

عند إعادتك هذا التقرير تأكد من ظهور
عنوان الدائرة المحلية المذكور على
الجهة الخلفية من خلال الجزء الشفاف
من المظروف المخصص للإعادة.

LDSS-4310-AR (Rev. 3/18)

تقرير دوري

يتعين عليك استيفاء هذا التقرير وإعادته إلى العنوان المذكور على الجهة الخلفية في موعد أقصاه [] للاستمرار في الحصول على المخصصات.

يساعدنا هذا "التقرير الدوري" في جمع المعلومات عن أي تغييرات ربما قد وقعت منذ المرة الأخيرة التي كنت فيها على اتصال بعامل الأهلية المسؤول عن ملفك. يرجى التأكد من قراءة واتباع كافة التعليمات قبل أن تبدأ في استيفاء في "التقرير الدوري". ومن الأهمية بمكان بالنسبة لك أن تستوفي هذا "التقرير الدوري"، وتوقع عليه، وتعيده قبل التاريخ المذكور أعلاه. ومن شأن الإخفاق في هذا أن يسفر عن توقف مخصصات رعاية الطفل و/أو مخصصات سناب.

اسم الملف	رقم الملف
المكتب	الوحدة
العامل	

إذا كان لديك استفسارات بشأن كيفية اكمال هذا التقرير، يرجى الاتصال: [] ():

يجب أن نتسلم تقريرك المُستوفي في موعد أقصاه []. وإذا لم نتسلم التقرير المُستوفي بحلول هذا التاريخ، سوف تتوقف المخصصات التي تحصل عليها من رعاية الطفل و/أو برنامج معونة التغذية التكميلية (سناب). إلا أن عدم إعادة هذا التقرير لن يؤثر على تغطية ميديكيد الخاصة بك.

تعليمات عامة

1. يتعين عليك الإجابة على كل الأسئلة المتضمنة في هذا التقرير. أجب على كافة الأسئلة في هذا التقرير عن كل من يحصل – أو كل من هو مسؤول عن شخص يحصل – على معونة الطفل و/أو رعاية الطفل و/أو مخصصات سناب.
2. يجب عليك اكمال هذا التقرير وإعادته إلى العنوان المذكور على الجهة الخلفية من هذا التقرير بحلول []، وإلا سيتم خفض أو إغلاق المخصصات التي تحصل عليها من رعاية الطفل أو مخصصات سناب.

تذكير: إذا كنت تحصل كذلك على معونة مؤقتة أو ميديكيد، يتعين عليك إبلاغ العامل المسؤول عن ملفك بأي تغييرات في غضون عشرة (10) أيام. وبالنسبة لمخصصات سناب، يجب عليك الإبلاغ في غضون عشرة أيام من نهاية الشهر إذا كان إجمالي دخلك الشهري يتجاوز 130% من الحد الذي تحصل عليه. إذا أصبح أي شخص في بيتكم الذي يتلقى سناب بالغاً وقادراً جسمانياً وليس له معالون (ABAWD)، فإنه يجب عليكم إخبارنا إذا ما ازدادت ساعات عملهم لتتخطى 80 ساعة في الشهر خلال 10 أيام من نهاية ذلك الشهر. ولست بحاجة خلاف ذلك إلى الإبلاغ عن أية تغييرات سوى تلك الواردة في هذا التقرير الدوري، أو في نموذج إعادة التأهل، أيهما يحدث أولاً. ويتعين عليك الاتصال بالعامل المسؤول عن ملفك فور حدوث أي تغييرات تؤثر على مخصصات رعاية الطفل التي تحصل عليها.

لمدينة نيويورك – جديد! يمكنك الآن تقديم تقريرك الدوري بسرعة وبسهولة عن طريق الإنترنت (بدلاً من إرسالها بالبريد).

اذهب إلى www.nyc.gov/accesshra

القسم (1): يرجى إدراج كل الدخول الخاصة بكافة أفراد الأسرة. وإذا كنت تحصل على مخصصات سناب فحسب، يتعين عليك أن تدرج فقط الأجور التي يحصل عليها أفراد الأسرة الذين يعملون.
(من بين أمثلة الدخل كل من الأجور عن الوظائف، وتأمين البطالة، ومخصصات الضمان الاجتماعي، ودخل الضمان التكميلي).

من	اسم رب العمل أو مصادر الدخل الأخرى	الوتيرة (يوميًا، أسبوعياً، كل أسبوعين، شهرياً)	إجمالي عدد ساعات العمل الأسبوعية

ارسل إثباتاً لكافة الدخول التي حصل عليها أي من أفراد الأسرة خلال شهر _____.

القسم (2): هل حدثت أية تغييرات أخرى (اقرأ المربعات أدناه) منذ تقريرك الأخير، أو تتوقع حدوث أية تغييرات؟

- لا أو نعم، وإذا كانت الإجابة بنعم، ضع علامة (√) في واحد على الأقل من المربعات التالية.
- تتضمن أسرته شخص بالغ ويتمتع بصحة جيدة ولكنه لم يعمل/يشارك في نشاط عمل لفترة 80 ساعة على الأقل كل شهر، ولا تتضمن مخصصات سناب الخاصة بأسرته طفل تحت 18 عاماً. (اكتب من هو والشهور التي لا تستوفي الشروط أدناه).
- انتقلت أسرته إلى منزل آخر (اكتب العنوان الجديد أدناه).
- شخص ما انتقل إلى المنزل أو غادره (اكتب من هو الشخص الذي انتقل، ومتى، وقيمة الإيجار).
- ارتفاع أو انخفاض قيمة الإيجار الذي تدفعه (اكتب القيمة الجديدة).
- تسدد حالياً وبشكل منفصل عن الإيجار: التدفئة تكييف الهواء غيرها من المرافق (الكهرباء، غاز الطبخ، الماء، المجاري، القمامة)
- شخص ما قد التحق بعمل أو تركه (اكتب من هو هذا الشخص، ومتى وأين التحق بالعمل أو تركه).
- تغير قيمة الدخل غير المكتسب لأحد الأشخاص.
- تكاليف رعاية طفلك (تكاليف تدفيعها وليس معونة رعاية طفل) جديدة أو تغيرت، أو تم تغيير مقدم الرعاية (اكتب المبلغ الجديد ومن يقدم الرعاية).
- تتضمن الأسرة امرأة في شهور الحمل (اكتب من هي وتاريخ الولادة المتوقع إذا كان معروفاً).
- وفاة أو ولادة شخص في الأسرة (اكتب من هو ومتى حدث هذا).
- تغير في دعم الطفل الملزم قانوناً والذي يدفعه أحد أفراد الأسرة (اكتب من في أسرته يدفع هذا الدعم).
- تغييرات أخرى قد تؤثر على المخصصات (اكتب من، ولماذا، ومتى طرأت هذه التغييرات وقدم إثباتاً لذلك إذا كان هذا ممكناً).

اكتب هنا تفاصيل التغيير (التغييرات)، وإذا كان لديك أي إثبات بشأنه أرسله: _____

التوثيق: أتفهم أن المعلومات التي قدمتها في هذا التقرير قد تسفر عن تغيير في المعونة التي أحصل عليها، بما في ذلك خفض مبلغ مخصصات المعونة المؤقتة، ومخصصات سناب، ومخصصات رعاية الطفل، أو إغلاق الملف الخاص بي. وأدرك أن القوانين الفدرالية وقوانين الولاية تنص على الغرامة و/أو السجن لأي شخص يحصل أو يحاول الحصول على المعونة المؤقتة، أو ميديكيد، أو رعاية الطفل، أو مخصصات سناب التي لا تحقق له عن طريق العيش. وأن المعلومات المتضمنة في هذا النموذج قد تؤثر على أهليتي لميديكيد.

أتفهم أنني ملزم بالاتصال بمسؤول الملف الخاص بي للإبلاغ عن أي تغييرات تطرأ على ملف المعونة المؤقتة وميديكيد في غضون عشرة (10) أيام.

وأفهم كذلك أنه يتعين علي أن أتصل بمسؤول ملفي فور حدوث أي تغييرات من شأنها التأثير على رعاية طفلي، فضلاً عن أنه في حال استخدمت مقدم رعاية طفل غير مرخصاً أو غير مسجل، يجب أن يكون مستوفياً لشروط بعينها حتى يتسنى الدفع له.

وبالنسبة لملف مخصصات سناب، يجب أن أبلغ عن التغييرات على أساس دوري وعند إعادة التأهل، أيهما يحدث أولاً. كما يمكنني الإبلاغ عن تغييرات في أي وقت آخر. إذا أصبح أي شخص في بيتي الذي يتلقى سناب بالغاً وقادراً جسدياً وليس له معالون (ABAWD)، فيجب علي إخباركم إذا ما ازدادت ساعات عملهم لتتخطى 80 ساعة في الشهر خلال 10 أيام من نهاية ذلك الشهر.

هام – يجب عليك التوقيع على هذا النموذج وتاريخه في موعد أقصاه _____.

إذا اجبت بـ "نعم" على أي تغيير وارد في الجزء (2)، ضع علامة (√) في المربع وقدم المزيد من التفاصيل. إذا لم تكمل النموذج، سنرسل لك إشعار توقف المخصصات.

توقيعك:	التاريخ:	رقم الهاتف (أثناء النهار):
---------	----------	----------------------------

أكمل النموذج وأعدّه في المظروف المقدم،

عند إعادة هذا التقرير، تأكد من أنه يمكنك

رؤية هذا العنوان من خلال الجزء الشفاف

من مظروف الإعادة ←