

معلومات

- هغه کس چې بي کور توب تجربه کوي، خپل هويت پر شرايطو د برابر والي لپاره ثابتولی شي خو د بي کوره والي وضعیت د بشپړ شوی سوگندليک په چمتو کولو سره د زيروت تصديق يوه تاييد شوی کاپي تر لاسه کړي.
- دواړه هم غوښتنليک سپارونکی او هم د بي کوره کس د خدمتونو وړاندي کوونکی قانوني استازی بايد سوگندليک لاسليک کړي.
- سوگندليک بايد د Vermont د زيربډنې يا د مړينې تصديق د تاييد شوی کاپي لپاره له د غوښتنليک سره وسپارل شي.<sup>1</sup>
- د Vermont د روغتيا څانگې د حياتي سوابقو دفتر ممکن چې د اړتيا په صورت کې د غوښتونکي د مثبتې پېژندنې له پاره د اضافي اسنادو غوښتنه وکړي.

د Vermont د زيربډنې تصديق د تر لاسه کولو له پاره پر شرايطو د برابر والي اړتياوي:

- غوښتنې بايد د هغه کس لخوا وشي چې بي کوره توب تجربه کوي او چې خپل د بي کور توب وضعیت تاييدولی شي.
- "بي کوره کس" د متحده ايالتونو د 42 قانون کې په 11302 (U.S.C.) ماده کې تعريف په شان معنا لري..
- د "بي کوره توب خدمتونو چمتو کوونکی" څه ډول چې د حياتي سوابقو د 3 قان وناخوا تعريف شوی هغه څوک دی چې د بي کوره کس د وضعیت په هکله پوهاوی لري چې بايد د تاييد لپاره سوگندليک بشپړ کړي.
- سوگندليک بايد د بشپړ ډډو لپاره د دواړو يعنې بي کوره کس خدمتونو چمتو کوونکي د قانوني استازي او هم د بي کوره کس له خوا چې د زيربډنې تصديق غوښتنليک سپاري، لاسليک شي.

د يوه "بي کوره کس د خدمتونو چمتو کوونکی کې لاندې موارد شامل دي:

- (1) يو دولتي يا غير انتفاعي سازمان چې د فدرال، ايالتي يا له ښاروالی څخه د بي کوره کس يا بي کوره ځوان يا ماشوم ته د خدمتونو د چمتو کولو له پاره بودیجه تر لاسه کوي يا دا چې په بل ډول د دغه خدمتونو له چمتو کولو څخه د يوه بي کوره کسانو د پاملرنې د دوام سازمان لخوا تحريم شوی.
- (2) په Vermont کې هغه وکیل چې د وکالت جواز لري او چې د هغه متقاضی استازيتوب کوي چې د زېږون تصديق د کاپي غوښتونکی دی.
- (3) د بي کوره ماشومانو او ځوانانو يا د ښوونځي ټولنيز کار کوونکي لپاره د سيمه ييزې ښوونيزې ادارې اړيکه.
- (4) د بشري ج چمتو کوونکي يا د عامه ټولنيزو خدماتو چمتو کوونکي چې د Vermont ايالت لخوا تمویلېږي خو د بي کوره ماشومانو يا ځوانانو خدمتونه، روغتيايي خدمتونه، د نشه يي توکو د کارولو اختلال خدمتونه يا د عامه مرستو يا د کار موندنې خدمتونه چمتو کړي.

[healthvermont.gov/sites/default/files/documents/pdf/HS\\_VR\\_App\\_Certified-Copy-Birth-Death-Form.pdf](https://healthvermont.gov/sites/default/files/documents/pdf/HS_VR_App_Certified-Copy-Birth-Death-Form.pdf) 1

<https://uscode.house.gov/view.xhtml?path=/prelim@title42/chapter119&edition=prelim> 2

<https://www.healthvermont.gov/about-us/laws-regulations/rules-and-regulations> 3

په مهربانی سره د دغه سوگندلیک تر بشپړولو مخکې په پخوانی پانه کې معلومات ولولئ.

**د غوښتنلیک سپارونکي معلومات**

دغه برخه باید د غوښتنلیک سپارونکي، هغه کس چې زیږون تصدیق د کاپی غوښتنه کوي، لخوا بشپړه شي.

زه \_\_\_\_\_ د خپلې غوره پوهې او باور له مخې لوړه کوم یا تصدیقوم

د غوښتونکي روښانه نوم

په دغه برخه کې په لاندې لېست شوي نېټه زه یو بی کوره کس یم؛

د غوښتنلیک سپارونکي لاسلیک: \_\_\_\_\_ نېټه: --/--/----

**د بی کوره کس د خدمتونو د چمتو کونکي معلومات**

This section needs to be completed by a legal representative of the “homeless services provider”, as defined in the Vital Records Rule. **(Keep this section in English)**

Name of the Homeless Services Provider Entity or Organization Verifying the Applicant’s Homelessness:

\_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_

Daytime Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ swear or affirm, to the best of my knowledge and belief

**Printed Name of Legal Representative**

that on the date listed below in this section, \_\_\_\_\_

**Printed Name of Homeless Person**

is a homeless person, as defined by 42 U.S.C. Section 11302, and that I meet the requirements of a “homeless services provider” as defined within the Vermont Department of Health’s Vital Records Rule.

Signature of Legal Representative \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_