



## إرشادات لاستكمال نموذج تجديد الأهلية لولاية نيويورك الخاصة بـ:

- المساعدة العامة
- برنامج المعونة الغذائية التكميلية
- برنامج الرعاية الصحية ميديكيد وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية
- برنامج الرعاية الصحية ميديكيد والمساعدة العامة

إذا كنت مكفوف البصر أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة وتحتاج إلى طلب/ نموذج تجديد الأهلية أو هذه الإرشادات في صيغة بديلة، يجوز لك طلب هذه الأشياء من منطقة الخدمات الاجتماعية التابع لها. متوفر الصيغ البديلة التالية:

- نسخة بخط كبير،
- صيغة بيانات (ملف إلكتروني يمكن للقارئ الوصول إليه على الشاشة)،
- ملف صوت (إلقاء صوتي للإرشادات أو أسئلة الطلب/ تجديد الأهلية)، و
- طريقة برايل، في حالة تأكيد عدم صلاحية الصيغ البديلة الواردة أعلاه لك.

متوفر كذلك الطلبات/ نماذج تجديد الأهلية والإرشادات لتنزيلها بخط كبير وصيغة بيانات وملف صوتي من العنوان [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) أو [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov). يرجى ملاحظة أن الطلبات/ نماذج تجديد الأهلية متوفرة في ملف صوتي وبطريقة برايل لأغراض معلوماتية فقط. من أجل تجديد الأهلية، يلزم إرسال نموذج تجديد الأهلية في صيغة خطية غير بديلة.

وإذا كنت تعاني من أية إعاقات تحول دون استيفاء نموذج تجديد الأهلية و/أو دون الانتظار لإجراء المقابلة الشخصية، يرجى إخطار منطقة الخدمات الاجتماعية التابع لها. وسوف تبذل المنطقة كل جهودها لتوفير إقامة معقولة لتلبية احتياجاتك.

في حالة طلب إقامة أخرى أو كنت تحتاج إلى مساعدة أخرى في استكمال نموذج تجديد الأهلية، يرجى الاتصال بمنطقة الخدمات الاجتماعية التابع لها. إننا نتعهد بمساعدتك ومساندتك على نحو احترافي ومحترم.

## نصائح لاستيفاء نموذج تجديد الأهلية

في كل مرة تشاهد فيها مصطلح "المساعدة العامة" على نموذج تجديد الأهلية، فاعلم أنه يعني "المساعدة الأسرية" و/أو "مساعدة شبكة الأمان"، فإننا نطلق على كلا البرنامجين اسم "المساعدة العامة". تم إنشاء المساعدة العامة والبرامج الأخرى التي يمكنك تجديد شهادة الالتحاق فيها باستخدام نموذج تجديد الأهلية بقصد توفير مساعدة مؤقتة للمحتاجين. وثمة برامج معينة تقصر توفير المساعدة على مدة محدودة، لذا من المهم لك تحقيق الاكتفاء الذاتي بأسرع وقت ممكن. ومنطقة الخدمات الاجتماعية متواجدة لمد يد العون لك في تحقيق الاكتفاء الذاتي. وحرصاً على القيام بذلك، يتعين علينا معرفة ماهيتك واحتياجاتك، ولهذا السبب يتحتم عليك ملء نموذج تجديد الأهلية.

في إطار إجراءات تجديد الأهلية، سوف تطلب منك منطقة الخدمات الاجتماعية توفير والتحقق من معلومات عنك وعن الأفراد الآخرين الذين تجدد الأهلية من أجلهم. وتوجد قائمة بمنطلقات الوثائق، الموجودة في نهاية هذه الإرشادات، تبين أنواع المعلومات التي قد يلزم توفيرها وأنواع الوثائق التي تؤكد هذه المعلومات. على سبيل المثال، من أجل إثبات شخصيتك، يمكن توفير بطاقة الهوية التي تحمل صورتك أو رخصة القيادة أو جواز سفر أمريكي أو شهادة الحصول على الجنسية أو سجلات المستشفى أو الطبيب أو أوراق التبني. وبالإضافة إلى ذلك، قد تقوم منطقة الخدمات الاجتماعية بإجراء مقابلة شخصية معك في إطار إجراءات تجديد الأهلية، وقد تجمع المنطقة المقابلات الشخصية الخاصة بعدة برامج كلما أمكن.

تم تقسيم نموذج تجديد الأهلية وهذه الإرشادات إلى أقسام مرقمة لمساعدتك. فيرجى مراعاة التالي عند ملء نموذج تجديد الأهلية.

- يرجى الكتابة بخط واضح.
- ممنوع الكتابة في المناطق المظللة.
- التأكد من استكمال كل قسم مرتبط بالشخص (الأشخاص) الذي تجدد الأهلية من أجله.
- استخدم دوماً الأسماء القانونية، ما لم ترد إرشادات بخلاف ذلك.
- إذا كنت تقوم بتجديد الأهلية بصفتك ممثل عن شخص ما، يرجى توفير معلومات عن ذلك الشخص وليس عنك. وتأكد من قيامك أنت والشخص الذي تقوم بتجديد الأهلية من أجله بالتوقيع على الصفحة الأخيرة من نموذج تجديد الأهلية.
- وإذا كنت غير واثق من كيفية استكمال أي جزء في نموذج تجديد الأهلية، اطلب المساعدة من منطقة الخدمات الاجتماعية التابع لها.

بالإضافة إلى مستند LDSS-3174: "نموذج تجديد الأهلية لولاية نيويورك للحصول على مزايا وخدمات معينة"، احرص على الحصول على نسخ من الكتيبات المعلوماتية التالية التي توفرها منطقة الخدمات الاجتماعية أو متوفرة على الموقع [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov):

- LDSS-4148A: "الكتيب الأول: الأمور التي يلزم معرفتها بشأن حقوقك ومسؤولياتك"
- LDSS-4148B: "الكتيب الثاني: الأمور التي يلزم معرفتها بشأن برامج الخدمات الاجتماعية"
- ملحق بالكتيب الأول، LDSS-4148A والكتيب الثاني، LDSS-4148B: "تغييرات هامة في برنامج الرعاية الصحية مديك"
- LDSS-4148C: "الكتيب الثالث: الأمور التي يلزم معرفتها في حالة التعرض لحالات الطوارئ"

## صفحة الغلاف لنموذج تجديد الأهلية

إذا كنت مكفوف البصر أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، يجوز لك اختبار استلام الإشعارات بخصوص البرامج التي تجدد الالتحاق فيها بصيغة بديلة. الصيغ البديلة متوفرة في شكل نسخة بخط كبير، أو أسطوانة بيانات أو أسطوانة صوتية أو طريقة برايل، في حالة تأكيد عدم صلاحية الصيغ البديلة الأخرى لك.

**إذا كنت مكفوف البصر أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، هل تفضل استلام الإشعارات الخطية بصيغة بديلة؟** إذا كنت مكفوف البصر أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت تفضل استلام الإشعارات الخطية بخصوص البرامج التي تجدد الالتحاق فيها بصيغة بديلة.

**إذا اخترت "نعم"، حدد نوع الصيغة المفضلة لك:** إذا كنت مكفوف البصر أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، وتفضل استلام الإشعارات بخصوص البرنامج (البرامج) الذي تجدد الالتحاق فيه بصيغة بديلة، ضع علامة (✓) أمام نوع الصيغة المفضلة لك: نسخة بخط كبير، أو أسطوانة بيانات أو أسطوانة صوتية أو طريقة برايل. طريقة برايل متوفرة كصيغة بديلة في حالة تأكيد عدم صلاحية الصيغ البديلة الأخرى لك بنفس قدر ملائمة برايل لك.

في حالة طلب إقامة أخرى أو كنت تحتاج إلى مساعدة أخرى في استكمال نموذج تجديد الأهلية، يرجى الاتصال بمنطقة الخدمات الاجتماعية التابع لها.

## الصفحة 1 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم الأول: تحديد كل برنامج تريد أنت أو أي عضو في أسرتك تجديد الأهلية فيه

ضع علامة (✓) في المربع الخاص بكل برنامج تريد أنت أو أي عضو في أسرتك تجديد الأهلية فيه.

يضم برنامج الرعاية الصحية مديكيد برامج مزايا الرعاية الصحية مديكيد والرعاية الصحية للعاملين المعاقين ومزايا تنظيم الأسرة. حينما تشاهد "MA" على نموذج تجديد الأهلية، فهي تعني برنامج مديكيد للرعاية الصحية والذي كان يطلق عليه في السابق اسم "المساعدة الطبية". ويجوز لك تجديد الأهلية لبرنامج الرعاية الصحية مديكيد باستخدام نموذج تجديد الأهلية فقط في حالة قيامك أيضاً بتجديد الأهلية لبرنامج المساعدة العامة أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية في آن واحد. إذا كنت تريد تجديد الأهلية لبرنامج مديكيد للرعاية الصحية وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية، ضع علامة (✓) في مربع مديكيد وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية. وإذا كنت تريد تجديد الأهلية لبرنامج مديكيد للرعاية الصحية وبرنامج المساعدة العامة، ضع علامة (✓) في مربع مديكيد وبرنامج المساعدة العامة.

إذا كنت تريد فقط تجديد الأهلية لبرنامج مديكيد للرعاية الصحية، يمكنك زيارة الموقع <https://nystateofhealth.ny.gov> على الإنترنت أو الاتصال بالرقم 1-855-355-5777 لمزيد من المعلومات أو لتجديد الأهلية. يمكنك أيضاً استخدام طلب ورقي للتقدم لبرنامج مديكيد فقط - نموذج DOH-4220، يوفره لك الموظف أو الاتصال بخط المساعدة الخاص ببرنامج مديكيد على الرقم 1-800-541-2831. إذا كنت تريد تجديد الأهلية فقط لبرنامج مديكيد الإذخاري (MSP)، يلزم التقدم بطلب باستخدام النموذج DOH-4328 الذي يوفره لك الموظف. إذا كنت بحاجة سريعة إلى خدمات الرعاية الشخصية، يجب التقدم بطلب لبرنامج مديكيد بصورة منفصلة باستخدام نموذج طلب برنامج مديكيد DOH-4220.

### القسم الثاني:

**ما هي لغتك الأساسية؟** ضع علامة (✓) في مربع "الإنجليزية" أو "الإسبانية" أو "أخرى" لبيان اللغة شائعة الاستخدام لك. في حالة وضع علامة (✓) في مربع "أخرى"، اكتب اللغة المفضلة لك.

**هل تريد استلام الإشعارات باللغة:** سوف ترسل إليك إشعارات بخصوص البرامج التي تجدد الأهلية لها. ضع علامة (✓) في مربع "الإنجليزية فقط" أو "الإنجليزية والإسبانية" لبيان اللغة (اللغات) التي تفضل استلام هذه الإشعارات بها.

### القسم الثالث: معلومات مقدم الطلب

**الاسم:** اكتب اسمك شاملاً الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط والاسم الأخير.

**الحالة الاجتماعية:** اكتب حالتك الحالية سواء كنت أعزبًا أو متزوجًا أو أرملًا أو منفصل بصورة شرعية أو مطلقًا. إذا سبق لك الزواج، اكتب حالتك الصحيحة ولا تكتب "أعزب".

**رقم الهاتف:** اكتب رقم الهاتف الذي يمكن الوصول إليك بسهولة من خلاله، مع كتابة رمز المنطقة.

**عنوان السكن:** عنوان الشارع: اكتب رقم المنزل أو العقار والشارع والطريق والمنطقة وغيرها التي تسكن فيها.

**رقم الشقة:** اكتب رقم الشقة إن أمكن.

**المدينة:** اكتب اسم المدينة التي تسكن فيها.

**المقاطعة:** اكتب اسم المقاطعة التي تسكن فيها.

**الولاية:** اكتب اسم الولاية التي تسكن فيها.

**الرمز البريدي:** اكتب الرمز البريدي الخاص بعنوانك.

**اسم الشخص المعني بتلقي مراسلاتك:** إذا كان هناك شخص آخر يستلم البريد نيابة عنك، اكتب اسم ذلك الشخص.

**عنوان البريد:** إذا كنت تتلقى بريدك في مكان آخر غير محل سكنك، اكتب عنوان الشارع (ورقم الشقة إن أمكن) أو صندوق البريد والمدينة والمقاطعة والولاية والرمز البريدي الخاص بهذا المكان.

**ما المدة التي أقمت خلالها في عنوانك الحالي؟** اكتب عدد السنين و/أو الشهور التي أقمت خلالها في عنوانك الحالي.

**هل هذا سكن إيواء؟:** ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كان المكان الذي تسكن فيه عبارة عن سكن إيواء.

**هاتف آخر يمكن الوصول إليك خلاله:** اكتب رقم هاتف آخر يمكن الوصول إليك خلاله واسم، إن أمكن، الشخص صاحب هذا الهاتف، مع كتابة رمز المنطقة.

**كيفية الوصول إلى العنوان الحالي:** اكتب الاتجاهات التي تبين كيفية الوصول إلى منزلك. واستخدم المعالم الشائعة.

**العنوان السابق:** اكتب عنوان محل سكنك السابق قبل انتقالك إلى العنوان الحالي.

**إذا كنت حاليًا بلا مأوى، حدد هنا:** إذا لم يتوفر لك مكان تسكن فيه/ ليس لديك عنوان، ضع علامة (✓) في هذا المربع.

**الهيئة التي تساعد مقدم الطلب/ الشخص جهة الاتصال:** إذا كان هناك شخص يساعدك في تجديد الأهلية، اكتب اسم ذلك الشخص والهيئة التابع لها، إن وجدت، ورقم هاتفه.

**هل تريد المحافظة على سرية جزء برنامج مديكيد للرعاية الصحية بنموذج تجديد الأهلية هذا وسرية استلام مزايا تغطية برنامج مديكيد؟:** ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان على نموذج تجديد الأهلية و/أو إعلام الموظف بما إذا كنت تريد المحافظة على سرية تجديد الأهلية و/أو المراسلات المتعلقة باستلام أية مزايا من تغطية برنامج مديكيد.

**اسرد الأمور التي تغيرت منذ آخر طلب لك أو تجديد للأهلية:** اسرد أية تغيرات طرأت لك منذ آخر طلب تقدمت به أو تجديد للأهلية مثل تغير في العنوان أو قدوم طفل أو تغير في الدخل أو فقدان وظيفة أو غيرها.

### **القسم الرابع: إذا كنت تعيد التقدم بطلب الالتحاق ببرنامج المعونة الغذائية التكميلية**

اقرأ البيان الوارد في القسم الرابع لتجديد الأهلية وقم بالتوقيع وكتابه التاريخ أسفل البيان إذا كان يسري عليك أو على شخص آخر تجدد الأهلية له. ويرجى الاتصال بمنطقة الخدمات الاجتماعية إذا كان لديك استفسارات بشأن هذا القسم.

**القسم الخامس: هل يسري أي من هذه المواقف عليك؟**

ضع علامة (✓) أمام كل موقف يسري عليك أو على الشخص الذي تجدد الأهلية له.

**الصفحة 2 من نموذج تجديد الأهلية****القسم السادس: معلومات أفراد الأسرة**

الاسم: اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط والاسم الأخير لكل الأفراد الذين يعيشون معك، حتى وإن لم يقوموا بتجديد الأهلية. وابدأ بنفسك أولاً.

يجدد هذا الشخص الأهلية من أجل: ضع علامة (✓) أمام نوع (أنواع) المساعدة التي يجدد كل شخص الأهلية من أجلها: PA من أجل المساعدة العامة، SNAP من أجل برنامج المعونة الغذائية التكميلية، MA من أجل Medicaid.

تاريخ الميلاد: اكتب تاريخ الميلاد لكل شخص يجدد الأهلية.

النوع: اكتب "M" إذا كان ذكر أو "F" إذا كان أنثى لكل شخص يجدد الأهلية.

نوع العلاقة: بالنسبة لكل شخص، اكتب نوع علاقته بك (مثلاً: زوج، ابن، ابن بالتبني، صديق، زميل بالغرفة، جار، وغيره).

رقم الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة الذين يجددون الأهلية: اكتب رقم الضمان الاجتماعي لكل شخص يجدد الأهلية ما لم يكن ذلك الشخص:

- سيدة حامل تقوم بتجديد الأهلية فقط لبرنامج الرعاية الصحية مديكيد،

أعلى مؤهل دراسي تم الحصول عليه: أدخل أعلى صف دراسي (1 حتى 12) حصل عليه كل شخص يقوم بتجديد الأهلية. إذا كان أكثر من 12 عامًا، أدخل 13.

هل هذا الشخص (بمن فيهم الأطفال القصر) يشتري الطعام أو يحضر الوجبات معك؟: من المهم وضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لهذا السؤال لكل شخص يعيش معك سواء كان يقوم بتجديد الأهلية أم لا. في بعض الأحيان، يحصل الأفراد الذين يشترون الطعام ويحضرون الوجبات بصورة منفصلة عن بعضهم البعض على مزيد من مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية.

يرجى سرد أسماء ما قبل الزواج أو أسماء أخرى تعرف أنت أو أي شخص في أسرتك بها: اكتب أسماء ما قبل الزواج أو أسماء من زواج سابق أو أسماء أخرى استخدمها أي فرد ذكر اسمه في هذا القسم، شاملاً الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط والاسم الأخير.

**القسم السابع: تغيير في أفراد الأسرة**

أكمل هذا القسم في حالة انتقال أي فرد إلى المنزل أو تركه خلال العام المنصرم.

**الصفحة 3 من نموذج تجديد الأهلية****القسم الثامن: الجنس/العرق**

أكمل هذا القسم لكل شخص يقوم بتجديد الأهلية. أدخل "Y" للدلالة عن "نعم" أو "N" للدلالة عن "لا" في العمود الذي يحمل الحرف "H" لبيان ما إذا كان الشخص ذو أصول إسبانية و/أو لاتينية. أدخل "Y" للدلالة عن "نعم" أو "N" للدلالة عن "لا" في كل عمود من أعمدة العرق لبيان خلفية الشخص العرقية:

- H = ذو أصول إسبانية أو لاتينية
- I = أمريكي أصلي أو سكان الأسكا الأصليين
- A = آسيوي
- B = أمريكي ذو بشرة سوداء أو أصل إفريقي
- P = سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادي
- W = ذو بشرة بيضاء
- U = غير معروف

لك مطلق الحرية في توفير هذه المعلومات أو عدم توفيرها، ولن تؤثر على أهلية الشخص الذي يجدد الأهلية أو مستوى المزايا التي يحصل عليها. ويتمثل السبب في طلب هذه المعلومات في ضمان توزيع مزايا البرنامج بغض النظر عن العرق أو اللون أو المنشأ.

## الصفحة 4 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم التاسع: المواطنة / غير المواطن مع حالة هجرة مرضية

إذا كنت تقوم أنت أو أي فرد في أسرتك بتجديد الأهلية لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية، يلزم سرد جميع أفراد أهل بيتك، حتى وإن لم يقوموا بتجديد الأهلية لبرنامج المعونة الغذائية. ويجب أيضاً سرد الأشقاء والأباء الذين يعيشون مع أي أطفال يتم لهم تجديد الأهلية لبرنامج المساعدة العامة. في حالة عدم استكمال هذا القسم للشخص الذي يجدد الأهلية، قد لا يحصل ذلك الشخص على المساعدة.

الاسم: اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط والاسم الأخير لكل شخص يجدد الأهلية أو يجب ذكره.

حدد ما إذا كان "مواطن/من سكان البلد" أو "غير مواطن" لكل شخص: بجوار اسم كل شخص، ضع علامة (✓) في إما مربع "مواطن/من سكان البلد" لبيان أن الشخص مواطن أمريكي أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد، أو مربع "غير مواطن" لبيان أن الشخص ليس مواطن أمريكي أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد.

رقم USCIS (رقم تسجيل الأجانب) أو رقم غير المواطنين: أدخل رقم الشخص الخاص بخدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية (USCIS) أو رقم غير المواطنين، إن كان معمول به.

### القسم العاشر: الإقرار

اقرأ بعناية البيانات الموجودة في الجزء السفلي من هذا القسم، ثم وقع واكتب التاريخ على الإقرار الذي يفيد مواطنة أو عدم مواطنة الشخص مع تمتعه بوضع هجرة مقبول وذلك لكل شخص يجدد الأهلية لأي من البرامج التالية. إذا كان أي شخص يجدد الأهلية وهو ليس مواطن أمريكي أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد، ضع العلامة (✓) أمام البرامج التي يجدد ذلك الشخص الأهلية من أجلها وهو غير مواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول.

- المساعدة العامة أو
- برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو
- برنامج الرعاية الصحية مديكيد، ما لم يكن الشخص الذي يجدد الأهلية سيده حامل.

"غير مواطن بوضع هجرة مقبول" يعني شخص غير مواطن يتمتع بوضع لا يحرم الشخص من أهليته في الحصول على المزايا من برنامج معين. ويرجى ملاحظة أن متطلبات وضع الشخص غير المواطن تختلف باختلاف البرامج. LDSS-4148B، الكتيب الثاني: الأمور التي يلزم معرفتها بشأن برامج الخدمات الاجتماعية" يحتوي على مزيد من المعلومات حول الأوضاع المقبولة لغير المواطنين. ويمكنك أيضاً الاتصال بمنطقة الخدمات الاجتماعية التابع لها لمزيد من المعلومات.

يجوز لأي فرد بالغ من أفراد الأسرة أو ممثل مفوض التوقيع على الإقرار نيابة عن كل أفراد الأسرة الذين يجددون الأهلية. على سبيل المثال، يجوز لولي أمر لا يتمتع بالمواطنة أو وضع مقبول لغير المواطنين التوقيع على الإقرار لابنه الذي يتمتع بالمواطنة أو وضع مقبول لغير المواطنين. إذا كان فرد من الأسرة يجدد الأهلية وعمره دون 18 عاماً (أو في عمر 18 عاماً أو أكبر ولكنه غير قادر على توقيع اسمه بسبب إعاقة طبية)، فيتعين على أحد أفراد أسرته بالغ 18 عاماً أو أكبر التوقيع نيابة عنه. وعند التوقيع نيابة عن فرد آخر من أسرتك، قم بتوقيع اسمك أنت. على سبيل المثال، السيدة ماري دوي عندما توقع نيابة عن طفلها جوني دوي، يجب أن توقع "ماري دوي".

يعنى تحديد المربع وتوقيع الإقرار أنك تقر وتشهد، بموجب عقوبة الأهلية الزور، أنك و/أو الشخص الذي توقع نيابة عنه مواطن أمريكي أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد أو غير مواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول لكل برنامج تجدد أنت أو هو الأهلية من أجله. في حالة عدم تحديد أحد المربعين أو عدم توفير رقم خدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية (USCIS) للشخص غير المواطن الذي يجدد الأهلية، قد لا يحصل ذلك الشخص على المساعدة.

منوع التوقيع على الإقرار نيابة عن نفسك أو أي شخص آخر ليس مواطن أمريكي أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد أو غير مواطن وليس له وضع هجرة مقبول. الشخص غير المواطن الذي ليس له وضع هجرة مقبول غير مؤهل للحصول على مزايا المساعدة العامة أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو برنامج الرعاية الصحية مديكيد (باستثناء خدمات مديكيد للمرأة الحامل أو علاج الحالات الطبية الطارئة). وقد يكون هذا الشخص أيضًا غير مؤهل لخدمات معينة (مثل الخدمات الحماية/ الوقاية للأطفال أو البالغين).

إننا قد نؤكد وضع عدم المواطنة لبعض أو كل أفراد الأسرة الذين يجددون الأهلية لبرنامج المساعدة العامة أو مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو برنامج الرعاية الصحية مديكيد من خلال إرسال المعلومات التي تقدمها إلينا إلى مصلحة خدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية. وقد تؤثر المعلومات التي تتلقاها من مصلحة خدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية على أهلية أسرتك للحصول على المزايا ومستوى المزايا.

## الصفحة 5 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم الحادي عشر: معلومات بخصوص الإحالة إلى وحدة إنفاذ مساندة الأطفال

لست بحاجة إلى ملء هذا القسم إذا كنت تجدد الأهلية فقط لبرنامج الرعاية الصحية مديكيد وأنك امرأة حامل أو وضعت خلال السنتين يومًا الماضية أو تجدد الأهلية لأطفال دون 21 عامًا فقط.

1. ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت تجدد الأهلية لأي شخص، بما فيهم أنت، دون عمر 21 عامًا وتمت ولادته من أم وأب غير متزوجين ولم تثبت بعد أبوته الشرعية.

2. ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت تجدد الأهلية لشخص، بما فيهم أنت، دون عمر 21 عامًا ويعيش الأم أو الأب على الأقل خارج المنزل.

في حالة وضع علامة (✓) أمام "لا" لكل من هذين السؤالين، تجاوز سائر القسم وانتقل إلى القسم الثاني عشر. لا داع من استكمال باقي القسم الحادي عشر. أما إذا وضعت علامة (✓) أمام "نعم" لأي أو كلا السؤالين، عليك استكمال باقي القسم الحادي عشر.

3. ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت دون 21 عامًا.

اقرأ بعناية البيان الذي يعقب السؤال الثالث واتصل بمنطقة الخدمات الاجتماعية إذا لم تفهمه.

اسم الفرد دون 21 عامًا: اكتب الاسم الأول والأوسط والأخير لكل شخص قمت له بتحديد "نعم" للسؤال الأول و/أو الثاني و/أو الثالث.

اسم وعنوان ولي الأمر غير الوصي أو الأب المفترض وتاريخ الميلاد ورقم الضمان الاجتماعي: إذا كان معلومًا، اكتب الاسم الأول والأوسط والأخير والعنوان وتاريخ الميلاد ورقم الضمان الاجتماعي لولي الأمر غير الوصي أو الأب المفترض لكل شخص حددت له "نعم" للسؤال الأول و/أو الثاني و/أو الثالث. "الأب المفترض" هو الرجل الذي قد يكون والد الطفل ولكنه لم يتزوج من والدة الطفل قبل ولادة الطفل ولم يثبت أنه الأب في دعوى قضائية أو من خلال إقرار الأبوة.



## الصفحة 6 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم الثاني عشر: إيداع الضرائب/ وضع الفرد المعال

اكتب المعلومات التالية لكل فرد يعيش في المنزل:

الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط والاسم الأخير: اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط والاسم الأخير لكل فرد يعيش في المنزل.

الحالة الضريبية: ضع علامة (✓) أمام الحالة الضريبية المناسبة لكل فرد يعيش في المنزل.

يرجى سرد أي أفراد معالين ومعافين من الضرائب لا يعيشون معك وقمت أنت أو أي فرد في أسرته بالمطالبة بأنهم معالين. إذا كنت لا تقم بإيداع الضرائب، يمكنك تجاوز هذه الأسئلة.

اسم الفرد المعال المعفي من الضرائب: اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط والاسم الأخير لكل فرد لا يعيش معك ولكن قمت أنت أو أحد يعيش معك في المنزل بمطالبة أنه فرد معال.

اسم الفرد المكلف بإيداع الضرائب: لكل فرد معال معفي من الضرائب وذكر اسمه، اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط والاسم الأخير للفرد الذي يعيش في المنزل ويطلب بأنه معال.

### القسم الثالث عشر: معلومات الزوج الغائب/ المتوفى

اسم الشخص الذي يجدد الأهلية: اكتب اسم أي شخص يجدد الأهلية متزوج/ كان متزوجًا ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي عنه شريك الحياة.

اسم شريك الحياة: اكتب اسم شريك الحياة لأي شخص متزوج/ كان متزوجًا يجدد الأهلية ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي عنه شريك الحياة.

تاريخ ميلاد شريك الحياة وتاريخ وفاة شريك الحياة، إن أمكن: اكتب الشهر واليوم وعام ميلاد ووفاة (إن أمكن) شريك الحياة لأي شخص متزوج/ كان متزوجًا يجدد الأهلية ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي عنه شريك الحياة.

رقم الضمان الاجتماعي لشريك الحياة: اكتب رقم الضمان الاجتماعي لشريك الحياة لأي شخص متزوج/ كان متزوجًا يجدد الأهلية ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي عنه شريك الحياة.

عنوان شريك الحياة، إن أمكن: اكتب عنوان الشارع والمدينة والمقاطعة والولاية والرمز البريدي الخاص بشريك الحياة لأي شخص متزوج يجدد الأهلية ولا يعيش معه شريك الحياة. وإذا كان غير معلومًا، اكتب آخر عنوان معلوم لشريك الحياة.

### القسم الرابع عشر: معلومات الطفل الغائب

اسم الشخص الذي يجدد الأهلية: اكتب اسم أي شخص يجدد الأهلية وله طفل دون 21 عامًا ولا يعيش معه.

اسم الطفل الغائب وتاريخ الميلاد: اكتب اسم وشهر ويوم وعام ميلاد أي طفل دون 21 عامًا ولا يعيش مع شخص يجدد الأهلية.

عنوان الطفل: اكتب عنوان الشارع والمدينة والمقاطعة والولاية والرمز البريدي لأي طفل حي يرزق دون 21 عامًا ولا يعيش مع شخص يجدد الأهلية..

هل ثبتت أبوته؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كانت ثبتت أبوة أي طفل دون 21 عامًا لا يعيش مع شخص يجدد الأهلية.

هل تدفع نفقة طفل؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كان يقوم الشخص الذي يجدد الأهلية بدفع نفقة لطفل دون 21 عامًا لا يعيش معه.

### القسم الخامس عشر: معلومات الأب/الأم في سن المراهقة

استكمل هذا القسم فقط إذا كنت تجدد الأهلية لبرنامج المساعدة العامة.

هل يوجد أب/أم دون 18 عامًا (أب/أم في سن المراهقة) في المنزل؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كان يوجد أي شخص يجدد الأهلية هو أب/أم دون 18 عامًا.

الاسم: اكتب اسم أي شخص يجدد الأهلية هو أب/أم دون 18 عامًا.

هل يعيش طفل الأب المراهق/الأم المراهقة في المنزل؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كان طفل الشخص الذي يجدد الأهلية ودون 18 عامًا يعيش معك.

اسم طفل الأب المراهق/ الأم المراهقة: اكتب اسم طفل الشخص الذي يجدد الأهلية ودون 18 عامًا.

## الصفحتان 7 و 8 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم السادس عشر: معلومات الدخل

الإفادة بإذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يتلقى أموالاً من أية جهة والشخص الذي يتلقى الأموال: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للسطور من 1 حتى 27 لبيان ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يتلقى أموالاً من أي من أنواع مصادر الدخل المسردة، ولكل إجابة بـ "نعم" اكتب اسم (أسماء) الشخص (الأشخاص) المتلقي للأموال.

المبلغ/ القيمة وعدد المرات: لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب المبلغ بالدولار أو القيمة وعدد مرات حصول كل شخص على هذا النوع من الدخل. على سبيل المثال، إذا كنت تحصل على 100 دولار كل أسبوع من خلال مزايا تأمين البطالة، اكتب 100 دولار في الأسبوع.

مزايا دخل الضمان التكميلي (SSI) (إجمالي المبلغ الخاص بالولاية والفيديرالي): إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يحصل على مزايا البرنامج التكميلي لولاية نيويورك (SSP) بالإضافة إلى مزايا دخل الضمان التكميلي (SSI)، اجمع المبلغين وأدخل المجموع في عمود المبلغ/ القيمة وعدد المرات الخاص بمزايا دخل الضمان التكميلي في السطر الثاني. إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يحصل على مزايا البرنامج التكميلي لولاية نيويورك فقط، أدخل هذا المبلغ في عمود المبلغ/ القيمة وعدد المرات الخاص بمزايا دخل الضمان التكميلي على السطر الثاني.

مدفوعات رعاية التبني (المستلمة): إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يحصل على مدفوعات رعاية التبني، أدخل هذا المبلغ في عمود المبلغ/ القيمة وعدد المرات الخاص بمدفوعات رعاية التبني على السطر السابع عشر. إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يحصل على مدفوعات رعاية التبني نظير كفالة طفل أو بالغ وتقوم بتجديد الأهلية للحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية، أمامك خياران: يمكن اختيار تضمين مدفوعات كفالة طفل أو بالغ ومدفوعات رعاية التبني في أفراد الأسرة الحاصلين على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو يمكن اختيار عدم تضمين مدفوعات كفالة طفل أو بالغ ومدفوعات رعاية التبني في أفراد الأسرة الحاصلين على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية. استفسر من منطقة الخدمات الاجتماعية عن الخيار الذي يوفر مزيد من مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية.

مدفوعات نفقة الطفل (المستلمة): إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يحصل على مدفوعات نفقة الطفل، اكتب اسم الشخص الذي يدفع نفقة الطفل بعد "يتم الحصول عليها من" في السطر 18.

مصادر دخل أخرى: اذكر أي أموال أخرى تحصل عليها أنت أو أي فرد يعيش معك بما في ذلك الأشخاص الذي يحصلون على الأموال ومقدار الأموال وعدد مرات حصولهم عليها.

التخفيضات والأشخاص والمبلغ/ القيمة وعدد المرات: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للسطور من 1 حتى 15 لبيان ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيطالب بأي من التخفيضات الضريبية الفيدرالية المسردة على عائد ضريبة الدخل للعام الحالي. لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب اسم (أسماء) الشخص (الأشخاص) الذي سيطالب بالتخفيضات، والمبلغ أو القيمة وعدد مرات المصروفات التي ستتم المطالبة به على عائد ضريبة الدخل.

تعديلات أخرى: اذكر أي تخفيضات ضريبية فيدرالية أخرى سوف تطالب أنت أو أي فرد يعيش معك بها على عائد ضريبة الدخل للعام الحالي، بما في ذلك الشخص الذي سيطالب بالتخفيضات والمبلغ أو القيمة وعدد مرات المصروفات التي ستتم المطالبة به على عائد ضريبة الدخل.

### القسم السابع عشر: معلومات زوج الأم/زوجة الأب/كفيل شخص غير مواطن يتمتع بوضع هجرة مقبول

هل لدى زوج الأم/ زوجة الأب لأي من الأطفال الذين يعيشون معك أي موارد دخل أو يتلقى دخلاً من أي نوع ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كان أي فرد يجدد الأهلية، بمن فيهم أنت، لديه زوج أم/ زوجة أب لا تعيش معك ولديها موارد مالية أو تتلقى أموالاً من أي مصدر. (إذا كان زوج الأم/ زوجة الأب تعيش معك، يجب تضمين موارد/ دخل زوج الأم/ زوجة الأب في القسم 16، معلومات الدخل). إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، اكتب اسم زوج الأم/ زوجة الأب.

هل أي فرد من أهل بيتك غير مواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول وتمت كفالاته لدخول الولايات المتحدة، ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي فرد من أهل بيتك غير مواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول ودخل الولايات المتحدة تحت كفالة شخص ما. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، اكتب اسم الشخص غير المواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول.

اسم الكفيل والعنوان ورقم الهاتف: إذا اخترت "نعم" أعلاه، اكتب اسم الشخص الذي قدم لك أو أي فرد من أهل بيتك الكفالة لدخول الولايات المتحدة وعنوان الكفيل ورقم هاتفه.

## الصفحتان 9 و 10 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم الثامن عشر: معلومات الوظيفة

استكمل هذا القسم لشخصك ولكل من يعيش معك. إذا كان لديك وظيفة، ربما لا تزال مؤهلاً للحصول على المساعدة. ولأغراض هذا القسم، "سن العمل" تعني 18 عاماً أو أكبر، أو 16 عاماً أو أكبر لغير المتعلم.

إنني في الوقت الراهن: ضع علامة (✓) أمام "الدي وظيفة" أو "الدي عمل حر" أو "عاطل" لبيان ما إذا كنت تعمل، وإذا كان الأمر كذلك بيان ما إذا كنت تعمل عملاً حرًا أم لصالح شخص آخر.

إجمالي الدخل: اكتب مبلغ الأجر قبل الضرائب في الأسبوع أو كل أسبوعين أو شهريًا (وليس في العام) إن أمكن. مع كتابة كل الأجر والرواتب ومبلغ الوقت الإضافي والعمولات والإكراميات.

ساعات العمل في الشهر: اكتب عدد الساعات التي تعملها كل شهر إن أمكن.

استلام الأجر: ضع علامة (✓) أمام "أسبوعيًا" أو "كل أسبوعين" أو "شهريًا" لبيان عدد مرات حصولك على الأجر، إن أمكن.

يوم استلام الأجر في الأسبوع: اكتب يوم الأسبوع الذي تستلم فيه الأجر، إن أمكن.

اسم صاحب العمل والعنوان ورقم الهاتف: اكتب اسم صاحب العمل وعنوانه ورقم هاتفه إن أمكن. اكتب "حر"، وعنوان نشاطك ورقم الهاتف إذا كنت تعمل عملاً حرًا.

هل يوجد أي فرد آخر يعيش معك حاليًا لديه وظيفة أو عمل حر، ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "لديه وظيفة" أو "عمل حر" إذا كان يوجد أي فرد يعيش معك يعمل، واطب اسمه.

إجمالي الدخل وساعات العمل في الشهر واستلام الأجر ويوم استلام الأجر في الأسبوع واسم صاحب العمل والعنوان ورقم الهاتف: استكمل لأي شخص يعيش معك ويعمل طبقاً للتوجيهات المذكورة أعلاه.

هل متوفر تأمين صحي من خلال صاحب العمل؟: إذا كنت تعمل بوظيفة، ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا متوفر لديك غطاء تأميني صحي من خلال صاحب العمل.

هل لدى أي فرد يعيش معك تأمين صحي من خلال صاحب العمل ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كان يوجد أي فرد يعيش معك لديه غطاء تأميني صحي من خلال صاحب العمل، وإذا كان الأمر كذلك اكتب اسمه.

اسم شركة التأمين: اكتب اسم شركة التأمين الصحي و/أو شركة التأمين الصحي التابع لها أي شخص يعيش معك، إن أمكن.

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بنفقات رعاية طفل أو معال بسبب الوظيفة ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك مكلف بنفقات رعاية طفل أو معال (على سبيل المثال، لأحد الوالدين المسنين) بسبب الوظيفة و اكتب اسم الشخص المكلف بهذه النفقات.

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بنفقات أخرى تتعلق بالوظيفة ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك مكلف بنفقات تتعلق بالوظيفة (على سبيل المثال، المواصلات والزي الرسمي). إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمه.

إذا لم تكن موظفًا، فمتى كانت آخر مرة كنت فيها أو أي شخص يعيش معك موظفًا؟ ومن هو ومتى وأين؟: إذا كنت أنت أو أي شخص في سن العمل يعيش معك عاطلاً، فاكتب اسمك/اسمه (أسماءهم) وتاريخ (تواريخ) آخر عمل لك/له ومكان عملك/عمله.

لماذا توقفت (أو توقفوا) عن العمل؟: اكتب السبب (الأسباب) التي جعلتك أنت أو أي شخص في سن العمل يعيش معك عاطلاً.

هل رفعت أنت أو أي شخص يعيش معك دعوى بسبب البطالة؟ ومن هو ومتى وما هي حالة رفع الدعوى؟: إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك عاطلاً، فضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت/ هو رفع دعوى بسبب البطالة. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، اكتب اسمك/ اسمه ومتى رفعت أنت/ هو دعوى بسبب البطالة وحالة رفع الدعوى.

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مشترك في إضراب ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك مشترك في إضراب (أي متوقف عن العمل احتجاجاً على قرار أو ممارسات صاحب العمل)، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمك/ اسمه.

متى بدأ الإضراب: إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك مشترك في إضراب، اكتب تاريخ ذهابك/ ذهابه للإضراب.

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مهاجر أو مزارع موسمي ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك تسافر إلى مزارع مختلفة للعمل أو تعمل بالمزرعة فقط أثناء موسم الزراعة، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمك/ اسمه.

هل أنت أو أي بالغ آخر يعيش معك يعاني من حالات طبية تحد من قدرته على العمل أو نوع العمل الذي يمكن تأديته ومن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص في سن العمل يعيش معك يعاني من أية حالة تمنعك / تمنعه من العمل بنظام الدوام الكامل أو من تأدية أنواع عمل معينة، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمك/ اسمه.

**اذكر القيود:** إذا كنت أنت أو أي شخص في سن العمل يعيش معك يعاني من أية حالة تمنعك / تمنعه من العمل بنظام الدوام الكامل أو من تأدية أنواع عمل معينة، اشرح أوجه القيود التي تعاني أنت / هو منها.

هل تستطيع قبول وظيفة اليوم، وإذا لم تستطع، لماذا؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت تستطيع العمل بوظيفة اليوم إذا كانت متاحة لك، وإذا كانت الإجابة بالنفي، اشرح السبب.

ما نوع العمل الذي تفضل تأديته؟: ما نوع الوظيفة التي تستمتع بتأديتها؟

## الصفحة 11 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم التاسع عشر: التعليم/التدريب

ما أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه؟: ضع علامة (✓) أمام الوصف المطابق لعدد سنوات التعلم التي استكملتها.

إذا كان الأمر كذلك، آخر مؤهل حصلت عليه؟: إذا لم تحصل على الثانوية العامة، اكتب آخر مؤهل دراسي حصلت عليه.

هل حصل أي فرد آخر في أهل بيتك على دبلوم الثانوية العامة أو دبلوم عام مكافئ لها (GED) أو استكمال الثانوية لتقييم الاختبارات (TM-TASC) أو مؤهل عالي، من هو وما الدرجة العلمية التي حصل عليها وتاريخ حصوله عليها؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كان حصل أي فرد آخر يعيش معك على دبلوم الثانوية العامة أو دبلوم عام مكافئ لها (GED) أو استكمال الثانوية لتقييم الاختبارات (TM-TASC) أو مؤهل عالي. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم ذلك الشخص والدرجة العلمية التي حصل عليها وتاريخ حصوله عليها.

استكمل الأسئلة التالية لك وأي فرد يعيش معك يجدد الأهلية للحصول على المساعدة.

هل يوجد أحد مشترك أو كان مشتركاً في برنامج تدريبي خلال 12 شهراً الماضية، من هو وأين وما هو البرنامج وتواريخ الاشتراك وتواريخ الانتهاء؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك ويجدد الأهلية للحصول على المساعدة قد اشترك في برنامج تدريبي للحصول على وظيفة خلال 12 شهراً الماضية، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، اكتب اسم ذلك الشخص ومكان حضور برنامج التدريب واسم البرنامج أو نوعية البرنامج وتواريخ حضور البرنامج وانتهائه.

هل يوجد شخص في سن 16 عاماً أو أكبر ويذهب للمدرسة أو الكلية، من هو وأين؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك ويجدد الأهلية للحصول على المساعدة أو يحصل على المساعدة بالفعل في سن 16 عاماً أو أكبر ويذهب إلى المدرسة أو الكلية، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، اكتب اسم ذلك الشخص واسم المدرسة أو الكلية التي يذهب إليها.

هل يوجد من يحصل على بدل تدريب، من هو وما المبلغ؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك ويجدد الأهلية للحصول على المساعدة أو يحصل على المساعدة بالفعل يحصل على بدل تدريب. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم ذلك الشخص (الأشخاص) ومبلغ الأموال التي يحصل عليها.

هل يحصل على منح دراسية أو قروض للتعليم، من هو وما المبلغ؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك ويجدد الأهلية للحصول على المساعدة أو يحصل على المساعدة بالفعل يحصل على منح دراسية أو قروض للتعليم. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم ذلك الشخص (الأشخاص) ومبلغ الأموال التي يحصل عليها.

هل يوجد شخص دون سن 16 عاماً ويذهب للمدرسة، من هو وما هي المدرسة؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك ويجدد الأهلية للحصول على المساعدة أو يحصل على المساعدة بالفعل دون سن 16 عاماً، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، اكتب اسم (أسماء) ذلك الشخص (الأشخاص) واسم المدرسة (المدارس).

## الصفحة 12 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم العشرون: معلومات الموارد المالية

إذا كنت تجدد الأهلية فقط من أجل الحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية، فلا داع من بيان ما إذا كان لديك تأمين على الحياة أم لا.

الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يجدد الأهلية: للسطور من 1 حتى 23، ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك ويجدد الأهلية للحصول على المساعدة لديه أي من الموارد المالية المسردة.

الشخص: لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب اسم (أسماء) الشخص (الأشخاص) الذي لديه موارد.

إذا كان الأمر كذلك، المبلغ/القيمة: لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب المبلغ بالدولار أو قيمة الموارد. واحرص على سرد أي ممتلكات مشتركة (موارد تخص فردين أو أكثر، مثل حسابات مصرفية مشتركة). وعلى أي فرد يجدد الأهلية للحصول على المساعدة العامة أو برنامج الرعاية الصحية مديكيد تضمين الموارد الخاصة بذويهم المسؤولين ومسؤولية قانونية. فهم الأشخاص المكلفين بحكم القانون بالإففاق عليك أو على أي شخص يجدد الأهلية مثل الزوج/الزوجة أو الأب/ الأم أو زوجة الأب/زوج الأم، إذا كنت دون سن 21 عامًا، الذي يعيش معك أو أي فرد يجدد الأهلية.

يمتلك أو مسجل باسمه سيارة (سيارات) أو مركبات أخرى، ما هو العام والماركة/الموديل وأخرى: إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك ويجدد الأهلية يمتلك سيارة أو مركبة أخرى، اكتب العام والماركة والموديل لكل مركبة في السطر 6. اذكر الموارد، مثل المقطورات وعربات الثلوج والقوارب بعد "أخرى" في السطر 6.

لديه موارد أخرى بخلاف المسردة أعلاه: من المهم للغاية إعلام منطقة الخدمات الاجتماعية التابع لها على الفور في حالة الحصول أو توقع الحصول على أموال من دفعة إجمالية. دفعة المال الإجمالية عبارة عن مدفوعات مرة واحدة مثل تسوية التأمين أو ميراث أو حكم بحصول على أموال نتيجة قضية قضائية أو ربح اليانصيب. راجع LDSS-4148A، "الكتيب الأول: الأمور التي تلزم معرفتها بشأن حقوقك ومسؤولياتك"، لمزيد من المعلومات حول دفعات الأموال الإجمالية.

هل سبق لأي شخص . . . إنشاء أمانة استثمار في الماضي أو نقل إدارة أي أصل إلى أمانة الاستثمار في غضون 60 شهرًا الماضية؟: إذا قمت أنت أو شريك حياتك بنقل أو تنازل عن أية أصول في غضون 36 شهرًا (60 شهرًا لعمليات النقل إلى أمانة الاستثمار) قبل اليوم الأول من الشهر الذي تتلقى فيه خدمات دار الرعاية وقمت بإرسال طلب الحصول على مزايا برنامج الرعاية الصحية مديكيد، قد لا تكون مؤهلاً للحصول على خدمات دار الرعاية أو خدمات في المنزل أو المجتمع بموجب برنامج مديكيد.

إذا قمت أنت أو أي شخص يتقدم بطلب أو شريك حياتك أو شريك أي فرد يتقدم بطلب (حتى لو شريك الحياة لم يتقدم بطلب أو يعيش في المنزل)، بإنشاء أمانة استثمار أو وضع أي أموال في أمانة الاستثمار خلال خمسة أعوام الماضية، اكتب تاريخ إنشاء أمانة الاستثمار أو وضع الأموال في أمانة الاستثمار على السطر 23.

## الصفحات من 13 حتى 15 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم الحادي والعشرون: معلومات طبية

الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يجدد الأهلية يسري عليه الموقف، وإذا كان الأمر كذلك، من هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كان أي من المواقف المسردة تسري عليك أو أي شخص يعيش معك ويجدد الأهلية للحصول على المساعدة، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، اكتب اسم الشخص الذي يسري عليه الموقف. واحرص على سرد كل أنواع التأمين الصحي وتأمين المستشفى/الحوادث التي تغطي بها أو متوفرة لأي شخص يجدد الأهلية.

سداد أو عدم سداد الفواتير الطبية خلال 3 أشهر التي تسبق شهر تجديد الأهلية: قد يستطيع برنامج مديكيد سداد قيمة الفواتير الطبية الخاصة بالرعاية المقدمة لك خلال ثلاثة أشهر قبل الشهر الذي تتقدم فيه بطلب الحصول على المساعدة. وإذا قمت بالفعل بسداد الفاتورة، قد نستطيع دفع قيمة الفاتورة لك في حالة تقرير أهلك لمزايا برنامج مديكيد في ذلك الوقت. وقد نستطيع دفع القيمة لك في حالة عدم قبول الطبيب أو مقدم الرعاية الآخر برنامج مديكيد، ولكن نستطيع فقط سداد المبلغ الذي كان يتم دفعه بواسطة مديكيد فقط إذا كانت الفاتورة خاصة بخدمات تخضع لتغطية مديكيد.

**الحمل:** إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يجدد الأهلية امرأة حامل، اكتب التاريخ المستحق ورقم الأطفال المتوقع ولادتهم في السطر 14.

**اختيار النظام الصحي:** أكمل هذا القسم لكل شخص يجدد الأهلية لبرنامج مديكيد. مطلوب من أغلب الأفراد المقيدين في برنامج مديكيد 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 بخط المساعدة الخاص باختيار الرعاية المدارة من مديكيد على الرقم 1-800-505-5678.

**اسم النظام المقيّد فيه:** اكتب اسم النظام (الأنظمة) الصحي الذي يرغب أي فرد يجدد الأهلية لبرنامج مديكيد التقييد فيه. وإذا كنت لا تعرف الأنظمة الصحية المتاحة لك، استفسر من منطقة الخدمات الاجتماعية.

**الاسم الأخير والاسم الأول:** اكتب الاسم الأخير والاسم الأول لكل شخص يجدد الأهلية لبرنامج مديكيد.

**تاريخ الميلاد:** اكتب الشهر مؤلف من رقمين واليوم مؤلف من رقمين والعام مؤلف من رقمين لتاريخ الميلاد لكل شخص يجدد الأهلية لبرنامج مديكيد.

**النوع:** اكتب "M" للذكور أو "F" للإناث لبيان نوع كل شخص يجدد الأهلية لبرنامج مديكيد.

**رقم التعريف (من بطاقة مديكيد إذا كانت لديك بطاقة):** عند تجديد الأهلية لبرنامج مديكيد، اكتب هنا رقم التعريف على بطاقة مديكيد.

**رقم الضمان الاجتماعي:** اكتب رقم "الضمان الاجتماعي" لكل شخص يجدد الأهلية لبرنامج مديكيد. وهذا الأمر اختياري إذا كان الشخص امرأة حامل.

**موفر الرعاية الأساسي أو مركز صحي (حدد المربع إذا كان الموفر الحالي):** اكتب اسم موفر الرعاية الصحية الأساسي (أي ممارس عام أو طبيب الأسرة) أو المركز الصحي الذي يرغب أي فرد يجدد الأهلية لبرنامج مديكيد استخدامه. وإذا كان هذا هو الموفر أو المركز الذي يستخدمه الشخص بالفعل، ضع علامة (✓) في المربع. ويجب التأكد من قبول موفر الرعاية أو المركز لبرنامج مديكيد قبل تلقي الرعاية الصحية.

**اسم ورقم هوية إحصائي التوليد/طبيب النسا (حدد المربع إذا كان الموفر الحالي):** إذا كان أي شخص يجدد الأهلية لبرنامج مديكيد بحاجة إلى خدمات ورعاية إحصائي التوليد/ طبيب النسا، اكتب اسم مقدم طلب الحصول على خدمات إحصائي التوليد/طبيب نسا الذي يرغب في زيارته. وإذا كان مقدم الطلب يزور إحصائي التوليد/ طبيب النسا هذا بالفعل، ضع علامة (✓) في المربع. ويجب التأكد من قبول موفر الرعاية أو المركز لبرنامج مديكيد قبل تلقي الرعاية الصحية.

ويجب التأكد من قبول الطبيب أو موفر الرعاية الذي تزوره لبرنامج مديكيد قبل تلقي الرعاية الصحية.

### القسم الثاني والعشرون: معلومات المسكن

**ما اسم صاحب العقار وعنوانه ورقم هاتفه؟** إذا كان لديك صاحب عقار، اكتب اسم صاحب العقار وعنوانه ورقم هاتفه.

**هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بنفقات الإيجار أو الرهن العقاري أو نفقات أخرى متعلقة بالمسكن؟** ضع (✓) حول "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يدفع إيجار أو رهن عقاري أو نفقات مسكن (مثلاً الغرفة والإقامة)، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب المبلغ الذي تدفعه أنت/ هو في الشهر. إذا كنت مكلف بسداد رهن عقاري، اكتب مبلغ الضرائب العقارية وتأمين المالك (شاملاً تأمين ضد الحريق).

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بسداد فاتورة التدفئة بصورة منفصلة عن الإيجار أو نفقات المسكن الأخرى؟: ضع (✓) حول "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يدفع فاتورة التدفئة بصورة منفصلة عن الإيجار أو الرهن العقاري أو نفقات المسكن الأخرى، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب المبلغ الذي تدفعه أنت/ هو في الشهر.

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بالنفقات التالية بصورة منفصلة عن الإيجار أو نفقات المسكن الأخرى؟: للسطور من 1 حتى 8، ضع (✓) حول "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يدفع أي من النفقات المسردة بصورة منفصلة عن الإيجار أو الرهن العقاري أو نفقات المسكن الأخرى، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب المبلغ الذي تدفعه أنت/ هو في الشهر. وبالنسبة للأسئلة في السطور من 9 حتى 11، ضع علامة (✓) حول "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يجدد الأهلية ويعيش معك تنطبق عليه هذه الترتيبات.

### القسم الثالث والعشرون: نفقات أخرى

الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يجدد الأهلية يسري عليه الموقف، وإذا كان الأمر كذلك، المبلغ: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك ويرغب في تجديد الأهلية يسدد أي من المدفوعات المسردة أو مكلف بأية نفقات غير مسردة على السطور من 1 حتى 6. على السطر 6 حدد أي نفقات غير مسردة. ولكل إجابة بـ "نعم"، اكتب مبلغ المدفوعات أو النفقات وعدد مرات سدادها (مثلاً 100 دولار لكل أسبوع).

هل أنت أو أي فرد يعيش معك يجدد الأهلية في ذمته أربعة أشهر على الأقل من نفقة طفل دون سن 21 عاماً: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك ويجدد الأهلية في ذمته أربعة أشهر أو أكثر من نفقة الأطفال.

## الصفحة 16 من نموذج تجديد الأهلية

### القسم الرابع والعشرون: معلومات أخرى

هل أنت تشتري أو تنوي شراء وجبات من خدمات توصيل الطلبات للمنازل أو تقديم الطعام الجماعي؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يجدد الأهلية يقوم حالياً بشراء أو ينوي شراء وجبات من خدمات توصيل الطلبات للمنازل أو خدمات تقديم الطعام الجماعي (مثلاً كافتيريا في العقار الذي تسكن فيه).

هل أنت قادر على الطهي أو تحضير الوجبات في المنزل؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كان لديك مكان بالمنزل تستطيع الطهي فيه.

لأغراض الأسئلة على السطور من 10 حتى 12، تعني العسكرية الأمريكية:

- الجيش الأمريكي
- البحرية الأمريكية
- خفر السواحل الأمريكية
- قوات المارينز الأمريكية
- القوات الجوية الأمريكية
- البحرية التجارية الأمريكية أثناء الحرب العالمية الثانية

هل سبق لك أو أي شخص في أهل بيتك الانضمام إلى العسكرية الأمريكية، ومن هو؟: ضع (✓) حول "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كان سبق لك أو أي شخص يعيش معك الانضمام إلى أي من الفروع العسكرية المسردة اعلاه، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمه.

هل سبق لشريك حياتك الانضمام إلى العسكرية الأمريكية؟: ضع (✓) حول "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كان سبق لشريك حياتك الانضمام إلى أي من الفروع العسكرية المسردة اعلاه.



هل يوجد أي شخص في أهل بيتك معال على شخص سبق له الانضمام أو منضم حالياً إلى العسكرية الأمريكية، ومن هو؟: ضع (✓) حول "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك معتمد مالياً على شخص منضم أو سبق له الانضمام إلى أي من الفروع العسكرية المسردة اعلاه، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم الشخص المعال.

الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يجدد الأهلية يسري عليه الموقف ومن هو: ضع علامة (✓) حول "نعم" أو "لا" لبيان ما إذا كانت المواقف المشروحة في الأسئلة التسع التالية تسري عليك أو أي شخص يعيش معك، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، اكتب اسم الشخص الذي يسري عليه الموقف. وإذا لم تفهم هذه الأسئلة، اطلب من منطقة الخدمات الاجتماعية أن تشرحها لك. يرجى التنويه إلى أن قانون ولاية نيويورك ينص على غرامة أو السجن أو كلاهما للشخص الذي يثبت أنه مذنب في جريمة الحصول على المساعدة العامة أو برنامج مديكيد أو مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو مساعدة رعاية الأطفال أو الخدمات عن طريق إخفاء حقائق أو عدم إخبار الحقيقة.

حالة نقل ملكية العقار: ضع علامة (✓) في مربع "فعلت" أو مربع "لم أفعل" لبيان ما إذا كنت أنت أو أي شخص يجدد الأهلية قام ببيع أو نقل ملكية أو تنازل عن أي عقار من أجل الحصول على المساعدة العامة أو مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية. يرجى التنويه إلى أن قانون ولاية نيويورك ينص على غرامة أو السجن أو كلاهما للشخص الذي يثبت أنه مذنب في جريمة الحصول على المساعدة العامة أو برنامج مديكيد أو مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو مساعدة رعاية الأطفال أو الخدمات عن طريق إخفاء حقائق أو عدم إخبار الحقيقة.

## الصفحات من 17 حتى 23 من نموذج تجديد الأهلية

### الإشعارات والتفويضات والتنازلات والموافقات

اقرأ كل المعلومات الواردة في هذا القسم بعناية أو اطلب من شخص آخر يقرأها لك. يحتوي هذا القسم على معلومات هامة بشأن حقوقك ومسؤولياتك المتعلقة بالحصول على المساعدات فضلاً عن العقوبات التي قد تتعرض لها (مثلاً الغرامة و/أو السجن) في حالة عدم الوفاء بمسؤولياتك الواردة في هذا القسم. ومن خلال توقيعك على نموذج تجديد الأهلية وإرساله، إنك تفيد استيعابك وموافقتك على البيانات المذكورة في هذا القسم.

الممثل المفوض للحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية: إذا كنت تريد قيام شخص بتجديد الأهلية للحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية نيابة عنك/أو تريد شخص لا يعيش معك الحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية نيابةً عن و/أو استخدامها لشراء الطعام لك، اكتب اسم ذلك الشخص وعنوانه ورقم هاتفه في المربع. فهذا الشخص يعد "الممثل المفوض". وعلى الممثل المفوض التوقيع مع كتابة التاريخ في قسم التوقيع في نهاية نموذج تجديد الأهلية. وإذا كان أهل بيتك لا يعيشون في أي مرفق، على أي فرد بالغ مسؤول من أهلك التوقيع على نموذج تجديد الأهلية مع كتابة التاريخ، ما لم يعين أهل بيتك الممثل المفوض للقيام بهذا خطياً.

نشر المعلومات الطبية: ضع علامة (✓) أمام "ممنوع كشف معلومات فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز"، و/أو "ممنوع كشف معلومات الصحة العقلية" و/أو "ممنوع كشف معلومات تعاطي المخدرات والكحول" في حالة عدم موافقتك على كشف هذه المعلومات الطبية بشأنك و/أو بشأن أعضاء الأسرة الذين يجددون الأهلية حسبما يسمح به القانون.

قسم التوقيع: اقرأ هذا القسم بعناية أو اطلب من شخص آخر يقرأه لك. قانون ولاية نيويورك ينص على غرامة أو السجن أو كلاهما للشخص الذي يثبت أنه مذنب في جريمة الحصول على المساعدة العامة أو برنامج مديكيد أو مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو مساعدة رعاية الأطفال أو الخدمات عن طريق إخفاء حقائق أو عدم إخبار الحقيقة. ومن خلال توقيعك على نموذج تجديد الأهلية وإرساله، إنك تفيد استيعابك وموافقتك على البيانات المذكورة في هذا القسم وتفيد استيفاء وصحة كل المعلومات المقدمة على نموذج تجديد الأهلية هذا أو سوف تقدمها إلى منطقة الخدمات الاجتماعية في المستقبل حسب علمك.

توقيع مقدم الطلب وكتابة تاريخ: قم بتوقيع اسمك مع كتابة التاريخ على نموذج تجديد الأهلية، ما لم تعين الممثل المفوض للحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية على نموذج تجديد الأهلية وأنت تعيش في مؤسسة، وفي هذه الحالة يجوز للممثل المفوض التوقيع مع كتابة التاريخ على نموذج تجديد الأهلية. وإذا كنت لا تقم في مؤسسة، على كل من أنت والممثل المفوض التوقيع على نموذج تجديد الأهلية مع كتابة التاريخ، ما لم تعين من قبل الممثل المفوض لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية للقيام بهذا خطياً. إذا قمت بملء نموذج تجديد الأهلية نيابة عن شخص آخر، قم بتوقيع اسمك، وليس اسم الشخص الذي تمثله، واكتب التاريخ الذي وقعت فيه.

**توقيع شريك الحياة أو الممثل الحارس وكتابة تاريخ:** إذا كنت متزوجًا وتجدد الأهلية للحصول على المساعدة العامة أو برنامج مديكيد، على شريك حياتك التوقيع وكتابة التاريخ على نموذج تجديد الأهلية. إذا كنت متزوجًا وتجدد الأهلية للحصول فقط على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية، على الزوج أو الزوجة فقط التوقيع وكتابة التاريخ على نموذج تجديد الأهلية. وإذا كان لديك ممثل حارس، على ذلك الشخص التوقيع مع كتابة التاريخ على نموذج تجديد الأهلية.

**توقيع الممثل المفوض وكتابة التاريخ:** إذا قمت بتعيين ممثل مفوض للحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية على نموذج تجديد الأهلية، على ذلك الشخص التوقيع مع كتابة التاريخ على نموذج تجديد الأهلية.

**إنني أطلب إغلاق حالتي:** لا تحدد أي مربع من هذه المربعات أو التوقيع أو كتابة التاريخ على هذا القسم إذا كنت تريد إرسال تجديد الأهلية. فقط ضع علامة على هذا القسم إذا كنت تريد إغلاق ملفك الخاص بأحد البرامج أو أكثر. لطلب إغلاق ملفك، ضع علامة (✓) في المربع بجوار ذلك البرنامج وقم بالتوقيع وكتابة التاريخ في المكان المبين. ويرجى ذكر سبب هذا الطلب.

**نموذج تسجيل المصوت:** الصفحتان الأخيرتان في نموذج تجديد الأهلية عبارة عن نموذج تسجيل المصوت. إن استخدام النموذج لتسجيل أو رفض تسجيل التصويت لن يؤثر على القرار المتخذ بشأن تجديد شهادة الحصول على المزايا أو مبلغ المساعدة الذي تتلقاه. إذا كنت تريد مساعدة في ملء نموذج تسجيل المصوت، اطلبها من منطقة الخدمات الاجتماعية.

إثبات هذا العامل، قدم أيًا من:	عامل الأهلية	الأغراض المعلوماتية	
		متطلبات التوثيق	
<p>بطاقة التأمين الاجتماعي مراسلات رسمية من إدارة الضمان الاجتماعي رقم الضمان الاجتماعي ليس مطلوبًا لغير المواطنين الذين يطلبون برنامج Medicaid للعلاج فقط أو عندما يكون مقدم طلب برنامج Medicaid فقط سيدة حامل.</p> <p>شهادة ميلاد شهادة معمودية سجلات المستشفى جواز سفر أمريكي سجلات الخدمة العسكرية شهادة تجنس وثائق من مصلحة خدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية دليل على الإقامة المستمرة بالولايات المتحدة قبل تاريخ 7/2/11.</p>	<p><b>رقم الضمان الاجتماعي</b> (للمعونة العامة ومخصصات برنامج المعونة وبرنامج Medicaid فقط، لا يتعين عليك تقديم إثبات رقم الضمان الاجتماعي (SSN) ما لم يتطابق رقم الضمان الاجتماعي الذي تقدمه مع سجلات إدارة الضمان الاجتماعي أو لا يمكن التحقق منه عن طريق الوكالة).</p> <p><b>حالة المواطنة أو عدم المواطنة الحالية - مواطنو الولايات المتحدة مؤهلون للمعونة العامة، أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية أو برنامج Medicaid.</b> يجب أن يتمتع غير المواطنين في حالة الهجرة المقبول ليكونوا مؤهلين للمعونة العامة أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية أو برنامج Medicaid. حالة الهجرة ليست عامل أهلية للنساء الحوامل أو الأطفال المهاجرين لبرنامج Child Health Plus B. المهاجرون غير الشرعيين وغير المهاجرين المؤقتين مؤهلين فقط للحصول على علاج حالة طبية طارئة.</p>	<p><b>إثبات هذا العامل، قدم:</b> <b>أيًا مما يلي أو</b></p> <p>اثان مما يلي (إذا كنت ستقدم طلبًا للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو برنامج Medicaid فقط، يجب عليك إحضار نموذج واحد فقط لكل عامل أهلية متحقق).</p>	<p>القائمة التالية لعوامل الأهلية ومتطلبات التوثيق لأغراض معلوماتية فقط. ستخبرك دائرة الخدمات الاجتماعية أيًا من عوامل الأهلية ستكون مطلوب إثباتها. قد يُطلب منك أن تثبت عوامل الأهلية الأخرى غير المدرجة أدناه. وقد تكون قادرًا على تقديم وثائق غير مدرجة أدناه لإثبات متطلبات هذه الأهلية. إذا كان لديك أية أسئلة تتعلق بمتطلبات التوثيق، يُرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية التي تتبعها.</p>
<p>مفردات المرتب الحالي أظرف الرواتب على ورقة ذات رأس، الأجر في الساعة؛ ساعات العمل أسبوعيًا؛ وتاريخ أول أجر، إذا كنت جديدًا ورقم هاتف صاحب العمل الاتصال بصاحب العمل</p> <p>شركة صاحب العمل سجلات الضرائب سجلات ومصرفات العمل الحر عائد ضريبة الدخل الحالية شيك ائتمان حالي بيان من مستأجر غرفة عندك، جار أو مؤجر</p> <p>السجلات الضريبية للدخل</p>	<p><b>الدخل المكتسب</b> <input type="checkbox"/> من صاحب العمل <input type="checkbox"/> من عمل حر <input type="checkbox"/> دخل من إيجار أو غرفة/مكان إقامة</p>	<p>بيان من شخص آخر رقم ضمان اجتماعي مصدق عليه شهادة ميلاد/معمودية</p>	<p><b>الهوية</b> <input type="checkbox"/> الهوية يجب عليك أن تثبت هويتك. <b>الحالة الاجتماعية</b> يجب عليك إثبات أنك متزوج، مطلق، منفصل أم أرمل.</p>
<p>شيك ائتمان حالي بيان من مستأجر غرفة عندك، جار أو مؤجر</p> <p>السجلات الضريبية للدخل</p>	<p><b>الدخل غير المكتسب</b> <input type="checkbox"/> نفقة الطفل <input type="checkbox"/> مخصصات تأمين البطالة (UIB) <input type="checkbox"/> مخصصات الضمان الاجتماعي (بما في ذلك دخل الضمان التكميلي) <input type="checkbox"/> مخصصات المحاربين القدامى</p>	<p>بيان من شخص آخر رقم ضمان اجتماعي مصدق شهادة ميلاد/معمودية بيان من رجل دين سجلات تعداد إشعار صحيفة بيان من شخص آخر بيان من شخص آخر البريد الحالي السجلات المدرسية</p>	<p><b>الإقامة</b> يجب عليك أن تثبت المكان الذي تعيش فيه.</p> <p><b>تكوين/حجم الأسرة</b> يجب عليك أن تثبت من يعيش معك</p>
<p>بيان من محكمة الأسرة بيان من الذي يدفع النفقة كعوب شيكات شهادة جائزة حالية شيك مخصصات حالي مراسلات رسمية مع وزارة العمل في نيويورك شهادة جائزة حالية شيك مخصصات حالي مراسلات رسمية من إدارة الضمان الاجتماعي شهادة جائزة حالية شيك مخصصات حالي مراسلات رسمية من إدارة المحاربين القدامى</p>	<p>شهادة ميلاد شهادة معمودية سجلات المستشفى سجلات تبني شهادة تجنس رخصة قيادة</p>	<p>بوليصة تأمين سجلات تعداد السجلات المدرسية بيان من شخص آخر بيان من طبيب مراسلات رسمية من إدارة الضمان الاجتماعي</p>	<p><b>العمر</b> يجب عليك أن تثبت سن كل شخص سيقدم طلبًا للحصول على المعونة حيثما كان ذلك مناسبًا.</p>
<p>شيك ائتمان حالي بيان من مستأجر غرفة عندك، جار أو مؤجر</p> <p>السجلات الضريبية للدخل</p>	<p>إشعار صحيفة سجلات شركة التأمين سجلات المؤسسة سجلات حالة الوكالة وملفات مصاريف الدفن بيان من شخص آخر</p>	<p>شهادة وفاة مخصصات الباقيين على قيد الحياة سجلات المستشفى سجلات شؤون المحاربين القدامى أو سجلات الجيش وثائق طلاق</p>	<p><b>غياب أحد الوالدين</b> إذا كان أحد والدي أي طفل في منزلك ليس على قيد الحياة، فيجب عليك إثبات ذلك</p>
<p>كعوب دفع عوائد الضرائب سجلات الضمان الاجتماعي أو المحاربين القدامى خطابات إنهاء مالي بطاقات تعريف (تأمين صحي) رخصة أو تسجيل</p>			<p><b>معلومات غياب أحد الوالدين</b> يجب عليك تقديم أي معلومات لديك: الاسم والعنوان ورقم الضمان الاجتماعي وتاريخ الميلاد والوظيفة</p>

عامل الأهلية	إثبات هذا العامل، قدم أيًا مما يلي:	عامل الأهلية	إثبات هذا العامل، قدم أيًا مما يلي:
الدخل غير المكتسب (تتمة)	<input type="checkbox"/> تعويضات العمال <input type="checkbox"/> المنح والقروض التعليمية <input type="checkbox"/> المخصصات/الأرباح/الأتعاب <input type="checkbox"/> معاش تقاعدي/معاش خاص <input type="checkbox"/> أخرى	أخرى	شهادة منح كعب شيك بيان من مدرسة بيان من بنك شهادة منح بيان من بنك أو جمعية مصرفية بيان من وسيط/وكيل شهادة منح حالية شيك مخصصات حالي مراسلات رسمية من مصدر الدخل
الموارد	<input type="checkbox"/> حسابات بنكية: شيك أو مدخرات أو معاش (حسابات تقاعد للأفراد ومعاش تبعًا لمخطط "كيو" للمعاشات التقاعدية مؤجلة الضرائب) <input type="checkbox"/> أسهم وسندات وشهادات <input type="checkbox"/> تأمين على الحياة	<input type="checkbox"/> الفواتير الطبية <input type="checkbox"/> التأمين الصحي <input type="checkbox"/> معاق/عاجز/حامل	بيان من أهل المنزل بيان من دار لرعاية المسنين سجلات بنكية حالية سجلات جمعية مصرفية حالية شهادة أسهم سندرات بيان من مؤسسة مالية بوليصة تأمين بيان من شركة تأمين سجلات بنكية
<input type="checkbox"/> ودیعة دفن أو تمويل خطة دفن أو اتفاقية دفن <input type="checkbox"/> استرداد ضريبة الدخل أو تخفيض ضريبي على الدخل المكتسب (EITC)	<input type="checkbox"/> اتفاقية دفن صك خطة دفن بيان من مخرج الجنازة استرداد الضريبة بيان من مكتب الضرائب	نسخة من كل فاتورة موضحةً المبلغ المستحق وفترة الخدمات والموفر بيان من موفر العلاج بيان من خدمة العمل	نسخ من الفواتير الطبية (مدفوعة وغير مدفوعة) بوليصة تأمين بطاقة تأمين بيان من موفر التغطية بطاقة Medicare بيان من أخصائي طبي لتأكيد الحمل وبيان تاريخ الميلاد المتوقع من أخصائي طبي إثبات مخصصات إدارة الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان التكميلي للمعاقين أو المكفوفين
<input type="checkbox"/> عقارات أخرى غير الإقامة <input type="checkbox"/> سيارة	صك بيان من وسيط عقارات تقييم/تقدير القيمة الحالية من وسيط تسجيل (موديلات قديمة) سند ملكية تقييم القيمة الجارية من قبل تاجر بيانات تمويل	<input type="checkbox"/> نفقات أخرى/تكلفة الرعاية المستقلة <input type="checkbox"/> سجلات الحضور المدرسية	يجب عليك تقديم إثبات إذا كنت تدفع نفقة بناءً على قرار محكمة أو كنت تدفع نفقات لرعاية الأطفال أو قروض متكررة أو من أجل خدمات المعونة في الصحة المنزلية أو مرافق. <input type="checkbox"/> يجب عليك إثبات من هو ملتحق بمدرسة
<input type="checkbox"/> دفعة إجمالية	<input type="checkbox"/> أخرى:	<input type="checkbox"/> أخرى:	<input type="checkbox"/> أخرى: