

طلب برنامج المساعدة في الطاقة المنزلية "هيب"

إذا كنت كفيفاً أو معاقاً بصرياً بشكل كبير وتحتاج إلى هذا طلب أو إلى هذه التعليمات بصيغة بديلة، يمكنك طلبهم من دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك. للحصول على معلومات إضافية بخصوص الصيغ المتاحة، وكيف يمكنك طلب صيغة بديلة لهذا الطلب، يرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك أو زيارة الموقع [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov)

إذا كنت كفيفاً أو معاقاً بصرياً بشكل كبير، هل ترغب في تلقي الإخطارات الكتابية بصيغة بديلة؟  
نعم \_\_\_ لا \_\_\_

إذا أجبت بنعم، ضع إشارة أمام الصيغة التي تفضلها: \_\_\_ نسخة بخط كبير \_\_\_ نسخة إلكترونية على CD \_\_\_ نسخة صوتية على CD \_\_\_ برايل، إذا كنت تؤكد بأن الصيغ الأخرى لن تكون مفيدة بشكل مساو لك.

إذا كنت بحاجة إلى ترتيبات أخرى يرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.





## القسم 2: - الإسكان- ضع علامة (✓) في مربع واحد فقط

|   |   |
|---|---|
| <p>مالك منزل</p> <p><input type="checkbox"/> منزل عائلة واحدة أو بيت متنقل</p> <p><input type="checkbox"/> منزل عائلات عديدة؛ اذكر عدد الوحدات _____</p> <p><input type="checkbox"/> مالك شقة مشتركة/تعاونية</p> <p><input type="checkbox"/> عقار/استعمال مدى الحياة</p> <p>غير ذلك</p> <p><input type="checkbox"/> أسكن مع شخص آخر وأتشارك بالمصاريف</p> <p><input type="checkbox"/> أدفع مقابل غرفة</p> <p><input type="checkbox"/> أدفع مقابل غرفة ووجبة</p> <p><input type="checkbox"/> فندق/نزل دائم</p> <p><input type="checkbox"/> وضع معيشي آخر _____</p> | <p>مستأجر</p> <p><input type="checkbox"/> منزل خاص، شقة أو بيت متنقل</p> <p>إيجار مدعوم من الحكومة</p> <p><input type="checkbox"/> إسكان خاص مدعوم من الحكومة</p> <p><input type="checkbox"/> مشروع إسكان عام أو بيت كبار السن</p> <p><input type="checkbox"/> إسكان عام مدعوم من الحكومة</p> <p>هل تحصل على مصروف مرافق (HUD)?</p> <p><input type="checkbox"/> نعم إذا نعم، كم \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p> |
| <p>قيمة إيجاري الشهري أو دفعة الرهن: \$ _____ <input type="checkbox"/> لا يوجد</p>  |   |
| <p>إذا انطبق، اسم مبنى الشقة أو مشروع الإسكان الذي اسكن فيه _____</p>   |   |
| <p>هل تحصل أنت أو أحد في بيتك على إعفاء من زيادة الإيجار على المواطنين كبار السن (SCRIE)?</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>   |   |

## القسم 3: معلومات التدفئة والمرافق

1. هل تدفع للتدفئة بشكل منفصل؟  لا  نعم- أكمل المعلومات أدناه

مصدري الرئيس للتدفئة هو

الغاز الطبيعي  زيت وقود  كهرباء  فحم أو ذرة

خشب/حطب  الكيروسين  غاز البروبان أو عبوات الغاز  غير ذلك \_\_\_\_\_

خزان الوقود لديّ هو:  خزان فردي  خزان بعداد

هل فاتورة التدفئة باسمك؟  لا  نعم

إذا لا، الاسم على الفاتورة: \_\_\_\_\_

هل أنت مسؤول بصورة مباشرة عن دفع قيمة الفاتورة؟  لا  نعم

الصلة بك: \_\_\_\_\_

اسم شركة التدفئة الخاصة بك هو: \_\_\_\_\_

عنوان شركة التدفئة الخاصة بك هو: \_\_\_\_\_

رقم حساب التدفئة الخاص بك هو: \_\_\_\_\_

2. هل تدفع فاتورة كهرباء منفصلة للمرافق غير التدفئة؟  لا  نعم - أكمل المعلومات أدناه

إذا نعم، هل فاتورة الكهرباء باسمك؟  لا  نعم

إذا لا، الاسم على الفاتورة \_\_\_\_\_

رقم حسابك الكهربائي (إذا كان لديك رقم) هو: \_\_\_\_\_

الرجاء وضع علامة إذا كان هذا الرقم هو رقم حساب مالك العقار

\_\_\_\_\_

اسم شركة المرافق الخاصة بك هو: \_\_\_\_\_

3. هل الكهرباء ضرورية لتشغيل المدفأة؟  لا  نعم

هل الكهرباء ضرورية لتشغيل السخان في شقتك؟  لا  نعم

هل كلا من التدفئة والكهرباء مشمولة في إيجارك؟  لا  نعم

## القسم 4: دخل البيت

| أذكر أي دخل لجميع أفراد البيت. يجب ذكر جميع الأموال على أنها مجموع الدخل الشهري قبل أية اقتطاعات. أرفق صفحات إضافية إن لزم. |  |   |  |
|---|--|---|--|
| من يستلم؟   | معلومات إضافية   | إذا نعم، حدد المبلغ                                 | نوع الدخل  |
|   | حد المبلغ الذي تدفعه لـ:<br>MEDICARE الجزء ب:<br>MEDICARE الجزء د: | مجموع المبلغ الشهري<br>\$                           | مبلغ الضمان الاجتماعي<br>قبل MEDICARE، الجزء (ب) و(د)  |
|   | حد المبلغ الذي تدفعه لـ:<br>MEDICARE الجزء ب:<br>MEDICARE الجزء د: | مجموع المبلغ الشهري<br>\$                           | إعاقه الضمان الاجتماعي<br>المبلغ قبل MEDICARE، الجزء (ب) و(د)  |
|   |  | مجموع المبلغ الشهري<br>\$                           | دخل الضمان التكميلي (SSI)  |
|   | رب العمل   | \$ أسبوعياً<br>\$ لأسبوعين<br>\$ شهرياً<br>شبه شهري | الأجور<br>قدم قسائم الأجور عن الأسابيع الـ 4 الماضية.  |
|   | رب العمل   | \$ أسبوعياً<br>\$ لأسبوعين<br>\$ شهرياً<br>شبه شهري | ملاحظة: مجموع المبالغ الأسبوعية تُضرب بـ 4.3333 لحساب المبلغ الشهري.<br>مجموع المبالغ لأسبوعين ضرب 2.1666666 لحساب المبلغ الشهري.  |
|   | رب العمل   | \$ أسبوعياً<br>\$ لأسبوعين<br>\$ شهرياً<br>شبه شهري |  |
|   | رب العمل   | \$ أسبوعياً<br>\$ لأسبوعين<br>\$ شهرياً<br>شبه شهري |  |
|   | مصدر المعاش  | مجموع المبلغ الشهري<br>\$                           | المعاش/التقاعد للقطاع الخاص و/أو الحكومي   |
|   |  | مجموع المبلغ الشهري<br>\$                           | معونات المحاربين القدامى   |
|   | المصدر   | مجموع المبلغ الأسبوعي<br>\$                         | الإعاقه خاص أو من ولاية نيويورك  |
|   | اسم المساهم  | مجموع المبلغ الشهري<br>\$                           | مساهمة من شخص من خارج البيت  |
|   | المصدر   | مجموع المبلغ الأسبوعي<br>\$                         | إعانة الطفل  |
|   | المصدر   | مجموع المبلغ الشهري<br>\$                           | النفقة/دعم الشريك بما فيها دفعات للرهن، فواتير المرافق، وغيرها   |
|   | نوع الإيجار  | مجموع المبلغ الشهري<br>\$                           | الدخل من تأجير شقة، كراج، أرض وغيرها   |
|   | اسم مستأجر الغرفة/الغرفة والوجبات                                  | مجموع المبلغ الشهري<br>\$                           | الغرفة/الوجبات (المحصلة) وغيرها  |
|   |  | مجموع المبلغ الأسبوعي<br>\$                         | تعويض العامل   |
|   | تاريخ البدء:   | مجموع المبلغ الأسبوعي<br>\$                         | معونات البطالة   |
|   | تاريخ الانتهاء:  |   |  |
|   | أدخل المعلومات في الصفحة التالية                                   |   | دخل من مدخرات، حساب جاري، شهادات إيداع، حسابات في السوق المالي، أسهم، سندات، أوراق مالية. حساب تقاعد فردي (IRA)، أرباح، وتوزيعات 401K.   |
| من يستلم  | المصدر   | المبلغ<br>\$  | هل هناك أي دخل آخر من أي مصدر آخر؟<br>أرفق شرحاً بذلك  |
|   |  |   | الدخل من التوظيف الذاتي<br>نوع العمل الخاص<br>إذا نعم، يمكنك أن تختار حساب دخلك من التوظيف الذاتي استناداً إلى مستردات الضريبة الفيدرالية الخاصة بك والتي رفعتها للعام الضريبي الحالي، أو العام الضريبي السابق إذا لم تكن قد رفعت ضريبة الدخل الفيدرالية الخاصة بك للعام الضريبي الحالي، بما في ذلك الجداول المطبقة أو المستندة إلى ثلاثة (3) أشهر قبل طلبك. يُرجى اختيار طريقة واحدة:<br>مستردات ضريبة فيدرالية تم رفعها <input type="checkbox"/> ثلاثة أشهر <input type="checkbox"/> |

هل هناك شخص في بيتك سنه 18 فاكتر ليس له أي دخل من أي مصدر؟  
 لا  نعم، اذكر الأفراد ممن لا دخل لهم:

هل هناك شخص في بيتك هو طالب معال في ثانوية أو كلية بدوام كامل؟  
 لا  نعم، من، اذكر العضو (الأعضاء)

### الدخل من الفوائد والاستثمارات

| المصدر         | مجموع المبلغ المستلم منذ بداية العام | اذكر كل حساب بصورة منفصلة. أرفق صفحات إضافية إن لزم.             |
|----------------|--------------------------------------|--|
| اسم البنك      | المبلغ السنوي<br>\$                  | فوائد من حسابات ادخار، جارية، شهادات ايداع، السوق المالي، وغيرها |
| اسم البنك      | المبلغ السنوي<br>\$                  | فوائد من حسابات ادخار، جارية، شهادات ايداع، السوق المالي، وغيرها |
| اسم البنك      | المبلغ السنوي<br>\$                  | فوائد من حسابات ادخار، جارية، شهادات ايداع، السوق المالي، وغيرها |
| اسم البنك      | المبلغ السنوي<br>\$                  | فوائد من حسابات ادخار، جارية، شهادات ايداع، السوق المالي، وغيرها |
| مصدر الأرباح   | المبلغ السنوي<br>\$                  | أرباح من أسهم، سندات، أوراق مالية وغيرها                         |
| مصدر الأرباح   | المبلغ السنوي<br>\$                  | أرباح من أسهم، سندات، أوراق مالية وغيرها                         |
| مصدر الأرباح   | المبلغ السنوي<br>\$                  | أرباح من أسهم، سندات، أوراق مالية وغيرها                         |
| مصدر الأرباح   | المبلغ السنوي<br>\$                  | أرباح من أسهم، سندات، أوراق مالية وغيرها                         |
| مصدر التوزيعات | المبلغ السنوي<br>\$                  | توزيعات من 401K، (IRA)، أرباح سنوية، وغيرها                      |
| مصدر التوزيعات | المبلغ السنوي<br>\$                  | توزيعات من 401K، (IRA)، أرباح سنوية، وغيرها                      |
| مصدر التوزيعات | المبلغ السنوي<br>\$                  | توزيعات من 401K، (IRA)، أرباح سنوية، وغيرها                      |

### الممثل المخول

يمكنك تخصيص شخص يعرف ظروف بيتك ليكون ممثلك المخول. يمكن لممثلك المخول: إكمال ورفع طلب (هيب)، الاتصال بالوكالة والتحدث إلى مسؤول الملف الخاص بك، الوصول إلى معلومات الأهلية في ملف حالتك، إكمال كافة الاستثمارات نيابة عنك، تقديم وثائق، واستئناف قرارات الوكالة. ويظل يجب عليك التوقيع على هذا الطلب. سوف يظل تعيين الممثل المخول سارياً لموسم (هيب) الحالي ما لم يتم نقضه من قبلك. سوف تُسأل أنت في كل موسم (هيب) ما إذا كنت تريد تعيين ممثل مخول.

أودّ تخصيص ممثل مخول  لا  نعم - أكمل المعلومات أدناه

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| اسم الممثل المخول | العنوان ورقم الهاتف |
|-------------------|---------------------|

الرجاء التوقيع على الطلب في صفحة 5

## القسم 5: إشعارات مهمة

## إشعار مهم

ينبغي أن تدرك أن هناك أموالاً محدودة متوفرة لدفعات معونات (هيب). وحالما تُستنفذ الأموال المتوفرة، فلن تصدر أية معونات. لذلك نوصي بشدة أن تقوم بإكمال وتسليم طلبك في أقرب وقت ممكن.

## قانون الخصوصية الشخصية - إشعار للعملاء

ينص قانون حماية الخصوصية الشخصية للولاية، والذي دخل حيز التنفيذ بتاريخ 1 سبتمبر/أيلول 1984، على أنه يجب علينا أن نخبرك بما ستفعله الولاية بالمعلومات التي تزودنا بها عن نفسك وعائلتك. إننا نستخدم المعلومات لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً لبرنامج المساعدة في طاقة البيوت، وإن كنت كذلك، فيكم. إن القسم من القانون الذي يعطينا الحق بجمع المعلومات عنك هو القسم 21 من قانون الخدمات الاجتماعية. وللتأكد من أنك تحصل على جميع المساعدات التي أنت وعائلتك مخلولون بالحصول عليها، فإننا نراجع مع مصادر أخرى لمعرفة المزيد عن المعلومات التي زودتنا بها. مثال:

- قد نبحث لمعرفة ما إذا كنت أنت أو شخص في بيتك تعملون. ونقوم بهذا بأن نرسل اسمك ورقم ضمانك الاجتماعي إلى إدارة الضرائب والمالية في الولاية، وكذلك إلى أرباب عمل معروفين، ليخبرونا ما إذا كنت تعمل، وإن كنت كذلك، فكم تكسب.
- وقد نطلب من الولاية التحقق لدى قسم تأمين البطالة لمعرفة إذا ما كنت تحصل أنت أو أحد في بيتك على معونات بطالة.
- وقد نتحقق لدى البنوك للتأكد من أننا نعرف عن أي دخل قد استلمته أنت أو أي أحد في بيتك.

إلى جانب استخدام المعلومات التي تزودنا بها بهذه الطريقة، تستخدم الولاية المعلومات كذلك في التحضير للإحصاءات عن كافة الأشخاص الذين يتلقون مساعدة في طاقة البيوت. وتستخدم هذه المعلومات للتخطيط وإدارة البرنامج. وتستخدم المعلومات لضبط الجودة من قبل الولاية للتأكد من أن المناطق المحلية تقوم بوسعها. وتستخدم للتحقق من هوية مزود الطاقة الخاص بك وعمل دفعات معينة إلى هؤلاء الباعة. وإخفاك في تزويدنا بالمعلومات التي نحتاجها قد يمنعنا من معرفة ما إذا كنت مؤهلاً للمساعدة وعندما قد يتوجب علينا رفض طلبك. يتم الاحتفاظ بهذه المعلومات لدى مفوض مكتب المساعدات المؤقتة ومساعدات الإعاقة، على العنوان 40 North Pearl Street, Albany, New York 12243-0001. لا ترسل طلبك إلى هذا العنوان. إذا كنت أنت أو شخص في بيتك لا تملكون رقم ضمان اجتماعي، فيجب تقديم طلب للحصول على رقم ضمان اجتماعي لدى إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكي.

## اقرأ المعلومات المهمة أدناه

أقسم و/أو أؤكد أن المعلومات المقدمة في هذا الطلب ومقابلات الهاتف اللاحقة صحيحة وصادقة. أدرك بأن أي بيانات خاطئة أو مزيفة أقدمها عن علم بخصوص هذا الطلب والطلبات اللاحقة لمساعدات (هيب) قد ينجم عنها عدم تأهلي للمساعدة المقدمة إلي أو نيابة عني. كما إن أية بيانات خاطئة أو مزيفة أقدمها عن علم لأغراض الحصول على المساعدة وفق هذا البرنامج قد ينجم عنها اتخاذ إجراء بحقي قد يخضعني لعقوبات إدارية، مدنية و/أو جنائية.

## موافقة

أتفهم أنه بالتوقيع على هذا الطلب/التوثيق أوافق على إجراء أي تحقيق بغية تأكيد والتحقق من المعلومات التي قدمتها، وأي تحقيق آخر من جانب أي هيئة حكومية مخولة في هذا الصدد، والطلبات اللاحقة للحصول على مخصصات برنامج المعونة في دفع نفقات الطاقة المنزلية (هيب) لموسم هيب الحالي. كما أوافق على السماح باستخدام المعلومات المقدمة في هذا الطلب في الحالات لبرامج المعونة للتهبئة للطقس وبرامج الدخل المنخفض في شركات المرافق الخاصة بي.

وأفهم كذلك أن الولاية سوف تستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي للتحقق من مزودي خدمات الطاقة المنزلية الذين أتعامل معهم بشأن حصولي على مخصصات (هيب). ويشتمل هذا التحويل كذلك على إذن لأي من مزودي خدمات الطاقة المنزلية لمنزلي (بما في ذلك المرافق الخاصة بي) للكشف عن بعض المعلومات الإحصائية، بما في ذلك - بدون حد - استخدام الكهرباء، وتكلفة الكهرباء، واستهلاك الوقود، ونوع الوقود، وتكلفة الوقود السنوية، وتاريخ السداد لمكتب المعونة المؤقتة ومعونة العجز، ودائرة الخدمات الاجتماعية المحلية، ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، لأغراض قياس أداء برنامج دفع نفقات الطاقة المنزلية (هيب) لذوي الدخل المنخفض.

## للحصول على (هيب) يجب الإجابة على جميع الأسئلة والتوقيع على طلبك وتاريخه أدناه.

| وقع هنا:       |                                |
|----------------|--------------------------------|
| تاريخ التوقيع: | X                              |
| رقم الهاتف:    | اسم الشخص الذي يساعدك، إن وجد: |



| AGENCY USE ONLY / لاستعمال الوكالة فقط   |   |   |                                 |
|--|---|---|---------------------------------|
| APPLICATION TYPE: <input type="checkbox"/> Full Documentation <input type="checkbox"/> Simplified  |   |   |                                 |
| Vendor   | Vendor  | Vendor  | Vendor                          |
| IDENTITY OF HOUSEHOLD MEMBERS  |   |   |                                 |
| LN   |   | LN  | LN                              |
| 01   |   | 01  | 01                              |
| 02   |   | 02  | 02                              |
| 03   |   | 03  | 03                              |
| 04   |   | 04  | 04                              |
| 05   |   | 05  | 05                              |
| 06   |   | 06  | 06                              |
| IS ANYONE IN THE HOUSEHOLD VULNERABLE? <input type="checkbox"/> Under the age of 6 <input type="checkbox"/> Age 60 or older <input type="checkbox"/> Permanently Disabled  |   |   |                                 |
| Who _____ Documentation _____  |   |   |                                 |
| RESIDENCE – CHECK TYPE OF DOCUMENTATION OBTAINED   |   |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Current Rent Receipt w/Name & Address <input type="checkbox"/> Water, Sewage, or Tax Bill <input type="checkbox"/> Mortgage Payment Book/Receipts w/Address <input type="checkbox"/> Deed<br><input type="checkbox"/> Homeowner's/Renter's Insurance Policy <input type="checkbox"/> Copy of Lease w/Address <input type="checkbox"/> Utility Bill <input type="checkbox"/> Other _____ |   |   |                                 |
| <b>INCOME DOCUMENTATION/CALCULATION</b>  |   | Categorically Eligible: <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Code A SSI |                                 |
| Comments, resolution activities, income calculation/documentation, verification of emergency for expedited regular benefit, vendor contract, etc. SHOW ALL CALCULATIONS  | Comments, resolution activities, income calculation/documentation, verification of emergency for expedited regular benefit, vendor contract, etc. SHOW ALL CALCULATIONS |   |                                 |
| <b>Gross Bi-Weekly</b> Income x 2. 1666<br><b>Gross Weekly</b> Income x 4. 3333  | <b>Gross Bi-Weekly</b> Income x 2. 1666<br><b>Gross Weekly</b> Income x 4. 3333   |   |                                 |
| <b>TOTAL INCOME \$</b>   | <b>TOTAL INCOME \$</b>  |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Application compared to previous information<br><input type="checkbox"/> No prior application <input type="checkbox"/> No Changes <input type="checkbox"/> WMS Inquiry <input type="checkbox"/> Changes verified How: _____   |   |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Pended  | <input type="checkbox"/> Pended   | <input type="checkbox"/> Pended   | <input type="checkbox"/> Pended |
| CERTIFYING AGENCY _____  |   |   |                                 |
| WORKER'S SIGNATURE/DATE _____  |   |   |                                 |
| SUPERVISOR'S SIGNATURE /DATE _____   |   |   |                                 |
| CONSENT TO WITHDRAW  |   |   |                                 |
| وقع هنا فقط إذا كنت تريد سحب طلبك وعدم التقديم لبرنامج هيب.  |   |   |                                 |
| أوافق على سحب طلبي <b>X</b> وقع هنا  |   |   |                                 |
| أفهم بأنه يمكنني إعادة تقديم الطلب لمعونات (هيب) في أي وقت خلال الفترة التي يتم فيها قبول طلبات (هيب)  |   |   |                                 |

**AGENCY USE ONLY / لاستعمال الوكالة فقط**

صفحة الملاحظات وحساب الدخل

**FEDERAL REPORTING STATUS OF HOME ENERGY SERVICE**

**THE HOUSEHOLD HAS ONE OR MORE OF THE FOLLOWING - CHECK ALL THAT APPLY**

- A disconnect notice. Company Name: \_\_\_\_\_
- Disconnection from service. Company Name: \_\_\_\_\_
- Less than ¼ tank of fuel. Company Name: \_\_\_\_\_
- Less than a 10 day supply of fuel. Company Name: \_\_\_\_\_
- Out of fuel. Company Name: \_\_\_\_\_
- A non-working furnace/boiler/heat system that needs replacement
- Electricity as supplemented heating fuel.
- Wood as supplemental heating fuel.
- Other supplemental heating fuel.
- Central air conditioning.
- A window or wall air conditioner.

برنامج المساعدة في الطاقة المنزلية في ولاية نيويورك  
(هيب)  
تعليمات طلب التقديم

إذا كنت كفيفاً أو معاقاً بصرياً بشكل كبير وتحتاج إلى هذا طلب أو إلى هذه التعليمات بصيغة بديلة، يمكنك طلبهم من دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك. والصيغ البديلة المتاحة لاستخدامك هي:

- الطباعة بأحرف كبيرة.
- صيغة البيانات (ملف إلكتروني مزود بقارئ الشاشة).
- صيغة صوتية (نسخة صوتية من التعليمات أو الأسئلة المتضمنة في الطلب)
- برايل، إذا أكدت أن أي من الصيغ البديلة أعلاه لن يكون مجدياً بالنسبة لك.

كما أن الطلبات والتعليمات متاحة لتحميلها بأحرف كبيرة، أو بصيغة بيانات، أو بصيغة صوتية من الموقع [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov). يرجى ملاحظة أن الطلبات متاحة بصيغة صوتية وبطريقة برايل فقط للأغراض المعلوماتية. وحتى يتسنى لك تقديم طلب، يتعين عليك تقديمه خطياً، وليس باستخدام أي من الصيغ البديلة.

إذا كنت تعاني من أي إعاقة تمنعك من إكمال هذا الطلب و/أو من الانتظار حتى تتم مقابلتك شخصياً، يرجى إخطار دائرة الخدمات الاجتماعية بهذا، وسوف – بدورها – تبذل أقصى الجهد لتلبية احتياجاتك بشكل معقول.

إذا كنت بحاجة إلى طريقة أخرى لاستيعاب احتياجاتك، أو تحتاج إلى مساعدة أخرى لإكمال هذا الطلب، يرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية لديك. نحن ملتزمون بمساعدتك ودعمك بشكل مهني واحترافي.

#### معلومات مهمة عن تواريخ البرنامج

تتوفر معونات (هيب) فقط عندما يكون البرنامج مفتوحاً. وتتحدد تواريخ الفتح والغلق لكل سنة للبرنامج. وقد تختلف تواريخ الفتح لمكونات المعونة الاعتيادية ومعونة الطوارئ. يمكن العثور على معلومات عن تواريخ الفتح والغلق لبرنامج هذا العام على الموقع الإلكتروني لـ (OTDA) <http://www.otda.ny.gov> أو بالاتصال برقمنا المجاني 1-800-342-3009.

**صيغ بديلة:** انقر فوق "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت كفيفاً أو تعاني إعاقة بصرية حادة وترغب في استلام الإشعارات الخطية بصيغة بديلة. إذا كانت الإجابة بـ "نعم" ضع علامة على نوع الصيغة التي ترغبها. والصيغ المتاحة متوفرة بالأحرف الكبيرة، وصيغة البيانات، أو صيغة صوتية، أو برايل إذا أكدت أن أي من الصيغ البديلة الأخرى لا يُجدي بالنسبة لك. وإذا كنت بحاجة إلى تلبية احتياجاتك بطريقة أخرى، أو بحاجة إلى مساعدة خلاف ذلك لإكمال هذا الطلب، يرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية.

**إرشادات لاستكمال الطلب:**

أكمل جميع المناطق المظلمة وأجب على جميع الأسئلة.

**من هو الشخص الذي يتعين عليه إكمال الطلب والتوقيع عليه؟**

يجب إكمال الطلب من قبل الشخص الذي تقع على عاتقه المسؤولية الرئيسية والمباشرة عن دفع فاتورة التدفئة أو المستأجر الرئيسي إذا كانت التدفئة مشمولة في الإيجار.

**ما هو العنوان الذي يجب أن أذكره؟**

يجب عليك ذكر العنوان الحالي. ويجب أن يكون محل إقامتك الدائم والرئيسي.

**لماذا تطلبون رقم هاتفى النهاري؟**

من المهم ذكر رقم هاتف يمكن الوصول من خلاله إليك. فهذا سيساعد في المعالجة المنتظمة لطلبك إذا ما دعت الحاجة إلى معلومات إضافية.

**هل أنا بحاجة إلى مقابلة؟**

قد يحتاج بعض مقدمي الطلبات إلى مقابلة. بإمكانك اختيار مقابلة هاتفية أو شخصية. يُرجى الإشارة إلى اختياركم لنوع المقابلة في المربع في الصفحة واحد. إن إكمال هذا القسم لا يعني أنه سيكون عليكم إجراء مقابلة.

يجب القيام بمقابلة لكافة الطلبات لتصليح أو استبدال أجهزة التدفئة

**من يجب على ذكره كفرد فى البيت؟**

اذكر جميع الذين يسكنون في بيتك، حتى وإن لم يكونوا أقرباء لك أو يسهمون مالياً في بيتك. وقد يتعين عليك تقديم إثبات للهوية لجميع أفراد البيت. اذكر نفسك على السطر 1. إذا كنت تسكن وحدك، اكتب كلمة "لا يوجد" على السطر 2.

**الهوية الجندرية**

تضمن ولاية نيويورك حقك في الوصول إلى المخصصات و/أو الخدمات الحكومية للولاية بغض النظر عن الجنس أو الهوية الجنسية أو التعبير الجنسي. عليك الإبلاغ عن جنسك وجميع أفراد أسرتك المعيشية بصفتهم ذكور أو إناث. يجب أن يكون الجنس الذي ستبلغ عنه هنا نفس الجنس الموجود في ملفات هيئة الضمان الاجتماعي الفدرالية. نوع الجنس الذي تبلغ عنه مطلوب للسير في معاملة طلبك. لن يظهر الجنس على أي بطاقة مخصصات تتلقاها أو أي وثائق حكومية متاحة للعامة.

الهوية الجندرية هي تصورك لنفسك وما تسمي نفسك. قد تكون هويتك الجندرية ماثلة أو مختلفة عن الجنس الذي تم تحديده عند الولادة. الهوية الجندرية غير مطلوبة لهذا الطلب. إذا كانت هويتك الجندرية، أو الهوية الجندرية لأي فرد من أفراد أسرتك المعيشية مختلفة عن الجنس الذي تدعيه لذلك الشخص، وترغب في تزويدنا بالهوية الجندرية لذلك الشخص، اكتب بحروف واضحة: "ذكر" أو "أنثى" أو "غير ثنائي" أو "X" أو "متحول" أو "هوية مختلفة" في الفراغ المخصص لذلك. إذا كتبت "هوية مختلفة"، يمكنك وصف هوية ذلك الشخص الجندرية بتفصيل أكثر في الفراغ المخصص لذلك.

**معلومات المواطن/الأجنبي:**

للحصول على (هيب) يجب أن تكون مواطناً أمريكياً، أجنبياً مؤهلاً، أو متجنس غير مواطن أمريكي. للحصول على معلومات إضافية عن ما يحدد الأجنبي المؤهل، أو المتجنس غير المواطن الأمريكي، الرجاء الاتصال بمكتب مساعدة الإعاقة والمساعدة المؤقتة في ولاية نيويورك على الخط الساخن 1-800-342-3009 أو زيارة الموقع الإلكتروني <http://www.otda.ny.gov> (OTDA) لـ

**لماذا يجب على تقديم أرقام الضمان الاجتماعي للجميع؟**

أرقام الضمان الاجتماعي مطلوبة لجميع أفراد البيت. ويتم التحقق من المعلومات ببيانات إدارة الضمان الاجتماعي. إذا كان هناك فرد لا يملك رقم ضمان اجتماعي لكنه تقدم بطلب للحصول عليه، اكتب كلمة "متقدم" في مربع رقم الضمان الاجتماعي. إذا تركت هذا القسم فراغاً لأي فرد في البيت، فإنه لا يمكن معالجة طلبك لكنه سيكون معلقاً لمزيد من المعلومات. كما يمكن استخدام هذه المعلومات لعمل مواعيد ع البيانات لدى وكالات أخرى في الولاية أو فيدرالية لأغراض التحقق من أهلية بيتك لـ (هيب).

**معلومات الإسكان**

الرجاء وضع علامة في المربع الذي يمثل وضع بيتك بأكثر دقة.

**وضع التدفئة**

تأكد من الإجابة على جميع الأسئلة الثلاثة (3).

**كيف ينبغي على إكمال قسم الدخل؟ هل أنا بحاجة إلى تقديم إثبات؟**

اذكر جميع أشكال الدخل لجميع أفراد البيت. ينبغي إدخال جميع المبالغ على أنها مجموع الدخل قبل أية اقتطاعات. الاقتطاعات تتضمن، على سبيل المثال لا الحصر: ضرائب الدخل، إعانة طفل، قرارات محكمة، تأمين صحي، ومستحقات اتحادات. ويجب عليك تقديم وثائق لكافة المداخل المكتسبة، بما فيها الدخل من التوظيف الذاتي والإيجار. وقد يتعين عليك تقديم إثبات بمداخل أخرى. الرجاء مراجعة صفحة 6 من تعليمات الطلب لمعرفة الأنواع المحددة للوثائق المطلوبة. لا تقدم أوراقاً أصلية، فلن تتم إعادتها. وسوف تقوم الأهلية على مجمل دخل بيتك الشهري لشهر الطلب.

الرجاء إدخال مبلغ الضمان الاجتماعي قبل أية اقتطاعات لـ MEDICARE. اذكر بصورة منفصلة المبالغ التي تدفعها لـ MEDICARE الجزء (ب) و/أو (د). المبالغ لـ MEDICARE الجزئين (ب) و(د) مستثناة من الدخل.

أدخل فقط أجزاء الفوائد أو الأرباح للحسابات البنكية، شهادات الإيداع، الأسهم، السندات أو الدخل من الاستثمارات الأخرى. اذكر كل حساب بصورة منفصلة. إذا كنت بحاجة إلى المزيد من الفراغ، أرفق صفحات إضافية. أدخل المبلغ المستلم منذ بداية العام وحتى الآن.

**ماذا تعني الممثل المخول؟**

الممثل المخول هو شخص يمكنه التصرف كوكيل لك لأغراض (هيب) كما هو مبين في الطلب. وحالة الممثل المخول تكون للبرنامج الحالي فقط ويمكنك إلغاؤها في أي وقت خلال البرنامج عن طريق تقديم كشف إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية. وحيث أن هذا الشخص قد يقدم معلومات نيابة عنك، فإنه ينبغي أن يكون شخصاً يعرف ظروفك.

**تأكد من التوقيع على الطلب والتاريخ.** يجب التوقيع على الطلب من قبل الشخص الذي لديه فاتورة التدفئة باسمه، أو من يدفع الفاتورة إذا كانت باسم شخص آخر. إذا كانت التدفئة مشمولة بالإيجار، فإنه يجب على المستأجر الرئيسي إكمال الطلب والتوقيع عليه.

**تسجيل الناخب صاحب المركبة**

يُرجى تضمين الناخب صاحب المركبة مع طلبك. أكمل هذه الاستمارة إذا كنت غير مسجل للتصويت وتريد التسجيل. وهذا لا يؤثر على أهليتك لـ (هيب) أو حساب المعونة.

**ما الذي أحتاجه لتقديم طلب؟**

سوف يتعين على مقدمي الطلبات الجدد تقديم الوثائق التالية مع طلبهم:

- إثبات هوية كل فرد في البيت
- رقم ضمان اجتماعي سار لكل فرد في البيت
- إثبات محل الإقامة
- فاتورة وقود و/أو مرافق إذا كنت تدفع للتدفئة أو إثبات أنك تدفع الإيجار الذي يشمل التدفئة
- وثائق الدخل لجميع أفراد البيت

الرجاء مراجعة صفحة 6 من تعليمات الطلب لمعرفة الأنواع المحددة للوثائق المطلوبة. كم يتعين على مقدمي الطلبات الجدد إجراء مقابلة؛ ويمكنكم اختيار إما مقابلة عبر الهاتف أو شخصية. لكن إذا اخترتم إجراء مقابلة هاتفية، الرجاء ذكر رقم هاتف عامل وأفضل وقت للاتصال بكم لإجراء المقابلة الهاتفية على صفحة 1 من طلبكم.

ينبغي تقديم كافة الطلبات المتعلقة بإصلاح أو استبدال معدات التدفئة شخصياً، مع تقديم كافة الوثائق اللازمة.

**أين يتم تقديم الطلب:**

يجب عليك تقديم الطلب في المقاطعة التي تسكن فيها حالياً. يمكنك تقديم الطلب شخصياً أو بالبريد على العنوان المختوم على أعلى طلبك أو يمكنك العثور على مصدقين محليين آخرين بنفقد موقعنا الإلكتروني: <http://www.otda.ny.gov>.

**مخصصاتي:**

يمكنك التقدم بطلب إلكتروني للحصول على مخصصات هيب على الرابط: <https://www.mybenefits.ny.gov>. وفور تقديم طلبك لبرنامج هيب يصبح بإمكانك التحقق من وضع الطلب إلكترونياً باستخدام حسابك الإلكتروني المضمون على الموقع <https://www.mybenefits.ny.gov>. وفي حالة اعتماد طلبك تحصل على مبلغ المخصصات. وقد تتأهل للحصول على معونة غذائية. تحقق من أهليتك وتقدم بطلب للحصول على مخصصات سناب على الرابط <https://www.mybenefits.ny.gov>. ويمكنك الاطلاع على أي معلومات بشأن هيب وبرامج الخدمات البشرية الأخرى على الرابط <https://www.mybenefits.ny.gov>.

**كيف سيتم دفع معوناتى؟**

إذا تمت الموافقة عليك وكنت تدفع للتدفئة، فسيتم إرسال الدفعات إلى بائع وقود التدفئة الخاص بك. وسوف يشمل إشعار أهليتك اسم البائع. إذا كان اسم البائع المذكور غير صحيح، قم بإخطار دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية فوراً. في بعض الأحيان، سيتم دفع معوناتك إلى شركة الكهرباء إذا كانت التدفئة مشمولة في إيجارك. وسوف يخبرك إشعارك بمبلغ المعونة، وكيفية دفعها، وكيفية حسابها.

لا يُسمح للبايعين بعمل توصيلات إلى أن يتم استلام الدفعة أو حتى يتم الطلب منهم ذلك من قبل دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية. قد لا تنطبق المعونات على التوصيلات السابقة لمصادر الوقود القابلة للتوصيل. فإذا كنت بحاجة إلى وقود قبل أن يستلم بائعك الإخطار أو الدفعة، فإنه يجب عليك الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية.

المقصود من معونة (هيب) الاعتيادية هو أن تكون إضافة لمرة واحدة لتكامل الطاقة السنوية لديك وليس استبدال دفعاتك الشخصية. يجب عليك الاستمرار في دفع فاتورة الطاقة لديك.

**ما هي حالة الطوارئ لدى هيب؟**

- نفذ منك الوقود أو كان لديك أقل من ربع الخزان من الزيت، الكيروسين أو البروبان، أو مادة تدفئة قابلة للتوصيل تكفي لأقل من عشرة (10) أيام.
- تم قطع الغاز الطبيعي أو تدفئة الكهرباء عنك أو تم تحديد قطعها.
- معدات التدفئة التي يملكها مقدم الطلب لا تعمل.

**ماذا لو كان لدي حالة طوارئ؟**

يمكن لمخصصات هيب مساعدتك في حالات الطوارئ التالية:

- نفذ منك الوقود أو كان لديك أقل من ربع الخزان من الزيت، الكيروسين أو البروبان، أو مادة تدفئة قابلة للتوصيل تكفي لأقل من عشرة (10) أيام.
- تم قطع الغاز الطبيعي أو تدفئة الكهرباء عنك أو تم تحديد قطعها.
- معدات التدفئة التي يملكها مقدم الطلب لا تعمل.

إذا كنت في حالة طارئة في التدفئة وقدمت طلباً لمعونتك الاعتيادية، لكن لم تحصل عليها بعد، فينبغي عليك الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بعد أن يفتح البرنامج. وحينما أمكن، فإن معونة (هيب) تُستخدم أولاً لحل مشكلة طاقة طارئة.

**لا تنتظر حتى ينفذ منك وقود التدفئة أو الغاز/انقطاع خدمة الكهرباء عنك لطلب المساعدة. إذا تم قطع خدمة المرافق الخاصة بك، فإنه لا يجب على شركة المرافق إعادة الخدمة إليك إلى أن تصبح مؤهلاً لمعونة (هيب).**

**جلسات الإنصاف:**

لديك حقوق معينة عند رفع طلب (هيب) الخاص بك. فلك الحق في أن تُخبر إذا ما تمت الموافقة أو الرفض على طلبك خلال ثلاثين (30) يوم عمل من تاريخ استلام موظف التحقق في برنامج (هيب) لطلبك الكامل والموقع.

ولن تبدأ عملية معالجة الطلبات إلى أن يتم فتح البرنامج حتى وإن كنت قد استلمت طلباً قبل تاريخ فتح البرنامج كجزء من جهود التواصل لدينا. لك الحق في أن تطلب عقد اجتماع و/أو جلسة إنصاف إذا مضى على استلام موظف التحقق في (هيب) لطلبك الكامل والموقع أكثر من ثلاثين (30) يوم عمل (أو مضى أكثر من ثلاثين يوم عمل منذ فتح البرنامج إذا ما استلم موظف التحقق طلبك قبل فتح البرنامج) ولم يتم إخبارك بقرار الأهلية.

إذا أردت عقد اجتماع، فينبغي عليك طلبه في أقرب وقت. في الاجتماع، إذا اكتشفنا أننا اتخذنا قراراً خاطئاً أو إذا قمنا بتغيير قرارنا، بسبب معلومات قدمتها لنا، فسيتم اتخاذ إجراء تصحيحي.

إذا أردت عقد اجتماع، الرجاء الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية لديك على <http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts>. وهذا فقط لطلب اجتماع، وليس لطلب عقد جلسة إنصاف. إذا طلبت عقد اجتماع أو تم عقده بالفعل، فستظل مؤهلاً لعقد جلسة إنصاف كذلك.

لدى مكتب المعونة المؤقتة ومعونة العجز (OTDA) سياسات وأدلة المرفوعة على الموقع الإلكتروني للموقع ([otda.ny.gov/legal](http://otda.ny.gov/legal)). وتلك السياسات والأدلة متاحة لك أو لممتلكك لتحديد ما إذا كان يتعين عليه طلب جلسة إنصاف أو الاستعداد لجلسة إنصاف. وعلاوة على ذلك، بناء على طلب منك لدائرة الخدمات الاجتماعية، سوف تتوافر سياسات وأدلة محددة خاصة بالمكتب لمساعدتك أو مساعدة من يملكك.

إذا كنت تعيش في أي مكان في ولاية نيويورك، يمكنك طلب عقد جلسة إنصاف عن طريق الهاتف، أو الفاكس، أو إلكترونياً، أو بأن تكتب إلى العنوان التالي:

**الهاتف:** رقم مجاني لتقديم الطلبات على مستوى الولاية وهو 800-342-3334. يرجى الاحتفاظ بهذا الإشعار معك - إن وجد - أثناء الاتصال.

**الفاكس:** أرسل طلب عقد جلسة الإنصاف الخاص بك على الرقم 518-473-6735.

**إلكترونياً:** أكمل نموذج الطلب الإلكتروني على الرابط <http://www.otda.ny.gov/oah/>

**البريد:** بالنسبة للإشعارات، أكمل الفراغات وارسل نسخة من الإشعار، أو اكتب رسالة إلى العنوان التالي:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201-1930

إذا طلبت عقد جلسة إنصاف، فستقوم ولاية نيويورك بإرسال إشعار إليك بوقت ومكان عقد جلسة الإنصاف. لك الحق في الحصول على التمثيل من قبل مستشار قانوني، قريب، صديق، أو شخص آخر، أو أن تمثل نفسك. في جلسة الإنصاف، سيحصل المحامي الخاص بك أو الشخص الذي يمتلك على فرصة تقديم أدلة مكتوبة وشفهية، وكذلك على فرصة سؤال أي شخص يمثل في جلسة الإنصاف. كما لك الحق في جلب شهود للتحديث لصالحك. وينبغي عليك جلب أية وثائق إلى جلسة الإنصاف قد تكون مفيدة في تقديم قضيتك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة قانونية، يمكنك الحصول على هذه المساعدة بالاتصال بجمعية المساعدة القانونية المحلية لديك أو أي جماعة مناصرة قانونية أخرى. يمكنك معرفة مكان أقرب جمعية مساعدة قانونية أو جماعة مناصرة بتفقد الصفحات الصفراء تحت بند "محامون".

لك الحق في الاطلاع على سجل قضيتك. وبطلب منك، لك الحق في الحصول على نسخ مجانية من الوثائق التي تقدمها دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية كأدلة على جلسة الإنصاف العادلة. كما وبطلب منك، لك الحق في الحصول على نسخ مجانية من الوثائق الأخرى في سجل قضيتك والتي تحتاجها في جلسة الإنصاف العادلة. لطلب هذه الوثائق أو لمعرفة كيفية اطلاعك على سجل قضيتك، اتصل بدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية لديك والمذكورة أعلاه على <http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts>.

إذا كنت بحاجة إلى شخص ما يتحدث الإسبانية، يرجى الاتصال بالرقم الساخن لمكتب المعونات المؤقتة ومعونة الإعاقة في نيويورك: 1-800-342-3009.

**البرامج الأخرى التي قد تكون مؤهلاً لها:**

**المساعدة في الظروف الجوية**

كما قد تكون مؤهلاً لبرامج المساعدة في الظروف الجوية من خلال برنامج (Homes and Community Renewal: HCR) في ولاية نيويورك أو هيئة البحوث والتطوير في ولاية نيويورك (NYSERDA). يمكن العثور على قائمة بجهات الاتصال من المانحين الفرعيين المحليين للمساعدة في الظروف الجوية على الموقع: <http://hcr.ny.gov/weatherization-providers>. للمزيد من المعلومات عن خدمات الطاقة (NYSERDA) المتوفرة، قم بزيارة <http://www.nyserda.ny.gov> ويتيح توقيعك على طلب (هيب) بالإحالة وتبادل المعلومات مع برامج المساعدة في الظروف الجوية نيابة عنك.

**برنامج الدخل المتدني للمرافق**

وقد تتأهل كذلك للقيود في برنامج الدخل المتدني لشركة المرافق الخاصة بك. ويتيح توقيعك على طلب (هيب) بالإحالة مع شركة المرافق الخاصة بك نيابة عنك.

## أنواع الوثائق المقبولة

|   |  |
|---|--|
| <p><b>محل الإقامة (حيث تسكن الآن)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• إيصال حالي بالإيجار عليه اسم وعنوان المستأجر ومالك العقار أو عقد الإيجار عليه الاسم والعنوان</li> <li>• فاتورة ماء، صرف صحي، أو ضرائب</li> <li>• صك تأمين مالك/مستأجر</li> </ul> <p>• فواتير المرافق<br/>• دفاتر دفعات الرهن/إيصالات بعناوين<br/>• بوليصة تأمين مالك العقار</p>  |  |
| <p><b>الهوية</b></p> <p>يجب عليك توفير واحدة مما يلي لكل شخص في بيتك:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• رخصة القيادة</li> <li>• صورة الهوية الشخصية</li> <li>• جواز سفر أمريكي أو شهادة التجنس</li> <li>• شهادة الميلاد أو شهادة المعمودية*</li> <li>• رقم ضمان اجتماعي ساري*</li> <li>• أوراق التنبؤ</li> <li>• سجلات المستشفى أو الطبيب</li> <li>• سجلات المدرسة</li> <li>• بيان/إفادة من شخص آخر*</li> </ul> <p><b>* نموذجان من الإثبات المطلوب</b></p>   |  |
| <p><b>رقم الضمان الاجتماعي</b></p> <p>يجب عليك توفير رقم ضمان اجتماعي سار لكل فرد في بيتك إذا كنت – أنت أو أي من الأفراد في بيتك – بلا رقم ضمان اجتماعي، يتعين عليك التقدم للحصول على رقم من إدارة الضمان الاجتماعي.</p>  |  |
| <p><b>الضعف</b></p> <p>يجب عليك تقديم الإثباتات التالية للضعف لفرد ضعيف في بيتك (أطفال دون سن 6، كبار بسن 60 أو أكبر، أو شخص معوق):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شهادة الميلاد</li> <li>• شهادة معمودية فيها تاريخ الميلاد</li> <li>• خطاب إحالة من إدارة الضمان</li> <li>• جواز سفر</li> <li>• رخصة القيادة</li> <li>• بيان مكتوب بالأهلية للمخصصات</li> </ul>   |  |
| <p><b>وضع التدفئة</b></p> <p>إذا كنت تدفع فاتورة وقود ومرافق، وفر نسخة من أحدث فاتورة وقود/مرافق أو كشفاً من البائع.</p> <p>إذا كنت لا تدفع للتدفئة، وفر إيصال إيجار حالي عليه اسم وعنوان المستأجر ومالك العقار، أو عقد إيجار عليه الاسم والعنوان، أو كشفاً من مالك العقار يشير إلى أن التدفئة مشمولة في إيجارك.</p>  |  |
| <p><b>الدخل</b></p> <p>نسخة من خطاب الإحالة أو المراسلات الخطية الخاصة بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الضمان الاجتماعي/دخل الضمان التكميلي (SSI)</li> <li>• معونات المحاربين القدامى</li> <li>• التقاعد</li> <li>• تعويض العامل/الإعاقة</li> <li>• مخصصات تأمين البطالة</li> </ul> <p>• قسائم الدفع عن الأسابيع الأربعة (4) الأخيرة</p> <p>• إذا كنت تعمل عملاً حراً، سجلات الأعمال للشهور الثلاثة (3) الأخيرة أو مستردات الضريبة الفيدرالية الخاصة بك والتي رفعتها للعام الضريبي الحالي، بما في ذلك كافة الجداول الزمنية المطبقة.</p> <p>• إيصالات دخل التأجير/النفقات عن الشهور الثلاثة (3) الماضية أو إقرارك الضريبي الفدرالي المقدم للسنة الحالية، بما في ذلك أي جداول ينطبق عليها ذلك</p> <p>• إعانة طفل أو شيكات نفقة لشريك الحياة</p> <p>• بيان فائدة/بنك/أرباح</p> <p>• كشف من نزيل غرفة/سكن</p> |  |
| <p><b>الموارد (لمقدمي طلبات المعونة الطارئة فقط)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• حسابات (IRA)</li> <li>• مبالغ إجمالية من بيع عقار أو تسويات تأمين</li> <li>• شيكات و/أو مدخرات و/أو أرصدة حسابات شهادات إيداع.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• نقود</li> <li>• أسهم/سندات</li> <li>• شهادات إيداع وقتية</li> </ul> |

طلبات تصليح معدات التدفئة أو استبدالها تتطلب وثائق إضافية. فإذا كنت تتقدم بطلب لهذا المكون، فسيتم تزويدك بقائمة بالوثائق التي ينبغي عليك جلبها.



# 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 ইংরেজীতে 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

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

## Important!

### 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.

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](http://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.

---