

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

## نموذج تجديد الأهلية لولاية نيويورك للحصول على بعض المزايا والخدمات

إذا كنت كفيفاً أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة وتحتاج إلى نموذج تجديد الأهلية هذا بصيغة بديلة، فيمكنك طلبه 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 الخاص بهذا النموذج (PUB-1313 Statewide)، المتوفر على [www.health.ny.gov/](https://www.health.ny.gov/) أو [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov).

إذا كنت كفيفاً أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، فهل ترغب في تلقي إشعارات مكتوبة بتنسيق بديل؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فتحقق من نوع  نسخة بخط كبير  قرص بيانات مضغوط

التنسيق الذي تريده:  قرص صوتي مضغوط  الطباعة بطريقة برايل، إذا أكدت أن أيًا من الصيغ

البديلة الأخرى لن تكون فعالة بنفس الدرجة بالنسبة لك

إذا كنت بحاجة إلى تسهيلات أخرى، فيرجى الاتصال بمنطقة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.

إننا ملتزمون بمساعدتك ودعمك بطريقة مهنية ومحترمة. في كل مرة ترى فيها مصطلح "المعونة العامة" أو "PA" في نموذج تجديد الأهلية، فهذا يعني "المساعدة الأسرية" و/أو "معونة شبكة الأمان". نسمي كلا البرنامجين "المعونة العامة". يرجى الرجوع إلى كتاب التعليمات (PUB-1313 Statewide) وكتب "ما يجب 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 لطرح أي أسئلة.

عندما ترى "MA" في نموذج تجديد الأهلية، فهذا يعني برنامج "Medicaid". يمكنك التقدم بطلب للحصول على برنامج MA باستخدام نموذج تجديد الأهلية هذا فقط في حالة كنت تجدد الأهلية لبرنامج المعونة العامة أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية في نفس الوقت. إذا كنت ترغب في التقدم بطلب تجديد الأهلية للحصول على MA فقط، فيمكنك الانتقال إلى الموقع <https://nystateofhealth.ny.gov/> و/أو الاتصال على الرقم 1-855-355-5777 لمزيد من المعلومات أو لتقديم طلب تجديد الأهلية، أو يمكنك استخدام طلب برنامج MA الورقي فقط - نموذج DOH-4220 الذي يمنحه لك الموظف، أو الاتصال بخط مساعدة MA على الرقم 1-800-541-2831. إذا كنت ترغب في تجديد الأهلية فقط لبرنامج Medicare الإلزامي (MSP)، فيجب عليك التقدم بطلب باستخدام نموذج DOH-4328، والذي يوفره لك الموظف. إذا كانت لديك حاجة فورية لخدمات العناية الشخصية، فيجب عليك التقدم بطلب للحصول على MA بشكل منفصل باستخدام نموذج طلب MA DOH-4220.

<b>القسم 1 حدد كل برنامج تريد أنت أو أي عضو في أسرتك تجديد الأهلية فيه</b>		<input type="checkbox"/> المساعدة العامة (PA) <input type="checkbox"/> برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) <input type="checkbox"/> برنامج Medicaid (MA) <input type="checkbox"/> برنامج SNAP <input type="checkbox"/> برنامج Medicaid (MA) <input type="checkbox"/> برنامج PA	
<b>القسم 2</b>		<b>ما هي لغتك الأم في القراءة؟</b>	
<input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> غير ذلك (حدد) _____		<input type="checkbox"/> الإسبانية	
<b>هل تريد تلقي إشعارات باللغة:</b>		<input type="checkbox"/> الإنجليزية فقط <input type="checkbox"/> الإنجليزية والإسبانية	
<b>القسم 3</b>		<b>معلومات المتلقي</b>	
<b>الاسم الأول</b>		<b>الاسم الأخير</b>	
أول حرف من الاسم الأوسط		رقم الهاتف ( )	
هل يوجد لديك هاتف محمول؟		رمز المنطقة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
<b>عنوان الشارع</b>		<b>رقم الشقة</b>	
رقم المدينة		رقم المقاطعة	
الولاية		الرمز البريدي	
في العنوان إلى المرسل إليه (أكمل إذا تلقيت بريدك باسم شخص آخر)			
<b>عنوان البريد</b> (إذا كان مختلفاً عما ورد أعلاه)			
رقم الشقة		رقم المدينة	
رقم المقاطعة		الولاية	
الرمز البريدي		عنوان البريد الإلكتروني (اختياري)	
<b>منذ متى وأنت تعيش في عنوانك الحالي؟</b>		<b>هل هو سوى؟</b> <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
سنة (سنوات)		أشهر	
رقم الهاتف		هاتف آخر يمكن من خلاله الوصول إليك	
رمز المنطقة		رمز المنطقة	
إرشادات للعنوان الحالي			
<b>العنوان السابق</b>			
رقم الشقة		رقم المدينة	
رقم المقاطعة		الولاية	
الرمز البريدي		عنوان البريد الإلكتروني (اختياري)	
إذا كنت حالياً بلا منزل، تحقق هنا <input type="checkbox"/>			
الوكالة المساعدة لمقدم الطلب/الشخص الذي يمكن الاتصال به			
رقم الهاتف		رمز المنطقة	
( )		( )	
هل تريد المحافظة على سرية جزء Medicaid من نموذج تجديد الأهلية هذا وسرية الاستلام المحتمل لأي تغطية من Medicaid؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
اسرد الأمور التي تغيرت منذ آخر طلب لك أو آخر تجديد أهلية (مثل الانتقال، وجود طفل، الدخل، إلخ).			
<b>القسم 4 – إذا كنت ستعيد تقديم طلب لتجديد الأهلية في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP):</b> يمكنك تقديم نموذج تجديد الأهلية في اليوم الذي تحصل عليه. لتقديم تجديد الأهلية في برنامج SNAP، يجب أن يحتوي، على الأقل، على اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان) والتوقيع أذناه. يجب عليك إكمال عملية تجديد الأهلية، بما في ذلك التوقيع على الصفحة الأخيرة من تجديد الأهلية وإجراء المقابلة. إذا كنت مؤهلاً، فستحصل على مزايا برنامج SNAP التي تعود إلى تاريخ تقديم تجديد الأهلية. يجب إخبارك في غضون 30 يوماً من تاريخ تسليم (تقديم) طلبك لتجديد الأهلية للحصول على مزايا برنامج SNAP عما إذا كانت قد تمت الموافقة على طلبك أو رفضه. إذا كان لدى أسرتك دخل ضئيل أو معدوم أو موارد سائلة، أو إذا كانت نفقات الإيجار والخدمات الخاصة بك أكثر من دخلك ومواردك السائلة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مزايا برنامج (SNAP) في غضون خمسة أيام تقويمية من تاريخ التقديم. إذا كنت مقيماً في مؤسسة وتقدم طلب تجديد الأهلية للحصول على مزايا كل من دخل الضمان التكميلي (SSI) وبرنامج SNAP قبل مغادرتك المؤسسة، فإن تاريخ تقديم تجديد الأهلية هو تاريخ مغادرتك المؤسسة.			
توقيع متلقي/ممثل برنامج SNAP		تاريخ التوقيع	
X			

**القسم 5**

هل ينطبق عليك أي من هذه البرامج؟

- 1 حامل
- 2 ضحية للعنف الأسري
- 3 تحتاج إلى إثبات النسب
- 4 تحتاج إلى إعالة الطفل
- 5 لديك مشكلة متعلقة بالمخدرات/الكحول
- 6 وقف الوقود أو الخدمات
- 7 لا يوجد مكان للإقامة/مشرّد
- 8 حريق أو كارثة أخرى
- 9 ليس لديك دخل
- 10 لديك مشكلة طبية خطيرة
- 11 تواجه مشكلة تتعلق بالطرد لم يتم البت فيها
- 12 ليس لديك طعام
- 13 تحتاج إلى رعاية تربية
- 14 تحتاج إلى رعاية طفل
- 15 لديك مشاكل في اللغة الإنجليزية
- 16 أماكن إقامة معقولة
- 17 أخرى \_\_\_\_\_

القسم 6 - معلومات أفراد الأسرة - اكتب اسم كل فرد يعيش معك، حتى إذا لم يتقدم لتجديد الأهلية معك. ضع نفسك في الصف الأول من القائمة																					
هل يشتري هذا الشخص (بما في ذلك الأطفال القاصرون) الطعام أو يُحضّر وجبات الطعام معك؟																					
أعلى صف أكملته في المدرسة																					
رقم الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة المتقدمين لتجديد الأهلية (راجع كتاب التعليمات <i>Statewide PUB-1313</i> أو تحدث إلى المسؤول في دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك)																					
صنفته بك:																					
الهوية الجنسية (اختياري): (ذكر، أنثى، غير ثنائي، غير محدد الجنس، متحول جنسياً، هوية مختلفة (يرجى الوصف))																					
النوع: (ذكر/أنثى/غير محدد الجنس)																					
تاريخ الميلاد: (الشهر/اليوم/السنة)																					
يحدد هذا الشخص الأهلية للحصول على:																					
الاسم الأول، أول حرف من الاسم الأوسط، الاسم الأخير																					
LN																					
RI																					
MA																					
SNAP																					
PA																					
															01						
															02						
															03						
															04						
															05						
															06						
															07						
															08						
		<p><b>القسم 7</b></p> <p>يرجى إدراج الأسماء الأولى أو الأسماء الأخرى التي تعرفها أنت أو أي شخص في أسرتك</p> <p>رقم السطر:  </p> <p>الاسم الأول: ONC</p> <p>أول حرف من الاسم الأوسط</p> <p>الاسم الأخير</p>																			
		<p>هل انتقل أي شخص إلى المنزل في السنة الماضية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل سبق لهم العيش في ولاية نيويورك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل انتقل أي شخص خارج المنزل في السنة الماضية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الإشارة أدناه.</p> <p>الاسم: متى؟</p> <p>الاسم: متى؟</p>																			
END DATE		REASON					IF YES, WHO					<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		IS ANYONE SANCTIONED?							
<b>NON-APPLICANT INFORMATION</b>																					
CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD		CONTRIBUTION/DEEMED INCOME		FOR WHOM?		LEGALLY RESPONSIBLE		LAST NAME				FIRST NAME		LN							
						NO YES															
<b>CONSIDER</b>		<b>INDIVIDUAL EDUCATION</b>				<b>NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION</b>															
✓ RCA/RMA REFERRAL		DEGREE RECEIVED		LN		DEGREE RECEIVED		LN		SPONSORED		APPLIED FOR CITIZENSHIP		DATE OF ENTRY/STATUS			STATUS ADJUSTED		NON-CITIZEN STATUS		LN
				05				01		NO YES		NO YES		YEAR DAY MONTH			NO YES				
				06				02													
				07				03													
				08				04													

<p><b>القسم 8 - العرق/الأصل الإثني</b> - تقديم هذه المعلومات طوعي. لن تؤثر على أهلية الأشخاص المتقدمين لتجديد الأهلية أو مستوى المزايا المُستلمة. يعد سبب طلب هذه المعلومات هو التأكد من توزيع إعانات البرنامج دون النظر إلى عرق أو لون أو أصل قومي.</p>						
H	I	A	B	P	W	U
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)						
لكل شخص في القسم 6، يُرجى إدخال الحرف Y (نعم) بالنسبة للأفراد من أصول إسبانية أو لاتينية.						↓
لكل شخص في القسم 6، يُرجى إدخال الحرف Y (نعم) حيثما ينطبق ذلك على السياق. يمكنك اختيار أكثر من عرق واحد						
U	W	P	B	A	I	H
						01
						02
						03
						04
						05
						06
						07
						08

IN FILE			DOCUMENTATION	REQUESTED	CONSIDER	RELATED CASE NUMBERS	CASE TYPE	ANTICIPATED FUTURE ACTION		
								DATE	CODE	LINE NO.
			Photo ID		✓ Relationship					
			Birth Verification		✓ Filing Unit					
			Marriage License		✓ Legally Responsible Relative					
			Social Security Card		✓ Single Economic Unit					
			Code 9 Resolution		✓ SNAP Household Composition					
			Immigration Status		✓ SNAP Aged/Disabled Individual					
			Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)		✓ Photo ID	COMPLETED	REFERRALS	NEEDED		
				✓ 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				



## القسم 11 – المعلومات المتعلقة بالإحالة إلى وحدة إعالة الطفل

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgment of Parentage or Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity/Parentage	
	Birth Certificate	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	Referral for Child Support Services (LDSS-5145)	
	Parentage/Paternity	
CONSIDER		
✓ Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse	✓ Child Health Plus	
✓ Petition to Family Court	✓ TASA	
	✓ SSI/SSA	

إذا كنت تتقدم لتجديد الأهلية للحصول على مزاييا برنامج Medicaid بالإضافة إلى المعونة العامة أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية، فيجب عليك مساعدتنا في الحصول على الدعم الطبي لك ولأطفالك المتقدمين لتجديد الأهلية. أجب عن الأسئلة التالية لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى إكمال هذا القسم. أضف نفسك، حسب الاقتضاء:

- هل تتقدم لتجديد الأهلية لأي شخص دون عمر 21 عامًا ومولود من أم وأب غير متزوجين ولم تثبت بعد أبوته القانونية؟  نعم  لا
- هل تتقدم لتجديد الأهلية لأي شخص دون عمر 21 عامًا من والد متغيب (والد غير وصي)؟  نعم  لا

لا تحتاج إلى إكمال هذا القسم إذا أجبت بـ "لا" على كلا السؤالين. انتقل إلى القسم التالي.

يجب عليك إكمال هذا القسم إذا أجبت بـ "نعم" على أحد هذين السؤالين أو كليهما. قدم أسماء جميع الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا الذين تجدد لهم الأهلية وأي معلومات لديك حاليًا حول الوالد (الوالدين) غير الوصيين أو المزعومين أو المقصودين.

- هل عمرك أقل من 21 عامًا؟  نعم  لا

إذا أجبت بـ "نعم" على هذا السؤال، فقدم المعلومات التالية لوأدك غير الوصيين أو المزعومين أو المقصودين:

رقم الضمان الاجتماعي للوالد غير الوصي أو المزعوم أو المقصود	تاريخ ميلاد الوالد غير الوصي أو المزعوم أو المقصود			اسم وعنوان الوالد غير الوصي أو المزعوم أو المقصود	اسم الفرد الذي يقل عمره عن 21 عامًا:
	السنة	يوم	شهر		
					A.
					B.
					C.
					D.
					E.



القسم 16 – معلومات الدخل:				وضح ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يتلقى أموالاً من:						
INCOME				المبلغ/القيمة وعدد المرات	من هو	المبلغ/القيمة وعدد المرات	من هو	لا	نعم	
PERIOD	AMOUNT	SOURCE CODE	LN No.							
									1	مزايا تأمين البطالة
									2	مزايا دخل الضمان التكميلي (SSI) (الإجمالي الحكومي والفيدرالي)
									3	مزايا الضمان الاجتماعي (SSD) للإعاقات
									4	مزايا الضمان الاجتماعي للمعالين
									5	مزايا الضمان الاجتماعي للباقيين على قيد الحياة
									6	مزايا الضمان الاجتماعي للتقاعد
									7	مزايا التقاعد في السكك الحديدية
									8	مزايا التقاعد (المعاشات)
									9	الحصص/ الفوائد من الأسهم والسندات والمخدرات، إلخ.
									10	تعويضات العامل
									11	مزايا الإعاقة في ولاية نيويورك
									12	معاشات/مزايا/مساعدات المحاربين القدامى والحضور
									13	منحة المعونة العامة
									14	مخصصات الإعاقة GI
									15	منح أو قروض التعليم
									16	مساهمات/منح (مستلمة)
									17	مدفوعات الرعاية البديلة (المستلمة)
									18	مدفوعات إعالة الطفل (المستلمة)
									19	مستلمة من:
									20	النفقة الزوجية (المستلمة)
									21	تأمين الإعاقة الخاص – دخل وثيقة التأمين الصحي / التأمين ضد الحوادث
									22	مزايا التأمين ضد الأخطاء
									23	مزايا النقابات (بما في ذلك مزايا الإضرابات)
									24	قروض بخلاف التعليم (المستلمة)
									25	الدخل من صندوق استئماني (بما في ذلك الدخل الذي يحق لك حالياً الحصول عليه، أو كان يحق لك الحصول عليه في الماضي والذي لم يتم توزيعه)
									26	مخصصات التدريب/الرواتب
									27	إيرادات الإيجار (المستلمة)
									28	الدخل من المقيمين/المستأجرين (المستلم)
										مصادر دخل أخرى
										(جيد، من فضلك)

## CONSIDER

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



## القسم 18 - معلومات الوظيفة

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	CAP		✓ Limited English Proficiency
	Disability		✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
	Employment		✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
	TPHI/COBRA		✓ Net Loss of Cash Income
	UIB		✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
	Workers' Compensation		✓ Employment Sanctions
	Drug/Alcohol		✓ Temporary Employment
	Domestic Violence		✓ Disability Review
	Refugee Cash Assistance		✓ Individual Development Account (IDA)
			✓ Voluntary Quit

إنني حاليًا:  موظف  صاحب عمل حر  عاطل عن العمل

الدخل الإجمالي \_\_\_\_\_ دولار \_\_\_\_\_ ساعات العمل الشهرية

(قم بتضمين جميع الأجرور والراتب وأجر العمل الإضافي والعمولات والإكراميات)

استلام الأجر:  أسبوعيًا  كل أسبوعين  شهريًا  يوم استلام الأجر في الأسبوع: \_\_\_\_\_  
اسم صاحب العمل وعنوانه: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف \_\_\_\_\_

هل يوجد حاليًا أي فرد آخر يعيش معك:  موظف  صاحب عمل حر

من هو: \_\_\_\_\_

الدخل الإجمالي \_\_\_\_\_ دولار \_\_\_\_\_ ساعات العمل الشهرية

استلام الأجر:  أسبوعيًا  كل أسبوعين  شهريًا  يوم استلام الأجر في الأسبوع: \_\_\_\_\_  
اسم صاحب العمل وعنوانه: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف \_\_\_\_\_

هل التأمين الصحي متاح من خلال صاحب العمل؟  نعم  لا

هل يتمتع أي فرد يعيش معك بتأمين صحي من خلال صاحب العمل؟  نعم  لا

من هو: \_\_\_\_\_

اسم شركة التأمين: \_\_\_\_\_

هل تحصل أنت أو أي فرد يعيش معك على نفقات رعاية طفل أو معال بسبب الوظيفة؟  نعم  لا

من هو: \_\_\_\_\_

هل لديك أو لدى أي شخص يعيش معك نفقات أخرى متعلقة بالوظيفة؟  نعم  لا

من هو: \_\_\_\_\_

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

إذا لم تكن موظفا ، فمتى كانت آخر مرة عملت فيها أنت أو أي شخص يعيش معك؟

من هو: \_\_\_\_\_ متى: \_\_\_\_\_

أين: \_\_\_\_\_

لماذا توقفت (أو توقفت) عن العمل؟ \_\_\_\_\_

هل قمت أنت أو أي شخص يعيش معك بإيداع طلب للحصول على عمل؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟ \_\_\_\_\_ متى؟: \_\_\_\_\_

حالة الإيداع:  موافقة  مرفوضة  معلقة

هل تشارك أنت أو أي فرد يعيش معك في إضراب؟  نعم  لا

من هو: \_\_\_\_\_

توقيت بدأ الإضراب: \_\_\_\_\_

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

من هو: \_\_\_\_\_

هل أنت أو أي شخص بالغ آخر يعيش معك يعاني من حالات طبية تحدُّ من القدرة على العمل أو نوع العمل الذي يمكن تأديته؟

نعم  لا

من: \_\_\_\_\_

صف القيود: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9

هل تستطيع قبول وظيفة اليوم؟  نعم  لا

إذا كان الإجابة بلا، فلماذا؟ \_\_\_\_\_

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

11

\_\_\_\_\_

## القسم 19 - التعليم/التدريب

ما أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه؟

أقل من شهادة الثانوية العامة

إذا كان كذلك، فما آخر مؤهل حصلت عليه؟ \_\_\_\_\_

إكمال خطة تعليم فردي (IEP)

شهاد الثانوية العامة أو ما يعادلها (General Equivalency Diploma, GED) أو اختبار تقييم الإكمال للمرحلة الثانوية

(Test Assessing Secondary Completion, TASC™)

شهادة جامعية متوسطة (درجة جامعية لمدة سنتين)

شهادة جامعية (درجة جامعية لمدة 4 سنوات) أو أعلى

1

هل حصل أي فرد آخر من أفراد أسرته على شهادة الثانوية العامة أو ما يعادلها (GED) أو تقدم لاختبار تقييم الإكمال للمرحلة الثانوية (TASC™) أو مؤهل علمي أعلى؟

لا  نعم 

إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو: \_\_\_\_\_

الشهادة المكتسبة: \_\_\_\_\_

2

تاريخ الإكمال: \_\_\_\_\_

حدد ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يتقدم لتجديد الأهلية للحصول على معونة أو يحصل عليها:

لا  نعم 

هل يشارك أو شارك في أي برنامج تدريبي في آخر 12 شهرًا؟

من هو \_\_\_\_\_

3

أين \_\_\_\_\_

البرنامج \_\_\_\_\_

تواريخ الحضور \_\_\_\_\_

تواريخ الإكمال \_\_\_\_\_

4

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

لا  نعم 

من هو \_\_\_\_\_

أين \_\_\_\_\_

5

هل يحصل على بدل تدريب؟  نعم  لا

من هو: \_\_\_\_\_ المبلغ بالدولار \_\_\_\_\_

6

هل يحصل على منح دراسية أو قروض للتعليم؟  نعم  لا

من هو: \_\_\_\_\_ المبلغ بالدولار \_\_\_\_\_

7

هل يوجد شخص دون سن 16 عامًا ويذهب للمدرسة؟  نعم  لا

من هو \_\_\_\_\_

المدرسة \_\_\_\_\_

من هو \_\_\_\_\_

المدرسة \_\_\_\_\_

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

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

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

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

CONSIDER
✓ Children's Resources
✓ Lump Sum
✓ Boats, Campers, Snowmobiles
✓ Individual Development Account (IDA)
✓ Exempt Vehicles
✓ EIC
✓ Change in Resources from Last Budget

القسم 20 - معلومات الموارد									
حَدِّد ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم لتجديد الأهلية:	نعم	لا	من هو	إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر المبلغ/القيمة	من هو	إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر المبلغ/القيمة	من هو	إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر المبلغ/القيمة	من هو
لديه أموال نقدية متاحة	1			من الدولارات الأمريكية		من الدولارات الأمريكية			
لديه حساب جارٍ (حسابات جارٍ)	2								
لديه حساب (حسابات) توفير أو شهادة (شهادات) إيداع	3								
لديه حساب (حسابات) اتحاد ائتماني	4								
لديه تأمين على الحياة	5								
يمتلك أو مسجل باسمه سيارة (سيارات) أو مركبات أخرى: العام _____ الطراز _____ العام _____ الطراز _____ غير ذلك _____	6								
لديه أسهم أو سندات أو شهادات أو صناديق استثمار مشتركة	7								
لديه سندات ادخار	8								
لديه حساب (حسابات) تقاعد فردي أو خطة توفير للتقاعد 401(k) أو حساب (حسابات) تعويض مؤجل	9								
لديه صندوق استثمار دفين غير قابل للإلغاء	10								
لديه مورد دفين مالي	11								
لديه مكان للدفن	12								
لديه منزل خاص به	13								
لديه عقارات، بما في ذلك الممتلكات المدرة للدخل وأملك غير مدرة للدخل	14								
مؤهل لاسترداد ضريبة الدخل	15								
لديه راتب سنوي	16								
هل هو المستفيد من الائتمان	17								
يتوقع أن يحصل على صندوق ائتماني أو تسوية قضائية أو إرث أو دخل من أي مصادر أخرى	18								
لديه حساب (حسابات) "موثوقة"	19								
يمتلك صندوق (صناديق) إيداع آمن	20								
لديه موارد أخرى بخلاف المسردة أعلاه:	21								
هل سبق إلى شخص (بما في ذلك زوجك/زوجتك وحتى إن لم يتقدم بتجديد الأهلية أو يعيش معك) أخذ أي أموال أو باع/نقل ملكية أي عقارات أو حصل على دخل أو ممتلكات شخصية خلال فترة 36 شهرًا الماضية؟	22								
هل سبق إلى شخص (بما في ذلك زوجك/زوجتك 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 نعم، فمتى؟ _____	23								

## VEHICLE INFORMATION

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

\*IF EXEMPT, WHY?

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE	القسم 21 – المعلومات الطبية			
	Pregnancy Statement					حدّد ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدّم لتجديد الأهلية:
	Med/Psych Statement			لا	نعم	إذا كانت الإجابة بنعم، فمن
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)					1 لديه أي فواتير طبية أو نفقات طبية
	Drug/Alcohol Statement					2 موجود على برنامج Medicaid مع إنفاق منخفض
	Paid or Unpaid Medical Bills					3 لديه تأمين صحي أو تأمين على المستشفى/الحوادث (بما في ذلك التأمين من صاحب العمل)
	SSI Application Verification (PA ONLY)					4 لديه تأمين صحي متاح من خلال صاحب العمل
CONSIDER						5 لديه برنامج Medicare (بطاقة حمراء وبيضاء وزرقاء)
✓	AD/SSI Related					6 لديه مرافق صحي/مساعد صحي منزلي
✓	SNAP Aged/Disabled Indicator					7 كيف أو مريض أو معاق
✓	SNAP Medical Deduction					8 طفل يعاني من إعاقة إنمائية
✓	TPHI Reimbursement					9 موجود في مستشفى أو دار لرعاية المسنين أو مؤسسة طبية أخرى
✓	Buy-In Eligibility					10 سداد أو عدم سداد الفواتير الطبية خلال 3 أشهر التي تسبق شهر التقديم لتجديد الأهلية هذا
✓	Kreiger (LDSS-3664)					11 يتناول أو كان يتناول المخدرات أو الكحول
✓	Domestic Violence					12 يحتاج إلى رعاية منزلية/رعاية شخصية
✓	SSI Referral					13 حصل على SSI أو سبق له التقدم بطلب للحصول على SSI
✓	Earned Income Credit					14 حامل في حالة الحمل، تاريخ الولادة المقرر: _____ عدد المواليد المتوقع: _____
✓	Change in Resources					15 يتلقى العلاج من برنامج تعاطي المخدرات أو علاج الكحول
	NEEDED	REFERRALS	COMPLETED			16 لم يكن قادرًا على العمل لمدة 12 شهرًا على الأقل بسبب إعاقة أو مرض
	SSI (D-CAP)					17 لديه نشاط يومي محدود بسبب إعاقة أو مرض استمر أو سيستمر لمدة 12 شهرًا على الأقل
	Disability Interview (LDSS-1151)					18 تعرض لحادث سيارة أو حادث متعلق بالعمل في العامين الماضيين
	Medical Report (LDSS-486, 486t)					19 كان لديه وكالة حكومية (برنامج عام) إلى جانب برنامج Medicaid أو Medicare تدفع أياً من فواتيرك الطبية إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي الوكالة _____
	Disability Report					20 هل ستسبب فواتير أي تأمين صحي آخر في إلحاق الضرر بصحتك أو سلامتك الجسدية أو العاطفية، وأو هل ستتداخل مع خصوصية وسرية طلبك للحصول على برنامج Medicaid أو استلامه؟
	AD					
	TPHI					
	ACCES-VR					
	CTHP					
	Family Planning					
	SSA (RSDI)					
	Veteran's Benefits					
	Veteran's Counseling					
	Child Health Plus					
	COBRA Eligibility					
	Nurse's Aide Service					
	Home Care					
	NYSoh					
	MA-Only (DOH-4220)					
	SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)					
	LDSS-4526 or local equivalent					

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$			
MEDICAL BILLS: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			TPHI: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					
<b>اختبار الخطة الصحية</b> يطلب من معظم الأشخاص المسجلين في برنامج Medicaid الانضمام إلى خطة صحية للرعاية المدارة ما لم يكونوا في فئة معفاة. استخدم هذا القسم لاختبار خطة صحية. إذا كنت لا تعرف الخطط الصحية المتاحة، فاسأل الموظف أو اتصل على 1-800-505-5678.								
اسم ورقم تعريف طبيب التوليد/طبيب النساء (OB/GYN) (خانة الاختيار إذا كان الموفر الحالي)	مقدم الرعاية الأولية (PCP) أو المركز الصحي (خانة الاختيار إذا كان الموفر الحالي)	رقم الضمان الاجتماعي	رقم التعريف (من بطاقة Medicaid إذا كانت لديك بطاقة)	الجنس ذكر/انثى/غير محدد الجنس	تاريخ الميلاد الشهر/اليوم/السنة	الاسم الأول	الاسم الأخير	اسم الخطة التي تسجل فيها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

SHELTER COSTS	MONTHLY ACTUAL COST	REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
A. Room and Board			Landlord Statement	
B. Rent			Rent Receipt	
C. Trailer Lot Rent			Tenant of Record	
D. Mortgage Payment			Customer of Record	
1. Principal			Voluntary Restrict	
2. Interest			Mandatory Restrict	
3. Property Tax (including School Tax)			Subsidized Housing	
4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)			Mortgage/Title Search	
5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)			Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
6. Assessments (Sewer, etc.)			Property Lien	
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)			Shelter/Utility Repayment Agreement	
<b>TOTAL (Lines A - E)</b>				
		<b>CONSIDER</b>		
		<input checked="" type="checkbox"/> Utility and/or Fuel Restrict <input checked="" type="checkbox"/> Utility Guarantee <input checked="" type="checkbox"/> HEAP <input checked="" type="checkbox"/> Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount <input checked="" type="checkbox"/> Foster Care-Related Additional Allowances <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Household Composition Rules <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator <input checked="" type="checkbox"/> Real Property Tax Credit <input checked="" type="checkbox"/> AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance <input checked="" type="checkbox"/> Property Lien <input checked="" type="checkbox"/> If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household		
<b>القسم 22 – المسكن</b>				
ما هو اسم مالك العقار؟				
ما هو عنوان مالك العقار؟				
ما هو رقم هاتف مالك العقار؟				
( )				
		إذا كنت الإجابة بنعم، المبلغ	لا	نعم
		هل لديك أنت أو أي شخص يعيش معك إيجار أو رهن عقاري أو نفقات مأوى أخرى؟		
		هل لديك أو لدى أي شخص يعيش معك فاتورة تدفئة منفصلة عن الإيجار أو نفقات المأوى الأخرى؟		

القسم 22 – المسكن (تابع)					
هل تتحمل أنت أو أي شخص يعيش معك النفقات التالية منفصلة عن الإيجار أو نفقات المأوى الأخرى؟					
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كتبت الإجابة بنعم، المبلغ					
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					
					1 الكهرباء (لاحتياجات أخرى غير الحرارة؛ على سبيل المثال: الأضواء، الطهي، الماء الساخن، إلخ.)
					2 الغاز الطبيعي (لاحتياجات أخرى غير الحرارة؛ على سبيل المثال: الطهي، الماء الساخن، إلخ.)
					3 الماء
					4 مكيف الهواء
					5 البروبان (لاحتياجات أخرى غير الحرارة)
					6 الصرف الصحي
					7 القمامة
					8 المرافق والمصاريف الأخرى تحديد _____
					9 هل تعيش في مساكن عامة؟
					10 هل تعيش في القسم 8، أو HUD، أو غيرها من المساكن المدعومة؟
					11 هل تعيش في منشأة لعلاج المخدرات/الكحول؟

\*Check Primary Heat Type:

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

Kerosene     Propane     Municipal Electric     Wood

معلومات إضافية						
القسم 23 – نفقات أخرى						
حدّد ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم لتجديد الأهلية:						
CHILD IN SNAP HH		LEGALLY OBLIGATED		HOW OFTEN PAID	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	إذا كتبت الإجابة بنعم، المبلغ
NO	YES	NO	YES			
						1 دفع إعالة الطفل
						2 دعم نفقة الزوجة
						3 دفع رعاية الطفل
						4 دفع رعاية المعالين
						5 دفع الرسوم الدراسية أو الرسوم أو النفقات التعليمية الأخرى
						6 لديه نفقات إضافية (على سبيل المثال: دفع السيارة، ودفع التأمين على السيارة، ومدفوعات بطاقات الائتمان، ومدفوعات القروض الأخرى، وما إلى ذلك) تحديد: _____
					<input type="checkbox"/> لا	7 هل أنت أو أي شخص يعيش معك يتقدم لتجديد الأهلية في ذمته أربعة أشهر على الأقل من نفقة طفل يقل عمره عن 21 عامًا؟



## NOTES/COMMENTS

الإشعارات والتنازلات والتفويضات والموافقات

**جمع أرقام الضمان الاجتماعي واستخدامها -** يُصرح بجمع أرقام الضمان الاجتماعي (Social Security Numbers, SSNs) لكل فرد من أفراد الأسرة فيما يتعلق ببرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، وفقاً لقانون الغذاء والتغذية لعام 2008 (بصيغته المعدلة). يلتزم أي شخص يتقدم بطلب للحصول على برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) بتقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) ليتسنى له تلقي الاستحقاقات. إذا لم يكن لديك أنت أو أي شخص تقدم بالطلب رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، فيجب على هذا الشخص التقدم بطلب للحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN) من إدارة الضمان الاجتماعي (تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني [www.SSA.gov](http://www.SSA.gov) أو الاتصال بالرقم 1-800-772-1213).

فيما يتعلق بجميع البرامج الأخرى التي يتطلب نموذج تجديد الأهلية هذا تقديم رقم SSN للحصول عليها، فإن جمع أرقام SSN أمر إلزامي أيضاً ومُصرح به بموجب قسم أو أكثر من أقسام القانون الآتية: القسم 205(ج) من قانون الضمان الاجتماعي (42 قانون الولايات المتحدة 405) والقسم 1137 من قانون الضمان الاجتماعي (42 قانون الولايات المتحدة 1320-ب7) والقسم 7(أ)7(2) من قانون الخصوصية لعام 1974. راجع كتاب التعليمات (PUB-1313 Statewide) أو تحدث إلى المسؤول بدائرة الخدمات الاجتماعية لديك إذا كانت لديك أي أسئلة.

سُتستخدم المعلومات التي نجعلها لتحديد ما إذا كانت أسرته مؤهلة أو لا تزال مؤهلة للحصول على المعونة أو الاستحقاقات. سَتستخدم المعلومات للتحقق من الهوية وللتحقق من الدخل المكتسب وغير المكتسب ولتحديد ما إذا كان الآباء الغائبون يمكنهم تلقي تغطية التأمين الصحي لمقدمي الطلبات أو المستفيدين ولتحديد ما إذا كان بإمكان مقدمي الطلبات أو المستفيدين الحصول على أموال أو مساعدة أخرى. سنتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج المطابقة باستخدام الكمبيوتر. سَتستخدم هذه المعلومات أيضاً لرصد الامتثال للوائح التنظيمية للبرنامج وإدارته. وإلى جانب استخدام المعلومات التي تقدمها إلينا بهذه الطريقة، ستستخدم الولاية المعلومات لإعداد إحصاءات حول جميع الأشخاص الذين يتلقون استحقاقات من برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (Home Energy Assistance Program, HEAP) (انظر أدناه).

قد يُفصح عن هذه المعلومات للوكالات الحكومية والفيدرالية الأخرى لفحصها رسمياً ولموظفي إنفاذ القانون بغرض ضبط الأشخاص الفارين من إنفاذ القانون. يمكن استخدام المعلومات التي تم جمعها فيما يتعلق بمقدمي طلبات الحصول على المساعدة الأسرية ومعونة شبكة الأمان ومتلقيها، بما في ذلك أرقام الضمان الاجتماعي (SSNs)، للمساعدة على تشكيل مجموعات المحلفين. إذا نشبت أي ادعاءات متعلقة ببرنامج SNAP ضد أسرته، فقد تُحال المعلومات الواردة في تجديد الأهلية هذا، شاملة كل أرقام SSN، إلى الوكالات الفيدرالية والحكومية، بالإضافة إلى وكالات تحصيل الديون الخاصة، من أجل تحصيل الديون.

سُتستخدم أيضاً أرقام الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة غير المؤهلين ويُفصح عنها بالطريقة المذكورة أعلاه.

إلى جانب استخدام المعلومات التي تزودنا بها بهذه الطريقة، تستخدم الولاية أيضاً المعلومات لإعداد إحصاءات حول جميع الأشخاص الذين يتلقون الاستحقاقات من برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP). تستخدم الولاية المعلومات لمراقبة الجودة من أجل ضمان أن مناطق الخدمات المحلية تقوم بأفضل عمل ممكن. وتستخدم للتحقق من مورد الطاقة لديك ولإجراء مدفوعات معينة لهؤلاء الموردين.

**إشعار عدم التمييز** – وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية التابعة لوزارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture, USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس، أو العيدة الدينية، أو الإعاقة، أو العمر، أو المعتقدات السياسية، أو النّار أو الانتقام بسبب نشاط حقوق مدنية سابق.

بالإضافة إلى ذلك، تحظر ولاية نيويورك التمييز على أساس حالة المتحولين جنسيًا، والارتباك الجنسي، والحالة الاجتماعية، والوضع العسكري، ووضع ضحية العنف المنزلي والظروف المتعلقة بالحمل، والخصائص الجينية المؤهبة، والتوقيف المسبق أو سجل الإدانة، والحالة الأسرية، والانتقام لمعارضة الممارسات التمييزية غير القانونية.

بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (مثل طريقة برايل والطباعة بحروف كبيرة والشريط الصوتي ولغة الإشارة الأمريكية وما إلى ذلك) الاتصال بالوكالة (داخل الولاية أو المحلية) التي تقدموا فيها بطلب للحصول على الاستحقاقات. ويمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800).

لتقديم شكوى تمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج AD-3027، نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية، والذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>، من أي مكتب وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-620-8333، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية. يجب أن تحتوي الرسالة على اسم مقدم الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصفًا مكتوبًا للإجراء التمييزي المزعم بتفاصيل كافية لإبلاغ مساعد وزير الحقوق المدنية (ASCR) عن طبيعة الانتهاك المزعم للحقوق المدنية وتاريخه. يجب تقديم نموذج أو خطاب AD-3027 المكتمل بواسطة: (1) البريد: 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314، Food and Nutrition Service, USDA، (2) فاكس على 256-1665 (833) أو 690-7442 (202)؛ أو (3) البريد الإلكتروني: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

للحصول على أي معلومات أخرى تتعامل مع قضايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، يجب على الأشخاص إما الاتصال برقم الخط الساخن التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على 221-5689 (800)، والذي يتوفر أيضًا باللغة الإسبانية، أو الاتصال بأرقام معلومات الولاية/الخط الساخن الموجودة عبر الإنترنت على: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

تُقدّم هذه المؤسسة فرص قائمة على مبدأ التكافؤ.

**الموافقة على التحقيق** – أوافق على أي تحقيق للتحقق من المعلومات التي قدمتها أو تأكيدها فيما يتعلق بطلب المعونة العامة (PA) أو برنامج Medicaid أو استحقاقات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) أو استحقاقات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية أو الخدمات أو معونة رعاية الطفل. سالتنرم بتقديم أي معلومات إضافية في حال طلبها. سأتعاون تمامًا أيضًا مع موظفي الولاية والموظفين الفيدراليين في أي مراجعة لمراقبة الجودة فيما يتعلق بالمعونة العامة (PA) و/أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP).

إذا كنت أتقدم لتجديد الأهلية للحصول على برنامج SNAP، فأنا أفهم أن منطقة الخدمات الاجتماعية ستطلب المعلومات المتاحة من خلال نظام التحقق من الدخل والأهلية وتستخدمها للتحقيق في طلبي لتجديد الأهلية، وقد تتحقق من هذه المعلومات من خلال جهات اتصال مرافقة في حال اكتشاف وجود تناقضات فيها. أفهم أيضًا أن هذه المعلومات قد تؤثر في أهليتي لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) و/أو مستوى الاستحقاقات التي أحصل عليها من خلاله.

**الموافقة على الإفصاح عن معلومات التأمين ضد البطالة السرية** – أوافق وزارة العمل (DOL) بولاية نيويورك بالإفصاح عن أي معلومات سرية تحتفظ بها وزارة العمل لأغراض التأمين ضد البطالة (UI) لمكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA) بولاية نيويورك. تتضمن هذه المعلومات مطالبات استحقاقات التأمين ضد البطالة (UI) وسجلات الأجور. أفهم أن OTDA، إلى جانب موظفي الوكالة داخل الولاية والوكالة المحلية العاملين في مكاتب دائرة الخدمات الاجتماعية، سيستخدمون معلومات التأمين ضد البطالة (UI) لإثبات الأهلية أو التحقق منها وتحديد مقدار المعونة العامة أو مزايا برنامج Medicaid وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية وبرنامج المعونة في دفع تكاليف الطاقة المنزلية أو معونة رعاية الطفل، المقدمة في هذا الطلب/تجديد الأهلية، ولإجراء التحقيقات اللازمة لتحديد ما إذا كنت قد تلقيت أي مزايا لم أكن مستحقًا إياها. قد يقوم مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA) أيضًا بمشاركة المعلومات مع مكتب خدمات الأطفال والأسرة (Office of Children and Family Services, OCFS) بولاية نيويورك وإدارة الصحة (New York State Department of Health, DOH) بولاية نيويورك. سيستخدم مكتب خدمات الأطفال والأسرة (OCFS) المعلومات لمراقبة برنامج معونة رعاية الطفل.

**الإفصاح عن المعلومات إلى مقدمي الخدمات** – أُمّنح الإذن لمنطقة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك بمشاركة المعلومات المتعلقة بالمعونة العامة أو استحقاقات برنامج المعونة الغذائية التكميلية التي تلقيتها أنا أو أي فرد من أفراد أسرتي ممن يمكنني منحهم تصريحًا قانونيًا، لأغراض التحقق من أهليتي للحصول على الخدمات وعمليات الدفع المتعلقة بإدارة البرنامج التي تقدمها الولاية أو المتعهد المحلي. قد تشمل هذه الخدمات، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات التوظيف أو التدريب المقدمة لمساعدتي أو مساعدة أفراد أسرتي على الحصول على عمل والاحتفاظ به.

**الإفراج عن السجلات التعليمية** – أعطي الإذن لوزارة الصحة بولاية نيويورك ودائرة الخدمات الاجتماعية للحصول على أي معلومات تتعلق بالسجلات التعليمية لي و/أو طفلي (أطفالي) القاصرين لأغراض التالية: (1) التحقق من أهليتي للحصول على المعونة العامة، وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية، وبرنامج Medicaid أو أيهما؛ (2) إجراء المراجعات أو التحقيقات الناتجة عن المعلومات المتضاربة المقدمة كجزء من عملية الأهلية؛ (3) المطالبة بسداد تكاليف الخدمات التعليمية المتعلقة بالصحة من Medicaid؛ و (4) تزويد الوكالة الحكومية الفيدرالية المناسبة بإمكانية الوصول إلى هذه المعلومات لغرض التدقيق فقط.

**موافقة المقيمين في هيئة الإسكان في مدينة نيويورك على مشاركة المعلومات** – إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على معونة في مدينة نيويورك، فستسمح هذه الموافقة لهيئة الإسكان في مدينة نيويورك ("NYCHA") بمشاركة معلومات عنك مع معونة إدارة الموارد البشرية/إدارة الخدمات الاجتماعية في مدينة نيويورك (HRA) لمساعدتك أنت وأسرتك في التقدم بطلب للحصول على المعونة بموجب برنامج المعونة الغذائية التكميلية ("SNAP")، و/أو لمعونة HRA النقدية، والتي قد تشمل دفع متأخرات الإيجار.

إذا قمت بالتوقيع على هذا الطلب أدناه، فقد تشارك هيئة الإسكان في مدينة نيويورك (NYCHA) إدارة الموارد البشرية (HRA) المعلومات المتعلقة بأهليتك أو مستواك لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) ومزايا المساعدة النقدية أو أيهما، بما في ذلك اسمك وعنوانك وتاريخ ميلادك ومعلومات دفع الإيجار وخدمات المرافق (مثل مبلغ الإيجار الشهري وسجل دفع الإيجار ورصيد الإيجار ورسوم الأجهزة). بالإضافة إلى ذلك، من خلال التوقيع على هذا الطلب أدناه، فإنك تقر بأن لديك سلطة الموافقة نيابة عن الأطفال القصر المدرجين في هذا الطلب وتفوض هيئة الإسكان في مدينة نيويورك (NYCHA) بمشاركة اسم هذا الطفل وعنوانه وتاريخ ميلاده مع إدارة الموارد البشرية (HRA).

ستحافظ إدارة الموارد البشرية (HRA) على سرية أي معلومات تشاركها هيئة الإسكان في مدينة نيويورك (NYCHA) ولا يجوز لها مشاركة المعلومات إلا مع الوكالات المحلية والولائية والفيدرالية التي تشرف على برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) وإدارة الموارد البشرية (HRA) وبرنامج مزايا المعونة النقدية.

**الإبلاغ عن التغيير –** أوافق على إعلام الوكالة فورًا بأي تغيير في احتياجاتي أو سكني/عنواني أو ترتيبات معيشتي أو حجم أسرتي أو دخلي أو وظيفتي أو ممتلكاتي/مواردي أو تكاليف رعاية المعالين أو تأميني الصحي أو حالة غير مواطن مع حالة هجرة مقبولة/حالة المواطنة أو حالة "البالغون الأصحاء بدنيًا الذين لا يعملون" (ABAWD) الخاصة بي أو حالة الحمل أو ترتيبات المعيشة، إلى حد علمي أو اعتقادي.

إذا كنت أتقدم بطلب للحصول على معونة رعاية الطفل، فأنا أوافق على إبلاغ الوكالة فورًا بأي تغيير في دخل الأسرة أو فيما يتعلق بالأشخاص الذين يعيشون في منزلي أو وظيفتي، أو ترتيبات رعاية الطفل، أو أي تغييرات أخرى قد تؤثر في أهليتي المستمرة أو المبلغ المستحق الذي أتلقاه.

**العقوبات –** تنص القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات على عقوبات الغرامة أو السجن أو كليهما في حال عدم قول الحقيقة عند التقدم لتجديد الأهلية في المعونة العامة أو معونة برنامج Medicaid أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو الخدمات أو معونة رعاية الطفل ("المعونة أو المزايا أو الخدمات") أو في أي وقت عند استجوابك حول أهليتك، أو تحريض شخص آخر على عدم قول الحقيقة فيما يتعلق بتجديد أهليتك أو أهليتك المستمرة. تنطبق العقوبات أيضًا إذا أخفيت الحقائق المتعلقة بأهليتك الأولية والمستمرة أو لم تتنزم بالكشف عنها للحصول على المعونة أو المزايا أو الخدمات، أو إذا أخفيت أو لم تفصح عن حقائق تؤثر في حق شخص تقدمت نيابةً عنه لتجديد الأهلية للحصول على المعونة أو المخصصات أو الخدمات، أو الاستمرار في الحصول عليها. إذا كنت ممثلًا مفضلاً، فيجب استخدام هذه المعونة أو الاستحقاقات أو الخدمات لمصلحة الشخص الآخر وليس لمصلحتك أنت. تنص القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات على أن أي تحويل للأصول بأقل من القيمة السوقية العادلة يقوم به الفرد أو الزوج، في غضون 60 شهرًا قبل اليوم الأول من الشهر الذي يتلقى فيه الفرد خدمات مرفق التمريض وكان قد قدم طلبًا للحصول على برنامج Medicaid، قد يجعله غير مؤهل لخدمات مرفق التمريض أو الخدمات المنزلية والمجتمعية التي تم التنازل عنها لفترة من الوقت. ومن غير القانوني الحصول على المعونة أو الاستحقاقات أو الخدمات عن طريق إخفاء المعلومات أو تقديم معلومات خاطئة.

**عقوبات عدم الأهلية لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية –** ستخضع أي معلومات تقدمها فيما يتعلق بطلبك لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) للتحقيق من قِبل المسؤولين الفيدراليين والمحليين ومسؤولي الولاية. إذا كانت هناك أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم رفض طلبك للحصول على استحقاقات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP). قد تتعرض للملاحقة الجنائية إذا قدمت معلومات غير صحيحة عن قصد تؤثر في الأهلية أو مقدار الاستحقاقات التي تتلقاها. يتم تعزيم أي شخص حُكم عليه في جنابة بسبب استخدام بطاقات ترخيص برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو أجهزة الوصول أو نقلها أو الحصول عليها أو تبديلها أو حيازتها عن قصد بما يصل إلى 250,000 دولار أمريكي، أو السجن مدة تصل إلى 20 عامًا أو كليهما. قد يخضع الفرد أيضًا للمقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها. إن أي شخص ينتهك شرطًا من شروط المراقبة أو إطلاق السراح المشروط أو أي شخص يفر لتجنب الملاحقة القضائية أو الاحتجاز أو الحبس من جنابة ويتم ملاحقته بنشاط من قِبل سلطة إنفاذ القانون يصبح غير مؤهل لتلقي استحقاقات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP).

قد يتبين أنك غير مؤهل لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) أو أنك ارتكبت انتهاكًا متعمدًا للبرنامج (Intentional Program Violation, IPV) إذا قدمت بيانًا كاذبًا أو مضللاً، أو حرقت الحقائق أو أخفيت أو حجبته، من أجل التأهل للحصول على الاستحقاقات أو تلقي المزيد منها؛ أو قمت بشراء منتج باستخدام استحقاقات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) بقصد الحصول على النقود عن طريق التخليص من المنتج عمدًا وإعادة الحاوية للحصول على مبلغ الإيداع؛ أو ارتكاب أو محاولة ارتكاب أي فعل يشكل انتهاكًا للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية بغرض استخدام استحقاقات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) أو بطاقات التفويض أو المستندات القابلة لإعادة الاستخدام المُستخدمة كجزء من نظام تحويل الاستحقاقات إلكترونيًا (Electronic Benefit Transfer, EBT) أو تقديمها أو نقلها أو الحصول عليها أو تلقيها أو حيازتها أو الاتجار بها. بالإضافة إلى ذلك، لا يُسمح بما يأتي، وقد يتم استبعادك من تلقي معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) و/أو تخضع لعقوبات بسبب الأعمال التي تشمل:

- استخدام مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) لشراء المواد غير الغذائية، مثل الكحول أو السجائر؛
- استخدام مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) لدفع ثمن الطعام الذي تم شراؤه مسبقًا عن طريق الائتمان؛
- السماح لشخص آخر باستخدام بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية (EBT) الخاصة بك مقابل النقود أو الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات أو المخدرات، أو لشراء الطعام للأفراد الذين ليسوا أعضاء في أسرتك في برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)؛ أو
- استخدام أو امتلاك بطاقات تحويل المزايا الإلكترونية (EBT) التي لا تخصك، دون موافقة مالك البطاقة.

الأفراد الذين يتبين أنهم ارتكبوا انتهاكًا متعمدًا للبرنامج (IPV) إما من خلال جلسة استماع لفقدان الأهلية الإدارية أو من قِبل محكمة فيدرالية أو حكومية أو محلية، أو وقعوا إما تنازلًا عن الحق في جلسة استماع لفقدان الأهلية الإدارية أو اتفاقية موافقة عدم الأهلية في الحالات المحالة للمقاضاة، لا يحق لهم المشاركة في برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) لمدة:

- 12 شهرًا *الأول* انتهاك متعمد لبرنامج SNAP؛
- 24 شهرًا *لانتهاك المتعمد الثاني* (IPV) لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)؛
- 24 شهرًا *الأول* انتهاك (IPV) متعمد لبرنامج SNAP يستند إلى استنتاج المحكمة بأن الفرد استخدم أو تلقى مزايا برنامج SNAP في معاملة تنطوي على بيع مادة خاضعة للرقابة (عقاقير غير قانونية أو بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبية من الطبيب)؛ أو
- 120 شهرًا إذا تبين أن الفرد قد أدلى ببيان احتيالي حول هويته أو مكان إقامته من أجل الحصول على مزايا متعددة لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) في وقت واحد، ما لم يتم استبعاده نهائيًا لانتهاك برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP). إضافة إلى ذلك، يجوز للمحكمة أن تمنع الفرد من المشاركة في برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) مدة 18 شهرًا إضافيًا.

يمكن استبعاد الفرد بشكل دائم من تلقي مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) من أجل:

- أول انتهاك متعمد لبرنامج SNAP بناءً على استنتاج المحكمة بأن الفرد استخدم أو تلقى مزايا برنامج SNAP في معاملة تنطوي على بيع أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات؛
- أول انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) استنادًا إلى إدانة المحكمة للاتجار بمزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أو أكثر (يشمل الاتجار باستخدام غير القانوني أو النقل أو الاستحواذ أو التغيير أو الحيازة) بطاقات تفويض برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) أو أجهزة (الوصول)؛
- الانتهاك المتعمد الثاني لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) بناءً على استنتاج المحكمة بأن الفرد استخدم أو تلقى مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) في معاملة تنطوي على بيع مادة خاضعة للرقابة (عقاقير غير قانونية أو أدوية معينة تتطلب وصفة طبية من الطبيب)؛ أو
- أو انتهاك ثالث متعمد لبرنامج SNAP.

**شرط الإبلاغ عن/مصادقة نفقات الأسرة –** تلتزم أسرته بالإبلاغ عن نفقات رعاية الأطفال والمرافق من أجل الحصول على خصم لهذه النفقات من برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP). وتلتزم أسرته بالإبلاغ عن مدفوعات الإيجار/الرهن العقاري وضرائب الممتلكات والتأمين والنفقات الطبية وإعالة الطفل المدفوعة إلى فرد من غير أفراد الأسرة والتحقق منها كذلك من أجل الحصول على خصم لهذه النفقات من برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP). سيُنظر إلى عدم الإبلاغ عن/مصادقة النفقات المذكورة أعلاه على أنه بيان من قبل أسرته بأن لا تريد الحصول على خصم لهذه النفقات غير المبلغ عنها/التي لم تتم مصادقتها. قد يوهلك الخصم على هذه النفقات لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) أو قد يزيد من مزايا برنامج (SNAP) التي تحصل عليها. يمكنك الإبلاغ عن هذه النفقات/مصادقتها في أي وقت في المستقبل. سيتم بعد ذلك تطبيق الخصم على عملية حساب استحقاقات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) في الأشهر المقبلة، وفقًا لقواعد الإبلاغ عن التغيير (راجع "الإبلاغ عن التغيير" أعلاه).

**الممثل المعتمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) –** يمكنك تفويض شخص ما يعرف ظروف أسرته للتقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) لصالحك. يمكنك أيضًا تفويض شخص من خارج أسرته للحصول على استحقاقات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) لصالحك أو لاستخدامها في شراء الطعام لك. إذا كنت ترغب في تفويض شخص ما، فعليك القيام بذلك كتابةً. يمكنك تفويض شخص ما عن طريق تدوين اسم الشخص وعنوانه ورقم هاتفه أدناه مباشرة، وجعله يقوم بالتوقيع في قسم التوقيع في نهاية نموذج تجديد الأهلية هذا. عندما يتقدم ممثل معتمد بطلب للحصول على برنامج SNAP نيابة عن أسرة ما غير مقيمة في مؤسسة، يجب على كل من الممثل المعتمد وفرد بالغ مسؤول من الأسرة التوقيع على قسم التوقيع في نهاية نموذج تجديد الأهلية هذا وتأريخه، ما لم تكن الأسرة التي ترغب في الحصول على برنامج SNAP قامت بخلاف ذلك بتعيين الممثل المعتمد لذلك كتابةً.

اسم وعنوان ورقم هاتف الممثل المفوض (يرجى الكتابة بخط واضح):

**إعانة المرافق القياسية –** أفهم أن المستفيدين من المعونة العامة وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) مؤهلون بشكل قاطع لبرنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (Home Energy Assistance Program, HEAP). أفهم أيضًا أنني إذا لم أحصل على استحقاق برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) التي تزيد عن 20 دولارًا في الشهر الحالي أو الـ 12 شهرًا السابقة أو استحقاق مماثل في ما يتعلق بمعونة تكاليف الطاقة، فسيلزمني دفع قيمة خدمة التدفئة أو تكييف الهواء بشكل منفصل عن إيجاري من أجل الحصول على إعانة المرافق القياسية للتدفئة/التبريد (أي الخصم) لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP). وأفهم أن الولاية ستستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي للتحقق من استلامي لمزايا برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) مع موردي خدمات الطاقة المنزلية المعيّنين بي. يتضمن هذا التصريح أيضًا السماح لأي من موردي الطاقة المنزلية (بما يشمل شركة المرافق) بنشر معلومات إحصائية معينة، بما يتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، استخدامي السنوي للكهرباء وتكلفة الكهرباء واستهلاك الوقود ونوع الوقود وتكلفة الوقود السنوية وسجل الدفع إلى مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز بولاية نيويورك ومنطقة الخدمات الاجتماعية المحلية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة لأغراض قياس أداء برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض.

**الإفصاح عن المعلومات الطبية –** أوافق على الإفصاح عن أي معلومات طبية عني وعن أي من أفراد عائلتي الذين يمكنني الموافقة عليهم من قبل مقدم الرعاية الأولية أو أي مقدم رعاية صحية آخر أو وزارة الصحة بولاية نيويورك (DOH) لخطتي الصحية وأي مقدمي رعاية صحية مشاركين في رعايتي أو رعايتي عائلتي، وحسب الضرورة المعقولة لخطتي الصحية أو مقدمي الخدمات لإجراء عمليات العلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية؛ ومن قبل خطتي الصحية؛ ومن قبل مقدمي الرعاية الصحية إلى وزارة الصحة وغيرها من الوكالات الفيدرالية والولائية والمحلية المعتمدة لأغراض إدارة برنامج Medicaid؛ ومن خلال خطتي الصحية لأشخاص أو منظمات أخرى، وحسب الضرورة المعقولة لخطتي الصحية لإجراء العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. أصرح بالإفراج عن أي معلومات متعلقة بالصحة عني وعن أي من أفراد عائلتي الذين يمكنني منحهم تفويضًا قانونيًا فيما يتعلق بتقديم المعونة والخدمات وقدرتي على المشاركة في أنشطة العمل، بما في ذلك التوظيف، إلى مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة والإعانة (OTDA)، ومكتب ولاية نيويورك للأطفال وخدمات الأسرة أو منطقة الخدمات الاجتماعية المحلية، حسب الضرورة المعقولة لتوفير مزايا المعونة العامة؛ وللخدمات، بما في ذلك خدمات حماية الطفل؛ لتحديد مهام نشاط العمل المناسبة؛ لتحديد الحاجة إلى تقديم طلب ولتقديم طلب للحصول على مزايا دخل الضمان التكميلي؛ ولوضع خطط علاجية مناسبة لاستعادة قابلية التوظيف؛ ولتحديد الأهلية للحصول على إعفاءات من الدولة لمدة ستين شهرًا كحد زمني عند استلام المعونة النقدية. إذا طلب مني التقدم بطلب للحصول على مزايا تدبيرها إدارة الضمان الاجتماعي، فيمكن مشاركة المعلومات المحددة أعلاه مع إدارة الضمان الاجتماعي. أوافق أيضًا على أن المعلومات التي تم إصدارها قد تتضمن معلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الصحة العقلية أو تعاطي الكحول والمخدرات عني وعن أفراد عائلتي، إلى الحد الذي يسمح به القانون، ما لم يتم تحديد خانة أدناه. إذا كان هناك أكثر من شخص بالغ في العائلة ينضم إلى خطة Medicaid الصحية، فإن توقيع كل شخص بالغ يتقدم بطلب للحصول على الموافقة على الإفصاح عن المعلومات. أفهم أن قدرتي على الموافقة على الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بأي أطفال قاصرين قد أوافق عليهم محدودة بمدى تمكني من الحصول على معلومات تتعلق بالعلاج والتشخيص والإجراءات نيابة عنهم.

لا تفصح عن معلومات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز \_\_\_\_\_ لا تفصح عن معلومات المخدرات والكحول  
لا تفصح عن معلومات الصحة العقلية \_\_\_\_\_

**الإفصاح عن المعلومات إلى مقدمي الخدمات الصحية –** أُنح الإذن لمنطقة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك بمشاركة المعلومات مع مقدمي الخدمات الصحية، على النحو المحدد من قِبل منطقة الخدمات الاجتماعية أو ولاية نيويورك، فيما يتعلق باستحقاقات المعونة العامة التي أكون أنا أو أي فرد من أفراد أسرتي، من الذين يحق لي تقديم تصريح قانوني نيابة عنهم- قد تلقيناها أو مؤهلين لتلقيها، بغرض تحسين جودة الرعاية الصحية والرفاهية العامة الخاصة بنا، ولتسهيل الحصول على استحقاقات إضافية قد أكون أنا أو أفراد أسرتي مؤهلين لها.

**الإفصاح عن المعلومات لبرنامج التدخل المبكر –** في حالة تقييم طفلي لبرنامج التدخل المبكر بولاية نيويورك أو مشاركته فيه، فأنا أُنح الإذن لمنطقة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك بمشاركة معلومات أهلية طفلي في الحصول على برنامج Medicaid مع برنامج التدخل المبكر بمقاطعتي أو البلدية التي اتبعها لغرض إعداد فواتير تكلفة برنامج Medicaid.

**برنامج صحة الطفل/المراهق –** أفهم أنه إذا كان طفلي موجود على برنامج Medicaid، فيمكنه الحصول على رعاية أولية وقائية شاملة، بما في ذلك جميع العلاجات اللازمة من خلال برنامج صحة الطفل/المراهق. يمكنني الحصول على مزيد من المعلومات حول هذا البرنامج من منطقة الخدمات الاجتماعية.

**برنامج MEDICARE –** أفوض بسداد المدفوعات المستحقة بموجب برنامج "Medicare" (الجزء ب من الباب الثامن عشر، برنامج التأمين الطبي التكميلي) مباشرة إلى الأطباء والموردين الطبيين على أي فواتير غير مدفوعة في المستقبل نظير الخدمات الطبية وغيرها من الخدمات الصحية المقدمة إليّ وأنا مؤهل للحصول على برنامج Medicaid.

**سداد النفقات الطبية بموجب برنامج MEDICAID –** أفهم أن لدي الحق كجزء من تجديد الأهلية في برنامج Medicaid الخاص بي، أو في غضون عامين من تاريخ طلبي، في طلب سداد النفقات التي دفعتها مقابل الرعاية الطبية المغطاة والخدمات والإمدادات التي تلقيتها خلال فترة الثلاثة أشهر السابقة لشهر طلبي. أفهم أنه بعد تاريخ طلبي، لن يكون سداد تكاليف الرعاية الطبية والخدمات والإمدادات المغطاة متاحًا إلا إذا تم الحصول عليها من مقدمي الخدمات المسجلين في برنامج Medicaid.

**التنازل عن التأمين/المزايا الأخرى والدفع المباشر –** للحصول على المعونة العامة وبرنامج Medicaid، أوافق على تقديم أي مطالبات للحصول على مزايا التأمين الصحي أو التأمين ضد الحوادث، ومتابعة أي مطالبات تتعلق بالإصابة الشخصية أو أي موارد أخرى قد يكون لي الحق فيها، وأقوم بموجب هذا بالتنازل عن أي من هذه الموارد إلى دائرة الخدمات الاجتماعية التي قُدم تجديد الأهلية هذا إليها. إضافة إلى ذلك، سأساعد على توفير أي مزايا مُتنازل عنها لدائرة الخدمات الاجتماعية التي يُقدم تجديد الأهلية هذا إليها.

أفوض بسداد الدفعات المستحقة لي أو لأفراد أسرتي بخصوص استحقاقات التأمين الصحي أو التأمين ضد الحوادث مباشرة إلى منطقة الخدمات الاجتماعية المناسبة فيما يتعلق بالخدمات الطبية وغيرها من الخدمات الصحية المقدمة إلينا ونحن مؤهلون للحصول على برنامج Medicaid.

**استرداد مبالغ برنامج MEDICAID –** فور استلام برنامج Medicaid، قد يتم تقديم رهن وقد يتم استرداد ممتلكاتك العقارية في ظل ظروف معينة إذا كنت في مؤسسة طبية ولا يُتوقع منك العودة إلى المنزل. قد تُسترد المعونة الطبية (MA) المدفوعة نيابة عنك من الأشخاص الذين يتحملون المسؤولية القانونية عن دعمك في وقت الحصول على الخدمات الطبية. قد تسترد المعونة الطبية (MA) أيضًا تكلفة الخدمات والأهساط المدفوعة بشكل غير صحيح. أفهم أنه اعتبارًا من 1 أبريل 2014، إذا حصلت على معونة برنامج Medicaid من خلال وزارة الصحة بولاية نيويورك:

- لن يتم فرض أي رهن على ممتلكاتي العقارية قبل وفاتي.
- تقتصر عملية استرداد المبالغ من الأصول الموجودة في ممتلكاتي عند وفاتي على المبلغ الذي دفعه برنامج Medicaid نظير تكلفة رعاية المسنين في المنزل والخدمات المنزلية والمجتمعية والخدمات المتعلقة بالمستشفيات والأدوية التي تستلزم وصفة طبية والتي تم تلقيها في عيد ميلادي الخامس والخمسين (55th) أو بعده.

**استرداد مبالغ المعونة العامة –** المعونة العامة (PA) التي تتلقاها نفسك وللأشخاص الذين تكون مسؤولاً قانوناً عن دعمهم قابلة للاسترداد من الأموال التي تمتلكها أو قد تحصل عليها. قد يتم أخذ المبالغ المستردة من الضرائب وأجزاء من أرباح الياصيب لسداد ديونك للمعونة العامة (PA).

**التفويض بإعادة سداد قيمة استحقاقات المعونة العامة من دخل الضمان التكميلي بأثر رجعي –** أفوض مندوب إدارة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration, SSA) باستخدام دفعتي الأولى من دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI)؛ أي دفعة دخل الضمان التكميلي (SSI) بأثر رجعي) لتعويض منطقة الخدمات الاجتماعية (social services district, SSD) المحلية عن المعونة العامة (PA) التي كانت تدفعها إلي من أموال الولاية أو الأموال المحلية، بينما تقرر إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI) أم لا. لن تعوض إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) منطقة الخدمات الاجتماعية (SSD) عن المعونة العامة (PA) التي تم دفعها باستخدام أي أموال فيدرالية.

لن ألتزم بهذا التفويض إلا إذا أرسلت الولاية إشعارًا إلى إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) يُفيد أنني أنا وممثل من منطقة الخدمات الاجتماعية (SSD) قد وقّعنا عليه. تلتزم الولاية بإرسال إشعار في غضون 30 يومًا تقويميًا من مطابقة سجل دخل الضمان التكميلي (SSI) الخاص بي مع سجل الولاية الخاص بي. لن تقبله إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) بعد 30 يومًا تقويميًا. بل سترسل إليّ إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) دفعتي من دخل الضمان التكميلي (SSI) بأثر رجعي بموجب قواعد إدارة الضمان الاجتماعي (SSA).

لا يمكن استخدام سوى دفعتي الأولى من دخل الضمان التكميلي (SSI). إذا كانت دفعتي الأولى أكبر من المبلغ المستحق لمنطقة الخدمات الاجتماعية (SSD)، فسترسل إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) المبلغ المتبقي إليّ بموجب قواعد.

يمكن لإدارة الضمان الاجتماعي (SSA) تعويض منطقة الخدمات الاجتماعية (SSD) في حالتين:

- (1) سُدَّ السداد إلى منطقة الخدمات الاجتماعية (SSD) إذا تقدمت بطلب للحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI) ووجدت إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) أنني مؤهل لذلك.
- (2) سُدَّ السداد إلى منطقة الخدمات الاجتماعية (SSD) في حال استعادة استحقاقات دخل الضمان الاجتماعي (SSI) الخاصة بي بعد الإنهاء أو التعليق.

لن تعوض إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) منطقة الخدمات الاجتماعية (SSD) عن المعونة العامة (PA) التي دفعتها إلى خلال وقت انتظاري تحديد إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) مدى أهليتي لها. وهذا ما يُسمى بـ "المعونة المؤقتة". تبدأ الفترة: (1) مع الشهر الأول الذي أصبح فيه مؤهلاً لدفع استحقاقات دخل الضمان التكميلي (SSI)؛ أو (2) في اليوم الأول الذي أعود فيه إلى دخل الضمان التكميلي (SSI) بعد أن تم تعليقه أو إيقافه. تشمل الفترة الشهر الذي تبدأ فيه دفعات دخل الضمان التكميلي (SSI) فعلياً. إذا لم تتمكن منطقة الخدمات الاجتماعية (SSD) من إيقاف دفعتي الأخيرة من المعونة العامة (PA)، فستنتهي الفترة في الشهر التالي.

يجب أن ترسل إلى منطقة الخدمات الاجتماعية (SSD) إشعاراً يبين لي مبلغ المعونة المؤقتة المدفوعة وذلك في موعد أقصاه 10 أيام من تعويض إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) لها. سيوضح لي الإشعار أيضاً أن إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) سترسل إلى رسالة تبين لي كيف سترسل إلي إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) أي أموال متبقية مستحقة من دخل الضمان التكميلي (SSI) كيف أستأنف على القرار لدى الولاية إذا لم أوافق على قرارها.

بموجب قواعدها، يجوز لإدارة الضمان الاجتماعي (SSA) استخدام التاريخ الذي أوقع فيه على هذا التفويض بصفته التاريخ الذي أصبحت فيه مؤهلاً لأول مرة للحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI). ولن تفعل ذلك إلا إذا تقدمت بطلب للحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI) في غضون الـ 60 يوماً القادمة.

ينطبق هذا التفويض على أي طلب للحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI) أو استئنافي المعلق الآن أمام إدارة الضمان الاجتماعي (SSA). ينتهي هذا التفويض في حالة اتخاذ قرار نهائي حيال حالة دخل الضمان التكميلي (SSI) الخاص بي. وينتهي عندما تدفع لي إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) لأول مرة. ويمكن أن ننفق أنا والولاية أيضاً على إنهاء التفويض. يتعين علي التوقيع على تفويض جديد يتوافق مع قواعد ولاية نيويورك إذا أعدت تقديم طلب للحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI) بعد انتهاء هذا التفويض، أو إذا تقدمت بمطالبة جديدة للحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI) بينما يكون لدي طلب بالحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI) أو استئناف معلق عليه.

سأحظى بفرصة عقد جلسة استماع عادلة إذا لم أوافق على القرار الذي اتخذته منطقة الخدمات الاجتماعية (SSD) بشأن التعويض.

لقد تلقيت نسخة من الكتيب بعنوان "ما يجب أن تعرفه عن برامج الخدمات الاجتماعية". وأفهم ما ورد فيه عن المعونة المؤقتة.

**الدعم** – يعمل التقدم بطلب للحصول على المساعدة الأسرية (Family Assistance, FA) أو معونة شبكة الأمان (Safety Net Assistance, SNA) أو رعاية التبني بموجب الباب الرابع – هـ أو تلقيها بمنزلة تنازل إلى الولاية أو منطقة الخدمات الاجتماعية عن أي حقوق تتعلق بالدعم المقدم من أي شخص آخر قد يستحقه مقدم الطلب أو المتلقي بموجب حقه الخاص أو نيابة عن أي فرد آخر من أفراد الأسرة يتقدم مقدم الطلب أو المتلقي بطلب للحصول على المعونة أو يتلقاها نيابة عنه (قانون الخدمات الاجتماعية، المادتين 158 و348). يقتصر هذا التنازل على حالات معينة. تحتوي الأقسام الأخرى من نموذج تجديد الأهلية هذا على مهام إضافية.

**التنازل عن حقوق الدعم** – أفهم أنه سيتم تزويدي بنموذج LDSS-5145، "الإحالة لخدمات إعالة الطفل"، لإكمالها والعودة إلى وحدة إنفاذ دعم الطفل. باستثناء حالات العنف المنزلي أو أي سبب وجيه آخر، كشرط للحصول على المعونة، أفهم أنني مطالب بالتعاون مع وحدة إنفاذ إعالة الطفل لتحديد مكان أي والد غير حاضن أو مزعوم أو مقصود؛ وتحديد النسب القانوني لكل فرد دون سن 21 عاماً مولود لأبوين غير متزوجين؛ وإنشاء و/أو تعديل و/أو إنفاذ أوامر الدعم. أفهم أيضاً أنه سيتم تزويدي بنموذج LDSS-4279، "إشعار المسؤوليات وحقوق الدعم"، والذي يشرح مسؤولياتي وحقوقتي إذا لم أتعاون مع وحدة إنفاذ إعالة الطفل.

أنتازل إلى منطقة الخدمات الاجتماعية والحكومية عن أي حقوق لدي لدعمها من الأشخاص الذين يتحملون المسؤولية القانونية عن دمي وأي حقوق لدي لدعمها نيابة عن أي فرد من أفراد الأسرة أتقدم بطلب للحصول على المساعدة أو أتلقاه. عند التقدم بطلب للحصول على المساعدة الأسرية أو معونة شبكة الأمان أو تلقيها، فإن إجراء التنازل عن حقوق الدعم الخاص بي يقتصر على الدعم الذي يتراكم خلال الفترة التي أتلقى فيها أنا و/أو أي فرد من أفراد الأسرة المعونة. مع ذلك، فإن أي حقوق دعم تنازلت عنها إلى الولاية نيابة عني أو عن أي فرد من أفراد الأسرة قبل 1 أكتوبر 2009، يستمر التنازل عنها إلى الولاية.

**برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية** – أفهم أنني بالتوقيع على هذا الطلب/الشهادة أوافق على إجراء أي تحقيق للتحقق من المعلومات التي قدمتها أو تأكيدها وإجراء أي تحقيقات أخرى من قبيل أي وكالة حكومية معتمدة فيما يتعلق باستحقاقات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP). أوافق أيضاً على السماح باستخدام المعلومات الواردة في تجديد الأهلية في الإحالات إلى برامج التكيف مع العوامل الجوية، وبرامج الأسر منخفضة الدخل الخاصة بشركة المرافق التي أتعامل معها.

وأفهم أن الولاية ستستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي للتحقق من استلامي لمزايا برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) مع موردي خدمات الطاقة المنزلية المعيّنين بي. يتضمن هذا التصريح أيضاً السماح لأي من موردي الطاقة المنزلية (بما يشمل شركة المرافق) بنشر معلومات إحصائية معينة، بما يتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، استخدامي السنوي للكهرباء وتكلفة الكهرباء واستهلاك الوقود ونوع الوقود وتكلفة الوقود السنوية وسجل الدفع إلى مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز بولاية نيويورك ومنطقة الخدمات الاجتماعية المحلية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة لأغراض قياس أداء برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض.

**معلومات عن الاعتداء الجنسي** – إذا كنت من ضحايا جرائم الاعتداء الجنسي، فيحق لك طلب معلومات الإحالة من منطقة الخدمات الاجتماعية. وإذا طلبت معلومات الإحالة، فسيتمتع على منطقة الخدمات الاجتماعية تزويدك بالعناوين وأرقام الهواتف الخاصة بأبي: (1) مستشفيات محلية تقدم خدمات الفحص الجنائي للاعتداء الجنسي المعتمدة من قبل وزارة الصحة في ولاية نيويورك؛ (2) مراكز أزمات الاعتصاب المحلية؛ (3) خدمات المناصرة والاستشارة والخط الساخن المحلية المناسبة لضحايا الاعتداء الجنسي. إضافة إلى ذلك، يتعين على منطقة الخدمات الاجتماعية تزويدك برقمي الخط الساخن للاعتداء الجنسي والعنف المنزلي في ولاية نيويورك: (800) 942-6906 و(800) 818-0656 (للمستخدمي الهواتف النصية).

**شهادة معونة رعاية الأطفال** – إذا كنت أتقدم بطلب للحصول على معونة رعاية الأطفال، فأنا أشهد أن موارد أسرتي لا تتجاوز \$1,000,000.

لقد قرأت وفهمت الإشعارات أعلاه. أفهم وأوافق على المهام والتراخيص والموافقات المذكورة أعلاه. أقسم و/أو أؤكد تحت عقوبات الحنث باليمين أن المعلومات التي قدمتها أو سأقدمها إلى منطقة الخدمات الاجتماعية كاملة وصحيحة.

توقيع مقدم الطلب	تاريخ التوقيع	توقيع الزوج أو ممثل الحماية	تاريخ التوقيع
X		X	
توقيع الممثل المفوض	تاريخ التوقيع		
X			

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

أطلب إغلاق ملفي في:

المعونة العامة  مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية  المعونة الطبية

أفهم أنه يمكنني إعادة التقديم في أي وقت.

اعط سببًا: \_\_\_\_\_

التوقيع X \_\_\_\_\_

التاريخ \_\_\_\_\_



# 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 양식을 원하시면 1-800-367-8683

으로 전화하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ই-ইলেক্ট্রনিক পথে চান তবে ১-৮০০-৩৬৭-৮৬৮৩ নম্বরে (ফোন করুন)

## VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

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

<b>1</b>	<b>Are you a U.S. citizen?</b> <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>A) Will you be 18 years old on or before election day?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <b>B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> If you answered <b>NO</b> to both of the prior questions, you cannot register to vote.
<b>3</b>	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____		
<b>4</b>	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____		<b>For Board Use Only</b>
<b>5</b>	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____		
<b>6</b>	Date of Birth	Gender (optional) <b>7</b>	Telephone (optional) <b>8</b>
<b>10</b>	The last year you voted _____ In county/state _____	<b>9</b>	<b>ID Number</b> (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number _____
<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"/> Other _____ <b>I do not wish 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	
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 hospitals 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;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

### To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- 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.