

NUMBER REUSE INDICATOR	LANG	CATEGORY	DISTRICT	CASE NUMBER	CASE TYPE	WORKER ID	UNIT ID	INTERVIEW DATE	CENTER/OFFICE	
DISPOSITION			EFFECTIVE DATE		CASE NAME					
RE-CERTIFICATION	CLOSE		REASON CODE							
DATE	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION		DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):		DATE	ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):			
FORM _____ OF _____										
SOCIAL SERVICES DISTRICT						PROVIDER AGENCY SPECIFY:		EMPLOYED BY:		DATE RECEIVED BY AGENCY
SNAP AUTHORIZATION PERIOD			MA AUTHORIZATION PERIOD			PA AUTHORIZATION PERIOD				
TO		FROM		TO		FROM		TO		FROM

## نموذج تجديد الأهلية لولاية نيويورك الخاصة ببعض مخصصات وخدمات ولاية نيويورك

إذا كنت مصابًا بالعمى أو تعاني من إعاقة كبيرة في الرؤية، وتحتاج لتلقي نموذج تجديد الأهلية هذا بصيغة بديلة، فيمكنك طلبه بهذه الصيغة من دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك. للحصول على معلومات إضافية متعلقة بأنواع الصيغ المتوفرة وكيف يمكنك طلب الحصول على نموذج تجديد الأهلية بصيغة بديلة، راجع كتاب التعليمات (PUB-1313-AR Statewide)، المتوفر على [www.health.ny.gov](https://www.health.ny.gov) أو [www.otda.ny.gov](https://www.otda.ny.gov)

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

نعم  لا

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

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

الصيغ البديلة الأخرى لن تكون فعالة بنفس الدرجة بالنسبة لك.

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

ونحن ملتزمون بمساعدتك ودعمك بطريقة مهنية ومحترمة. تتحمل مسؤولية المشاركة في أنشطة بما في ذلك أنشطة العمل لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية وبرنامج المعونة العامة، عند الاقتضاء، حتى تصبح متمتعًا باكتفاء ذاتي. في كل مرة تشاهد فيها مصطلح "المعونة العامة" على نموذج تجديد الأهلية، فاعلم أنه يعني "المعونة الأسرية" و/أو "معونة شبكة الأمان"، فنحن نطلق على البرنامجين "المعونة العامة". يهدف برنامج PA المشار إليهما إلى مساعدتك فقط حتى يكون بإمكانك دعم نفسك وأسرته تمامًا. **يرجى الرجوع إلى كتاب التعليمات (PUB-1301 Statewide) وكتب "ما يجب عليك معرفته" 1 و 2 و 3، (LDSS-4148A و LDSS-4148B و LDSS-4148C) عند استكمال نموذج تجديد الأهلية هذا، والاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك بشأن أي سؤال.**

حينما تشاهد "MA" على نموذج تجديد الأهلية، فهي تعني برنامج "Medicaid". يمكنك التقدم بطلب برنامج "Medicaid" باستخدام نموذج التجديد هذا فقط في حالة قيامك أيضًا بتجديد الأهلية لبرنامج "المعونة العامة" أو "برنامج المعونة الغذائية التكميلية" في آن واحد. إذا كنت ترغب في التقدم بطلب تجديد الأهلية فقط، فيمكن الانتقال إلى موقع <https://nystateofhealth.ny.gov/> على الإنترنت و/أو الاتصال بـ 1-855-355-5777 للحصول على المعلومات أو لتقديم طلب تجديد الأهلية أو يمكنك طلب ورقي لبرنامج Medicaid فقط - نموذج DOH-4220 الذي يمنحه لك الموظف أو الاتصال بخط مساعدة Medicaid على الرقم 1-800-541-2831. إذا كنت تريد تجديد الأهلية فقط لبرنامج Medicare الادخاري (MSP)، يلزم التقدم بطلب باستخدام النموذج DOH-4328 الذي يوفره لك الموظف. إذا كنت بحاجة سريعة إلى خدمات الرعاية الشخصية، يجب التقدم بطلب برنامج Medicaid بصورة منفصلة باستخدام نموذج طلب برنامج Medicaid "DOH- 4220".

القسم الأول تحديد كل برنامج تريد أنت أو أي عضو في أسرتك تجديد الأهلية فيه		<input type="checkbox"/> المعونة العامة (PA) <input type="checkbox"/> المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) <input type="checkbox"/> المعونة الصحية (MA) والمعونة الغذائية التكميلية (SNAP) <input type="checkbox"/> معونة (MA) ومعونة (PA)	
القسم الثاني			
هل تنطبق أي من هذه الحالات عليك؟		هل تريد استلام الإشعارات باللغة: <input type="checkbox"/> الإنجليزية فقط <input type="checkbox"/> الإنجليزية والإسبانية	
هل تنطبق أي من هذه الحالات عليك؟		<input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> الإنجليزية الأساسية؟ <input type="checkbox"/> غير ذلك (حدد)	
القسم الخامس		معلومات المتلقي	
هل تنطبق أي من هذه الحالات عليك؟		يرجى الكتابة بخط واضح	
1	حامل <input type="checkbox"/>	رقم الهاتف ( )	الحالة الاجتماعية
2	ضحية للعنف الأسري <input type="checkbox"/>	رمز الدائرة	رقم الهاتف ( )
3	تحتاج إلى إثبات الأبوة <input type="checkbox"/>	الرمز البريدي	رقم الهاتف ( )
4	تحتاج إلى نفقة الطفل <input type="checkbox"/>	الولاية	رمز الدائرة
5	لديك مشكلة متعلقة بالمخدرات/الكحول <input type="checkbox"/>	المقاطعة	الرمز البريدي
6	وقف الوقود أو الخدمات <input type="checkbox"/>	رقم الشقة	رقم المدينة
7	لا يوجد لديك مكان للإقامة/مشرّد <input type="checkbox"/>	رقم الشقة	رقم المدينة
8	حريق أو كارثة أخرى <input type="checkbox"/>	رقم الشقة	رقم المدينة
9	ليس لديك دخل <input type="checkbox"/>	رقم الهاتف ( )	رقم المدينة
10	لديك مشكلة طبية خطيرة <input type="checkbox"/>	رمز الدائرة	رقم المدينة
11	تواجه مشكلة تتعلق بالطرد لم يتم البت فيها <input type="checkbox"/>	رقم الهاتف ( )	رقم المدينة
12	ليس لديك غذاء <input type="checkbox"/>	رمز الدائرة	رقم المدينة
13	تحتاج إلى رعاية تربية <input type="checkbox"/>	رقم الهاتف ( )	رقم المدينة
14	تحتاج لرعاية طفل <input type="checkbox"/>	رمز الدائرة	رقم المدينة
15	تعاني من مشاكل في اللغة الإنجليزية <input type="checkbox"/>	رقم الهاتف ( )	رقم المدينة
16	أماكن إقامة معقولة <input type="checkbox"/>	رمز الدائرة	رقم المدينة
17	أخرى _____ <input type="checkbox"/>	رمز الدائرة	رقم المدينة
هل تريد المحافظة على سرية جزء معونة Medicaid للرعاية الصحية من نموذج تجديد الأهلية هذا وسرية استلام مخصصات معونة Medicaid؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		كيفية الوصول إلى العنوان الحالي	
اسرد الأمور التي تغيرت منذ آخر طلب لك أو آخر تجديد للأهلية (مثل الانتقال، وجود طفل، الدخل، إلخ).		العنوان السابق	
إذا لم يكن لديك منزل حاليًا، فحدد هنا <input type="checkbox"/>		الوكالة التي تساعد مقدم الطلب/الشخص الذي يتم الاتصال به	
القسم الرابع – إذا كنت ستعيد تقديم طلبًا للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP): يمكنك تقديم نموذج تجديد الأهلية في اليوم الذي تحصل عليه. لتقديم تجديد الأهلية إلى SNAP، يجب أن يتضمن على الأقل اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان) وتوقيعك أدناه. ويتعين عليك إكمال عملية تجديد الأهلية، بما في ذلك توقيع الصفحة الأخيرة من تجديد الأهلية والخضوع لمقابلة. في حالة استحقاقك، ستحصل على مخصصات SNAP التي تعود إلى تاريخ تقديم تجديد الأهلية. يلزم إخبارك خلال 30 يومًا من تاريخ تقديم تجديد الأهلية للحصول على مخصصات SNAP، ما إذا كان تجديد الأهلية قد تم الموافقة عليه أو رفضه. إذا كان دخل أسرتك قليلاً أو ليس لديها دخل، أو كان عبارة عن موارد سائلة، أو إذا كانت مصاريف الإيجار والخدمات الخاصة بك تزيد عن دخلك ومواردك السائلة، فقد تكون مستحقًا للحصول على مخصصات SNAP خلال خمسة أيام تقويمية من تاريخ التقديم. إذا كنت مقيمًا في مؤسسة وتقدم طلب تجديد الأهلية للحصول على مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) و SNAP قبل أن تغادر المؤسسة، فإن تاريخ تقديم تجديد الأهلية هو تاريخ مغادرتك للمؤسسة.		توقيع ممثل/متلقي SNAP	
		تاريخ التوقيع	



			<b>القسم الثامن - العرق/الأصل الإثني</b> - تقديم هذه المعلومات غير إلزامي. ولن تؤثر على أهلية الشخص الذي يجدد الأهلية أو مستوى المخصصات التي يحصل عليها. ويتمثل السبب في طلب هذه المعلومات في ضمان توزيع مخصصات البرنامج بغض النظر عن العرق أو اللون أو المنشأ.				LN			
			من أصول إسبانية أو لاتينية أمريكي أصلي أو من سكان الاسكا الأصليين آسيوي أمريكي أسود أو أفريقي سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادي أبيض غير معروف (MA فقط)					H I A B P W U		
			أدخل Y (نعم) أو N (لا) بالنسبة للأفراد من أصول إسبانية أو لاتينية					↓		
			أدخل Y (نعم) أو N (لا) لكل عرق							
			U	W	P	B		A	I	H
										01
										02
										03
										04
										05
						06				
						07				
						08				
			<b>CONSIDER</b>	<b>RELATED CASE NUMBERS</b>	<b>CASE TYPE</b>	<b>ANTICIPATED FUTURE ACTION</b>				
في الملف	الوثائق	مطلوب	✓ Relationship			DATE	CODE	LINE NO.		
	معرف يحتوي على صورة		✓ Filing Unit							
	التحقق من تاريخ الميلاد		✓ Legally Responsible Relative							
	رخصة الزواج		✓ Single Economic Unit							
	بطاقة التأمين الاجتماعي		✓ SNAP Household Composition							
	قرار قانون 9		✓ SNAP Aged/Disabled Individual							
	حالة الهجرة		✓ Photo ID		<b>COMPLETED</b>	<b>REFERRALS</b>		<b>NEEDED</b>		
	ملاحظة الحالة متعدد-لاحقة/تعاونية (استبيان الوحدة الاقتصادية الفردي)		✓ AFIS (PA Only)			Legal				
			✓ CBIC/PIN			Services				
			✓ RFI/OCA			SSA				
			✓ Health Insurance			NYSoH				
			✓ Child Support Pass-Through			Chronic Care/SSI-Related				
						MA-Only				
						Medicare Savings Program				

يُرجى قراءة هذه الصفحة بأكملها بعناية قبل الانتهاء منه. إذا كان لديك سؤال، راجع دليل التعليمات (PUB-1313 Statewide) أو التحدث إلى دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.

القسم التاسع- المواطنة/غير مواطن يتمتع بوضع هجرة مقبول

القسم العاشر – الإقرار

اسرد اسم أي شخص يجدد الأهلية أو يشترط أن يتقدم بتجديد للشهادة.

تتطلب بعض برامج الخدمات الاجتماعية أن تشهد بأنك من مواطني الولايات المتحدة أو أمريكي أصلي أو تحمل الجنسية الأمريكية أو غير مواطن تتمتع بحالة هجرة مقبولة. لا تتطلب بعض البرامج الأخرى هذا الأمر.  
 يتعين عليك توقيع الأهلية أدناه فقط في حال كونك من مواطني الولايات المتحدة أو أمريكي أصلي أو تحمل الجنسية الأمريكية أو غير مواطن تتمتع بحالة هجرة مقبولة وتتقدم بتجديد للشهادة من أجل:  
 • المعونة العامة (تتمثل في وجود أطفال داخل الأسرة المعيشية أو أن تكون هناك عضوة في الأسرة حامل)، أو  
 • برنامج المعونة الغذائية التكميلية، أو  
 • برنامج Medicaid (إلا إذا كانت مقدمة الطلب حاملاً)  
 يجوز لأي فرد بالغ من أفراد الأسرة أو ممثل مفوض التوقيع على الإقرار نيابة عن كل أفراد الأسرة. مثال: يجوز لولي أمر لا يتمتع بوضع مقبول لغير المواطنين التوقيع على الإقرار لابنه/ابنته الذي يتمتع بوضع مقبول لغير المواطنين.

COMPLETED	REFERRALS	NEEDED
	Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)	

يجب أثناء التقدم بتجديد للشهادة إلى SNAP سرد أسماء كافة الأفراد الذين يعيشون في أسرة تتمتع بحق SNAP. يجب أثناء التقدم بتجديد للشهادة إلى PA سرد أسماء كافة

الأطفال الذين تقوم بتقديم تجديد للشهادة من أجلهم وأخوانهم وكافة أولياء الأمور لهؤلاء الأطفال الذين يعيشون معاً. إذا كنت لا تتحقق مما إذا كان الشخص المذكور من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية أو يحمل الجنسية الأمريكية أو غير مواطن يتمتع بحالة هجرة مقبولة أو يقدم رقم خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية (USCIS) (رقم التسجيل للأجنبي المقيم) أو رقم غير مواطن (إن وجد)، عندئذٍ لن يتمتع هذا الشخص بمساعدة وسيحصل باقي أعضاء الأسرة على مخصصات مخفضة. إذا كنت أمريكي أصلي، تحقق من المواطنة/الجنسية.

وقع\*وضع التاريخ في المربع أدناه نيابة عن كل مقدم للطلب.  
 في حالة التقدم بتجديد للشهادة لغير مواطن يتمتع بحالة هجرة مقبولة، تحقق من البرامج التي يتم التقديم إليها بتجديد للشهادة من قبل غير مواطن يتمتع بحالة هجرة مقبولة. (راجع دليل التعليمات، Pub-1313 Statewide).

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

من خلال التحقق من المربع أعلاه والتوقيع على نموذج الأهلية في القسم 10، أشهد تحت عقوبة الحنث باليمين، بأنني و/أو الأشخاص الذين أقوم بالتوقيع نيابة عنهم من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية أو من الأمريكيين الأصليين أو تحمل الجنسية الأمريكية أو غير مواطنين تتمتع بحالة هجرة مقبولة.  
 أدرك أن توقيع الأهلية أعلاه قد يؤدي إلى تقديم معلومات تتعلق بتجديد شهادات أعضاء في أسرتي يجري تقديمها إلى خدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية للتحقق من عدم المواطنة إن وجدت.  
 استخدام المعلومات الواردة أعلاه أو الكشف عنها مقصور على الأشخاص والمنظمات المتصلة بشكل مباشر بالتحقق من وضع المواطنة، وإدارة أو تنفيذ أحكام المعونة العامة وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية وبرنامج Medicaid.

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

أشهد على العلامات الموضوعية في السطور: \_\_\_\_\_ توقيع الشاهد: \_\_\_\_\_ تاريخ التوقيع: \_\_\_\_\_

## القسم الحادي عشر - المعلومات المتعلقة بالإحالة إلى وحدة إعالة الأطفال

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED
	Acknowledgement of Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity	
	Birth Certificate	
COMPLETED	REFERRALS	NEEDED
	CTHP	
	CAP	
	Application/Referral for Child Support Services (LDSS-4882)	
	Paternity	
	<b>CONSIDER</b>	
Child Health Plus	✓ Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse	✓
TASA	✓	
SSI/SSA	✓ Petition to Family Court	✓

إذا كنت تتقدم تجديد للشهادة للتمتع بمخصصات برنامج Medicaid فضلاً عن المعونة العامة أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية، فقد يتوجب عليك مساعدتنا في الحصول على الدعم الطبي الخاص بك وباطفالك المقدمين لتجديد الأهلية. أجب عن الأسئلة التالية لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى إكمال هذا القسم. بما في ذلك نفسك، حسب الاقتضاء:

1. هل تتقدم بتجديد للشهادة لفرد دون عمر 21 عاماً وتمت ولادته دون علاقة زواج شرعية ولم تثبت بعد أبوته الشرعية (أي الأبوة القانونية)؟  نعم  لا

2. هل تتقدم بتجديد للشهادة لفرد دون عمر 21 عاماً ووالده أو والدته متغيبة (ولي أمر غير وصي)؟  نعم  لا

أنت لا تحتاج إلى إكمال هذا القسم إذا أجبت "لا" لكلا السؤالين. انتقل إلى القسم التالي.

تحتاج إلى إكمال هذا القسم إذا أجبت "بنعم" لسؤال أو كلا السؤالين. قدم أسماء جميع الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 21 عاماً وقيمت بتقديم تجديد للشهادات الخاصة بهم وأي معلومات تمتلكها الآن عن هؤلاء الأفراد "أولياء أمور لا يملكون حضانة أو آباء وهميين (مزعومين).

3. هل أنت تحت عمر 21 عاماً؟  نعم  لا

إذا أجبت "بنعم" على هذا السؤال، عندئذٍ قم بتوفير معلومات عن أولياء أمورك الذي يملكون حضانة أو آباءك الوهميين.

كشروط للحصول على معونة، يلزم عليك تعيين بعض الحقوق ذات الصلة لتقديم الدعم، كما هو موضح في قسم الملاحظات والمهام والترخيص، والموافقات في نهاية طلب التقديم. سيتم تزويدك بنموذج LDSS-4882، "معلومات عن خدمات إعالة الطفل وتقديم الطلبات/الإحالة لخدمات إعالة الطفل" لاستكمال الرجوع إلى وحدة إعالة الطفل. باستثناء حالات العنف الأسري أو بوجود سبب وجيه وكشروط للحصول على المعونة، يتعين عليك التعاون مع وحدة إعالة الطفل لتحديد ولي الأمر الذي يملك حضانة أو الأب الوهمي؛ إثبات أبوة كل فرد تحت عمر 21 عاماً تمت ولادته دون وجود زواج شرعي؛ وإنشاء و/أو تعديل و/أو تنفيذ طلبات الدعم. سيتم تزويدك أيضاً بنموذج LDSS-4279، "إشعار المسؤوليات والحقوق لتقديم الدعم"، والذي يشرح مسؤولياتك وحقوقك إذا كنت لا تتعاون مع وحدة إعالة الطفل.

رقم الضمان الاجتماعي لولي الأمر غير الوصي رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ ميلاد ولي الأمر غير الوصي أو الأب المفترض			اسم وعنوان ولي الأمر غير الوصي أو الأب المفترض	اسم الفرد دون 21 عامًا
	سنة	يوم	شهر		
					أ.
					ب.
					ج.
					د.
					هـ.



INCOME				المبلغ/ القيمة وعدد المرات	الشخص	المبلغ/ القيمة وعدد المرات	الشخص	لا	نعم	الإفادة إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يتلقى أموالاً من:
الفترة	AMOUNT	المصدر الرمز	LN رقم							
										1 مخصصات تأمين البطالة
										2 مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) (وإجمالي المبلغ الخاص بالولاية والفيديالي)
										3 مخصصات الضمان الاجتماعي للمعوقين (SSD)
										4 مخصصات الضمان الاجتماعي للمعالين
										5 مخصصات الضمان الاجتماعي للباقيين على قيد الحياة
										6 مخصصات الضمان الاجتماعي للمتقاعدين
										7 مخصصات التقاعد لعمال السكك الحديدية
										8 مخصصات التقاعد (المعاشات)
										9 الأرباح/المخصصات من الأسهم والسندات والمدخرات
										10 تعويضات العمال
										11 مخصصات المعوقين في ولاية نيويورك
										12 معاش قدامى المحاربين/المخصصات/المعونة والحضور
										13 المعونة العامة Grant
										14 مخصصات المعالين GI
										15 القروض أو المنح الدراسية
										16 التبرعات/الهيايا (المستلمة)
										17 مدفوعات رعاية التبني (المستلمة)
<b>CONSIDER</b>										18 مدفوعات نفقة الطفل (المستلمة)
Child Support Disregard/Pass-Through <input checked="" type="checkbox"/>										19 مستلمة من: نفقة الطلاق (المستلمة)
<input type="checkbox"/> Explained <input type="checkbox"/> Budgeted										
SNAP Aged/Disabled Indicator <input checked="" type="checkbox"/>										20 تأمين الإعاقة الخاص - دخل سياسة تأمين الحوادث/الصحة
Disability Review <input checked="" type="checkbox"/>										21 مخصصات الضمان الشامل
Reception and Placement Grant (SNAP Only) <input checked="" type="checkbox"/>										22 مخصصات الاتحاد (بما في ذلك مخصصات الإضراب)
Refugee Matching Grant <input checked="" type="checkbox"/>										23 القروض بخلاف التعليم (المستلمة)
Change in Income from Last Budget <input checked="" type="checkbox"/>										24 الدخل الائتماني (بما في ذلك الدخل الذي تستلمه حالياً أو كنت تستلمه في الماضي ولم يتم توزيعه)
										25 رواتب/مخصصات التدريب
										26 دخل الإيجار (المستلم)
										27 دخل المقيمين/المستأجرين (المستلم)
										أخرى الدخل (يرجى التحديد)

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

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

أجب عن جميع الأسئلة الواردة أدناه.

COMPLETED	REFERRAL	NEEDED
	UIB	

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

القسم الثامن عشر – معلومات الوظيفة																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">IN FILE</th> <th style="width: 60%;">DOCUMENTATION</th> <th style="width: 25%;">REQUESTED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>CINTRAK/RFI/IRCS</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1099</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Employment Verification</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Income Tax Return</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Self-Employment Worksheet</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Wage Stubs</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Work Registration Form</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Dependent/Child Care Form/Statement</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Approval of Informal Child Care Provider</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">COMPLETED</th> <th style="width: 60%;">REFERRALS</th> <th style="width: 25%;">NEEDED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>CAP</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Disability</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Employment</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>TPHI/COBRA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>UIB</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Workers' Compensation</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Drug/Alcohol</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Domestic Violence</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Refugee Cash Assistance</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 100%;">CONSIDER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>✓ Limited English Proficiency</td> </tr> <tr> <td>✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)</td> </tr> <tr> <td>✓ Explaining Periodic Reporting Requirements</td> </tr> <tr> <td>✓ Net Loss of Cash Income</td> </tr> <tr> <td>✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources</td> </tr> <tr> <td>✓ Employment Sanctions</td> </tr> <tr> <td>✓ Temporary Employment</td> </tr> <tr> <td>✓ Disability Review</td> </tr> <tr> <td>✓ Individual Development Account (IDA)</td> </tr> <tr> <td>✓ Voluntary Quit</td> </tr> </tbody> </table>	IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED		CINTRAK/RFI/IRCS			1099			Employment Verification			Income Tax Return			Self-Employment Worksheet			Wage Stubs			Work Registration Form			Dependent/Child Care Form/Statement			Approval of Informal Child Care Provider		COMPLETED	REFERRALS	NEEDED		CAP			Disability			Employment			TPHI/COBRA			UIB			Workers' Compensation			Drug/Alcohol			Domestic Violence			Refugee Cash Assistance		CONSIDER	✓ Limited English Proficiency	✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)	✓ Explaining Periodic Reporting Requirements	✓ Net Loss of Cash Income	✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources	✓ Employment Sanctions	✓ Temporary Employment	✓ Disability Review	✓ Individual Development Account (IDA)	✓ Voluntary Quit	<p>أنا حاليًا: <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> أعمل عملاً حرًا <input type="checkbox"/> عاطل <input type="checkbox"/></p> <p>إجمالي الدخل _____ بالدولار _____ ساعات العمل في الشهر _____ الأمريكي</p> <p>(مع كتابة كل الأجر والرواتب ومبلغ الوقت الإضافي والعمولات والإكراميات) استلام الأجر: <input type="checkbox"/> أسبوعي <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهري <input type="checkbox"/> يوم استلام الأجر في الأسبوع: اسم صاحب العمل والعنوان: _____</p> <p>رقم الهاتف _____</p> <hr/> <p>هل يوجد أي فرد آخر يعيش معك حاليًا: <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> أعمل عملاً حرًا <input type="checkbox"/></p> <p>الشخص: _____</p> <p>إجمالي الدخل _____ بالدولار _____ ساعات العمل في الشهر _____ الأمريكي</p> <p>استلام الأجر: <input type="checkbox"/> أسبوعي <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهري <input type="checkbox"/> يوم استلام الأجر في الأسبوع: اسم صاحب العمل والعنوان: _____</p> <p>رقم الهاتف _____</p> <hr/> <p>هل متوفر تأمين صحي من خلال صاحب العمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>هل لدى أي فرد يعيش معك تأمين صحي من خلال صاحب عمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>الشخص: _____</p> <p>اسم شركة الضمان: _____</p> <hr/> <p>هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بنفقات رعاية طفل أو معال بسبب الوظيفة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>الشخص: _____</p> <hr/> <p>هل أنت أو أي فرد يعيش معك يمتلك مصروفات متعلقة بالوظيفة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>الشخص: _____</p>
IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED																																																																						
	CINTRAK/RFI/IRCS																																																																							
	1099																																																																							
	Employment Verification																																																																							
	Income Tax Return																																																																							
	Self-Employment Worksheet																																																																							
	Wage Stubs																																																																							
	Work Registration Form																																																																							
	Dependent/Child Care Form/Statement																																																																							
	Approval of Informal Child Care Provider																																																																							
COMPLETED	REFERRALS	NEEDED																																																																						
	CAP																																																																							
	Disability																																																																							
	Employment																																																																							
	TPHI/COBRA																																																																							
	UIB																																																																							
	Workers' Compensation																																																																							
	Drug/Alcohol																																																																							
	Domestic Violence																																																																							
	Refugee Cash Assistance																																																																							
CONSIDER																																																																								
✓ Limited English Proficiency																																																																								
✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)																																																																								
✓ Explaining Periodic Reporting Requirements																																																																								
✓ Net Loss of Cash Income																																																																								
✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources																																																																								
✓ Employment Sanctions																																																																								
✓ Temporary Employment																																																																								
✓ Disability Review																																																																								
✓ Individual Development Account (IDA)																																																																								
✓ Voluntary Quit																																																																								

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

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

الشخص:

التوقيت:

6 المكان: \_\_\_\_\_

لماذا توقفت (أو توقفت) عن العمل؟

هل رفعت أنت أو أي شخص يعيش معك دعوى بسبب البطالة؟

لا

نعم

إذا كانت الإجابة نعم، من؟ \_\_\_\_\_ متى؟: \_\_\_\_\_

حالة الدعوى:  مقبولة  مرفوضة  معلقة

7 هل أنت أو أي فرد يعيش معك مشترك في إضراب؟

لا

نعم

الشخص:

توقيت بدأ الإضراب: \_\_\_\_\_

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مهاجر أو مزارع موسمي؟

لا

نعم

8 الشخص:

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

الشخص:

اذكر القيود: \_\_\_\_\_

9

10 هل تستطيع قبول وظيفة اليوم؟

لا

نعم

إذا كانت الإجابة لا، فما

السبب؟

ما نوع العمل الذي تفضل تأديته؟ \_\_\_\_\_

11

القسم التاسع عشر - التعليم/ التدريب														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>IN FILE</th> <th>DOCUMENTATION</th> <th>REQUESTED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>School Attendance Verification (LDSS-3708)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Educational Grant Worksheet</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Child Care Statement</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED		School Attendance Verification (LDSS-3708)			Educational Grant Worksheet			Child Care Statement	
IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED												
	School Attendance Verification (LDSS-3708)													
	Educational Grant Worksheet													
	Child Care Statement													
<p>1</p> <p>ما هو أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه؟  أقل من شهادة الثانوية  إذا كان الأمر كذلك، آخر مؤهل حصلت عليه؟ _____  استكمال خطة التعليم الفردي (IEP)  شهادة الثانوية العامة أو شهادة معادلة (GED) أو استكمال الثانوية لتقييم الاختبارات (TMTASC)  الدرجة الجامعية (شهادة جامعية لمدة عامين)  درجة البكالوريوس (شهادة جامعية لمدة 4 أعوام) أو أعلى</p>														
<p>2</p> <p>هل حصل أي فرد آخر في أهل بيتك على شهادة الثانوية العامة أو شهادة معادلة لها (GED) أو استكمال الثانوية لتقييم الاختبارات (TMTASC) أو مؤهل عالي؟  نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>إذا كانت الإجابة نعم، من: _____  الأهلية الحاصل عليها: _____  تاريخ التخرج: _____</p>														
<p>الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا أو يحصل على معونة:</p> <p>هل يوجد أحد مشترك أو كان مشتركًا في برنامج تدريبي خلال 12 شهرًا الماضية؟  نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>الشخص _____  المكان _____  البرنامج _____  مواعيد الحضور _____  مواعيد التخرج _____</p>														
<p>3</p> <p>هل يوجد شخص في سن 16 عامًا أو أكبر ويذهب للمدرسة أو الكلية؟  نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>الشخص _____  المكان _____</p>														
<p>4</p> <p>هل يوجد من يحصل على بدل تدريب؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>الشخص: _____  المبلغ بالدولار _____</p>														
<p>5</p> <p>هل يحصل على منح دراسية أو قروض للتعليم؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>الشخص _____  المبلغ بالدولار _____</p>														
<p>6</p> <p>هل يوجد شخص دون سن 16 عامًا ويذهب للمدرسة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>الشخص _____  المدرسة _____</p>														
<p>7</p> <p>الشخص _____  المدرسة _____</p>														
<p>5</p> <p>الشخص _____  المدرسة _____</p>														

COMPLETED	REFERRAL	NEEDED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
CASH VALUE	FACE AMOUNT

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

CONSIDER	
Children's Resources	✓
ump Sum	✓
boats, Campers, Snowmobiles	✓
individual Development Account (IDA)	✓
Exempt Vehicles	✓
IC	✓
Change in Resources from Last Budget	✓

القسم العشرون - معلومات الموارد المالية									
الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يجدد الأهلية:									
نعم	لا	الشخص	إذا كان الأمر كذلك، المبلغ/القيمة:	الشخص	إذا كان الأمر كذلك، المبلغ/القيمة:	نعم	لا	رقم	وصف
			دولار		دولار			1	تمتلك أموال نقدية متاحة
								2	يملك حسابات جارية
								3	يملك حسابات توفير أو شهادات إيداع
								4	يملك حسابات اتحاد انتماني
								5	يملك تأمين على الحياة
									يملك أو مسجل باسمه سيارات أو سيارات أخرى:
									العام _____ الماركة/الموديل
									العام _____ الماركة/الموديل
								6	أخرى _____
								7	يملك أسهم أو سندات أو شهادات أو صناديق استثمارية
								8	يملك سندات ادخار
								9	يملك حساب تقاعد فردي أو خطة تقاعد للموظفين المستقلين أو خطة توفير للتقاعد (k)401 أو حسابات تعويض مؤجل
								10	يملك صندوق استئمان دفن غير قابل للإلغاء
								11	يملك مورد دفن مالي
								12	يملك مكان للدفن
								13	يملك/تمتلك منزل
								14	يملك عقارات بما في ذلك أملاك مدرة للدخل وأملاك غير مدرة للدخل
								15	مؤهل لاسترداد ضريبة الدخل
								16	يملك معاش تقاعد
								17	يحصل على استعادة من صندوق استئمان
								18	من المتوقع أن يحصل على أموال من الصندوق الاستئمان أو تسوية دعوى قضائية أو ميراث أو دخل من أي مصدر آخر
								19	يملك حسابات "استئمانية"
								20	يملك صناديق إيداع آمنة
								21	يملك موارد أخرى بخلاف المسردة أعلاه
								22	هل سبق لأي شخص (بما في ذلك زوجك وحتى إن لم يتقدم بتجديد للشهادة أو يعيش معك) أخذ أي أموال أو قام ببيع/نقل ملكية أي عقارات أو حصل على دخل أو ممتلكات شخصية خلال فترة 36 شهرًا الماضية؟
								23	هل سبق لأي شخص (بما في ذلك زوجك وحتى إن لم يتقدم بتجديد الأهلية أو يعيش معك) إنشاء أمانة استثمار في الماضي أو نقل إدارة أي أصل إلى أمانة الاستثمار خلال فترة 60 شهرًا الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فمتى؟

VEHICLE INFORMATION									
ACCOUNT NO.	LIEN HOLDER	EXEMPT		NADA VALUE	AMOUNT OWED	OWNER'S NAME	MODEL	MAKE	YR.
		NO	YES*	\$	\$				
				\$	\$				

\*IF EXEMPT, WHY?

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED	القسم الحادي والعشرون - معلومات طبية			
	Pregnancy Statement		الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يجدد الأهلية:			
	Med/Psych Statement		نعم	لا	إذا كانت الإجابة نعم، من	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)		1			تمتلك فواتير طبية أو مصاريف متعلقة بشؤون طبية
	Drug/Alcohol Statement		2			مدرج في برنامج Medicaid بميزة الإنفاق
	Paid or Unpaid Medical Bills		3			يملك تأمين صحي أو تأمين ضد الحوادث/المستشفيات (بما في ذلك تأمين من صاحب العمل
	SSI Application Verification (PA ONLY)		4			يملك تأمين صحي من خلال صاحب العمل
<b>CONSIDER</b>			5			يحصل على برنامج Medicare (البطاقة الحمراء والبيضاء والزرقاء)
AD/SSI Related			6			يملك مساعدين للعناية بالصحة/الصحة المنزلية
SNAP Aged/Disabled Indicator			7			مصاب بالعمى أو مريض أو يعاني من إعاقة
SNAP Medical Deduction			8			طفل يعاني من إعاقة إنمائية
TPHI Reimbursement			9			كان موجود في مستشفى أو دار رعاية أو مؤسسة طبية أخرى
Buy-In Eligibility			10			سداد أو عدم سداد الفواتير الطبية خلال 3 أشهر التي تسبق الشهر المقدم فيه الطلب
Kreiger (LDSS-3664)			11			يتناول أو كان يتناول الكحول أو المخدرات
Domestic Violence			12			يحتاج رعاية منزلية/رعاية شخصية
SSI Referral			13			يتمتع بدخل الضمان التكميلي (SSI) أو لم يقدم مطلقاً للحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI)
Earned Income Credit			14			حامل إذا كنت حامل، ما هو موعد الولادة المقرر: _____ عدد المواليد المتوقع:
Change in Resources			15			يتلقى علاج من برنامج مكافحة تعاطي المخدرات أو العلاج من إدمان الكحول program
			16			لم يكن قادرًا على العمل لمدة 12 شهرًا على الأقل بسبب إعاقة أو مر
			17			يقوم بأنشطة يومية محدودة بسبب إعاقة أو مرض مستمر أو سيستمر لمدة 12 شهرًا على الأقل
			18			هل أصيب في حادثة سيارة أو حادثة عمل في العام المنصرمين
			19			كانت تقوم هيئة حكومية (برنامج عام) إلى جانب برنامج Medicaid أو Medicare بدفع أية فواتير طبية خاصة بك إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي الوكالة
			20			هل يُسبب تحرير فواتير تأمين صحي آخر أية أضرار على صحتك الجسدية أو شعورك العاطفي أو سلامتك و/أو هل ستتدخل مع خصوصية وسرية طلبك الخاص بالحصول أو تلقي برنامج Medicaid؟
			<b>Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 18 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?</b>			

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

**اختيار النظام الصحي**

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

اسم ورقم تعريف OB/GYN (ضع علامة إذا كان الموفر الحالي)	موفر الرعاية الأولية (PCP) أو مركز الصحة (ضع علامة إذا كان الموفر الحالي)	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري إذا كنت حاملاً)	رقم التعريف (من بطاقة Medicaid) إذا كانت لديك بطاقة	النوع ذكر/أنثى	تاريخ الميلاد شهر/يوم/سنة	الاسم الأول	اسم العائلة	اسم الخطة المقيدها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	
CONSIDER		
Utility and/or Fuel Restrict		✓
Utility Guarantee		✓
HEAP		✓
Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount		✓
Foster Care-Related Additional Allowances		✓
SNAP Household Composition Rules		✓
SNAP Aged/Disabled Indicator		✓
Real Property Tax Credit		✓
AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance		✓
Property Lien		✓
If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household		✓

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

**القسم الثاني والعشرون - المسكن**

ما هو اسم صاحب العقار؟ \_\_\_\_\_

ما هو عنوان صاحب العقار؟ \_\_\_\_\_

ما هو رقم هاتف صاحب العقار؟ \_\_\_\_\_ ( )

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

القسم الثاني والعشرون - المسكن (تابع)					
هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بالنفقات التالية بصورة منفصلة عن الإيجار أو نفقات المسكن الأخرى؟					
المبلغ	الإجابة نعم،	لا	نعم	لا	نعم
دولار					1 للكهرباء (بخلاف التدفئة؛ مثلاً: الأضواء والطهي والماء الساخن والبخار)
دولار					2 للغاز (بخلاف التدفئة؛ مثلاً: الأضواء والطهي والماء الساخن والبخار)
دولار					3 الماء
دولار					4 مكيف الهواء
دولار					5 البروبان (للاحتياجات الأخرى بخلاف التدفئة)
دولار					6 الصرف الصحي
دولار					7 القمامة
دولار					8 المرافق والمصاريف الأخرى
					9 هل تعيش في إسكان عام؟
					10 هل تعيش في القسم 8، HUD، أو غيرها من المساكن المدعومة؟
					11 هل تعيش في منشأة للعلاج من تعاطي الكحول/المخدرات؟

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	ACCOUNT NUMBER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Heat*					
B. Electricity (for cooking, lights, hot water)					
C. Gas (for cooking, hot water)					
D. Liquid Propane Gas					
E. Other Utilities or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

\*Check Primary Heat Type:

Natural Gas     Oil     PSC Electric     Coal     Other \_\_\_\_\_

Kerosene     Propane     Municipal Electric     Wood

معلومات إضافية							
القسم الثالث والعشرون - نفقات أخرى							
الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يجدد الأهلية:							
CHILD IN SNAP HH		LEGALLY OBLIGATED		HOW OFTEN PAID	إذا كانت الإجابة نعم، المبلغ	لا	نعم
NO	YES	NO	YES				
					دولار		1 دفع نفقة الطفل
					دولار		2 دعم نفقة الزوجة
					دولار		3 دفع رعاية الطفل
					دولار		4 دفع رعاية المعالين
					دولار		5 دفع مصاريف الدراسة أو الرسوم أو النفقات التعليمية الأخرى
					دولار		6 نفقات إضافية (مثلاً: قسط سيارة، مبلغ الضمان على السيارة، مدفوعات بطاقات الائتمان، مدفوعات القروض، إلخ). تحديد: _____
						<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
							7 هل أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم تجديد للشهادة في ذمته أربعة أشهر على الأقل من نفقة طفل دون سن 21 عاماً؟

CONSIDER	COMPLETED	REFERRALS	NEEDED
✓ SNAP Dependent Care Deductions		Services	
✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)		UIB	

  

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

**IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.**

CONSIDER	
✓ Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.	\$ <input type="text"/> Actual Expenses
✓ Actual Shelter	
✓ Actual Fuel/Utility Costs	
✓ Telephone Expenses	
✓ Car Expenses	\$ <input type="text"/> Actual Income
✓ Furniture/Appliance Rental	
✓ Cable TV	
✓ Tuition	
✓ Out-of-Pocket Medical Expenses	\$ <input type="text"/> = Difference

Yes  No Does Client Receive Contribution Towards Difference  
If Yes, From Whom? \_\_\_\_\_

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- Family Assistance Extensions

Category is \_\_\_\_\_

Documented by \_\_\_\_\_

القسم الرابع والعشرون - معلومات أخرى		لا	نعم	رقم	السؤال
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	هل أنت تشتري أو تنوي شراء وجبات من منزل هل تقوم بتسليم أو تجميع خدمات الطعام؟
VETERAN CODE	VETERAN STATUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	هل أنت قادر على الطهي أو تحضير الوجبات في المنزل؟
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	هل سبق لك أو أي شخص في أهل بيتك الانضمام إلى العسكرية الأمريكية؟ من؟
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	هل سبق لشريك حياتك الانضمام إلى العسكرية الأمريكية؟
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	هل يوجد أي شخص في أهل بيتك معال على شخص سبق له الانضمام أو منضم حاليًا إلى العسكرية الأمريكية؟ من؟
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يجدد الأهلية:
					هل أنت أو أي شخص معك يُقدم تجديد للشهادة انتقل إلى هذه المقاطعة من مقاطعة أخرى في ولاية نيويورك خلال الشهرين الماضيين؟
					هل أنت أو أي شخص معك ثبت إدانته و/أو تم استبعاده من المعونة العامة و/أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) نتيجة احتيال أو انتهاك متعمد للبرنامج؟
					هل أنت أو أي شخص معك تلقى مخصصات لا تحقق له والتي لا يتم سدادها لهذه الوكالة أو وكالة أخرى؟
					هل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك تم إدانته بسبب تقديم بيانات أو إقرارات كاذبة للإقامة من أجل الحصول على المعونة العامة في ولايتين أو أكثر؟
					هل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك قد أدين بتلقي مخصصات SNAP بصورة متكررة وبطرق احتيالية في أي ولاية بعد 22 سبتمبر 1996؟
					هل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك قد أدين بشراء أو بيع مخصصات SNAP بمبلغ مُجمَع يزيد عن 500 دولار أمريكي أو أكثر بعد 22 سبتمبر 1996؟
					هل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك قد أدين بالمتاجرة بمخصصات SNAP بحثًا عن كسب أسلحة نارية أو ذخائر أو متفجرات أو مخدرات؟
					هل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك هارب من حكم قضائي أو حضانة أو حبس بعد الإدانة بارتكاب جنائية أو محاولة ارتكاب جنائية وتلاحقه قوات إنفاذ القوانين بنشاط؟
					هل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك موضوع تحت الرقابة أو مفرج عنه بكفالة وفقًا لأمر من المحكمة؟
<b>حالة نقل ملكية العقار</b>					
<input type="checkbox"/> لم أقم <input type="checkbox"/> قمت <input type="checkbox"/> ببيع أو نقل ملكية أو تنازل عن أي عقار لأي شخص من أجل الحصول على المعونة العامة أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP).					

## NOTES/COMMENTS

الإشعارات والتفويضات والتنازلات والموافقات

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

فيما يتعلق بكافة البرامج الأخرى التي يشترط نموذج تجديد الأهلية هذا الخاص بها توافر رقم تأمين اجتماعي، يعد أيضاً إلزامياً تجميع أرقام الضمان الاجتماعية ويحق له بموجب قسم أو أكثر من الأقسام التالية للقانون: القسم 205(ج) من قانون الضمان الاجتماعي (42 القانون الأمريكي 405)، القسم 1137 من قانون الضمان الاجتماعي (42 القانون الأمريكي b-71320) والقسم 7(أ)(2) من قانون الخصوصية لعام 1974. راجع دليل التعليمات (-1313-PUB AR Statewide) أو التحدث إلى دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك، إذا كان لديك سؤال.

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

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

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

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

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

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

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

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

(1) البريد: وزارة الزراعة الأمريكية  
مكتب السكرتير المساعد للحقوق المدنية  
Independence Avenue, SW 1400  
Washington, D.C. 20250-9410

(2) الفاكس: 690-7442 (202)؛ أو

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

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

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

هذه المؤسسة من موفري الفرص المتكافئة.

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

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

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

**الموافقة على نشر معلومات تأمين البطالة السرية** - أفوض وزارة العمل بولاية نيويورك (DOL) بنشر أي معلومات سرية تحتفظ بها DOL لأغراض تتعلق بتأمين البطالة إلى مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز في ولاية نيويورك (OTDA). وتشتمل هذه المعلومات على سجلات الأجور ومستحقات مخصصات تأمين البطالة. أتفهم أن OTDA، إلى جانب موظفي الوكالات المحلية ووكالات الولاية العاملين في مكاتب دائرة الخدمات الاجتماعية، سيستخدمون معلومات تأمين البطالة لتحديد أو التحقق من الأهلية والمبلغ المحدد لبرامج المعونة العامة أو Medicaid أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو مخصصات برنامج معونة الطاقة المنزلية أو المعونة في رعاية

الأطفال، التي يتم التقدم للحصول عليها في هذا الطلب/تجديد الأهلية، ولإجراء تحقيقات تحدد ما إذا كنت قد تلقيت مخصصات لم تكن مستحقاً لها. وقد تشارك OTDA المعلومات أيضاً مع مكتب خدمات الطفل والأسرة في ولاية نيويورك (OCFS) ووزارة الصحة في ولاية نيويورك (DOH). يستخدم OCFS المعلومات لمراقبة برنامج المعونة في رعاية الأطفال.

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

**تغيير التقرير –** أوافق على إعلام الوكالة فوراً بأي تغيير في احتياجاتي وسكني/عنواني ترتيبات معيشتي وحجم أسرتي ودخلي ووظيفتي وممتلكاتي/مواردي وتكاليف رعاية المعالين وتأميني الصحي وحالة غير المواطن مع حالة هجرة مرضية وحالة "البالغون الأصحاء بدنياً الذين لا يعولون" (ABAWD) الخاصة بي أو حالة الحمل أو ترتيبات المعيشة، إلى حد علمي أو اعتقادي.

في حالة تقديمي لطلب للحصول على المعونة في رعاية الأطفال، فأنا أوافق على إعلام الوكالة فوراً بأي تغيير في دخل الأسرة أو من يعيش في منزلي أو ترتيبات رعاية الأطفال أو التوظيف أو التغييرات الأخرى التي قد تؤثر على أهليتي المستمرة أو المبلغ المستحق لي.

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

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

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

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

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

- 12 شهراً من أول انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية؛
- 24 شهراً من ثاني انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية؛
- 24 شهراً من أول انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية الذي يستند إلى إيجاد محكمة أن الفرد استخدم أو تلقى مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية في معاملة تتعلق ببيع المواد الخاضعة للرقابة (أدوية غير قانونية أو بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبية من الطبيب)؛ أو

- **120 شهرًا** إذا تبين أن الفرد قد أدلى ببيان احتيالي عن شخصيته/شخصيتها أو المكان الذي يعيش/تعيش فيه من أجل الحصول على عدة مخصصات من برنامج المعونة الغذائية التكميلية في وقت واحد، ما لم يكن غير مؤهل بشكل دائم لانتهك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية ثالث.
- بالإضافة إلى ذلك، يجوز أن تمنع محكمة فردًا من المشاركة في برنامج المعونة الغذائية التكميلية لمدة **18 شهرًا** إضافية.

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

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

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

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

**اسم وعنوان ورقم هاتف الممثل المفوض (يرجى الكتابة):**

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

**نشر المعلومات الطبية –** أوافق على نشر أية معلومات طبية تخصني أو تخص أي فرد من أفراد أسرتي الذين يمكنني منحهم موافقة بواسطة موفر الرعاية الأولية الخاص بي أو أي موفر رعاية صحية أو وزارة الصحة في ولاية نيويورك (DOH) لنظام الصحة الخاص بي و أي من موفري الرعاية الصحية المشاركين في رعايتي أو رعاية أسرتي، عند الضرورة المعقولة لنظام صحي أو الموفرين لتنفيذ المعاملة أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية؛ بواسطة النظام الصحي وأي من موفري الرعاية الصحية إلى وزارة الصحة وغيرها من الوكلاء الفدراليين أو وكلاء الولاية أو المحليين المفوضين لأغراض إدارة برنامج Medicaid؛ ومن خلال النظام الصحي الخاص بي إلى أشخاص أو منظمات أخرى، وعند الضرورة بشكل معقول للنظام الصحي الخاص بي لإجراء عمليات العلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية. أعطي تفويضي لنشر أي معلومات تتعلق بالصحة عني أم عن أي فرد من أفراد أسرتي الذين يمكنني منحهم تفويض بموجب القانون يتعلق بتوفير المساعدات والخدمات وقدرتي على المشاركة في أنشطة العمل، بما في ذلك العمل أو إلى مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز في ولاية نيويورك (OTDA) أو مكتب خدمات الطفل والأسرة في ولاية نيويورك أو دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية، وعند الضرورة بشكل معقول لتوفير مخصصات المعونة العامة؛ للحصول على الخدمات؛ بما في ذلك خدمات رعاية الأطفال؛ لتحديد مهام المناسبة لنشاط العمل؛ لتحديد الحاجة إلى

التقديم لمخصصات دخل الضمان التكميلي ولطلبها؛ لوضع خطط العلاج المناسبة لاستعادة الوظيفة؛ ولتحديد أهلية الحصول على إعفاءات من الولاية لمهلة ستين شهرًا على استلام المساعدات النقدية. إذا كنت مطالب بتقديم طلب للحصول على المخصصات التي تديرها إدارة الضمان الاجتماعي، فقد يتم مشاركة المعلومات المحددة أعلاه مع إدارة الضمان الاجتماعي. كما وافق على أن المعلومات المنشورة قد تشمل معلومات فيروس نقص المناعة البشرية أو الصحة النفسية أو الكحول وتعاطي المخدرات عنى وعن أفراد أسرتي، إلى الحد الذي يسمح به القانون، ما لم يتم وضع علامة على المربع أدناه. إذا كان هناك أكثر من فرد بالغ في الأسرة مشترك في الخطة الصحية لبرنامج Medicaid، فمن الضروري توقيع كل فرد بالغ على الطلب للموافقة على مشاركة المعلومات. أتفهم قدرتي على الموافقة على نشر المعلومات المتعلقة بأي أطفال قصر الذين يمكنني منحهم موافقة محدودة وفقًا للمدي الذي يمكنني الحصول به على معلومات بشأن العلاج والتشخيص والإجراءات نيابة عنهم.

لا تكشف عن معلومات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز \_\_\_\_\_ لا تكشف عن معلومات تعاطي المخدرات والكحول  
لا تكشف عن معلومات الصحة النفسية \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

#### سداد النفقات الطبية

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

لا تكمل ما يلي إلا إذا كنت تريد إغلاق ملفك من أجل برنامج واحد أو أكثر من برنامج.

إنني أطلب إغلاق ملفي:

المعونة العامة  مخصصات برنامج المعونة الغذائية  المعونة الطبية

أدرك أنه يمكنني إعادة التقديم في أي وقت.

اعط سببًا:

التاريخ

التوقيع X



# NYS Agency-Based Voter Registration Form

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

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

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

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Please Print Name \_\_\_\_\_

### Important!

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

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

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

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

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

Rev. 01/2019

## VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

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

<b>1</b>	<b>Are you a U.S. citizen?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> 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> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> If you answered <b>NO</b> , do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year
<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 _____		Post Office _____ Zip Code _____
<b>5</b>	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____		
<b>6</b>	Date of Birth _____ Gender (optional) _____ <b>7</b> _____ Telephone (optional) _____ <b>8</b> _____ Email (optional) _____		
<b>10</b>	The last year you voted _____ In county/state _____ <b>9</b> _____	<b>ID Number (Check the applicable box and provide your number)</b> <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number _____	
<b>11</b>	<b>Political Party</b> <b>I wish to enroll in a political party</b> <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Green party <b>I do not want to enroll in any political party and wish to be an independent voter</b> <input type="checkbox"/> No party	<b>12</b>	<b>Affidavit: I swear or affirm that</b> <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> Signature or Mark in ink _____ Date _____ / _____ / _____

## (Optional) Register to donate your organs and tissues



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

By signing below, you certify that you are:

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

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Qualifications for Registration

### You Can Use This Form To:

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

### To Register You Must:

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

## Important!

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

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

Telephone: 1-800-469-6872;

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