سره درمل یا د ګولو بوتل
- د روغتیایي بیمې پالیسي چې پریمیم، سکې بیمه، تادیات، یا د کسر وړ ښایي د درملتون څخه بیان
- د چمتو کونکي سره د بیرته تادیه تړون
- د ډاکټر څخه هغه بیانیه چې تصدیق کوي چې بي نسخې درمل تجویز شوي
- د لیدني نرس، کور جوړونکي، یا د کور روغتیایي مرستندویه خدماتو لپاره بیل
- د طبي درملني یا خدماتو ترلاسه کولو لپاره د استوګني ځای او/یا ترانسپورت رسیدونه
- د ځانګړي روزل شوي خدمت ځناورو لپاره د ځناورو د خواړو، روزني، یا وترنری خدماتو لپاره بیل یا رسیدونه

د خوړو د مرستې بشپړونکې پروگرام (SNAP) او د متحده ایالاتو ځایي سور پوستو ته ځانګړی شوی سیمو کې د خوراکي توکو د ویش پروگرام (FDPIR) ایالتي یا سیمه ییزې ادارې او د هغوی فرعي ادارې باید د عدم تبعیض لاندینې بیانيه خپور کړي:

د فدرال مدني حقوقو قانون او د متحده ایالاتو د کرنې وزارت (USDA) د مقرارتو او مدني حقوقو تګلارې سره سم دغه اداره د نژاد، رنګ، ملي منشاء، جنسیت (د جنسي هويت او جنسي تمایل په شمول) مذهبي عقیدې، معلولیت، سن، سیاسي اعتقادات، پر اساس تبعیض یا غچ اخیستنې یا د مخکنې مدني حقوقو فعالیت له کبله د انتقام اخیستنې عمل ممنوع دی.

د دې پروگرام په هکله معلومات کیدای شي په غیر انګلیسي ژبو کې هم د لاسرسی وړ وي. هغه کسان چې کوم ډول معلولیت لري او یا د معلوماتو ترلاسه کولو لپاره بېل اېزارو ته اړتیا لري (لکه د برېل لیکنه، د متن لویې اندازې چاپ، غریزې نوار، د امریکایي اشارې ژبه) نو دغه کسان دې باید (ایالتي یا سیمه ییزې) ادارې سره چیرته چې یې د امتیازاتو ترلاسه کولو لپاره عریضه ورکړی هغې ادارې سره اړیکه ونیسي. کوم کسان چې کونې دي، اورېدلو کې ستونزې لري یا په خبرې کولو کې ستونزې لري، د فدرال بیا خپرولو خدماتو له لارې د امریکې متحده ایالاتو د کرنې وزارت سره په 877-8339 (800) شمېره اړیکه ونیسي.

د دې پروگرام پورې اړوند د تبعیض شکایتونه باید د شکایت کونکي، د AD-3027 فورمه چې د USDA (د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) د شکایاتو فورمه ده، لاندینې انټرنټي آدرس څخه د ترلاسه کولو وروسته باید ډکه کړي <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-pashto.pdf>، دغه فورمه تاسو د USDA

د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت (هر دفتر څخه دغې شمېرې 632-9992-866) سره د اړیکې نولو سره یا د USDA) د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت (پتي ته د لیک استولو له لارې ترلاسه کولی شئ. استول شوی مکتوب شواين ویشونکایو کونکي حقوقونه، ستانډون (ASCR) ته لیکل شوی بڼه څرنگه کولی عمل د سرخ نفضل نیلېټي باید په کافي اندازه حقوقو د ادعا په اړه په سمه توګه اطلاع ورکړي. د AD-3027 تکمیل شوی فورمه لاندینې پتي ته واستول شوي.

(۱) پوستي آدرس:

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

(۲) د فکس شمېره:

یا (833)-256-1665 یا (202)-690-7442

(۳) برېښنالیک یا انټرنټي آدرس:

[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

دغه اداره د مساوي فرصتونو برابرولو اداره ده.