

ممنوع الكتابة في المناطق المظلمة من هذا الطلب

LDSS-2921-AR Statewide (18/10) تحديث

CENTER/ OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	SNAP SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR
CASE NAME						EFFECTIVE DATE	DISPOSITION <input type="checkbox"/> DENIAL <input type="checkbox"/> REASON CODE <input type="checkbox"/> WITHDRAWAL			SERVICES TRANSACTION TYPE <input type="checkbox"/> NEW OPENING <input type="checkbox"/> REOPEN <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION 02 10 06				
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):			DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):			DATE	FORM _____ OF _____		SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION			DATE	
DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____												
PA AUTHORIZATION PERIOD			MA AUTHORIZATION PERIOD			SNAP AUTHORIZATION PERIOD			SERVICES AUTHORIZATION PERIOD					
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	

طلب الحصول على بعض مخصصات وخدمات ولاية نيويورك

إذا كنت مصابًا بالعمى أو تعاني من إعاقة كبيرة في الرؤية، وتحتاج لتلقي هذا الطلب بصيغة بديلة، فيمكنك طلبه بهذه الصيغة من دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك. للحصول على معلومات إضافية متعلقة بأنواع الصيغ المتوفرة وكيف يمكنك طلب الحصول على الطلب بصيغة بديلة، راجع كتاب التعليمات

(PUB-1301 Statewide) المتوفر على www.otda.ny.gov أو <https://www.health.ny.gov>

إذا كنت كافيًا أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، هل تفضل استلام الإشعارات الخطية بصيغة بديلة؟

نعم لا

إذا اخترت "نعم"، فحدد نوع الصيغة المفضل لديك: نسخة بخط كبير؛ قرص بيانات مضغوط؛

قرص صوتي مدمج؛ الطباعة بطريقة برايل، إذا أكدت أن أيًا من

الصيغ البديلة الأخرى لن تكون فعالة بنفس الدرجة بالنسبة لك.

إذا كنت بحاجة لمكان إقامة آخر، فيرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.

ونحن ملتزمون بمساعدتك ودعمك بطريقة مهنية ومحترمة. تتحمل مسؤولية المشاركة في أنشطة بما في ذلك أنشطة العمل لبرنامج التغذية التكميلية المعونة وبرنامج المعونة العامة، عند الاقتضاء، حتى تصبح متمتعًا باكتفاء ذاتي. حيثما وردت "المعونة العامة" في الطلب، فهي تعني "المعونة العائلية" و/أو "معونة شبكة الأمان". فنحن نطلق على البرنامجين "المعونة العامة". يهدف برنامجا المعونة العامة المشار إليهما إلى مساعدتك فقط حتى يكون بإمكانك دعم نفسك وأسرته تمامًا. **يرجى الرجوع إلى كتاب التعليمات (PUB-1301 Statewide) وكتب "ما يجب عليك معرفته" 1 و 2 و 3، (LDSS-4148A و LDSS-4148B و LDSS-4148C) عند استكمال هذا الطلب، والاتصال بمنطقة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك بشأن أي سؤال.**

عندما تشهد "MA" على الطلب، فهي تعني برنامج "Medicaid". لا يمكنك التقدم بطلب برنامج "Medicaid" باستخدام هذا الطلب إلا في حالة قيامك بطلب برنامج "المعونة العامة" أو "برنامج المعونة الغذائية التكميلية" في أن واحد. إذا كنت ترغب في التقدم بطلب برنامج Medicaid، يمكن الانتقال إلى موقع <https://nystateofhealth.ny.gov/> على الإنترنت و/أو الاتصال بـ 1-855-355-5777 للحصول على معلومات حول تقديم الطلب أو يمكنك طلب ورقي لبرنامج Medicaid فقط – نموذج DOH-4220 الذي يمنحه لك الموظف أو الاتصال بخط مساعدة Medicaid على الرقم 1-800-541-2831. إذا كنت تريد التقدم بطلب برنامج Medicare الادخاري (MSP)، يتعين عليك التقدم بطلب باستخدام النموذج DOH-4328 الذي يوفره لك الموظف. إذا كنت بحاجة سريعة إلى خدمات الرعاية الشخصية، يجب التقدم بطلب برنامج Medicaid بصورة منفصلة باستخدام نموذج طلب برنامج Medicaid "DOH- 4220".

القسم الأول		القسم الثاني	
<p>المعونة العامة (PA) □ رعاية الأطفال عوضًا عن PA □ برنامج التغذية التكميلية المعونة (SNAP) □ برنامج التغذية التكميلية المعونة (SNAP) □ تحديد كل برنامج تريد أنت أو أي عضو في أسرتك التقدم بطلبه</p>		<p>الإسبانية □ الإنجليزية □ (غير ذلك حدد)</p>	
<p>هل تريد استلام الإشعارات باللغة:</p>		<p>الإسبانية □ الإنجليزية فقط □ الإنجليزية والإسبانية □</p>	
<p>هل تنطبق أي من هذه الحالات عليك؟</p>		<p>هل تنطبق أي من هذه الحالات عليك؟</p>	
1	حامل □		
2	ضحية للعنف الأسري □		
3	تحتاج إلى إثبات الأبوة □		
4	تحتاج إلى نفقة الطفل □		
5	لديك مشكلة متعلقة بالمخدرات/الكحول □		
6	وقف الوقود أو الخدمات □		
7	لا يوجد لديك مكان للإقامة/مشرّد □		
8	حريق أو كارثة أخرى □		
9	ليس لديك دخل □		
10	لديك مشكلة طبية خطيرة □		
11	تواجه مشكلة تتعلق بالطرد لم يتم البت فيها □		
12	ليس لديك غذاء □		
13	تحتاج إلى رعاية تربية □		
14	تحتاج لرعاية طفل □		
15	تعاني من مشاكل في اللغة الإنجليزية □		
16	أماكن إقامة معقولة □		
17	أخرى _____ □		
<p>هل ترغب في الحفاظ على سرية جزء MEDICAID الخاص بهذا الطلب والتلقي المحتمل لأي تغطية تابعة لـ MEDICAID؟ □ نعم □ لا</p>		<p>هل ترغب في الحفاظ على سرية جزء MEDICAID الخاص بهذا الطلب والتلقي المحتمل لأي تغطية تابعة لـ MEDICAID؟ □ نعم □ لا</p>	
<p>القسم الرابع – إذا كنت ستقدم طلبًا للحصول على فوائد برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP): يمكنك تقديم الطلب في اليوم الذي تحصل عليه لتقديم طلب إلى SNAP، يجب أن يتضمن على الأقل اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان) وتوقيعك أدناه. ويتعين عليك إكمال عملية تقديم الطلب، بما في ذلك توقيع الصفحة الأخيرة من الطلب والخضوع لمقابلة. في حالة استحقاقك، ستحصل على مخصصات SNAP التي تعود إلى تاريخ تقديم الطلب. يلزم إخبارك خلال 30 يومًا من تاريخ تقديم طلبك للحصول على مخصصات SNAP، ما إذا كان طلبك قد تمت الموافقة عليه أو رفضه. إذا كان دخل أسرتك قليلًا أو ليس لديها دخل، أو كان عبارة عن موارد سائلة، أو إذا كانت مصاريف الإيجار والخدمات الخاصة بك تزيد عن دخلك ومواردك السائلة، فقد تكون مستحقًا للحصول على مخصصات SNAP خلال خمسة أيام تقويمية من تاريخ التقديم. إذا كنت مقيمًا في مؤسسة وتقدم طلبًا للحصول على مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) و SNAP قبل أن تغادر المؤسسة، فإن تاريخ تقديم الطلب هو تاريخ مغادرتك للمؤسسة.</p>		<p>تاريخ ممل/مقدم طلب SNAP</p>	
<p>تاريخ التوقيع</p>		<p>X</p>	

ENTER APPROPRIATE CODES									CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	القسم السابع - العرق/الأصل الإثني - تقديم هذه المعلومات غير إلزامي. لن تؤثر على أهلية الشخص الذي سيقدم الطلب أو مستوى المخصصات التي يحصل عليها. يكمن الغرض من طلب هذه المعلومات في ضمان توزيع مخصصات البرنامج بغض النظر عن العرق أو اللون أو المنشأ.							LN																																																	
EL	CI	EM	LA	SI	MS	SFUI	SSN	REL		من أصول إسبانية أو لاتينية أمريكي أصلي أو من سكان الاسكا الأصليين آسيوي أمريكي أسود أو أفريقي سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادي أبيض غير معروف (المعونة الطبية فقط)	H I A B P W U																																																							
										أدخل Y (نعم) أو N (لا) بالنسبة للأفراد من أصول إسبانية أو لاتينية						↓																																																		
										أدخل Y (نعم) أو N (لا) لكل عرق																																																								
										U	W	P	B	A	I	H																																																		
																		01																																																
																		02																																																
																		03																																																
																		04																																																
																		05																																																
																		06																																																
																		07																																																
																		08																																																
REQUESTED	DOCUMENTATION			IN FILE	CONSIDER				RELATED CASE NUMBERS			CASE TYPE	ANTICIPATED FUTURE ACTION																																																					
	Photo ID				<input checked="" type="checkbox"/> Relationship <input checked="" type="checkbox"/> Filing Unit <input checked="" type="checkbox"/> Legally Responsible Relative <input checked="" type="checkbox"/> Single Economic Unit <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Household Composition <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Individual <input checked="" type="checkbox"/> Photo ID <input checked="" type="checkbox"/> AFIS (PA Only) <input checked="" type="checkbox"/> CBIC/PIN <input checked="" type="checkbox"/> RFI/OCA <input checked="" type="checkbox"/> Health Insurance													DATE																																																
	Birth Verification																																																																	
	Marriage License																																																																	
	Social Security Card																																																																	
	Code 9 Resolution																																																																	
	Immigration Status																																																																	
	Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)																																																																	

يرجى قراءة هذه الصفحة بأكملها بعناية قبل الانتهاء منه. إذا كان لديك سؤال، راجع دليل التعليمات (PUB-1301 Statewide) أو التحدث إلى دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.

القسم الثامن - المواطنة/غير مواطن يتمتع بوضع هجرة مقبول		القسم التاسع - الإقرار	
اسرد اسم أي شخص يتقدم بطلب أو يشترط أن يتقدم بطلب.		تتطلب بعض برامج الخدمات الاجتماعية أن تشهد بأنك من مواطني الولايات المتحدة أو أمريكي أصلي أو تحمل الجنسية الأمريكية أو غير مواطن تتمتع بحالة هجرة مقبولة. لا تتطلب بعض البرامج الأخرى هذا الأمر.	
يتعين عليك ملأ بيانات القسم الثامن والتاسع إذا كنت:		يتعين عليك توقيع الشهادة أدناه فقط في حال كونك من مواطني الولايات المتحدة أو أمريكي أصلي أو تحمل الجنسية الأمريكية أو غير مواطن تتمتع بحالة هجرة مقبولة وتتقدم بطلب من أجل:	
<ul style="list-style-type: none"> تتقدم بطلب بغية الحصول على مساعدة في رعاية الطفل فقط ولكن تحتاج إلى أن تملأ المعلومات فقط للأطفال الذين سوف يتلقون خدمات رعاية للأطفال. تتقدم بطلب بغية الحصول على مساعدة في رعاية التبني فقط ولكن تحتاج إلى أن تملأ المعلومات فقط للأطفال الذين سوف يتلقون خدمات رعاية التبني. التقدم بطلب للحصول على خدمات أخرى تحت ظروف معينة. 		<ul style="list-style-type: none"> المعونة العامة (تتمثل في وجود أطفال داخل الأسرة المعيشية أو أن تكون هناك عضوة في الأسرة حامل)، أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية، أو برنامج Medicaid (إلا إذا كانت مقدمة الطلب حاملاً)، أو المعونة في رعاية الأطفال (ثمة حاجة إلى الشهادة للأطفال فقط)، أو المعونة في رعاية التبني (ثمة حاجة إلى الشهادة للأطفال فقط)، أو خدمات أخرى تحت ظروف معينة؛ مساعدة دفع الطوارئ 	
يجوز لأي فرد بالغ من أفراد الأسرة أو ممثل مفوض التوقيع على الإقرار نيابة عن كل أفراد الأسرة. مثال: يجوز لولي أمر لا يتمتع بوضع مقبول لغير المواطنين التوقيع على الإقرار لابنه/ابنته الذي يتمتع بوضع مقبول لغير المواطنين.		يجوز لأي فرد بالغ من أفراد الأسرة أو ممثل مفوض التوقيع على الإقرار نيابة عن كل أفراد الأسرة. مثال: يجوز لولي أمر لا يتمتع بوضع مقبول لغير المواطنين التوقيع على الإقرار لابنه/ابنته الذي يتمتع بوضع مقبول لغير المواطنين.	
NEEDED		REFERRALS	
COMPLETED		Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)	

يجب أثناء التقدم بطلب لمعونة سناب (SNAP) سرد أسماء كافة الأفراد الذين يعيشون في أسرة تتمتع بحق SNAP. يجب أثناء التقدم بطلب إلى PA سرد أسماء كافة الأطفال الذين تقوم بتقديم الطلب من أجلهم وأخواتهم وكافة أولياء الأمور لهؤلاء الأطفال الذين يعيشون معاً. إذا كنت لا تتحقق مما إذا كان الشخص المذكور من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية أو يحمل الجنسية الأمريكية أو غير مواطن يتمتع بحالة هجرة مقبولة أو يقدم رقم خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية (USCIS) (رقم التسجيل للأجنبي المقيم) أو رقم غير مواطن (إن وجد)، عندئذٍ لن يتمتع هذا الشخص بمساعدة وسيحصل باقي أعضاء الأسرة على مخصصات مخفضة. إذا كنت أمريكي أصلي، تحقق من المواطنة/الجنسية.

وقع وضع التاريخ في المربع أدناه نيابة عن كل مقدم للطلب. في حالة التقدم بطلب لغير مواطن يتمتع بحالة هجرة مقبولة، تحقق من البرامج التي يتم التقدم إليها بطلب من قبل غير مواطن يتمتع بحالة هجرة مقبولة. (راجع دليل التعليمات، Pub-1301 Statewide).

LN	الاسم الأول	MI	اسم العائلة	تحقق من "المواطنة/الجنسية" أو "غير مواطن" لكل شخص.	رقم USCIS (رقم تسجيل الأجنبي المقيم) أو رقم غير المواطنين (إن أمكن)	الإقرار	التاريخ	المعونة العامة	MA	CC	FC	S	EMRG
01				<input type="checkbox"/> مواطن/يحمل الجنسية <input type="checkbox"/> غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X							
02				<input type="checkbox"/> مواطن/يحمل الجنسية <input type="checkbox"/> غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X							
03				<input type="checkbox"/> مواطن/يحمل الجنسية <input type="checkbox"/> غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X							
04				<input type="checkbox"/> مواطن/يحمل الجنسية <input type="checkbox"/> غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X							
05				<input type="checkbox"/> مواطن/يحمل الجنسية <input type="checkbox"/> غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X							
06				<input type="checkbox"/> مواطن/يحمل الجنسية <input type="checkbox"/> غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X							
07				<input type="checkbox"/> مواطن/يحمل الجنسية <input type="checkbox"/> غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X							
08				<input type="checkbox"/> مواطن/يحمل الجنسية <input type="checkbox"/> غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X							

من خلال التحقق من المربع أعلاه والتوقيع على الإقرار في القسم 9، أشهد تحت عقوبة الحنث باليمين، بانني و/أو الأشخاص الذين أقوم بالتوقيع نيابة عنهم من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية أو من الأمريكيين الأصليين أو نحمل الجنسية الأمريكية أو غير مواطنين تتمتع بحالة هجرة مقبولة. أدرك أن توقيع هذه الشهادة قد يؤدي إلى تقديم معلومات تتعلق بتقديم طلبات أعضاء في أسرتي يجري تقديمها إلى خدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية للتحقق من عدم المواطنة إن وجدت. استخدام المعلومات الواردة أعلاه أو الكشف عنها مقصور على الأشخاص والمنظمات المتصلة بشكل مباشر بالتحقق من وضع المواطنة، وإدارة أو تنفيذ أحكام المعونة العامة وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية وبرنامج Medicaid ومساعدة رعاية الأطفال ورعاية التبني وبرنامج الخدمات.

يقوم الشخص الذي يرغب في توقيع الإقرار ولا يستطيع الكتابة بوضع علامة "X" في السطر المقابل للشاهد. يجب أن يوقع الشخص أدناه.

تاريخ التوقيع:

توقيع الشاهد:

أشهد على العلامات الموضوعية في السطور:

القسم 10- المعلومات المتعلقة بالإحالة إلى وحدة إعالة الأطفال																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>REQUESTED</th> <th>DOCUMENTATION</th> <th>IN FILE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td>Acknowledgement of Paternity</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Child Support Order</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Good Cause Form (LDSS-4279)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>IV-D Attestation (LDSS-4281)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Death Certificate</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Divorce Decree</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>VA Benefits</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Order of Filiation/Paternity</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Birth Certificate</td><td></td></tr> <tr> <th>NEEDED</th> <th>REFERRALS</th> <th>COMPLETED</th> </tr> <tr><td></td><td>CTHP</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>CAP</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Application/Referral for Child Support Services (LDSS-4882)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Paternity</td><td></td></tr> </tbody> </table>	REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE		Acknowledgement of Paternity			Child Support Order			Good Cause Form (LDSS-4279)			IV-D Attestation (LDSS-4281)			Death Certificate			Divorce Decree			VA Benefits			Order of Filiation/Paternity			Birth Certificate		NEEDED	REFERRALS	COMPLETED		CTHP			CAP			Application/Referral for Child Support Services (LDSS-4882)			Paternity		<p>إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على مساعدة رعاية أطفال فقط، عندئذٍ لست بحاجة إلى مواصلة إعالة الطفل ولا يلزم عليك ملاً هذا القسم. إذا كنت تتقدم بطلب للتمتع بمخصصات برنامج Medicaid فضلاً عن المعونة العامة أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية، فقد يتوجب عليك مساعدتنا في الحصول على الدعم الطبي الخاص بك وباطفالك المقدمين. أجب عن الأسئلة التالية لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى إكمال هذا القسم. بما في ذلك نفسك، حسب الاقتضاء:</p> <p>1. هل تتقدم بطلب لفرد دون عمر 21 عامًا وتمت ولادته دون علاقة زواج شرعية ولم تثبت بعد أبوته الشرعية (أي الأبوة القانونية)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>2. هل تتقدم بطلب لفرد دون عمر 21 عامًا ووالده أو والدته متغيبة (ولي أمر غير وصي)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>أنت لا تحتاج إلى إكمال هذا القسم إذا أجبت "لا" لكلا السؤالين. الانتقال إلى القسم 11.</p> <p>تحتاج إلى إكمال هذا القسم إذا أجبت "بنعم" لسؤال أو كلا السؤالين. قدم أسماء جميع الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا وقمت بتقديم طلبات خاصة بهم وأية معلومات تمتلكها الآن عن هؤلاء الأفراد "أولياء أمور لا يملكون حضانة أو آباء وهميين (مزعومين).</p> <p>3. هل أنت تحت عمر 21 عامًا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا أجبت "بنعم" على هذا السؤال، عندئذٍ قم بتوفير معلومات عن أولياء أمورك الذي يملكون حضانة أو آباءك الوهميين.</p> <p>كشروط للحصول على مساعدة، يلزم عليك تعيين بعض الحقوق ذات الصلة لتقديم الدعم، كما هو موضح في قسم الملاحظات والمهام والتراخيص، والموافقات في نهاية طلب التقديم. سيتم تزويدك بنموذج LDSS-4882، "معلومات عن خدمات إعالة الطفل وتقديم الطنابات/الإحالة لخدمات إعالة الطفل" لاستكمال والرجوع إلى وحدة إعالة الطفل. باستثناء حالات العنف الأسري أو وجود سبب وجيه وكشروط للحصول على المعونة، يتعين عليك التعاون مع وحدة إعالة الطفل لتحديد ولي الأمر الذي يملك حضانة أو الأب الوهمي؛ إثبات أبوة كل فرد تحت عمر 21 عامًا تمت ولادته دون وجود زواج شرعي؛ وإنشاء و/أو تعديل و/أو تنفيذ طلبات الدعم. سيتم تزويدك أيضًا بنموذج LDSS-4279، "إشعار المسؤوليات والحقوق لتقديم الدعم"، والذي يشرح مسؤولياتك وحقوقك إذا كنت لا تتعاون مع وحدة إعالة الطفل.</p>
REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE																																												
	Acknowledgement of Paternity																																													
	Child Support Order																																													
	Good Cause Form (LDSS-4279)																																													
	IV-D Attestation (LDSS-4281)																																													
	Death Certificate																																													
	Divorce Decree																																													
	VA Benefits																																													
	Order of Filiation/Paternity																																													
	Birth Certificate																																													
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED																																												
	CTHP																																													
	CAP																																													
	Application/Referral for Child Support Services (LDSS-4882)																																													
	Paternity																																													
<p>CONSIDER</p> <p>✓ Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse</p> <p>✓ Child Health Plus</p> <p>✓ TASA</p> <p>✓ Petition to Family Court</p> <p>✓ SSI/SSA</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">رقم الضمان الاجتماعي لولي الأمر غير الوصي أو الأب المقترض</th> <th colspan="3">تاريخ ميلاد ولي الأمر غير الوصي أو الأب المقترض</th> <th rowspan="2">اسم وعنوان ولي الأمر غير الوصي أو الأب المقترض</th> <th rowspan="2">اسم الفرد دون 21 عامًا</th> </tr> <tr> <th>سنة</th> <th>يوم</th> <th>شهر</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>أ.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ب.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ج.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>د.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>هـ.</td> </tr> </tbody> </table>	رقم الضمان الاجتماعي لولي الأمر غير الوصي أو الأب المقترض	تاريخ ميلاد ولي الأمر غير الوصي أو الأب المقترض			اسم وعنوان ولي الأمر غير الوصي أو الأب المقترض	اسم الفرد دون 21 عامًا	سنة	يوم	شهر						أ.						ب.						ج.						د.						هـ.						
رقم الضمان الاجتماعي لولي الأمر غير الوصي أو الأب المقترض	تاريخ ميلاد ولي الأمر غير الوصي أو الأب المقترض			اسم وعنوان ولي الأمر غير الوصي أو الأب المقترض	اسم الفرد دون 21 عامًا																																									
	سنة	يوم	شهر																																											
					أ.																																									
					ب.																																									
					ج.																																									
					د.																																									
					هـ.																																									

INCOME				CD	المبلغ/ القيمة وعدد المرات	الشخص	المبلغ/ القيمة وعدد المرات	الشخص	لا	نعم	الإفادة إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يتلقى أموالاً من:
PERIOD	AMOUNT	SOURCE CODE	LN No.	49							
				49							مخصصات تأمين البطالة 1
				45							مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) (وإجمالي المبلغ الخاص بالولاية والفيديالي) 2
				42							مخصصات الضمان الاجتماعي للمعوقين (SSD) 3
											مخصصات الضمان الاجتماعي للمعالين 4
				43							مخصصات الضمان الاجتماعي للباقيين على قيد الحياة 5
				44							مخصصات الضمان الاجتماعي للمتقاعدين 6
				38							مخصصات التقاعد لعمال السكك الحديدية 7
				39							مخصصات التقاعد (المعاشات) 8
				03							الأرباح/الفوائد من الأسهم والسندات والمدخرات 9
				59							تعويضات العمال 10
				33							مخصصات المعوقين في ولاية نيويورك 11
				55							معاش قدامى المحاربين/الفوائد/المعونة والحضور 12
				37							المعونة العامة Grant 13
				10							مخصصات المعالين GI 14
											القروض أو المنح الدراسية 15
											التبرعات/الهيايا (المستلمة) 16
											مدفوعات رعاية التبني (المستلمة) 17
											مدفوعات نفقة الطفل (المستلمة) 18
				06							مستلمة من: 19
				02							نفقة الطلاق (المستلمة) 20
											تأمين الإعاقة الخاص - دخل سياسة تأمين الحوادث/الصحة 21
				50							مخصصات التأمين الشامل 22
											مخصصات الاتحاد (بما في ذلك مخصصات الإضراب) 23
											القروض بخلاف التعليم (المستلمة) 24
											الدخل الائتماني (بما في ذلك الدخل الذي تستلمه حالياً أو كنت تستلمه في الماضي ولم يتم توزيعه) 25
				31							رواتب/مخصصات التدريب 26
				14							دخل الإيجار (المستلم) 27
											دخل المقيمين/المستأجرين (المستلمة) 27
											دخل آخر
											(يرجى التحديد)

CONSIDER

- ✓ Child Support Disregard/Pass-Through
 - Explained Budgeted
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ Disability Review
- ✓ Reception and Placement Grant (SNAP Only)
- ✓ Refugee Matching Grant

ممنوع الكتابة في المناطق المظلمة من هذا الطلب

LDSS-2921-AR Statewide (18/10) تحديث

صفحة 8

المبلغ/ القيمة وعدد المرات	الشخص	المبلغ/ القيمة وعدد المرات	الشخص	لا	نعم	الخصومات: تتيح أنواع معينة من ميزانية برنامج Medicaid للمتقدمين/المتلقين إمكانية الحد من دخلهم المعبود مع الخصومات التي يتم تحصيلها منهم وفقاً للضرائب الفيدرالية. هذه بمثابة نفقات محددة حيث تتيح دائرة خدمات الإيرادات الداخلية للأشخاص إمكانية خصم لتقليل دخلها الخاضع للضرائب. سجل الخصومات هنا فقط إذا كنت ستقدم مطالبة بشأنها في عائد الضرائب السنوي الحالي.
						1 نفقات المعلم
						2 خصم حساب التقاعد الفردي (IRA)
						3 خصم فائدة قرض الطالب
						4 الرسوم والمستحقات
						5 بعض النفقات التجارية (جنود الاحتياط والفنانون والمسؤولون الحكوميون المستندون على الرسوم)
						6 خصم حساب مدخرات الصحة
						7 نفقات الانتقال المتعلقة بالوظيفة
						8 ضريبة الجزء المقطوع من العمل الحر (S/E)
						9 S/E، خطط بسيطة ومختصة
						10 خصم التأمين الصحي S/E
						11 عقوبة السحب المبكر للمدخرات
						12 النفقة المدفوعة
						13 خصم أنشطة الإنتاج المحلي
						14 تعديلات إضافية مضافة في السطر 36 (نموذج IRS رقم 1040 فقط
						15 خصم حساب المدخرات الطبية في برنامج Archer
						تعديلات أخرى (يرجى التحديد)

القسم 16 - معلومات زوج الأم/زوجة الأب/ كفيل شخص غير مواطن يتمتع بوضع

هجرة مقبول

أجب عن جميع الأسئلة الواردة أدناه.

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

الشخص؟	لا	نعم	
			هل لدى زوج الأم/ زوجة الأب لأي من الأطفال الذين يعيشون معك أي موارد دخل أو يتلقى دخلاً من أي نوع؟
			هل أي فرد من أهل بيتك غير مواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول وتمت كفالته لدخول الولايات المتحدة؟

رقم الهاتف:

اسم الكفيل:

العنوان:

	القسم 17 – معلومات الوظيفة																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">REQUESTED</th> <th style="width: 50%;">DOCUMENTATION</th> <th style="width: 30%;">IN FILE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>CINTRAK/RFI/IRCS</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1099</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Employment Verification</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Income Tax Return</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Self-Employment Worksheet</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Wage Stubs</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Work Registration Form</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Dependent/Child Care Form/Statement</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Approval of Informal Child Care Provider</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE		CINTRAK/RFI/IRCS			1099			Employment Verification			Income Tax Return			Self-Employment Worksheet			Wage Stubs			Work Registration Form			Dependent/Child Care Form/Statement			Approval of Informal Child Care Provider		<p>أنا حاليًا: <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> أعمل عملاً حرًا <input type="checkbox"/> عاطل <input type="checkbox"/></p> <p>إجمالي الدخل الأمريكي _____ بالدولار _____ ساعات العمل في الشهر _____</p> <p>(مع كتابة كل الأجر والرواتب ومبلغ الوقت الإضافي والعمولات والإكراميات)</p> <p>استلام الأجر: <input type="checkbox"/> أسبوعي <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهري <input type="checkbox"/> يوم استلام الأجر في الأسبوع: _____</p> <p>اسم صاحب العمل والعنوان: _____</p> <p>رقم الهاتف _____</p> <hr/> <p>هل يوجد أي فرد آخر يعيش معك حاليًا: <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> أعمل عملاً حرًا <input type="checkbox"/></p> <p>الشخص: _____</p> <p>إجمالي الدخل الأمريكي _____ بالدولار _____ ساعات العمل في الشهر _____</p> <p>استلام الأجر: <input type="checkbox"/> أسبوعي <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهري <input type="checkbox"/> يوم استلام الأجر في الأسبوع: _____</p> <p>اسم صاحب العمل والعنوان: _____</p> <p>رقم الهاتف _____</p> <hr/> <p>هل متوفر تأمين صحي من خلال صاحب العمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>هل لدى أي فرد يعيش معك تأمين صحي من خلال صاحب عمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>الشخص: _____</p> <p>اسم شركة التأمين: _____</p> <hr/> <p>هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بنفقات رعاية طفل أو معال بسبب الوظيفة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>الشخص: _____</p> <hr/> <p>هل أنت أو أي فرد يعيش معك يمتلك مصروفات متعلقة بالوظيفة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>الشخص: _____</p>														
REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE																																											
	CINTRAK/RFI/IRCS																																												
	1099																																												
	Employment Verification																																												
	Income Tax Return																																												
	Self-Employment Worksheet																																												
	Wage Stubs																																												
	Work Registration Form																																												
	Dependent/Child Care Form/Statement																																												
	Approval of Informal Child Care Provider																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">NEEDED</th> <th style="width: 15%;">REFERRALS</th> <th style="width: 15%;">COMPLETED</th> <th style="width: 55%;">CONSIDER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>CAP</td> <td></td> <td>Limited English Proficiency</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Disability</td> <td></td> <td>Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Employment</td> <td></td> <td>Explaining Periodic Reporting Requirements</td> </tr> <tr> <td></td> <td>TPHI/COBRA</td> <td></td> <td>Net Loss of Cash Income</td> </tr> <tr> <td></td> <td>UIB</td> <td></td> <td>P.A.S.S. Income Amount and Sources</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Workers' Compensation</td> <td></td> <td>Employment Sanctions</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Drug/Alcohol</td> <td></td> <td>Temporary Employment</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Domestic Violence</td> <td></td> <td>Disability Review</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Refugee Cash Assistance</td> <td></td> <td>Individual Development Account (IDA)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Voluntary Quit</td> </tr> </tbody> </table>	NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER		CAP		Limited English Proficiency		Disability		Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)		Employment		Explaining Periodic Reporting Requirements		TPHI/COBRA		Net Loss of Cash Income		UIB		P.A.S.S. Income Amount and Sources		Workers' Compensation		Employment Sanctions		Drug/Alcohol		Temporary Employment		Domestic Violence		Disability Review		Refugee Cash Assistance		Individual Development Account (IDA)				Voluntary Quit	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER																																										
	CAP		Limited English Proficiency																																										
	Disability		Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)																																										
	Employment		Explaining Periodic Reporting Requirements																																										
	TPHI/COBRA		Net Loss of Cash Income																																										
	UIB		P.A.S.S. Income Amount and Sources																																										
	Workers' Compensation		Employment Sanctions																																										
	Drug/Alcohol		Temporary Employment																																										
	Domestic Violence		Disability Review																																										
	Refugee Cash Assistance		Individual Development Account (IDA)																																										
			Voluntary Quit																																										

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES				
Who Pays	Amount	Name	Age	Care Provider
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			

إذا لم تكن موظفًا، فمتى كانت آخر مرة كنت فيها أو أي شخص يعيش معك موظفًا؟
 الشخص: _____
 التوقيت: _____

6 المكان: _____
 لماذا توقفت (أو توقفوا) عن العمل؟

هل رفعت أنت أو أي شخص يعيش معك دعوى بسبب البطالة؟
 نعم لا
 إذا كانت الإجابة نعم، من؟ _____ متى؟ _____
 حالة الدعوى: مقبولة مرفوضة معلقة

7 هل أنت أو أي فرد يعيش معك مشترك في إضراب؟
 نعم لا
 الشخص: _____
 توقيت بدأ الإضراب: _____

8 هل أنت أو أي فرد يعيش معك مهاجر أو مزارع موسمي؟
 نعم لا
 الشخص: _____

هل أنت أو أي بالغ آخر يعيش معك يعاني من حالات طبية تحد من قدرته على العمل أو نوع العمل الذي يمكن تأديته؟ نعم لا
 الشخص: _____
 اذكر القيود: _____

9 هل تستطيع قبول وظيفة اليوم؟
 نعم لا
 إذا كانت الإجابة لا، فما السبب؟ _____

11 ما نوع العمل الذي تفضل تأديته؟

القسم 18 - التعليم/ التدريب

ما هو أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه؟

أقل من شهادة الثانوية

إذا كان الأمر كذلك، آخر مؤهل حصلت عليه؟ _____

استكمال خطة التعليم الفردي (IEP)

شهادة الثانوية العامة أو شهادة معادلة (GED) أو استكمال الثانوية لتقييم الاختبارات (TASC™)

الدرجة الجامعية (شهادة جامعية لمدة عامين)

درجة البكالوريوس (شهادة جامعية لمدة 4 أعوام) أو أعلى

هل حصل أي فرد آخر في أهل بيتك على شهادة الثانوية العامة أو شهادة معادلة لها (GED) أو استكمال الثانوية لتقييم الاختبارات (TASC) أو مؤهل عالي؟

لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، من:

2

الشهادة الحاصل عليها:

تاريخ التخرج:

الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا أو يحصل على مساعدة:

هل يوجد أحد مشترك أو كان مشتركًا في برنامج تدريبي؟

لا نعم

الشخص

3

المكان

البرنامج

مواعيد الحضور

مواعيد التخرج

هل يوجد شخص في سن 16 عامًا أو أكبر ويذهب للمدرسة أو الكلية؟

لا نعم

4

الشخص

المكان

هل يوجد شخص دون سن 16 عامًا ويذهب للمدرسة؟

لا نعم

الشخص

المدرسة

الشخص

المدرسة

5

الشخص

المدرسة

الشخص

المدرسة

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

CONSIDER	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is anyone in training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are any other supportive services appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are there any training related expenses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

القسم 19 - معلومات الموارد المالية			الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدّم طلبًا:									
COMPLETED	REFERRAL	NEEDED	المبلغ/القيمة	الشخص	المبلغ/القيمة	الشخص	لا	نعم				
	Legal										1	تمتلك أموال نقدية متاحة
	Resource										2	تمتلك حسابات جارية
											3	يملك حسابات توفير أو شهادات إيداع
											4	يملك حسابات اتحاد ائتماني
											5	يملك تأمين على الحياة
LIFE INSURANCE												
FACE AMOUNT		CASH VALUE										
											6	يملك أو مسجل باسمه سيارات أو سيارات أخرى: العام _____ الماركة/الموديل _____ العام _____ الماركة/الموديل _____ أخرى _____
											7	يملك أسهم أو سندات أو شهادات أو صناديق استثمارية
											8	يملك سندات ادخار
											9	يملك حساب تقاعد فردي أو خطة تقاعد للموظفين المستقلين أو خطة توفير للتقاعد (k)401 أو حسابات تعويض مؤجل
											10	يملك صندوق استثمار دفن غير قابل للإلغاء
											11	يملك مورد دفن مالي
											12	يملك مكان للدفن
											13	يملك/تمتلك منزل
											14	يملك عقارات بما في ذلك أملاك مدرّة للدخل وأملاك غير مدرّة للدخل
											15	مؤهل لاسترداد ضريبة الدخل
											16	يملك معاش تقاعد
											17	يحصل على استفادة من صندوق استثماري
											18	من المتوقع أن يحصل على أموال من الصندوق الاستثماري أو تسوية دعوى قضائية أو ميراث أو دخل من أي مصدر آخر
											19	يملك حسابات "استثمارية"
											20	يملك صناديق إيداع آمنة
											21	يملك موارد أخرى بخلاف المسردة أعلاه
											22	هل سبق لأي شخص (بما في ذلك زوجك وحتى إن لم يتقدم بطلب أو يعيش معك) أخذ أي أموال أو قام ببيع/نقل ملكية أي عقارات أو حصل على دخل أو ممتلكات شخصية خلال فترة 36 شهرًا الماضية؟
											23	هل سبق لأي شخص (بما في ذلك زوجك وحتى إن لم يتقدم بطلب أو يعيش معك) إنشاء أمانة استثمار في الماضي أو نقل إدارة أي أصل إلى أمانة الاستثمار خلال فترة 60 شهرًا الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فمتى؟
VEHICLE INFORMATION												
ACCOUNT NO.	LIEN HOLDER	EXEMPT NO	YES*	NADA VALUE	AMOUNT OWED	OWNER'S NAME	MODEL	MAKE	YR.			
				\$	\$							
				\$	\$							
*IF EXEMPT, WHY?												

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration (Older Models)	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

CONSIDER
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Children's Resources ✓ Lump Sum ✓ Boats, Campers, Snowmobiles ✓ Individual Development Account (IDA) ✓ Exempt Vehicles

ممنوع الكتابة في المناطق المظللة من هذا الطلب

LDSS-2921-AR Statewide (18/10 تحديث)

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE	القسم العشرون - معلومات طبية			
	Pregnancy Statement		الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا:	نعم	لا	
	Med/Psych Statement		تمتلك فواتير طبية أو مصاريف متعلقة بشؤون طبية			1
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)		مدرج في برنامج Medicaid بميزة الإنفاق			2
	Drug/Alcohol Statement		يمتلك تأمين صحي أو تأمين ضد الحوادث/المستشفيات (بما في ذلك تأمين من صاحب العمل			3
	Paid or Unpaid Medical Bills		يمتلك تأمين صحي من خلال صاحب العمل			4
	SSI Application Verification (PA ONLY)		يحصل على برنامج Medicare (البطاقة الحمراء والبيضاء والزرقاء)			5
CONSIDER			يمتلك مساعدين للعناية بالصحة/الصحة المنزلية			6
✓	AD/SSI Related		مصاب بالعمى أو مريض أو يعاني من إعاقة			7
✓	SNAP Aged/Disabled Indicator		طفل يعاني من إعاقة إنمائية			8
✓	SNAP Medical Deduction		كان موجود في مستشفى أو دار رعاية أو مؤسسة طبية أخرى			9
✓	TPHI Reimbursement		سداد أو عدم سداد الفواتير الطبية خلال 3 أشهر التي تسبق الشهر المقدم فيه الطلب			10
✓	Buy-In Eligibility		يتناول أو كان يتناول الكحول أو المخدرات			11
✓	Kreiger (LDSS-3664)		يحتاج رعاية شخصية			12
✓	Domestic Violence		يتمتع بدخل الضمان التكميلي (SSI) أو لم يقدم مطلقًا للحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI)			13
✓	SSI Referral		حامل			14
✓	Earned Income Credit		إذا كنت حامل، ما هو موعد الولادة المقرر: _____			15
	NEEDED	REFERRALS	عدد المواليد المتوقع: _____			16
	COMPLETED		يتلقى العلاج من برنامج لمكافحة تعاطي المخدرات أو لإدمان الكحول			17
	SSI (D-CAP)		لم يكن قادرًا على العمل لمدة 12 شهرًا على الأقل بسبب إعاقة أو مرض			18
	Disability Interview (LDSS-1151)		يقوم بأنشطة يومية محدودة بسبب إعاقة أو مرض			19
	Medical Report (LDSS-486, 486t)		استمر أو سيستمر لمدة 12 شهرًا على الأقل			20
	Disability Report		هل أصيب في حادثة سيارة أو حادثة عمل في العاملين المنصرمين			
	AD		كانت تقوم هيئة حكومية (برنامج عام) إلى جانب برنامج Medicaid أو Medicare بدفع أية فواتير طبية خاصة بك			
	TPHI		إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي الوكالة			
	ACCES-VR		هل يُسبب تحرير فواتير تأمين صحي آخر أية أضرار على صحتك الجسدية أو شعورك العاطفي أو سلامتك و/أو هل ستتداخل مع خصوصية وسرية طلبك الخاص بالحصول أو تلقي برنامج Medicaid؟			
	CTHP					
	Family Planning					
	SSA (RSDI)					
	Veteran's Benefits					
	Veteran's Counseling					
	Child Health Plus					
	COBRA Eligibility					
	Nurse's Aide Service					
	Home Care					
	NYSOH					
	MA-Only (DOH-4220)					
	SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)					
	LDSS-4526 or local equivalent					

	AMOUNT \$	WHO	RECURRING MEDICAL EXPENSES	DATE	WHO	RETROACTIVE MEDICAID			
TPHI: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				MEDICAL BILLS: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					

اختيار النظام الصحي

مطلوب من أغلب الأفراد المقيدين في برنامج Medicaid الانضمام إلى نظام رعاية صحية مدار ما لم يكونوا في فئة معفاة. استخدم هذا القسم لاختيار النظام الصحي. وإذا كنت لا تعرف الأنظمة الصحية المتوفرة، استفسر من الموظف أو اتصل على الرقم 1-800-505-5678.

اسم ورقم OB/GYN (ضع علامة إذا كان الموفر حالي)	اسم ورقم OB/GYN (ضع علامة إذا كان الموفر حالي)	اسم ورقم OB/GYN (ضع علامة إذا كان الموفر حالي)	اسم ورقم OB/GYN (ضع علامة إذا كان الموفر حالي)	اسم ورقم OB/GYN (ضع علامة إذا كان الموفر حالي)	اسم ورقم OB/GYN (ضع علامة إذا كان الموفر حالي)	اسم ورقم OB/GYN (ضع علامة إذا كان الموفر حالي)	اسم ورقم OB/GYN (ضع علامة إذا كان الموفر حالي)	اسم ورقم OB/GYN (ضع علامة إذا كان الموفر حالي)
<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"/>

القسم الواحد والعشرون - المسكن

ما اسم صاحب العقار؟

ما هو عنوان صاحب العقار؟

ما هو رقم هاتف صاحب العقار؟

_____ ()

إذا كانت الإجابة نعم، المبلغ	لا	نعم	
هل أنت أو أي شخص آخر يعيش معك مكلف بدفع إيجار أو رهن عقاري أو مصاريف مسكن أخرى؟	دولار		
هل أنت أو أي شخص آخر يعيش معك مكلف بدفع فاتورة الغاز بشكل منفصل عن إيجارك أو مصاريف المسكن التي تدفعها؟	دولار		

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	

CONSIDER

- ✓ Utility and/or Fuel Restrict
- ✓ Utility Guarantee
- ✓ HEAP
- ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount
- ✓ Foster Care-Related Additional Allowances
- ✓ SNAP Household Composition Rules
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ Real Property Tax Credit
- ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance
- ✓ Property Lien
- ✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household

SHELTER COSTS	MONTHLY ACTUAL COST
A. Room and Board	
B. Rent	
C. Trailer Lot Rent	
D. Mortgage Payment	
1. Principal	
2. Interest	
3. Property Tax (including School Tax)	
4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)	
5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6. Assessments (Sewer, etc.)	
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)	
TOTAL (Lines A - E)	

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.		CONSIDER		EMERGENCY CASH ASSISTANCE
Actual Expenses	\$ <input style="width: 80%;" type="text"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.	Is there an immediate need? If not, why not? <hr/> <hr/> <hr/>
- Actual Income	\$ <input style="width: 80%;" type="text"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Actual Shelter	
= Difference	\$ <input style="width: 80%;" type="text"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Actual Fuel/Utility Costs	
Does Client Receive Contribution Towards Difference	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Telephone Expenses	
If Yes, From Whom?	<hr/>		<input checked="" type="checkbox"/> Car Expenses	
			<input checked="" type="checkbox"/> Furniture/Appliance Rental	
			<input checked="" type="checkbox"/> Cable TV	
			<input checked="" type="checkbox"/> Tuition	
			<input checked="" type="checkbox"/> Out-of-Pocket Medical Expenses	
NOTES/COMMENTS				

الإشعارات والتفويضات والتنازلات والموافقات

تجميع واستخدام أرقام الضمان الاجتماعي - يحق لكل فرد من أفراد الأسرة فيما يتعلق ببرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، تجميع أرقام الضمان الاجتماعي وفقاً لقانون الطعام والتغذية لعام 2008 (وتعديلاته). يجب أن يقدم أي شخص يتقدم بطلب للحصول على مخصصات برنامج (SNAP) رقم الضمان الاجتماعي لكي يتلقاها. إذا كنت لا تملك أنت أو أي فرد يتقدم بطلب رقم الضمان الاجتماعي، حينئذٍ يجب أن يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على رقم الضمان الاجتماعي من خلال إدارة الضمان الاجتماعي (قم بزيارة www.SSA.gov أو اتصل على الرقم 1-800-772-1213).

فيما يتعلق بكافة البرامج الأخرى التي يشترط نموذج الطلب الخاص بها توافر رقم ضمان اجتماعي، بعد أيضاً إلزامياً تجميع أرقام الضمان الاجتماعية ويحق له بموجب قسم أو أكثر من الأقسام التالية للقانون: القسم 205(ج) من قانون الضمان الاجتماعي (42 القانون الأمريكي 405)، القسم 1137 من قانون الضمان الاجتماعي (42 القانون الأمريكي b-71320) والقسم 7(أ)(2) من قانون الخصوصية لعام 1974. راجع دليل التعليمات (PUB-1301 Statewide) أو التحدث إلى دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك، إذا كان لديك سؤال.

سيتم استخدام المعلومات التي نجمعها لتحديد ما إذا كانت أسرتك مؤهلة أو مستمرة في الحصول على المعونة أو المخصصات. سيتم استخدام المعلومات للتحقق من الهوية، والتحقق من الدخل المكتسب وغير المكتسب ولتحديد ما إذا كان الأباء الغائبين بإمكانهم الحصول على تغطية الضمان الصحي للمتقدمين أو المتلقين لتحديد ما إذا كان يمكن للمتقدمين أو المتلقين الحصول على إعالة طفل أو نفقة زواج ولتحديد ما إذا كان المتقدمين أو المتلقين بإمكانهم الحصول على أموال أو معونة أخرى. سوف نتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج مطابقة الكمبيوتر. كما سيتم استخدام هذه المعلومات لمراقبة الامتثال للوائح البرنامج وإدارة البرنامج. بالإضافة إلى استخدام المعلومات التي تقدمها لنا بهذه الطريقة، سنستخدم الولاية المعلومات في إعداد إحصاءات عن كل الأشخاص الذين يحصلون على مخصصات من برنامج معونة الطاقة المنزلي (HEAP) (راجع أدناه).

قد يتم الكشف عن هذه المعلومات إلى وكالات فيدرالية أو أخرى بالولاية للفحص الرسمي والمسؤولين عن إنفاذ القانون لغرض إلقاء القبض على الأشخاص الهاربين من القانون. يُمكن استخدام المعلومات التي تم جمعها فيما يتعلق بالمتقدمين والمتلقين لمعونة الأسرة ومعونة شبكة الأمان بما في ذلك أرقام الضمان الاجتماعي للمعونة في تشكيل هيئات المحلفين. إذا نشأت مطالبة تتعلق ببرنامج SNAP ضد أفراد أسرتك، فقد يتم إحالة المعلومات الموجودة في الطلب بما في ذلك أرقام الضمان الاجتماعي إلى وكالات فيدرالية وبالولاية فضلاً عن وكالات تجميع المطالبات الخاصة من أجل اتخاذ إجراءات تجميع الدعاوى.

سيتم أيضاً استخدام أرقام الضمان الاجتماعي لأعضاء أفراد الأسرة لديك والكشف عنها بالطريقة الموضحة أعلاه.

بالإضافة إلى استخدام المعلومات التي تقدمها لنا بهذه الطريقة، سنستخدم الولاية المعلومات في إعداد إحصاءات عن كل الأشخاص الذين يحصلون على مخصصات من برنامج معونة الطاقة المنزلي (HEAP). يتم استخدام المعلومات لمراقبة الجودة من قبل الولاية للتأكد من قيام مناطق الخدمات الاجتماعية بأفضل عمل في وسعها. يُستخدم للتحقق من مورد الطاقة الخاص بك للقيام ببعض المدفوعات لهؤلاء الباعة.

إشعار عدم التمييز - يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو السن أو النوع، وفي بعض الحالات الدين أو المعتقدات السياسية.

كما يحظر على وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو السن أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو التأثير لنشاط الحقوق المدنية المُسبق في أي برنامج أو نشاط يتم إجرائه أو تمويله من قبل USDA.

يجب أن يتصل الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات برنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة الكبيرة، والشريط الصوتي، ولغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) بالوكالة (محلية أو بالولاية) في المكان الذي تم التقدم إليه بطلب للحصول على المخصصات. يجوز للأفراد الذين يعانون من الصمم، أو ضعاف السمع أو يعانون من إعاقات الكلام الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). إضافة إلى ذلك، قد تتوافر معلومات البرنامج في لغات بخلاف الإنجليزية.

لتقديم شكوى تمييز في برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، قم باستكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية، (AD-3027) الموجودة عبر الإنترنت: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، وفي مكتب وزارة الزراعة الأمريكية أو قم بإرسال رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية واذكر في الرسالة كافة المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل على الرقم 632-9992 (866). إرسال رسالة أو نموذج مستوفي إلى USDA من خلال:

(1) البريد: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
Independence Avenue, SW 1400
Washington, D.C. 20250-9410

(2) الفاكس: 690-7442 (202)؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

للحصول على أي معلومات أخرى في التعامل مع مشاكل معونة التغذية التكميلية (SNAP)، يجب على الأشخاص إما الاتصال برقم خط USDA SNAP الساخن على 221-5689 (800)، والذي يتوفر أيضًا باللغة الإسبانية، أو الاتصال بأرقام الخط الساخن/معلومات الولاية (انقر فوق الارتباط للحصول على قائمة بأرقام الخط الساخن حسب الولاية)؛ وهو ما يمكن العثور عليه عبر الإنترنت على: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

لتقديم شكوى بسبب التمييز بخصوص برنامج يتلقى معونة مالية فيدرالية من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، عليك مراسلة HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو الاتصال بالرغم 619-0403 (202) (صوتيًا) أو 537-7697 (800) (جهاز TTY).

هذه المؤسسة من موفري الفرص المتكافئة.

في ظروف معينة، تحظر ولاية نيويورك كذلك التمييز القائم على الهوية الجنسية، وكون الفرد مغاير الهوية الجنسية، والانزعاج الجنساني، والتوجه الجنسي، والوضع العائلي متزوج أم غير متزوج، والوضع العسكري، وكون الفرد ضحية عنف أسري، والحالات المتعلقة بالحمل، وخصائص التأهب الوراثي، والسجل العدلي موقوف أو محكوم، والوضع الأسري، والتأثر لمعارضة ممارسات التمييز غير المشروع.

موافقة على إجراء تحقيق - أوافق على إجراء أي تحقيق للتأكد من المعلومات التي قدمتها والتحقق منها، وذلك فيما يتعلق بطلبي الحصول على مخصصات المعونة العامة (PA) أو Medicaid أو برنامج التغذية التكميلية المعونة (SNAP) أو خدمات أو مخصصات برنامج معونة الطاقة المنزلية أو المعونة في رعاية الأطفال. في حالة طلب معلومات إضافية، سأقوم بتوفيرها. كما سأعاون تمامًا مع موظفي الولاية والموظفين الفيدراليين في أي من مراجعات مراقبة الجودة لـ PA و/أو SNAP.

في حالة تقديمي طلب للحصول على برنامج SNAP، أتفهم أن دائرة الخدمات الاجتماعية ستطلب المعلومات المتوفرة عبر نظام التحقق من الدخل والأهلية وتستخدمها للتحقق من صحة طلبي، وقد تتحقق من هذه المعلومات من خلال جهات الاتصال الجانبية في حالة وجود أي تناقضات. وأتفهم أيضًا أن هذه المعلومات قد تؤثر على أهليتي للحصول على SNAP و/أو مستوى مخصصات SNAP التي أحصل عليها.

الموافقة على نشر معلومات تأمين البطالة السرية - أوافق وزارة العمل بولاية نيويورك (DOL) بنشر أي معلومات سرية تحتفظ بها DOL لأغراض تتعلق بتأمين البطالة إلى مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز في ولاية نيويورك (OTDA). وتشمل هذه المعلومات على سجلات الأجور ومستحقات مخصصات تأمين البطالة. أتفهم أن OTDA، إلى جانب موظفي الوكالات المحلية ووكالات الولاية العاملين في مكاتب دائرة الخدمات الاجتماعية، سيستخدمون معلومات تأمين البطالة لتحديد أو التحقق من الأهلية والمبلغ المحدد لبرامج المعونة العامة أو Medicaid أو مخصصات برنامج التغذية التكميلية المعونة أو مخصصات برنامج معونة الطاقة المنزلية أو المعونة في رعاية الأطفال، التي يتم التقدم للحصول عليها في هذا الطلب، ولإجراء تحقيقات تحدد ما إذا كنت قد تلقيت مخصصات لم أكن مستحقًا لها. وقد تشارك OTDA المعلومات أيضًا مع مكتب خدمات الطفل والأسرة في ولاية نيويورك (OCFS) ووزارة الصحة في ولاية نيويورك (DOH). يستخدم OCFS المعلومات لمراقبة برنامج المعونة في رعاية الأطفال.

نشر المعلومات إلى موفري الخدمات - أعطي الإذن إلى دائرة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك لمشاركة المعلومات المتعلقة بمخصصات المعونة العامة أو برنامج التغذية التكميلية المعونة التي حصلت عليها أنا أو أي فرد من أفراد العائلة الذين يمكنني منحهم تفويض بموجب القانون، لأغراض تتعلق بالتحقق من أهليتي للحصول على الخدمات والسداد المتعلق بإدارة البرنامج المقدمة بواسطة متعاقد محلي أو تابع للولاية. قد تشمل هذه الخدمات على سبيل المثال لا الحصر على التعيين الوظيفي أو خدمات التدريب المقدمة لمساعدتي أو أفراد أسرتي في الحصول على عمل والحفاظ عليه.

تغيير التقرير - أوافق على إعلام الوكالة فورًا بأي تغيير في عنواني واحتياجاتي ودخلي وممتلكاتي وحالة "البالغين الأصحاء بنديًا الذين لا يعملون" (ABAWD) الخاصة بي أو حالة الحمل أو ترتيبات المعيشة، إلى حد علمي أو اعتقادي. في حالة تقديمي لطلب للحصول على المعونة في رعاية الأطفال، فإنا أوافق على إعلام الوكالة فورًا بأي تغيير في دخل الأسرة أو من يعيش في منزلي أو ترتيبات رعاية الأطفال أو التوظيف أو التغييرات الأخرى التي قد تؤثر على أهليتي المستمرة أو المبلغ المستحق لي.

العقوبات - تنص قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية على عقوبات بالغرامة أو الحبس أو كليهما إذا لم تقل الحقيقة عند تقديمي للحصول على المعونة العامة أو Medicaid أو برنامج التغذية التكميلية المعونة أو الخدمات أو المعونة في رعاية الأطفال ("المعونة أو المخصصات أو الخدمات") أو في أي وقت عند سؤالك حول مدى أهليتك، أو تسببك في عدم قول شخص ما الحقيقة فيما يتعلق بطلبك أو أهليتك المستمرة. تسري العقوبات أيضًا في حالة إخفائك أو فشلك في الكشف عن الحقائق فيما يتعلق بأهليتك الأولية والمستمرة للحصول على المعونة أو المخصصات أو الخدمات، أو في حالة إخفائك أو فشلك في الكشف عن الحقائق التي ستؤثر على حق شخص ما بطلب للحصول على المعونة أو المخصصات أو الخدمات أو مواصلته لتلقيها. إذا كنت ممثلًا مفوضًا، فيتعين استخدام هذه المعونة أو المخصصات أو الخدمات للشخص الآخر وليس لنفسك. تنص قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية على أن أي نقل لأصول بأقل من القيمة السوقية العادلة من قبل فرد أو زوج/زوجة الفرد، خلال 60 شهرًا قبل أول الشهر الذي يتلقى خلاله الفرد خدمات مرافق الرعاية التمريضية وقدم خلاله طلبًا للحصول على Medicaid، فقد يؤدي ذلك إلى جعل الفرد غير مؤهل للحصول على خدمات مرافق الرعاية التمريضية أو خدمات الإعفاء المنزلية والمجتمعية لفترة من الوقت. من غير القانوني أن تحصل على معونة أو مخصصات أو خدمات من خلال إخفاء المعلومات أو توفير معلومات كاذبة.

عقوبات عدم الأهلية للحصول على برنامج التغذية التكميلية المعونة – أي معلومات توفرها فيما يتعلق بطلبك للحصول على برنامج التغذية التكميلية المعونة (SNAP) ستخضع للتحقق من قِبل المسؤولين المحليين والفيديراليين والمسؤولين على مستوى الولاية. إذا كانت أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم رفض حصولك على مخصصات SNAP. وقد تخضع للمحاكمة الجنائية إذا كنت تقدم معلومات غير صحيحة تؤثر على الأهلية أو مبلغ المخصصات، عن عمد. أي شخص يُتهم بجناية استخدام أو نقل أو اكتساب أو تغيير أو امتلاك أجهزة الوصول وبطاقات تصريح SNAP عن عمد، قد يتم تغريمه 250,000 دولار، أو سجنه لفترة تصل إلى 20 عامًا، أو كليهما. قد يخضع الفرد أيضًا للمحاكمة بموجب القوانين الفيديرالية وقوانين الولاية المعمول بها. أي شخص ينتهك شرطًا من شروط المراقبة أو الإفراج المشروط أو أي شخص يهرب لتجنب المحاكمة أو الاعتقال أو الحبس نتيجة جناية وتتم ملاحقته بواسطة سلطات إنفاذ القانون، يكون غير مؤهل للحصول على مخصصات SNAP.

قد يتبين أنك غير مؤهل لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية أو تبين أنك قمت بارتكاب انتهاك متعمد للبرنامج (IPV) إذا كنت تدلي ببيان كاذب أو مضلل أو تحريف أو إخفاء أو حجب الحقائق أو من أجل التأهل للفوائد أو الحصول على المزيد من الفوائد؛ وشراء منتج مع مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية بقصد الحصول على المال بالتخلص من المنتج وإعادة الحاوية للحصول على مبلغ الإيداع أو ارتكاب أو محاولة ارتكاب أي فعل يشكل انتهاكًا للقانون الفدرالي أو قانون الولاية لغرض استخدام أو تقديم أو نقل أو اكتساب أو تلقي أو حيازة أو الاتجار بمخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو وبطاقات التصريح أو الوثائق قابلة لإعادة الاستخدام كجزء من نظام نقل المخصصات الإلكترونية (EBT). بالإضافة إلى ذلك، لا يسمح بما يلي، وقد تستبعد من الحصول على مخصصات فوائد برنامج المعونة و/أو تخضع لعقوبات للإجراءات التي تشمل:

- استخدام مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية لشراء المواد غير الغذائية، مثل الكحول أو السجائر؛
- استخدام مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية لدفع ثمن الأغذية التي تم شراؤها سابقًا على الائتمان؛
- السماح لشخص آخر لاستخدام بطاقة EBT مقابل المال أو الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات أو المخدرات أو لشراء الغذاء للأفراد الذين ليسوا من أفراد أسرة برنامج المعونة الغذائية التكميلية الخاص بك؛ أو
- استخدام بطاقات EBT أو وجودها في حوزتك التي لا تعود ملكيتها لك، دون الحصول على موافقة صاحب البطاقة.

الأفراد الذين تبين ارتكابهم انتهاك متعمد للبرنامج إما عن طريق جلسة استماع إدارية للتجريد من الأهلية أو عبر محكمة اتحادية أو ولائية أو محلية أو التوقيع أما بالتنازل عن الحق في جلسة استماع إدارية للتجريد من الأهلية أو اتفاق موافقة التجريد من الأهلية في القضايا المحالة للقضاء التي تكون غير المؤهلة للمشاركة في برنامج المعونة الغذائية التكميلية لفترة:

- 12 شهرًا من أول انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية؛
- 24 شهرًا من ثاني انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية؛
- 24 شهرًا من أول انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية الذي يستند إلى إيجاد محكمة أن الفرد استخدم أو تلقى مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية في معاملة تتعلق ببيع المواد الخاضعة للرقابة (أدوية غير قانونية أو بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبية من الطبيب)؛ أو
- 120 شهرًا إذا تبين أن الفرد قد أدلى ببيان احتيالي عن شخصيته/شخصيتها أو المكان الذي يعيش/يعيش فيه من أجل الحصول على عدة مخصصات من برنامج المعونة الغذائية التكميلية في وقت واحد، ما لم يكن غير مؤهل بشكل دائم لانتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية ثالثًا.
- بالإضافة إلى ذلك، يجوز أن تمنح محكمة فردًا من المشاركة في برنامج المعونة الغذائية التكميلية لمدة 18 شهرًا إضافية.

يمكن أن يكون الفرد غير مؤهل بشكل دائم من تلقي مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية بسبب:

- أول انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية الذي يستند إلى إيجاد محمة أن الفرد استخدم أو تلقى مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية في معاملة تتعلق ببيع الأسلحة النارية أو الذخائر أو المتفجرات؛
- أول انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية على أساس إدانة محكمة للإتجار بمخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية بمبلغ 500 دولار أو أكثر مجتمعة (الاتجار يتضمن الاستخدام غير المشروع أو نقل أو اكتساب أو تعديل أو حيازة بطاقات تصريح برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو الوصول إلى الأجهزة)؛
- ثاني انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية الذي يستند إلى إيجاد محكمة أن الفرد استخدم أو تلقى مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية في معاملة تتعلق ببيع المواد الخاضعة للرقابة (أدوية غير قانونية أو بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبية من الطبيب)؛ أو
- ثالث انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية.

متطلبات تقرير/التحقق من نفقات الأسرة – يجب أن تقرر أسرتك نفقات رعاية الأطفال ومصاريف المرافق من أجل الحصول على خصم برنامج المعونة الغذائية التكميلية "سناپ" (SNAP) على هذه النفقات. يجب أن تقرر أسرتك وتتحقق من مدفوعات الإيجار/الرهن العقاري والضرائب على الممتلكات والتأمين والنفقات الطبية ودعم الأطفال التي تدفع إلى عضو غير موجود بالأسرة بغية الحصول على خصم برنامج المعونة الغذائية التكميلية على هذه النفقات. سيتم إظهار عدم التقرير/التحقق من النفقات المذكورة أعلاه في صورة بيان يوضح أن أسرتك لا تريد الحصول على خصم على هذه النفقات غير المقررة/غير المتحقق منها. قد يجعلك خصم هذه النفقات مؤهلاً لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية أو قد يزيد من مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية الخاصة بك. يمكنك تقرير/التحقق من هذه النفقات في أي وقت في المستقبل. يتم بعد ذلك تطبيق الخصم على حساب مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية في الأشهر المقبلة، وفقًا لقواعد تغيير التقرير (راجع تغيير التقرير، أعلاه)

الممثل المفوض للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية – يمكنك تفويض شخصًا يعرف ظروف أسرتك لتقديم طلب الحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) نيابة عنك. كما يمكنك تفويض شخصًا خارج أسرتك للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية نيابة عنك أو استخدامها لشراء طعام لك. إذا كنت ترغب في تفويض شخصًا، فيجب القيام بهذا خطيًا. يجوز لك تفويض شخصًا بكتابة اسم الشخص وعنوانه ورقم هاتفه فورًا أدناه، ومطالبتة بالتوقيع في قسم التوقيع في نهاية تجديد الشهادة هذا. عندما يقدم ممثل مفوض طلبًا نيابة عن أسرة برنامج المعونة الغذائية التكميلية الذي لا يعيش في أي مرفق، يجب أن يوقع كل من الشخص الممثل المفوض وأي فرد بالغ مسؤول من أسرتك على نموذج تجديد الشهادة مع كتابة التاريخ في قسم التوقيع في نهاية هذا الطلب، ما لم يعين أسرة برنامج المعونة الغذائية التكميلية الممثل المفوض للقيام بهذا خطيًا.

اسم وعنوان ورقم هاتف الممثل المفوض (يرجى الكتابة):

بدل المرافق القياسي - أتفهم أن متلقي المعونة العامة وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) مؤهلون حسب فئة الدخل للحصول على برنامج معونة الطاقة المنزلية (HEAP). أتفهم أيضًا أنه إذا لم أكن ألتقى مخصصات برنامج معونة الطاقة المنزلية أكبر من 20 دولارًا في الشهر الحالي أو 12 شهرًا السابقة أو ميزة معونة طاقة مماثلة، فيجب أن ادفع ثمن التدفئة أو تكييف الهواء بشكل منفصل عن الإيجار الخاص بي من أجل الحصول على بدل المرافق القياسي للتدفئة/التبريد (أي خصم) لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية. أتفهم أن الولاية ستستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي لتحقيق من استلام موردي طاقة منزلي لبرنامج معونة الطاقة المنزلية. كما يشمل هذا التصريح السماح لأي من موردي الطاقة المنزلية (بما فيها مرافقي) بنشر معلومات احصائية معينة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، التقرير السنوي لاستهلاك الكهرباء وتكلفة الكهرباء واستهلاك الوقود ونوع الوقود وتكلفة الوقود السنوية وتاريخ الدفع إلى مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة والعجز ودائرة الاجتماعية المحلية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة لأغراض قياس أداء برنامج المعونة في الطاقة للمنازل ذات الدخل المنخفض.

نشر المعلومات الطبية – أوافق على نشر أية معلومات طبية تخصني أو تخص أي فرد من أفراد أسرتي الذين يمكنني منحهم موافقة بواسطة موفر الرعاية الأولية الخاص بي أو أي موفر رعاية صحية أو وزارة الصحة في ولاية نيويورك (DOH) لنظام الصحة الخاص بي و أي من موفري الرعاية الصحية المشاركين في رعايتي أو رعاية أسرتي، عند الضرورة المعقولة لنظام صحي أو الموفرين لتنفيذ المعاملة أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية؛ بواسطة النظام الصحي وأي من موفري الرعاية الصحية إلى وزارة الصحة وغيرها من الوكلاء الفدراليين أو وكلاء الولاية أو المحليين المفوضين لأغراض إدارة برنامج Medicaid؛ ومن خلال النظام الصحي الخاص بي إلى أشخاص أو منظمات أخرى، وعند الضرورة بشكل معقول للنظام الصحي الخاص بي لإجراء عمليات العلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية. أعطي تفويضي لنشر أي معلومات تتعلق بالصحة عني أم عن أي فرد من أفراد أسرتي الذين يمكنني منحهم تفويض بموجب القانون يتعلق بتوفير المساعدات والخدمات وقدرتي على المشاركة في أنشطة العمل، بما في ذلك العمل أو إلى مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز في ولاية نيويورك (OTDA) أو مكتب خدمات الطفل والأسرة في ولاية نيويورك أو دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية، وعند الضرورة بشكل معقول لتوفير مخصصات المعونة العامة؛ للحصول على الخدمات؛ بما في ذلك خدمات رعاية الأطفال؛ لتحديد مهام المناسبة لنشاط العمل؛ لتحديد الحاجة إلى التقديم لمخصصات دخل الضمان التكميلي ولطلبها؛ لوضع خطط العلاج المناسبة لاستعادة الوظيفة؛ ولتحديد أهلية الحصول على إعفاءات من الولاية لمهلة ستين شهرًا على استلام المساعدات النقدية. إذا كنت مطالب بتقديم طلب للحصول على المخصصات التي تديرها إدارة الضمان الاجتماعي، فقد يتم مشاركة المعلومات المحددة أعلاه مع إدارة الضمان الاجتماعي. كما أوافق على أن المعلومات المنشورة قد تشمل معلومات فيروس نقص المناعة البشرية أو الصحة النفسية أو الكحول وتعاطي المخدرات عني وعن أفراد أسرتي، إلى الحد الذي يسمح به القانون، ما لم يتم وضع علامة على المربع أدناه. إذا كان هناك أكثر من فرد بالغ في الأسرة مشترك في الخطة الصحية لبرنامج Medicaid، فمن الضروري توقيع كل فرد بالغ على الطلب للموافقة على مشاركة المعلومات. أتفهم قدرتي على الموافقة على نشر المعلومات المتعلقة بأي أطفال قصر الذين يمكنني منحهم موافقة محدودة وفقًا للمدي الذي يمكنني الحصول به على معلومات بشأن العلاج والتشخيص والإجراءات نيابة عنهم.

_____ لا تكشف عن معلومات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز _____ لا تكشف عن معلومات تعاطي المخدرات والكحول

_____ لا تكشف عن معلومات الصحة النفسية

نشر المعلومات لموفري الخدمة الصحية – أعطي الإذن لدائرة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك بتشارك المعلومات مع موفري الخدمات الصحية، كما ترى دائرة الخدمات الصحية أو ولاية نيويورك، بشأن مخصصات المعونة العامة التي حصلت عليها أو حصلت عليها أي فرد من أفراد أسرتي الذين أستطيع تفويضهم قانونًا أو تلك التي أكون أنا أو يكون ذلك الفرد مؤهلًا للحصول عليها، وذلك لأغراض تحسين جودة رعايتي الصحية وصالحني العام، وتسهيل استلام المخصصات الإضافية التي أكون أنا مؤهلًا، أو يكون أفراد أسرتي مؤهلين، للحصول عليها.

نشر السجلات التعليمية – أعطى إذن لوزارة الصحة في ولاية نيويورك ودائرة الخدمات الاجتماعية من أجل: (1) الحصول على أي معلومات بشأن السجلات التعليمية الخاصة بي و/أو أطفالتي القصر، المذكور هنا، بما في ذلك المعلومات الضرورية للمطالبة بتعويض برنامج Medicaid عن الخدمات التعليمية ذات الصلة بالصحة؛ (2) وتوفير وصول الوكالات الحكومية الفدرالية المناسبة لهذه المعلومات لأغراض التدقيق فيها فقط.

نشر المعلومات لبرنامج التدخل المبكر – إذا تم تقييم طفلي للمشاركة في برنامج التدخل المبكر في ولاية نيويورك، فأعطي إذن إلى دائرة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك لتبادل معلومات أهلية برنامج Medicaid الخاصة بطفلي مع برنامج التدخل المبكر في مقاطعتي أو البلدية لغرض فواتير برنامج Medicaid.

برنامج رعاية صحة الطفل/المراهق – أتفهم إذا كان طفلي مشترك في برنامج Medicaid أو يمكن أن يحصل أو تحصل على الرعاية الوقائية والأولية الشاملة، بما في ذلك جميع العلاج الضروري من خلال برنامج رعاية صحة الطفل/المراهق. يمكنني الحصول على مزيد من المعلومات حول هذا البرنامج من دائرة الخدمات الاجتماعية.

MEDICARE – أفوض المدفوعات بموجب "Medicare" (الجزء ب من العنوان الثامن عشر، برنامج الضمان الصحي التكميلي) لتتم مباشرة إلى الأطباء والموردين الطبيين على أي فواتير غير مدفوعة مستقبلية للخدمات الطبية والصحية الأخرى المقدمة لي أثناء تأهلي لبرنامج Medicaid.

سداد النفقات الطبية

MEDICAID – لديك الحق كجزء من **طلب** برنامج Medicaid أو خلال عامين من تاريخ **طلبك**، أن تطلب سداد النفقات التي دفعتها للرعاية الطبية المشمولة والخدمات والإمدادات المتلقاة أثناء فترة الثلاثة أشهر من شهر **طلبك**. بعد تاريخ طلبك، سيكون سداد تكاليف الرعاية الطبية والخدمات والإمدادات المشمولة متاح فقط إذا تم الحصول عليها من الموفرين المسجلين في Medicaid.

تعيين التأمين/المخصصات الأخرى والدفع المباشر – بالنسبة لمعونة العامة والطبية، أوافق على أي مطالبة بشأن مخصصات التأمين الصحي أو تأمين حوادث، والسعي لتحقيق أي مطالبات إصابة شخصية أو أي موارد أخرى التي يحق لي المطالبة بها، وبموجبه، أسند مثل هذه الموارد إلى دائرة الخدمات الاجتماعية التي يقدم إليها هذا الطلب. بالإضافة إلى ذلك، سأساعد في جعل أي مخصصات معينة متوفرة لدائرة الخدمات الاجتماعية التي يقدم إليها هذا الطلب.

أفوض المدفوعات المستحقة لي أو لأفراد أسرتي لمخصصات التأمين الصحي أو تأمين الحوادث لتتم مباشرة لدائرة الخدمات الاجتماعية المناسبة للخدمات الطبية والصحية الأخرى المقدمة أثناء تأهلي لبرنامج Medicaid.

استرداد MEDICAID – عند تلقي برنامج Medicaid، يمكن تقديم امتياز وقد يتم الاسترداد لملكية عقارية خاصة بك بموجب شروط معينة إذا كنت في مؤسسة طبية ومن غير المتوقع أن تعود للمنزل. قد تسترد MA ما دفعته نيابة عنك من الأشخاص الذين لديهم مسؤولية قانونية لدعمك في وقت الحصول على الخدمات الطبية. يجوز للمعونة الطبية أيضاً استرداد تكلفة الخدمات والأقساط المدفوعة بشكل غير صحيح.

أتفهم أنه اعتباراً من 1 أبريل 2014، إذا حصلت على برنامج Medicaid من خلال وزارة الصحة في ولاية نيويورك:

- لن يتم وضع أي امتياز في الملكية العقارية الخاصة بي قبل وفاتي.
- الاسترداد من الأصول في حوزتي عند موتي يقتصر على المبلغ الذي يدفعه برنامج Medicaid لتغطية تكاليف رعاية دار المسنين والخدمات المنزلية والمجتمعية والمتعلقة بخدمات المستشفيات والأدوية بوصفها طبية المتلقاة في عيد ميلادي الخامس والخمسون أو بعده.

استرداد المعونة العامة – المعونة العامة (PA) التي تتلقاها لنفسك وللأشخاص المسؤول عن دعمهم قانونيًا غير قابلة للاسترداد من الممتلكات أو الأموال التي تملكها أو قد تحصل عليها. قد تكون هناك حاجة، كشرط لتلقي المعونة العامة، لعمل نقل ملكية أو رهن عقاري للعقارات التي تملكها. قد يتم أخذ استرداد الضرائب وأجزاء من أرباح اليانصيب لتسديد الديون الخاصة بك عن المعونة العامة.

تفويض لإعادة سداد مخصصات المعونة العامة من دخل الضمان التكميلي بأثر رجعي – أوفض مفوض إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) لاستخدام الدفعة الأولى من دخل الضمان التكميلي (SSI)؛ أي دفعة دخل الضمان التكميلي بأثر رجعي) للسداد إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية (SSD) للمعونة العامة (PA) حيث تدفع دائرة الخدمات الاجتماعية من الصناديق المحلية أو الولاية أثناء تقرير إدارة الضمان الاجتماعي أهليتي لدخل الضمان التكميلي. لن تسدد إدارة الضمان الاجتماعي إلى دائرة الخدمات الاجتماعية للحصول على المعونة العامة تكاليف دفعت باستخدام أي صناديق قدرالية.

سأكون ملتزم بهذا التفويض فقط إذا قدمت الولاية إشعارًا إلى إدارة الضمان الاجتماعي بفيد بقيامي وممثل دائرة الخدمات الاجتماعية بالتوقيع عليه. يجب أن تقدم الولاية إشعارًا في غضون 30 يومًا تقويميًا من تطابق سجل دخل الضمان التكميلي مع سجل الولاية. لن تقبله إدارة الضمان الاجتماعي بعد مرور 30 يومًا تقويميًا. بدلاً من ذلك، سترسل لي إدارة الضمان الاجتماعي دفعة دخل الضمان التكميلي بأثر رجعي بموجب قوانين إدارة الضمان الاجتماعي.

يمكن استخدام الدفعة الأولى لدخل الضمان التكميلي الخاص بي فقط. إذا كانت الدفعة الأولى أكبر من المبلغ المملوك لدائرة الخدمات الاجتماعية، فسترسل إدارة الضمان الاجتماعي بقية المبلغ لي بموجب قوانينها.

يمكن أن تسدد إدارة الضمان الاجتماعي إلى دائرة الخدمات الاجتماعية في حالتين:

- (1) سوف تسدد إلى دائرة الخدمات الاجتماعية إذا قدمت للحصول على دخل الضمان التكميلي ووجدتني إدارة الضمان الاجتماعي مؤهلاً.
- (2) سوف تسدد إلى دائرة الخدمات الاجتماعية إذا أعيدت مخصصات دخل الضمان التكميلي الخاصة بي قد بعد إنهاؤها أو تعليقها.

ستسدد إدارة الضمان الاجتماعي إلى دائرة الخدمات الاجتماعية للحصول على المعونة العامة التي كانت تدفع لي أثناء انتظاري تحديد إدارة الخدمات الاجتماعية الأهلية. يطلق على هذا "المعونة المؤقتة". تبدأ الفترة مع: (1) الشهر الأول الذي أصبح فيه مؤهلاً لدفعة مخصصات دخل الضمان التكميلي؛ أو (2) في اليوم الأول لإعادتي بعد تعليق دخل الضمان التكميلي أو إنهاؤه. تتضمن الفترة مدفوعات دخل الضمان التكميلي الشهرية التي بدأت بالفعل. إذا تعذر على دائرة الخدمات الاجتماعية إيقاف دفعة المعونة العامة الأخيرة، فتنتهي الفترة في الشهر التالي.

يجب أن ترسل دائرة الخدمات الاجتماعية في موعد لا يتجاوز 10 أيام بعد تسديد إدارة الخدمات الاجتماعية إلى دائرة الخدمات الاجتماعية إشعارًا لي تخبرني بسداد مبلغ المعونة المؤقتة. سيخبرني الإشعار أيضًا بأن إدارة الخدمات الاجتماعية سترسل خطابًا تخبرني بالطريقة التي سيتم بها إرسال أي أموال دخل تأمين تكميلي متبقية مملوكة لي بواسطة إدارة الخدمات الاجتماعية وهذا في حالة عدم موافقتي على قرار الولاية وكيفية الطعن في قرار الولاية.

يجوز لإدارة الخدمات الاجتماعية بموجب قوانينها استخدام تاريخ توقيعي هذا التفويض كتاريخ أول تأهل لي لدخل الضمان التكميلي. سأقوم بهذا فقط إذا قدمت طلبًا للحصول على دخل الضمان التكميلي في غضون 60 يومًا المقبلة.

ينطبق هذا التفويض على أي طلب أو طعن دخل الضمان التكميلي لدي الآن منظور أمام إدارة الخدمات الاجتماعية. ينتهي هذا التفويض في حالة تقرير حالة دخل الضمان التكميلي الخاصة بي بالكامل. ينتهي عند أول دفع لإدارة الخدمات الاجتماعية لي. يمكن أن أتفق والولاية على إنهاء التفويض. يجب أن أوقع على تفويض جديد يتفق مع قوانين ولاية نيويورك إذا قدمت بطلب للحصول على دخل الضمان التكميلي بعد إنهاء هذا التفويض أو إذا قدمت مطالبة دخل ضمان تكميلي جديدة أثناء حصولي على طلب دخل ضمان تكميلي أو بانتظار الطعن.

ستعطي لي الفرصة لمحاكمة عادلة لو لم أتفق مع قرار دائرة الخدمات الاجتماعية بخصوص السداد.

تلقيت نسخة من كتيب بعنوان "الأمر التي يلزم معرفتها بشأن برامج الخدمات الاجتماعية". أتفهم ما يقال عن المعونة المؤقتة.

الدعم – التقديم للحصول على معونة الأسرة (FA) أو معونة شبكة الأمان (SNA) أو عمليات رعاية الطفل Title IV-E باعتبارها مهمة للولاية ودائرة الخدمات الاجتماعية لأي حقوق للدعم من أي شخص آخر الذي قد يكون مقدم الطلب أو قد المتلقي حقه أو حقه أو نيابة عن أي فرد من أفراد الأسرة الآخرين الذين يقدم مقدم الطلب أو المتلقي نيابة عنهم أو التلقي والمعونة (قانون الخدمات الاجتماعية، الأقسام 158 و 348). تقتصر هذه المهمة على حالات معينة. تتضمن الأقسام الأخرى من هذا الطلب مهام إضافية.

تعيين حقوق الدعم – أسند إلى الولاية ودائرة الخدمات الاجتماعية عن أي حقوق لدي للدعم من أشخاص لديهم مسؤولية قانونية لدعمي وأي حقوق لدي للدعم بالنيابة عن أي فرد من أفراد الأسرة الذين أقدم لهم طلبًا للمعونة أو اتلقاها عنهم. عند تقديم طلبًا أو تلقي معونة الأسرة أو معونة شبكة الأمان، يقتصر تعييني لحقوق الدعم على الدعم المستحق خلال الفترة التي اتلقى فيها و/أو أي فرد من أفراد الأسرة المعونة. ومع ذلك، فإن أي حقوق دعم فمت بتعيينها للولاية نيابة عن نفسي أو أي فرد من أفراد الأسرة قبل 1 أكتوبر 2009، لا تزال تعين إلى الولاية.

برنامج معونة الطاقة المنزلية – أتفهم أنه بتوقعي هذا الطلب/ الشهادة، أوافق على إجراء أي تحقيق للتحقق أو تأكيد المعلومات التي أعطيتهما وتحقيق الآخرين من خلال أي وكالة حكومية مصرح لها بالاتصال مع مخصصات برنامج معونة الطاقة المنزلية (HEAP). كما أوافق على السماح باستخدام المعلومات المقدمة في هذه الشهادة في الإحالة إلى برامج المعونة في تخفيض استهلاك الطاقة المتاح وبرامج مرافق شركتي ذات الدخل المنخفض.

أتفهم أن الولاية ستستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي للتحقق من استلام موردي طاقة منزلي لبرنامج معونة الطاقة المنزلية. كما يشمل هذا التصريح السماح لأي من موردي الطاقة المنزلية (بما فيها مرافقي) بنشر معلومات احصائية معينة بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، التقرير السنوي لاستهلاك الكهرباء وتكلفة الكهرباء واستهلاك الوقود ونوع الوقود وتكلفة الوقود السنوية وتاريخ الدفع إلى مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة والعجز ودائرة الاجتماعية المحلية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة لأغراض قياس أداء برنامج المعونة في الطاقة للمنازل ذات الدخل المنخفض.

معلومات الاعتداء الجنسي - إذا كنت ضحية لاعتداء جنسي، فلديك الحق في طلب معلومات الإحالة من دائرة الخدمات الاجتماعية. إذا طلبت معلومات الإحالة، فيجب على دائرة الخدمات الاجتماعية إمدادك بعناوين وأرقام هواتف أي: (1) المستشفيات المحلية التي تقدم خدمات الفاحص الشرعي للاعتداء الجنسي المصدقة من قبل وزارة الصحة في ولاية نيويورك. (2) مراكز أزمات الاغتصاب المحلية؛ و(3) خدمات المناصرة والاستشارة والخط الساخن المحلية المناسبة لضحايا الاعتداء الجنسي. بالإضافة إلى ذلك، يجب على دائرة الخدمات الاجتماعية إمدادك بالخط الساخن لولاية نيويورك الخاص بالاعتداء الجنسي وأرقام العنف الأسري: 942-6906 (800) و 818-0656 (800) (TTY).

شهادة المعونة في رعاية الأطفال - إذا قدمت طلبًا للحصول على المعونة في رعاية الأطفال ، فأنتي أشهد أن موارد أسرتي لا تتجاوز 1,000,000 دولار.

لقد قرأت وفهمت الملاحظات أعلاه. أفهم وأوافق على التنازلات والتفويضات والموافقات أعلاه. أقسم و/أو أكد تحت عقوبات قسم الزور بأن المعلومات التي أعطيتهما أو سأعطيها إلى دائرة الخدمات الاجتماعية كاملة وصحيحة.			
توقيع مقدم الطلب	تاريخ التوقيع	توقيع شريك الحياة أو الممثل الحارس	تاريخ التوقيع
X		X	
توقيع الممثل المفوض	تاريخ التوقيع		
X			

لا تكمل ما يلي إلا إذا كنت تريد سحب طلبك من أجل برنامج واحد أو أكثر من برنامج.

أوافق على سحب طلبتي من أجل:

المعونة العامة (PA) رعاية الأطفال عوضًا عن المعونة العامة برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) برنامج التغذية التكميلية المعونة (SNAP) وخدمات Medicaid (MA)

خدمات برنامج Medicaid والمعونة العامة، بما في ذلك الرعاية الأبوية المؤقتة المعونة العامة في الطوارئ فقط

أدرك أنه يمكنني إعادة التقديم في أي وقت.

توقيع الممثل مقدم الطلب/المفوض تاريخ التوقيع



NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- NO** because I choose not to register **OR**
- I am already registered at my current address **OR**
- I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

Signature _____ Date _____ / _____ / _____

Please Print Name _____

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency. If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজিতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

Rev. 01/2019

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day worker **For Board Use Only**

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form	2	Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year
3	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____		
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____		Post Office _____ Zip Code _____
5	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____		
6	Date of Birth _____ Gender (optional) _____ 7 _____ Telephone (optional) _____ 8 _____ Email (optional) _____		
10	The last year you voted _____ In county/state _____ 9 _____	ID Number (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number _____	
11	Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Green party I do not want to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party	12	Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I will meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. Signature or Mark in ink _____ Date _____ / _____ / _____

(Optional) Register to donate your organs and tissues



Last Name _____	
First Name _____	Middle Initial _____ Suffix _____
Address _____	
Apt Number _____	City/Town/Village _____ Zip Code _____
Birth Date _____	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Eye Color _____	Height _____ Ft. _____ In.
Email _____	DMV or ID NYC Number _____

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health upon your death.

Signature _____

Date _____ / _____ / _____

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old by December 31 of the year in which you file this form (note: You must be 18 years old by the date of the general, primary, or other election in which you want to vote.);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison or on parole for a felony conviction (unless parole pardoned or restored rights of citizenship);
- not claim the right to vote elsewhere;
- not found to be incompetent by a court.

Important!

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;
or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None." If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same."

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.