RESET

ឥណទានសហគ្រាសអាស្រ័យផ្ទះសម្បែងថាមពល (ENERGY ASSISTANCE PROGRAM) ។ | 关于能源补助计划的重要消息 | Важные сведения о программе помощи при оплате счетов за энергию | Información importante sobre un programa de asistencia para el pago de energía | Thông báo quan trọng về chương trình trợ giúp năng lượng

2026-27 न्यून आय घरायसी ऊर्जा सहायता कार्यक्रम (LIHEAP) को लागि आवेदन

ऊर्जा सहायतामा आवेदन दिन, तपाईंले अगाडि र पछाडिका सबै प्रश्नहरू पूरा गर्नु पर्दछ र रातो "X" मा हस्ताक्षर गर्नु पर्दछ ,
तपाईं WWW.COMPASS.STATE.PA.US मा गएर अनलाइनबाट आवेदन दिन वा www.dhs.pa.gov/COMPASS मा गएर आफ्नो स्थानीय काउन्टी सहायता कार्यालयको ठेगाना पत्ता लगाउन पनि सक्नुहुन्छ ।

LIHEAP DISTRICT
1163 S BROAD ST
PHILADELPHIA, PA 19147

तपाईंको नाम र ठेगाना

आफ्नो स्थानीय काउन्टी सहायता कार्यालयको ठेगाना

तपाईंलाई यी निर्देशनहरूमा सहयोग चाहिएको खण्डमा, आफ्नो स्थानीय काउन्टी सहायता कार्यालयलाई सम्पर्क गर्नुहोस् ।

DHS को प्रयोजनको लागि मात्र

☐ CRISIS ☐ CASH

Application Registration Number

County

District

Record Number

Worker I.D.

☐ Rejected ☐ Approved

Date

1 कृपया घर परिवारको प्रमुख लागि यो खण्ड पूरा गर्नुहोस् ।
*विवरणहरू प्रदान गर्न सहयोगको लागि पृष्ठ 2 मा भएका कोड प्रयोग गर्नुहोस् ।

नाम (थर, नाम, र छोटकरीमा बीचको नाम उल्लेख गर्नुहोस्)	जन्म मिति	लिङ्ग	सामाजिक सुरक्षा नम्बर
घरको ठेगाना (सडक, अपार्टमेन्ट नम्बर, सहर र जिप कोड +4 उल्लेख गर्नुहोस्)			
पत्राचार ठेगाना फरक भएमा (सडक, अपार्टमेन्ट नम्बर सहर र जिप कोड +4 उल्लेख गर्नुहोस्)			

तपाईं बस्ने काउन्टी	फोन नम्बर: ( )	नागरिकता*	नस्ल (ऐच्छिक)*	जातीयता (ऐच्छिक)*	वैवाहिक स्थिति*

तपाईं नगद, Medical Assistance (चिकित्सा सहायता), वा SNAP सेवा प्राप्त गरिरहेको हुनुहुन्छ भने, के हामी फाइलमा भएको तपाईंको आय प्रयोग गर्न सक्छौं ? ☐ हो ☐ होइन

2 तपाईं कुन भाषा रुचाउनुहुन्छ ? ¿Qué idioma prefiere usted?
☐ अङ्ग्रेजी/English ☐ स्पेनिस/Spanish ☐ अन्य/Other (उल्लेख गर्नुहोस्/specify) _____
के तपाईंलाई दोभाषे चाहिन्छ ? Do you need an interpreter? ☐ हो/Yes ☐ होइन/No
हो भने, कुन भाषाको ? If yes, what language? _____

3 के तपाईं:

☐ हिटिङ सुविधा सहित भाडामा बसिरहनु भएको छ ?
☐ हिटिङ सुविधा **बेगर** भाडामा बसिरहनु भएको छ ?
☐ असम्बन्धित कोठावाला
☐ हिटिङ सुविधा सहित सहुलियत आवास/धारा 8 सँग सम्बन्धित आवासमा भाडामा बसिरहनु भएको छ ?
☐ हिटिङ सुविधा **बेगर** सहुलियत आवास/धारा 8 सँग सम्बन्धित आवासमा भाडामा बसिरहनु भएको छ ?
☐ मालिक वा तपाईं आफ्नो घर खरीद गर्दै हुनुहुन्छ
☐ अन्यः _____

आफ्नो भाडामा हिटिङ सुविधा समावेश गरिएको छ भने, हिटिङ सुविधा समावेश गरिएको छ र हिटिङ सुविधाको प्रकार उल्लेख गर्दै घरमालिकको एउटा विवरण समावेश गर्नुहोस्

4 तपाईंको हिटिङको मुख्य श्रोत के हो ? तपाईं आफ्नो घर ततापउन मुख्य रूपमा कुन ऊर्जा श्रोत प्रयोग गर्नुहोस्, प्रकार छनौट गर्नुहोस् । तपाईंले आफ्नो मुख्य ऊर्जा श्रोत वा त्यसलाई चलाउने ऊर्जाको प्रकारका लागि मात्र LIHEAP सुविधा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईंको अन्तिम बिलको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस् ।

☐ विद्युतीय ☐ इन्धन तेल ☐ कोइला ☐ प्राकृतिक ग्याँस ☐ मट्टीतेल ☐ प्रोपेन वा बोतलको ग्याँस ☐ मिश्रित इन्धन ☐ काठ/अन्य

4a के तपाईंलाई आफ्नो मुख्य हिटिङ श्रोत (सेकेन्डरी हिटिङ) चलाउन बिजुली चाहिन्छ ? ☐ हो ☐ होइन

5 निम्न मध्ये कुनै कुरा लागू हुन्छ कि विचार गर्नुहोस् र आवश्यक भएमा व्याख्या प्रदान गर्नुहोस् (LIHEAP सङ्कट):

☐ बिजुली बन्द गरिएको छ
☐ ग्याँस बन्द गरिएको छ
☐ इन्धन सकिएको छ
☐ बिजुली बन्द गर्ने सूचना आएको छ
☐ ग्याँस बन्द गर्ने सूचना आएको छ
☐ 15 दिन भित्र इन्धन सकिनेवाला छ
☐ हिटिङको मुख्य श्रोतले काम गरिरहेको छैन

व्याख्या गर्नुहोस्: _____
_____

LIHEAP Low-Income Home Energy Assistance Program

COMPASS CLICK. APPLY. BENEFIT.

HSEA 1-N 6/26

6 **तपाईं घर ततााउने मुख्य स्रोतको लागि कुन युटिलिटी कम्पनी वा इन्धन बिक्रेता प्रयोग गर्नुहुन्छ ?** उनीहरूको नाम र ठेगाना, र आफ्नो खातासम्बन्धी जानकारी लेख्नुहोस् ।

युटिलिटी कम्पनी वा इन्धन डिलरको नाम	खाता नम्बर
Philadelphia Gas Works	
ठेगाना (सडक, सहर, जिप कोड +4 उल्लेख गर्नुहोस्)	खातामा भएको नाम
800 W. Montgomery Ave. Philadelphia, PA 19122	

कृपया माथि उल्लेख गरिएको छैन भने आफ्नो विद्युत कम्पनीको नाम उल्लेख गर्नुहोस् ।

7

विद्युत कम्पनीको नाम	खाता नम्बर

8 के तपाईं आफ्नो घरमा हिटिङको अन्य श्रोत प्रयोग गर्नुहुन्छ ? ☐ हो ☐ होइन

हो भने, कृपया व्याख्या गर्नुहोस्: _____

9 तपाईं कुन ऊर्जा स्रोतको लागि LIHEAP भुक्तानी प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ? (एउटा विकल्प चयन गर्नुहोस्) ☐ मुख्य वा ☐ सहायक/दोस्रो (बिजुली)

10 तपाईं सहुलियतयुक्त/सार्वजनिक आवासमा हुनुहुन्छ भने, के तपाईं युटिलिटी (घरायसी उपभोग्य सेवा) भत्ताको चेक प्राप्त गर्नुहुन्छ ? यदि भुक्तानी सिधै तपाईंको घरपरिवारमा आउँछ र तपाईंको घरधनी वा युटिलिटी कम्पनीलाई जाँदैन भने मात्र "हो" मा चिन्ह लगाउनुहोस् । ☐ हो ☐ होइन होइन **हो** भने, कतिको ? $ _____

11 के तपाईंका घरपरिवारमा कुनै सदस्यले अपाङ्गताको लागि आर्थिक सहायता पाउँछन् ? ☐ हो ☐ होइन

हो भने, कसले ? _____

12 यो ठेगानामा भएका व्यक्तिहरूको नाम उल्लेख गर्नुहोस् । सबै बालबालिकाहरू तथा वयस्कहरूलाई समावेश गर्नुहोस् । असम्बन्धित कोठावालाईहरूलाई समावेश गर्नुहोस् । असम्बन्धित कोठावाहरूलाई समावेश गर्नुहोस् जसले घरायसी खर्चहरूको दायित्व बहन गर्छन् । जेल/कारागारमा भएका व्यक्तिहरूलाई समावेश नगर्नुहोस् । खण्ड 1 मा उल्लेख गरिएका घरपरिवारका सदस्यहरूलाई समावेश नगर्नुहोस् ।
पृष्ठ 4 मा भएको "के तपाईंले सम्झनुभयो..." खण्ड हेर्नुहोस् ।.

आफ्नो घरपरिवारका प्रत्येक व्यक्तिको विवरणहरू प्रदान गर्न सहयोग गर्न तलका सङ्केतहरू प्रयोग गर्नुहोस् ।

नागरिकता*: (1) अमेरिकी नागरिक, (2) स्थायी बासिन्दा, (3) अस्थायी गैर-नागरिक, (4) शरणार्थी/आश्रयार्थी, (5) अन्य - सेवा प्राप्त गर्न अयोग्य (सबै गैर-अमेरिकी नागरिकहरूले आप्रवासन अध्यागमन स्थिति प्रमाण प्रदान गर्नुपर्छ ।)

नस्ल*: (ऐच्छिक) (1) अश्वेत वा अफ्रिकी अमेरिकी, (3) अमेरिकी भारतीय वा अलास्का मूल निवासी:, (4) एसियाली, (5) श्वेत (7) मूल निवासी हवाईयन वा अन्य प्रशान्त टापुवासी । लागू हुने सबै समूहहरू उल्लेख गर्नुहोस् ।

जातीयता*: (ऐच्छिक) (1) गैर-हिस्पानिक, (2) हिस्पैनिक वा ल्याटिनो

वैवाहिक स्थिति*: (1) अविवाहित, (2) विवाहित, (3) साझा कानुनी विवाह, (4) अलग भएको, (5) सम्बन्धविच्छेद भएको, (6) विधवा/विधुर

नाम (थर, नाम, र छोटकरीमा, बीचको नाम उल्लेख गर्नुहोस्)	जन्ममिति (महिना/गते/वर्ष)	लिङ्ग पुरुष/महिला	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	नागरिकता*	नस्ल* (ऐच्छिक)	जातीयता* (ऐच्छिक)	वैवाहिक स्थिति*	तपाईंसँगको सम्बन्ध
व्यक्ति 1								

तपाईं नगद, Medical Assistance (चिकित्सा सहायता), वा SNAP सेवा प्राप्त गरिरहेको हुनुहुन्छ भने, के हामी यी व्यक्तिको लागि फाइलमा भएको आय प्रयोग गर्न सक्छौं ? ☐ हो ☐ होइन

नाम (थर, नाम, र छोटकरीमा, बीचको नाम उल्लेख गर्नुहोस्)	जन्ममिति (महिना/गते/वर्ष)	लिङ्ग पुरुष/महिला	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	नागरिकता*	नस्ल* (ऐच्छिक)	जातीयता* (ऐच्छिक)	वैवाहिक स्थिति*	तपाईंसँगको सम्बन्ध
व्यक्ति 2								

तपाईं नगद, Medical Assistance (चिकित्सा सहायता), वा SNAP सेवा प्राप्त गरिरहेको हुनुहुन्छ भने, के हामी यी व्यक्तिको लागि फाइलमा भएको आय प्रयोग गर्न सक्छौं ? ☐ हो ☐ होइन

नाम (थर, नाम, र छोटकरीमा, बीचको नाम उल्लेख गर्नुहोस्)	जन्ममिति (महिना/गते/वर्ष)	लिङ्ग पुरुष/महिला	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	नागरिकता*	नस्ल* (ऐच्छिक)	जातीयता* (ऐच्छिक)	वैवाहिक स्थिति*	तपाईंसँगको सम्बन्ध
व्यक्ति 3								

तपाईं नगद, Medical Assistance (चिकित्सा सहायता), वा SNAP सेवा प्राप्त गरिरहेको हुनुहुन्छ भने, के हामी यी व्यक्तिको लागि फाइलमा भएको आय प्रयोग गर्न सक्छौं ? ☐ हो ☐ होइन

नाम (थर, नाम, र छोटकरीमा, बीचको नाम उल्लेख गर्नुहोस्)	जन्ममिति (महिना/गते/वर्ष)	लिङ्ग पुरुष/महिला	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	नागरिकता*	नस्ल* (ऐच्छिक)	जातीयता* (ऐच्छिक)	वैवाहिक स्थिति*	तपाईंसँगको सम्बन्ध
व्यक्ति 4								

तपाईंको घरमा थप व्यक्तिहरू छन् भने, कृपया उनीहरू बारेको जानकारी छुट्टै कागजमा प्रदान गर्नुहोस् र यो आवेदनसँगै पठाउनुहोस् ।

फाइलमा भएको आय अर्का व्यक्तिको लागि प्रयोग गरिरहनु भएको छ ? तपाईले प्रश्न 13 मा उनीहरूको नाम वा उनीहरूको आय उल्लेख गरिरहनु पर्दैन ।

13 आवेदन दिनुअघिको महिना तपाईंको **घरपरिवारका सदस्यहरूले प्राप्त गरेको सबै आम्दानी उल्लेख गर्नुहोस् । आयका प्रकारहरू/स्रोतहरूमा निम्नबाट प्राप्त हुने पैसा समावेश छ:** रोजगारी, भेटेरान लाभहरू, बेरोजगारी, सामाजिक सुरक्षा, सहयोग, कामदार क्षतिपूर्ति, ब्याज/लाभांश, भाडा आम्दानी, उपहार, पेन्सन, आदि। पृष्ठ 4 मा भएको "के तपाईंले सम्झनुभयो..." खण्ड हेर्नुहोस् ।.

आय भएका व्यक्तिको नाम	आयको प्रकार/श्रोत	सुरु मिति	पहिलो पेचेकको मिति	प्रत्येक महिना कति?
आय भएका व्यक्तिको नाम	आयको प्रकार/श्रोत	सुरु मिति	पहिलो पेचेकको मिति	प्रत्येक महिना कति?
आय भएका व्यक्तिको नाम	आयको प्रकार/श्रोत	सुरु मिति	पहिलो पेचेकको मिति	प्रत्येक महिना कति?
आय भएका व्यक्तिको नाम	आयको प्रकार/श्रोत	सुरु मिति	पहिलो पेचेकको मिति	प्रत्येक महिना कति?

14 के तपाईं निःशुल्क मौसमीकरण सेवामा रुचि राख्नुहुन्छ ? मौसमीकरण सेवामा घरको इन्सुलेशन र ताप प्रणालीको मूल्याङ्कन समावेश गरिन्छ । ☐ हो ☐ होइन

15 के तपाईं वा तपाईंको घरपरिवारका कुनै सदस्य अपराधको अभियोग वा हिरासत, वा जघन्य अपराधको रूपमा वर्गीकरण गरिने अपराध गर्ने प्रयासबाट उम्कन भागिरहनु भएको छ ? ☐ हो ☐ होइन

हो भने, को ? _____

16 के कोही अमेरिकी सेनामा छन् वा कोही अमेरिकी सेनामा गएका थिए ? ☐ हो ☐ होइन
हो भने, को ? _____

के कोही अमेरिकी सेनामा भएका वा अमेरिकी सेनामा रहेका सदस्यको विधवा, पति/पत्नि वा बच्चा (18 वर्ष मुनिको) हुनुहुन्छ ? ☐ हो ☐ होइन
हो भने, को ?

_____

17 तपाईंको घरपरिवारलाई युटिलिटी (घरायसी उपभोग्य सेवा) वा ऊर्जा सहायता कार्यक्रममा भर्ना गर्न सहयोग गर्न के तपाईं DHS ले तपाईंको आवेदनबाट प्राप्त जानकारी युटिलिटी कम्पनीसँग आदान-प्रदान गरोस् भन्ने चाहनुहुन्छ ? ☐ हो ☐ होइन

Pennsylvania का धेरै ग्याँस तथा विद्युत युटिलिटी कम्पनीहरूले यस्ता कार्यक्रमहरू प्रदान गर्छन् जसले कम आय भएका ग्राहकहरूलाई मासिक बिल घटाउन, ऊर्जा बचत गर्न र विगतको बाँकी रकम हटाउन सहयोग गर्छ । तपाईं तपाईंलाई यी कार्यक्रमहरूमा भर्ना गर्न हामीले जानकारी आदान-प्रदान गरौं भन्ने चाहनुहुन्छ भने DHS ले तपाईंको आवेदनबाट प्राप्त जानकारी युटिलिटी कम्पनीसँग आदान- प्रदान गर्न सक्छ । तपाईंको जानकारी गोप्य राखिनेछ।

यो एच्छिक छ । DHS ले तपाईंको जानकारी तपाईंको युटिलिटी कम्पनीसँग आदान-प्रदान गरोस् भन्ने चाहनुहुन्न भने पनि तपाईं योग्य भएको खण्डमा तपाईं LIHEAP अनुदान प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ ।

प्रमाणीकरण

1. यस आवेदनमा भएको मेरो हस्ताक्षरले मानव सेवा विभाग वा यसको अधिकृत एजेन्टलाई निम्न कुराहरू गर्न अनुमति दिन्छ: (क) म बस्ने ठाउँ, मेरो जागिर, आय, स्रोत, ऊर्जा प्रदायक र ऊर्जा प्रदायकको बारेमा मैले दिएको कुनै पनि जानकारी जाँच गर्न; (b) मेरो ऊर्जा आपूर्तिकर्तासँग जानकारी आदान-प्रदान गर्न र DHS लाई कार्यक्रम मूल्याङ्कन, सञ्चालन वा रिपोर्टिङ गर्ने उद्देश्यका लागि मेरो वार्षिक ऊर्जा खपत, लागत र बिलिङसम्बन्धी जानकारीको रेकर्ड प्राप्त गर्न अनुमति दिन मेरो ऊर्जा प्रदायकबाट जानकारी प्राप्त गर्न; र (ग) ऊर्जा सहायताको सम्बन्धमा कुनै पनि सर्वेक्षण पूरा गर्न ।
2. यो जानकारी (तपाईंको SSN सहित) प्रदान गर्ने कुरा स्वैच्छिक छ; यद्यपि, अनुरोध गरिएको जानकारी प्रदान गर्ने विफलताले तपाईंको आवेदन पूरा हुन ढिलाई हुन सक्छ वा पूरा नहुन सक्छ वा सुविधाहरू प्राप्त गर्ने तपाईंको क्षमतालाई बिलम्ब गर्न वा रोक्न सक्छ। यदि तपाईं SSN प्रदान गर्न विफल हुनुभयो वा तलको जानकारी पूरा गर्न विफल हुनुभयो भने, तपाईं सुविधाहरूको लागि अयोग्य बन्न सक्नुहुन्छ ।

   म प्रमाणित गर्छु कि: (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्)

   ☐ मैले घरपरिवारका सबै सदस्यहरूको सामाजिक सुरक्षा नम्बर प्रदान गरेको छु ।

   ☐ मैले थाहा पाएसम्म, घरपरिवारका यी सदस्यहरूसँग सामाजिक सुरक्षा नम्बर छैन:

   _____ _____
   सुपष्टसँग लेखिएको नाम सुपष्टसँग लेखिएको नाम

   ☐ परिवारका निम्न सदस्यहरूले 1974 को योजनीयता ऐनको धारा 7 अन्तर्गत आफ्ना अधिकारहरू प्रयोग गरिरहेका छन् र सामाजिक सुरक्षा नम्बर खुलासा गर्न अस्वीकार गरेका छन् वा घरेलु हिंसाको पीडित भएकोले खुलासा गर्न असमर्थ छन् ।

   _____ _____
   सुपष्टसँग लेखिएको नाम सुपष्टसँग लेखिएको नाम
3. म आफ्नो ऊर्जा प्रदायक वा मौसमीकरण एजेन्सीलाई LIHEAP को योग्यतासम्बन्धी जानकारी आदान-प्रदान गर्न अनुमति दिन्छु र आफू योग्य बन्न सक्ने सहायता खोज्न अनुमति दिन्छु । सहायतामा LIHEAP को नगद, संकट सहायता, वा मौसमीकरण सुविधा समावेश हुन सक्छ ।
4. मैले बुझेको छु कि मसँग कुनै पनि निर्णय वा निर्णय लिने अनुचित ढिलाइका सम्बन्धमा अपील गर्ने अधिकार हुन्छ जुन म यस आवेदनको सम्बन्धमा अनुचित मान्दछु ।
5. म Pennsylvania मेरो कानुनी निवास हो भनेर पुष्टि गर्छु ।
6. मैले बुझेको छु कि दिइएको कुनै पनि सामाजिक सुरक्षा नम्बर(हरू) अन्य कार्यक्रमहरूसँगको छड्के मिलान सहित यस कार्यक्रमको सञ्चालनमा प्रयोग गरिन्छ ।
7. मैले बुझेको छु कि मलाई योग्यता वा अयोग्यताको सूचना पठाइनेछ र, यदि योग्य भएको खण्डमा सूचनाले मेरो सुविधाको रकम उल्लेख गर्नेछ ।
8. मैले के पनि बुझेको छु कि मेरो घरपरिवार LIHEAP नगद सुविधा प्राप्त गर्न योग्य छ भने नगद सिधैं मेरो युटिलिटी कम्पनी वा इन्धन डिलरलाई पठाइनु पर्दछ (म भाडा लिने व्यक्ति हुँ र भाडामा हिटिङको खर्च समावेश नगरिएको वा मेरो इन्धन प्रदायकले प्रदायक भुक्तानी स्वीकार नगर्ने अवस्थामा बाहेक) ।
9. म कानून अन्तर्गतको जरिवानाको अधीनमा रहेर प्रमाणित गर्दछु कि मैले दिएको जानकारी मेरो जानकारी अनुसार सत्य, सही र पूर्ण छ ।
10. मलाई थाहा छ मैले गलत जानकारी दिएको खण्डमा, मलाई जरिवाना र/वा जेल सजाय हुन सक्छ।
11. मैले यो आवेदनमा हस्ताक्षर गरेर बुझेको छु कि LIHEAP को कोष सकिएको अवस्थामा म योग्य नहुन सक्छु ।
12. तपाईंको परिवार LIHEAP को लागि योग्य छ भने, तपाईंले हुलाक मार्फत तपाईंको परिवारका सदस्यहरूलाई स्वचालित रूपमा चिकित्सा सहायतामा भर्ना हुन अनुमति दिन सक्रे फास्ट ट्र्याक सहमति फाराम प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ ।

गोपनीयता ऐनको सूचना; अधिकार: 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i) ले यो जानकारी सङ्कलन गर्न अनुमति दिएको छ ।

प्रयोजन: मानव सेवा विभाग ("DHS") ले आवेदक(हरू) को आय पहिचान गर्न र प्रमाणित गर्न यो जानकारी प्रयोग गर्नेछ ।

नियमित प्रयोगहरू: यो जानकारी LIHEAP सञ्चालन गर्न जानकारी आवश्यक पर्ने DHS का कर्मचारीहरू र ठेकेदारहरू वा अन्य एजेन्टहरूद्वारा प्रयोग गरिनेछ र विनीहरूसँग खुलासा गरिनेछ । यसका अतिरिक्त, DHS ले अन्य सरकारी निकायहरूसँग वा संघीय वा Pennsylvania कानुन अनुसार विधायिका प्रतिनिधिहरूलाई बुझाइने प्रतिवेदनमा यो जानकारी आदान-प्रदान गर्न सक्छ ।

कृपया यहाँ हस्ताक्षर गर्नुहोस् - मसी प्रयोग गर्नुहोस्

X _____ _____
हस्ताक्षर मिति

के तपाईंले सम्झिनुभयो...

☐ आवश्यक सबै जानकारी स्पष्ट र पूर्ण रूपमा भर्नुहोस् ।

☐ घरपरिवारका **सबै** सदस्यहरूका लागि सामाजिक सुरक्षा नम्बरहरू प्रदान गराउनुहोस् वा पृष्ठ 3 मा रहेको प्रमाणीकरण खण्डमा ऊर्जा सहायतासम्बन्धी शपथपत्र पूरा गर्नुहोस् ।

☐ तपाईं गैर-अमेरिकी नागरिक हुनुहुन्छ भने अध्यागमनको अवस्थाको प्रमाण पठाउनुहोस् ।

☐ तपाईं हिटिङ सुविधा सहित भाडामा बस्नुहुन्छ भने, भाडा सम्झौताको प्रतिलिपि, वा तपाईं हिटिङ सुविधाको खर्च कसरी भुक्तानी गर्नुहुन्छ र प्रयोग गरिएको हिटिङ सुविधाको प्रकारको बारेमा व्याख्या गर्ने घरमालिकको हस्ताक्षरित, लिखित विवरण पठाउनुहोस् ।

☐ तपाईं हिटिङ सुविधाको खर्च भुक्तानी गर्नुहुन्छ भने, आफ्नो हिटिङको मुख्य श्रोतको लागि एउटा बिल पठाउनुहोस् । आफूले आवेदन पेश गरेको मितिको 2 महिना अगाडि सम्मको मिति भएको युटिलिटी बिलको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस् । अन्य इन्धनका लागि अघिल्लो हिटिङ सिजनको जनवरीदेखि हालसम्मको खरिदको बिल/रसिद प्रदान गर्नुहोस् ।

☐ यदि तपाईं आफ्नो दोस्रो हिटिङ प्रदायकलाई भुक्तानी पठाउन चाहनुहुन्छ भने, आफ्नो मुख्य **र** दोस्रो हिटिङ प्रदायकको बिलको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस् ।

☐ सबै आम्दानीको प्रमाण पठाउनुहोस्। यदि तपाईंले DHS बाट अन्य सुविधाहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ र फाइलमा रहेको आम्दानीको प्रयोगलाई अनुमति दिन बाकसमा चिन्ह लगाउनुभएको छ भने तपाईंले आम्दानीको प्रमाण पठाउनु पर्दैन।

उदाहरण: तपाईं नोभेम्बरमा आवेदन दिइ रहनुभएको र पठाइ रहनुभएको छ भने:

a) एक महिनाको आम्दानी – आवेदन दिएको महिनाभन्दा अघिल्लो महिना अर्थात् अक्टोबरको प्रमाण पठाउनुहोस्।

b) 12 महिनाको आय – अघिल्लो वर्षको नोभेम्बरदेखि चालू वर्षको अक्टोबरसम्मको लागि प्रमाण पठाउनुहोस् ।

प्रमाणले पे स्टबहरू, पुरस्कार पत्र, रोजगारदाता विवरण आदिलाई समेट्छ ।

☐ तपाईंले हामीलाई तपाईंको कुनै आम्दानी छैन वा आम्दानी आधारभूत जीवनका मासिक आवश्यकताहरूभन्दा कम छ भनेर बताउनुभएको छ भने, तपाईंको घरपरिवारले आधारभूत जीवनका आवश्यकताहरूको खर्च कसरी भुक्तानी गर्छ भनेर व्याख्या गर्ने एउटा विवरण पठाउनुहोस् ।

☐ आफ्नो आवेदनमा हस्ताक्षर र मिति उल्लेख गर्नुहोस् ।

☐ पूरा भएको आवेदन तथा सबै कागजातहरू आफ्नो स्थानीय काउन्टी सहायता कार्यालयमा पठाउनुहोस् । तपाईं यो कहाँ छ भनेर निश्चित हुनुहुन्न भने, 1-866-857-7095 मा फोन गर्नुहोस् ।

तपाईंले यो फाराममा हामीलाई आवश्यक पर्ने प्रमाणहरू पठाउनुभएन भने, हामी तपाईंको आवेदन प्रक्रिया अगाडि बढाउन सक्षम हुने छैनौं ।

मतदाता दर्ता (ऐच्छिक): यो खण्ड अमेरिकी नागरिकहरूलाई मात्र हो

यदि तपाईंको नाम अहिले बसिरहेको ठाउँमा मतदानका लागि दर्ता गरिएको छैन भने, के तपाईं आज यहाँ मतदानका लागि आफ्नो नाम दर्ता गर्न आवेदन दिन चाहनुहुन्छ ? ☐ **हो** ☐ **होइन**

यदि तपाईंले कुनै पनि बस्कमा चिन्ह लगाउन भएन भने, तपाईंले अहिले मतदानका लागि आफ्नो नाम दर्ता नगर्ने निर्णय लिनुभएको मानिनेछ ।

दर्ता गर्न, तपाईं:

1) को उमेर अर्को निर्वाचनको दिन 18 वर्ष पुगेको हुनु पर्दछ ।
2) अर्को चुनावको अघिको कम्तीमा एक महिनासम्म अमेरिकाको नागरिक भएको हुनु पर्दछ;
3) अर्को चुनाव अघिको कम्तीमा 30 दिनसम्म Pennsylvania र मतदान जिल्लामा बसेको हुनु पर्दछ ।

मतदानको लागि नाम दर्ता गर्ने वा नाम दर्ता गर्न अस्वीकार गर्ने कुराले यस एजेन्सीले तपाईंलाई प्रदान गर्ने सहयोगको रकमलाई असर गर्दैन ।

तपाईंलाई मतदाता दर्ता आवेदन फाराम भर्न सहयोग चाहनुहुन्छ भने, हामी तपाईंलाई सहयोग गर्नेछौं । सहयोग खोज्ने वा स्वीकार गर्ने निर्णय तपाईंको हो। तपाईं यो फाराम गोप्य रूपमा भर्न सक्नुहुन्छ । तपाईं सहयोग चाहनुहुन्छ भने कृपया काउन्टी सहायता कार्यालयमा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

तपाईंलाई कसैले निर्वाचनको लागि नाम दर्ता गर्न पाउने वा निर्वाचनको लागि नाम दर्ता गर्न अस्वीकार गर्न पाउने तपाईंको अधिकार, निर्वाचनको लागि नाम दर्ता गर्ने कि नगर्ने भन्ने निर्णय वा निर्वाचनका लागि नाम दर्ता गर्ने कुरामा तपाईंको गोपनीयता अधिकार, वा आफ्नै राजनीतिक दल वा अन्य राजनीतिक प्राथमिकता छनौट गर्न पाउने तपाईंको अधिकारमा हस्तक्षेप गरेको छ जस्तो लाग्छ भने तपाईं Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120 मा उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ। (टोल-फ्रि टेलिफोन नम्बर 1-877-VOTESPA.)

तपाईंको माथिको प्रतक्रियाको आधारमा काउन्टी सहायता कार्यालयका कर्मचारीहरूले यो बक्स पूरा गर्नेछन्

☐ Given to Client __/__/__	☐ Sent to voter registration __/__/__	☐ Mailed to Client __/__/__
☐ Declined, not interested __/__/__	☐ Not a U.S. citizen __/__/__	☐ Declined, already registered __/__/__

यदि तपाईंसँग अपाङ्गता छ र यो आवेदन ठूलो मुद्रण वा अर्को ढाँचामा चाहिन्छ भने, कृपया हाम्रो #हेल्पलाइन# लाई #1-800-692-7462 मा फोन गर्नुहोस् ।
TDD सेवा PA रिलेलाई **711 मा फोन गरेर उपलब्ध हुन्छ ।**

www.dhs.pa.gov/COMPASS मा अनलाइनमा आवेदन दिनुहोस्

COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.