

ماہانہ منحصرین کے بغیر صحت مند بالغ افراد (ABAWD) رضاکارانہ شرکت کا ریکارڈ (Urdu)

ہدایات

ایبل باڈیڈ ایڈلٹس وڈ آؤٹ ڈیپینڈنٹس (Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD) — یعنی وہ بالغ افراد جو قابل کار ہیں مگر اُن کے زیر کفالت کوئی نہیں — اگر کام پر نہیں ہیں یا کسی تعلیمی یا تربیتی پروگرام میں شامل نہیں ہیں، تو وہ وفاقی ABAWD ورک رولز پر عمل کر سکتے ہیں کمیونٹی سروس (رضاکارانہ خدمت) کے ذریعے۔ اگر آپ وفاقی ABAWD ورک رولز سے مستثنیٰ ہیں، تو آپ کو یہ فارم پُر کرنے کی ضرورت نہیں۔

■ مرحلہ 1: اپنی لازمی گھنٹوں کی تعداد معلوم کریں

ہر مہینے آپ کو کتنے گھنٹے رضاکارانہ خدمت کرنی ہے، یہ جاننے کے لیے اپنے ماہانہ اضافی غذائی امدادی پروگرام (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) بینیفٹ کی رقم کو نیو یارک اسٹیٹ (New York State, NYS) کے کم از کم اجرت کے ریٹ سے تقسیم کریں۔ مثال کے طور پر: اگر آپ کو ماہانہ SNAP \$165 بینیفٹ ملتے ہیں اور آپ نیو یارک سٹی میں رہتے ہیں جہاں کم از کم اجرت \$16.50 فی گھنٹہ ہے، تو آپ کو 10 گھنٹے فی ماہ رضاکارانہ خدمت کرنی ہوگی۔ اگر گھنٹے نکالنے میں مدد چاہیے تو اس نوٹس کے آخری صفحے پر دیے گئے PACE پرووائیڈر کے فون نمبر پر رابطہ کریں۔

* جنوری 2026 سے نیو یارک سٹی میں کم از کم اجرت \$17.00 فی گھنٹہ ہو جائے گی۔

■ مرحلہ 2: کمیونٹی سروس پروگرام کے اسٹاف سے فارم کا حصہ 2 مکمل کروائیں

اگر آپ پہلے سے کسی خدمت میں حصہ لے رہے ہیں یا شروع کرنا چاہتے ہیں، تو یہ فارم کسی عوامی یا غیر منافع بخش تنظیم میں لے جائیں اور ان سے دوسرا حصہ پُر کروائیں۔ یقینی بنائیں کہ یہ پروگرام وفاقی ABAWD ورک رولز پر پورا اترتا ہے یا پروگرام تلاش کرنے کے لیے PACE پرووائیڈر سے رابطہ کریں۔

نوٹ: کمیونٹی سروس پروگرام کسی امیدوار کی سیاسی مہم کا حصہ نہیں ہونا چاہیے۔

■ مرحلہ 3: یہ مکمل فارم انسانی وسائل کی انتظامیہ (Human Resource Administration, HRA) کو جمع

کرائیں

آپ کو یہ فارم ہر ماہ PACE فراہم کنندہ کے پاس جمع کرانا ضروری ہے تاکہ آپ کی وفاقی ABAWD ورک رولز کے مطابق شرکت ثابت ہو سکے۔ اگر آپ شرکت کا ثبوت جمع نہیں کراتے تو آپ کے SNAP فوائد منسوخ ہو سکتے ہیں۔

نوٹ: اگر کسی وجہ سے آپ پروگرام میں حاضری نہیں دے سکے تو وجہ اور غیر حاضری کی تاریخ بتاتے ہوئے PACE پرووائیڈر کو مطلع کریں۔

ماہانہ رضاکارانہ **ABAWD**
شرکت کا ریکارڈ (جاری)

حصہ 1: شرکت کنندہ کے ذریعہ مکمل کیا جائے:

شرکت کنندہ کا نام

کاؤنٹی

کیس نمبر

پتہ

شرکت کنندہ کی اجازت

میں HRA کو اپنی رضاکارانہ سروس یا کمیونٹی پروگرام کی معلومات فراہم کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔

تاریخ

شرکت کنندہ کے دستخط

حصہ 2: پروگرام اسٹاف کی جانب سے مکمل کیا جائے

پروگرام کا نام

تنظیم کا نام

تنظیم کا پتہ

کیا یہ ادارہ عوامی ہے یا غیر منافع بخش؟ عوامی غیر منافع بخش دیگر

ماہانہ رضاکارانہ **ABAWD**
شرکت کا ریکارڈ (جاری)

_____ / _____ / _____
موجودہ مہینہ/سال پروگرام کے آغاز کی تاریخ

اس مہینے میں شرکت کے کل گھنٹے

اگر پروگرام میں حصہ لینے والے گھنٹے پہلے ہی رضاکارانہ طور پر کام کر رہے ہیں، تو ذیل میں بتائیں کہ انہوں نے ماہانہ کتنے گھنٹے مکمل کیے ہیں:

مہینہ/سال	مکمل گھنٹے

پروگرام کی تصدیق

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ حصہ 1 میں درج شرکت کنندہ مذکورہ بالا پروگرام میں شرکت کر رہا/رہی ہے۔

پروگرام اسٹاف کا نام (جلی حروف میں لکھیں)

فراہم کنندہ عملہ کے دستخط




فراہم کنندہ عملہ کے فون نمبر

فراہم کنندہ عملہ کے دستخط

تاریخ

ماہانہ رضاکارانہ
شہرت کا ریکارڈ (جاری)

یہ فارم PACE فراہم کنندہ کو واپس کرنے کے طریقے

ای میل:	
دستاویزات کی نقول اس پتے پر:	
خود دفتر میں جا کر جمع کرانیں:	
اس پر دستاویزات فیکس کریں:	

کیا آپ کو طبی یا ذہنی صحت کی کیفیت یا معذوری لاحق ہے؟ کیا اس کیفیت کے باعث آپ کے لیے اس نوٹس کو سمجھنا یا اس نوٹس میں جو کچھ کرنے کو کہا جا رہا ہے اسے انجام دینا مشکل ہوتا ہے؟ کیا اس کیفیت کی وجہ سے آپ کے لیے HRA میں موجود دیگر خدمات حاصل کرنا مشکل ہوتا ہے؟ ہم آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ ہمیں 718-557-1399 پر کال کریں۔ آپ HRA دفتر جا کر بھی مدد کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ کو قانون کے تحت اس قسم کی مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔