

CENTER/ OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	SNAP SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR
CASE NAME						EFFECTIVE DATE	DISPOSITION <input type="checkbox"/> DENIAL <input type="checkbox"/> REASON CODE <input type="checkbox"/> WITHDRAWAL			SERVICES TRANSACTION TYPE <input type="checkbox"/> NEW OPENING <input type="checkbox"/> REOPEN <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION				
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):			DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):			DATE	FORM _____ OF _____		SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION			DATE	
DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____												
PA AUTHORIZATION PERIOD			MA AUTHORIZATION PERIOD			SNAP AUTHORIZATION PERIOD			SERVICES AUTHORIZATION PERIOD					
FROM		TO	FROM		TO	FROM		TO	FROM		TO			

طلب ولاية نيويورك للحصول على مزايا وخدمات معينة

إذا كنت كفيفًا أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة وتحتاج إلى هذا الطلب بتنسيق بديل، فيمكنك الحصول على واحد من منطقة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك. للحصول على معلومات إضافية فيما يتعلق بأنواع التنسيقات المتاحة وكيف يمكنك طلب تطبيق بتنسيق بديل، راجع كتاب التعليمات الخاص بهذا الطلب (PUB-1301 Statewide)، المتاح على www.otda.ny.gov أو <https://www.health.ny.gov/>.

إذا كنت كفيفًا أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، فهل ترغب في

تلقي إشعارات مكتوبة بتنسيق بديل؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فتتحقق من نوع التنسيق

الذي تريده:

خط كبير بيانات على قرص مضغوط

قرص مضغوط صوتي طريقة برايل، إذا أكدت أن أيًا من التنسيقات

البديلة الأخرى لن يكون فعالاً بنفس القدر

بالنسبة لك

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

إننا ملتزمون بمساعدتك ودعمك بطريقة مهنية ومحترمة. عندما ترى "المساعدة العامة" أو "PA" في الطلب، فهذا يعني "مساعدة الأسرة" و/أو "مساعدة شبكة الأمان". نسمي كلا البرنامجين "المساعدة العامة". **يرجى الرجوع إلى كتاب الإرشادات (PUB-1301 Statewide) و "ما يجب أن تعرفه" الكتب 1 و 2 و 3 (LDSS-4148A و LDSS-4148B و LDSS-4148C) عند إكمال هذا الطلب، والاتصال بمنطقة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك لطرح أي أسئلة.**

عندما ترى "MA" في الطلب، فهذا يعني برنامج "Medicaid". يمكنك التقدم بطلب للحصول على برنامج MA باستخدام هذا التطبيق فقط إذا كنت تتقدم أيضًا بطلب للحصول على المساعدة العامة أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية في نفس الوقت. إذا كنت ترغب في التقدم بطلب للحصول على MA فقط، فيمكنك الاتصال بالإنترنت على <https://nystateofhealth.ny.gov/> و/أو الاتصال بالرقم 1-855-355-5777 لمزيد من المعلومات أو للتقديم، أو يمكنك استخدام طلب MA الورقي فقط - نموذج DOH-4220، والذي يمكن أن يقدمه لك العامل الخاص بك، أو الاتصال بخط مساعدة MA على الرقم 1-800-541-2831. إذا كنت ترغب في التقدم بطلب للحصول على برنامج ميديكير (Medicare Savings Program, MSP) فقط، 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.

<p>القسم 1</p> <p>تحقق أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة من كل برنامج تتقدم بطلب للحصول عليه</p> <p>□ برنامج المعونة العامة (PA) □ وبرنامج رعاية الأطفال بدلاً من المعونة العامة (PA) □ وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) □ وبرنامج (MA) وبرنامج (SNAP) □ وبرنامج (EMRG)</p>	
<p>القسم 2</p> <p>ما هي لغتك الأم في القراءة؟</p> <p>□ الإنجليزية □ غير ذلك (حدّد)</p> <p>□ الإسبانية</p> <p>هل تريد تلقي إشعارات باللغة:</p> <p>□ الإنجليزية فقط □ الإنجليزية والإسبانية</p>	
<p>القسم 3</p> <p>معلومات مقدم الطلب</p> <p>الاسم الأول</p> <p>أول حرف من الاسم الأوسط</p> <p>الاسم الأخير</p> <p>رقم الشقة</p> <p>المدينة</p> <p>المقاطعة</p> <p>الولاية</p> <p>الرمز البريدي</p> <p>رقم الهاتف</p> <p>هل هو مأوى؟</p> <p>□ نعم □ لا</p> <p>سنة (سنوات) أشهر</p> <p>منذ متى وأنت تعيش في عنوانك الحالي؟</p> <p>إرشادات للعنوان الحالي</p> <p>العنوان السابق</p> <p>إذا كنت حاليًا بلا منزل، تحقق هنا □</p> <p>الوكالة المساعدة لمقدم الطلب/الشخص الذي يمكن الاتصال به</p> <p>هل تحتاج إلى الحفاظ على سرية جزء MEDICAID من هذا الطلب والاستلام المحتمل لأي تغطية من MEDICAID؟ □ نعم □ لا</p>	<p>القسم 5</p> <p>هل ينطبق عليك أي من هذه البرامج؟</p> <p>1 حامل □</p> <p>2 ضحية عنف منزلي □</p> <p>3 بحاجة إلى إثبات النسب □</p> <p>4 بحاجة إلى إعالة الطفل □</p> <p>5 مشكلة تتعلق بالمخدرات/الكحول □</p> <p>6 نفاذ الوقود أو الخدمات □</p> <p>7 لا مكان للإقامة/بلا مأوى □</p> <p>8 حريق أو كارثة أخرى □</p> <p>9 بلا دخل □</p> <p>10 مشكلة طبية خطيرة □</p> <p>11 في انتظار الإخلاء □</p> <p>12 بلا طعام □</p> <p>13 بحاجة إلى رعاية بديلة □</p> <p>14 بحاجة إلى إعالة طفل □</p> <p>15 مشاكل في اللغة الإنجليزية □</p> <p>16 وسائل راحة معقولة □</p> <p>17 غير ذلك □</p>
<p>القسم 4 – إذا كنت تتقدم بطلب إلى برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP): يمكنك تقديم الطلب في اليوم الذي تحصل عليه. لكي تقدم طلبًا إلى برنامج (SNAP)، يجب أن يحتوي، على الأقل، على اسمك وعنوانك (إذا كان لديك واحد) والتوقيع أدناه. يجب عليك إكمال عملية التقديم، بما في ذلك التوقيع على الصفحة الأخيرة من الطلب وإجراء المقابلة. إذا كنت مؤهلاً، فستعود مزاياب برنامج (SNAP) إلى تاريخ تقديم الطلب. يجب إخبارك في غضون 30 يومًا من تاريخ تسليم (إيداع) طلبك المكتمل للحصول على مزايا من برنامج (SNAP) وإجراء مقابلة عما إذا كانت قد تمت الموافقة على الطلب 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 من برنامج (SNAP) في غضون خمسة أيام تقويمية من تاريخ التقديم. إذا كنت مقيمًا في مؤسسة وتتقدم بطلب للحصول على كل من دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI) ومزايا برنامج (SNAP) قبل مغادرة المؤسسة، فإن تاريخ تقديم الطلب هو التاريخ الذي تغادر فيه المؤسسة.</p>	
<p>تاريخ التوقيع</p>	<p>توقيع مقدم الطلب/ممثل مقدم الطلب لبرنامج (SNAP)</p> <p>X</p>

القسم 10 – المعلومات المتعلقة بالإحالة إلى وحدة إنفاذ 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 بطلب للحصول على مساعدة رعاية الطفل فقط ، فلا يُطلب منك السعي للحصول على إعالة الطفل ولا يتعين عليك ملء هذا القسم. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid بالإضافة إلى المعونة العامة أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية، فيجب عليك مساعدتنا في الحصول على الدعم الطبي لك ولأطفالك المتقدمين. أجب عن الأسئلة التالية لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى إكمال هذا القسم. أضف نفسك، حسب الاقتضاء:

1. هل تتقدم بطلب لأي شخص دون عمر 21 عامًا ومولود من أم وأب غير متزوجين ولم تثبت بعد أبوته الشرعية؟ نعم لا
2. هل تتقدم بطلب لأي شخص دون عمر 21 عامًا من والد غائب (والد غير وصي)؟ نعم لا

لا تحتاج إلى إكمال هذا القسم إذا أجبت بـ"لا" على كلا السؤالين. انتقل إلى القسم 11.

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 والذين تقدم لهم الطلبات وأي معلومات لديك حاليًا حول الوالد (والوالدين) غير الوصيين أو المزعومين أو المقصودين.

3. هل عمرك أقل من 21 عامًا؟ نعم لا

إذا أجبت بـ"نعم" على هذا السؤال، فقم بتزويد المعلومات التالية لوالدك (والديك) 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:
	شهر	يوم	السنة		
					A.
					B.
					C.
					D.
					E.

				القسم 15 – معلومات عن الدخل:							
INCOME				CD	المبلغ/القيمة وعدد المرات	من هو	المبلغ/القيمة وعدد المرات	من هو	لا	نعم	وضح ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يتلقى أموالاً من:
PERIOD	AMOUNT	SOURCE CODE	LN No.	49							1
				45							2
				42							3
											4
				43							5
				44							6
				38							7
				39							8
				03							9
				59							10
				33							11
				55							12
				37							13
				10							14
											15
											16
											17
				06							18
				02							19
											20
				50							21
											22
											23
											24
				31							25
				14							26
											27
											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

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)

مخصصات التدريب/الرواتب

إيرادات الإيجار (المستلمة)

الدخل من المقيمين/المستأجرين (المستلم)

لا تكتب في المناطق المظلمة لهذا الطلب

LDSS-2921 Statewide-AR (Rev. 07/23)

المبلغ/القيمة وعدد المرات		من هو	المبلغ/القيمة وعدد المرات		من هو	لا	نعم	إذا كنت تتقدم بطلب إلى برنامج Medicaid، فيرجى إكمال القسم التالي:
								1 نفقات المعلم
								2 خصم حساب التقاعد الفردي (IRA)
								3 خصم الفائدة على قرض الطالب
								4 الأقساط والرسوم
								5 نفقات تجارية معينة (جنود الاحتياط، والفنانون، والمسؤولون الحكوميون المعفيون من الرسوم)
								6 خصم حساب التوفيريات الصحية
								7 نفقات التنقل المتعلقة بالوظيفة
								8 ضريبة الجزء المقتطع من العمل الحر (S/E)
								9 خطط العمل الحر (S/E) البسيطة والمؤهلة
								10 خصم التأمين الصحي للعمل الحر (S/E)
								11 عقوبة السحب المبكر للمدخرات
								12 النفقة المدفوعة
								13 خصم أنشطة الإنتاج المحلي
								14 تعديلات إضافية أضيفت على السطر 36 (IRS نموذج 1040 فقط)
								15 خصم حساب التوفير الطبي (MSA) آر تشر
								تعديل آخر (حذ من فضلك)

القسم 16 - معلومات زوج الأم/زوجة الأب/كفيل شخص غير مواطن يتمتع

بوضع هجرة مقبول

يرجى الإجابة على جميع الأسئلة.

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

من؟	لا	نعم	هل يتلقى أو يمتلك زوج الأم/زوجة الأب لأي من الأطفال الذين يعيشون معك أي موارد دخل؟
			هل أي فرد من أهل بيتك غير مواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول وتمت كفالاته لدخول الولايات المتحدة؟

رقم الهاتف:

اسم الكفيل:

العنوان:

القسم 17 - 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: _____

1

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: _____

2

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

3

من هو: _____

اسم شركة التأمين: _____

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

4

من هو: _____

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

5

من هو: _____

القسم 18 – التعليم/التدريب

ما أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه؟
أقل من شهادة الثانوية العامة

إذا كان كذلك، فما آخر صف تعليمي أكملته؟ _____

إكمال خطة تعليم فردي (IEP)

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

1 تقييم الإكمال للمرحلة الثانوية (Test Assessing Secondary Completion, TASC™)

شهادة جامعية متوسطة (درجة جامعية لمدة سنتان 2)

شهادة جامعية (درجة جامعية لمدة 4 سنوات) أو أعلى

هل حصل أي فرد آخر من أفراد أسرتك 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: _____

2

الشهادة المكتسبة: _____

تاريخ الإكمال: _____

حدّد ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يتقدم بطلب للحصول على مساعدة أو يحصل عليها:

لا

نعم

هل يشارك أو شارك في أي برنامج تدريبي؟

من هو _____

3

أين _____

البرنامج _____

تواريخ الحضور _____

تواريخ الإكمال _____

لا

نعم

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

4

من هو _____

أين _____

لا

نعم

هل يوجد شخص دون سن 16 عامًا ويذهب للمدرسة؟

5 من هو _____
المدرسة _____
من هو _____
المدرسة _____

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

القسم 19 - معلومات الموارد						
حَدِّد ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدّم طلبًا:	نعم	لا	من هو	المبلغ/القيمة	من هو	المبلغ/القيمة
لديه نقد متاح	1					
لديه حساب (حسابات) جارٍ (جارية)	2					
لديه حساب (حسابات) توفير أو شهادة (شهادات) ايداع	3					
لديه حساب (حسابات) اتحاد انتماني	4					
لديه تأمين على الحياة	5					
لديه سند ملكية أو مركبة (مركبات) آلية مسجلة باسمه مركبة (مركبات) أخرى: سنة الصنع _____ الطراز _____ سنة الصنع _____ 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 دفن غير قابل للإلغاء	10					
لديه مورد دفن مالي	11					
لديه مكان للدفن	12					
لديه منزل خاص به	13					
لديه عقارات، بما في ذلك الممتلكات المدرة للدخل وغير المدرة للدخل	14					
مؤهل لاسترداد ضريبة الدخل	15					
لديه راتب سنوي	16					
هل هو المستفيد من الائتمان	17					
يتوقع أن يحصل على صندوق ائتماني، تسوية قضائية، إرث أو دخل من أي مصادر أخرى	18					
لديه حساب (حسابات) "موثوقة"	19					
لديه صندوق (صناديق) ودائع آمنة	20					
لديه موارد أخرى غير تلك المذكورة أعلاه	21					
هل قام أي شخص (بما في ذلك زوجتك، حتى لو لم يتقدم بطلب أو يعيش معك) بالتخلي عن أي نقود، أو بيع/تحويل أي عقارات أو دخل أو ممتلكات شخصية في الأشهر الـ 36 الماضية؟	22					
هل قام أي شخص (بما في ذلك زوجتك، حتى لو لم يتقدم بطلب أو يعيش معك) بإنشاء صندوق ائتماني في الماضي أو نقل أي أصول إلى صندوق استئماني خلال الـ 60 شهرًا الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فمتى؟ _____	23					

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

*إذا تم إغفلها، لماذا؟

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE	القسم 20 – المعلومات الطبية			
	Pregnancy Statement					حَدِّد ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدّم طلبًا:
	Med/Psych Statement					لديه أي فواتير طبية أو نفقات طبية
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)					موجود على برنامج Medicaid مع إنفاق منخفض
	Drug/Alcohol Statement					لديه تأمين صحي أو تأمين على المستشفى/الحوادث (بما في ذلك التأمين من صاحب العمل)
	Paid or Unpaid Medical Bills					لديه تأمين صحي متاح من خلال صاحب العمل
	SSI Application Verification (PA ONLY)					لديه برنامج Medicare (بطاقة حمراء وبيضاء وزرقاء)
CONSIDER						لديه مرافق صحي/مساعد صحي منزلي
✓	AD/SSI Related					كفيف أو مريض أو معاق
✓	SNAP Aged/Disabled Indicator					هل هو طفل يعاني من إعاقة تنموية
✓	SNAP Medical Deduction					هل هو موجود في مستشفى أو دار لرعاية المسنين أو مؤسسة طبية أخرى
✓	TPHI Reimbursement					دفع أو لم يدفع الفواتير الطبية خلال 3 أشهر قبل شهر هذا الطلب
✓	Buy-In Eligibility					يعتمد أو كان مدمنًا على المخدرات أو الكحول
✓	Kreiger (LDSS-3664)					يحتاج إلى رعاية منزلية/رعاية شخصية
✓	Domestic Violence					هل حصل على دخل الضمان التكميلي أو سبق له التقدم بطلب للحصول على دخل الضمان التكميلي
✓	SSI Referral					حامل
✓	Earned Income Credit					في حالة الحمل، تاريخ الاستحقاق: _____ عدد المواليد المتوقع: _____
						يتلقى العلاج من برنامج تعاطي المخدرات أو علاج الكحول
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED				لم يكن قادرًا على العمل لمدة 12 شهرًا على الأقل بسبب إعاقة أو مرض
	SSI (D-CAP)					لديه نشاط يومي محدود بسبب إعاقة أو مرض استمر أو سيستمر لمدة 12 شهرًا على الأقل
	Disability Interview (LDSS-1151)					تعرض لحادث سيارة أو حادث متعلق بالعمل في العامين الماضيين
	Medical Report (LDSS-486, 486t)					كان لديه وكالة حكومية (برنامج عام) إلى جانب برنامج Medicaid أو Medicare تدفع أيًا من فواتيرك الطبية
	Disability Report					إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي الوكالة
	AD					هل ستتسبب فواتير أي تأمين صحي آخر في إلحاق الضرر بصحتك أو سلامتك الجسدية أو العاطفية، و/أو هل ستتداخل مع خصوصية وسرية طلبك للحصول على برنامج Medicaid أو استلامه؟
	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					

	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 الخطة الصحية

يطلب من معظم الأشخاص المسجلين في برنامج Medicaid الانضمام إلى خطة صحية للرعاية المدارة ما لم يكونوا في فئة معفاة. استخدم هذا القسم لاختيار خطة صحية. إذا كنت لا تعرف الخطط الصحية المتاحة، فاسأل الموظف أو اتصل على 1-800-505-5678.

اسم ورقم تعريف طبيب التوليد/طبيب ا لنساء (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/أنثى/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"/>							

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	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		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 		

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

القسم 21 - المأوى

ما هو اسم مالك العقار؟ _____

ما هو عنوان مالك العقار؟ _____

ما هو رقم هاتف مالك العقار؟ _____

()

هل لديك أنت أو أي شخص يعيش معك إيجار أو رهن عقاري أو نفقات مأوى أخرى؟	نعم	لا	إذا كانت الإجابة بنعم، المبلغ من الدولارات الأمريكية
هل لديك أو لدى أي شخص يعيش معك فاتورة تدفئة منفصلة عن الإيجار أو نفقات المأوى الأخرى؟	نعم	لا	من الدولارات الأمريكية

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

Actual Expenses

\$

- Actual Income

\$

= Difference

\$

Does Client Receive Contribution Towards Difference

YES NO

If Yes, From Whom?

CONSIDER

- ✓ Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.
- ✓ Actual Shelter
- ✓ Actual Fuel/Utility Costs
- ✓ Telephone Expenses
- ✓ Car Expenses
- ✓ Furniture/Appliance Rental
- ✓ Cable TV
- ✓ Tuition
- ✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need? If not, why not?

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 أو الاتصال بالرقم 1-800-772-1213).

فيما يتعلق بجميع البرامج الأخرى التي يتطلب نموذج الطلب هذا رقم الضمان الاجتماعي، فإن جمع شبكات الضمان الاجتماعي إلزامي أيضاً ومصرح به بموجب واحد أو أكثر من أقسام القانون التالية: 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) (2) من قانون الخصوصية لعام 1974. راجع كتيب التعليمات (PUB-1301 على مستوى الولاية) أو تحدث إلى المسؤول بمنطقة الخدمات الاجتماعية لديك إذا كانت لديك أي أسئلة.

سُتستخدم المعلومات التي نجعلها لتحديد ما إذا كانت أسرتك مؤهلة أو لا تزال مؤهلة للحصول على المعونة أو الاستحقاقات. ستستخدم 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. ستتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج المطابقة باستخدام الكمبيوتر. ستستخدم 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 المعونة الأسرية ومعونة شبكة الأمان ومتلقيها، بما في ذلك أرقام الضمان الاجتماعي (SSNs)، للمساعدة على تشكيل مجموعات المحلفين. إذا نشبت أي ادعاءات متعلقة ببرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) ضد أسرتك، فقد تُحال المعلومات الواردة في هذا الطلب، شاملة كل أرقام الضمان الاجتماعي (SSNs)، إلى الوكالات الفيدرالية والحكومية، بالإضافة إلى وكالات تحصيل الديون الخاصة، من أجل تحصيل الديون.

ستستخدم 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 العنصرية الدينية، أو الإعاقة، أو العمر، أو المعتقدات السياسية، أو الثأر أو الانتقام بسبب نشاط حقوق مدنية سابق.

بالإضافة إلى ذلك، تحظر ولاية نيويورك التمييز على أساس حالة المتحولين جنسياً، 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 620-1071 (833)، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة

الأمريكية. يجب أن تحتوي الرسالة على اسم مقدم الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصفاً مكتوباً 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، (2) فاكس على 256-1665 (833) أو

البريد الإلكتروني: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov (202) 690-7442؛ أو (3) البريد الإلكتروني: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

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 (800) 221-5689، والذي يتوفر أيضاً باللغة الإسبانية، أو الاتصال بأرقام معلومات الولاية/الخط الساخن الموجودة عبر الإنترنت على: 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. سألتزم بتقديم أي معلومات إضافية في حال طلبها. سأتعاون تمامًا أيضاً 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 بطلب للحصول على برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، فأنا أفهم أن منطقة الخدمات الاجتماعية ستطلب المعلومات المتاحة من خلال نظام التحقق من الدخل والأهلية وتستخدمها للتحقيق في طلبي، وقد تتحقق من هذه المعلومات من خلال جهات اتصال مرافقة في حال اكتشاف وجود تناقضات فيها. أفهم أيضاً 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 – أفوض 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 مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA)، إلى جانب موظفي الوكالة داخل الولاية والوكالة المحلية العاملين في مكاتب المقاطعات للخدمات الاجتماعية، سيستخدمون معلومات التأمين ضد البطالة (UI) لإثبات الأهلية أو التحقق منها وتحديد مقدار المعونة العامة واستحقاقات برنامج Medicaid واستحقاقات برنامج المعونة الغذائية التكميلية واستحقاقات برنامج الإعانة في دفع تكاليف الطاقة المنزلية أو معونة رعاية الطفل، التي تم تقديمها في هذا الطلب، ولإجراء التحقيقات اللازمة لتحديد ما إذا كنت قد تلقيت أي استحقاقات لم أكن مستحقاً إياها. قد يقوم مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA) أيضاً 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 – أمنح 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 تصريحاً قانونياً، 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 ومنطقة الخدمات الاجتماعية للحصول على أي معلومات تتعلق بالسجلات التعليمية لي و/أو طفلي (أطفالي) القاصرين للأغراض التالية: (1) التحقق من أهليتي للحصول على المعونة العامة، وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية، و/أو برنامج Medicaid؛ (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 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 النقدية لإدارة الموارد البشرية (HRA)، والتي قد تشمل دفع متأخرات الإيجار.

إذا قمت بالتوقيع على هذا الطلب أدناه، فقد تشارك هيئة الإسكان في مدينة نيويورك (NYCHA) مع هيئة الإسكان في مدينة نيويورك (NYCHA) المعلومات ذات الصلة بأهليتك أو مستوى برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) و/أو مزايا المساعدة النقدية بما في ذلك اسمك وعنوانك وتاريخ ميلادك ومعلومات دفع الإيجار والمرافق (مثل مبلغ الإيجار الشهري، وتاريخ 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 إبلاغ الوكالة على الفور بأي تغيير في عنواني واحتياجاتي ودخلي وممتلكاتي أو حالة البالغين الأصحاء لديّ من غير المعالين (able-bodied adult without dependents, ABAWD) أو حالة الحمل أو ترتيبات المعيشة على حد علمي أو اعتقادي.

إذا كنت أتقدم بطلب للحصول على معونة رعاية الطفل، فأنا أوافق على إبلاغ الوكالة فوراً 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 مقدار الاستحقاق الذي أتلقاه.

العقوبات – تنص القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات على عقوبات الغرامة أو السجن أو كليهما في حال عدم قول الحقيقة عند التقدم بطلب للحصول على المعونة العامة أو معونة برنامج Medicaid أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو الخدمات أو معونة رعاية الطفل (المعونة أو الاستحقاقات أو الخدمات) أو في أي وقت عند استجوابك حول أهليتك، أو تحريض شخص آخر على عدم قول الحقيقة فيما يتعلق بطلبك أو أهليتك المستمرة. تنطبق العقوبات أيضًا إذا أخفيت الحقائق المتعلقة بأهليتك الأولية والمستمرة أو لم تلتزم بالكشف عنها للحصول على المعونة أو الاستحقاقات أو الخدمات، أو إذا أخفيت أو لم تفصح عن حقائق تؤثر في حق شخص تقدمت نيابة عنه بطلب الحصول على المعونة أو الاستحقاقات أو الخدمات، أو الاستمرار في الحصول عليها. إذا كنت ممثلًا مفوضًا، 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 والمجمعية 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 تعريم أي شخص حكم عليه في جناية 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 جناية وتتم ملاحظته 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 مضللًا، أو حرقت الحقائق أو أخفيتها 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 التخلص 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 المستخدمة 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 وقوعا 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 لأول انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية؛
- 24 شهرًا للانتهاك المتعمد/الثاني (IPV) لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)؛
- 24 شهرًا لأول انتهاك (IPV) متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) يستند إلى 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 بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبية من الطبيب)؛ أو
- 120 شهرًا إذا تبين أن الفرد قد أدى 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 المعونة الغذائية التكميلية (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 انتهاكك/ثالث متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP).

شرط الإبلاغ عن/مصادقة نفقات الأسرة – تلتزم أسرتك بالإبلاغ عن نفقات رعاية الأطفال والمرافق من أجل الحصول على خصم لهذه النفقات من برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP). وتلتزم أسرتك 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 قِبل أسرتك بأنك لا تريد الحصول على خصم لهذه النفقات غير المبلغ عنها/التي لم تتم مصادقتها. قد يؤهلك 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، وفقاً لقواعد الإبلاغ عن التغيير (راجع "الإبلاغ عن التغيير" أعلاه).

الممثل المعتمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية – يمكنك تفويض شخص ما يعرف ظروف أسرتك للتقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) لصالحك. يمكنك أيضاً تفويض شخص من خارج أسرتك 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 أثناء مباشرة، وجعله يقوم بالتوقيع في قسم التوقيع في نهاية هذا الطلب. عندما يتقدم ممثل معتمد بطلب للحصول على برنامج المعونة الغذائية التكميلية (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 هذا الطلب وتاريخه، ما لم تكن الأسرة التي ترغب في الحصول على برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) قامت بخلاف ذلك بتعيين الممثل المعتمد للقيام بذلك 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 أيضاً أنني إذا لم أحصل على استحقاق برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) التي تزيد عن 20 دولاراً في الشهر الحالي أو الـ 12 شهراً السابقة أو استحقاق مماثل في ما يتعلق بمعونة تكاليف الطاقة، فسيلازمني 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 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 لنوي 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 رعاية عائلتي، وحسب الضرورة المعقولة لخطتي الصحية أو مقدمي الخدمات لإجراء عمليات العلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية؛ ومن قبل خطتي الصحية وأي من 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 تفويضاً قانونياً فيما يتعلق بتقديم المعونة والخدمات وقدرتي على المشاركة في أنشطة العمل، بما في ذلك التوظيف، إلى مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة والإعاقة (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 سنتين شهراً كحد زمني عند استلام المعونة النقدية. إذا طلب مني التقدم بطلب للحصول على مزايا تديرها إدارة الضمان الاجتماعي، فيمكن مشاركة المعلومات المحددة أعلاه مع إدارة الضمان الاجتماعي. أوافق أيضاً 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 – أمنح 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 أُمَنح الإذن لمنطقة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك بمشاركة معلومات أهلية طفلي في الحصول على برنامج Medicaid مع برنامج التدخل المبكر بمقاطعتي أو البلدية التي اتبعتها لغرض إعداد فواتير تكلفة برنامج Medicaid.

برنامج صحة الطفل/المراهق – أفهم أنه إذا كان طفلي موجود على برنامج Medicaid، فيمكنه الحصول على رعاية أولية ووقائية 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 طلب 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 عليه من مقدمي الخدمات المسجلين في برنامج Medicaid.

التنازل عن التأمين/الاستحقاقات الأخرى والدفع المباشر – للحصول على المعونة العامة وبرنامج Medicaid، أوافق على تقديم أي مطالبات للحصول على استحقاقات 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 منطقة الخدمات الاجتماعية التي تم تقديم هذا الطلب إليها. إضافة إلى ذلك، سأساعد على توفير أي استحقاقات تم التنازل عنها لمنطقة الخدمات الاجتماعية التي يتم تقديم هذا الطلب 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 يتوقع 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 والأقساط 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 تلقاها لنفسك 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 اليانصيب 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 قواعدها.

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 إلّ 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 إلّ 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 إلّ 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 نتفق 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 الحصول على المعونة الأسرية (Family Assistance, FA) أو معونة شبكة الأمان (Safety Net Assistance, SNA) أو رعاية التبني بموجب الباب الرابع – ه 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 الحصول على المعونة أو يتلقاها نيابة عنه (قانون الخدمات الاجتماعية، المادتان 158 و 348). يقتصر هذا التنازل على حالات معينة. تحتوي الأقسام الأخرى من هذا الطلب على تنازلات 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.

أتنازل إلى منطقة الخدمات الاجتماعية والحكومية عن أي حقوق لدي لدعما من الأشخاص الذين يتحملون المسؤولية القانونية عن دمي وأي حقوق لدي لدعما نيابة عن أي فرد من أفراد الأسرة أتقدم بطلب للحصول على المساعدة أو أتلقاه. عند التقدم بطلب للحصول على المعونة 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 هذا الطلب 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، فسيتعين على منطقة الخدمات الاجتماعية تزويدك بالعناوين وأرقام الهواتف الخاصة بأي: (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 دولار.

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			

أكمل ما يلي فقط إذا كنت ترغب في سحب طلبك لبرنامج واحد أو أكثر.

أوافق على سحب طلبي من أجل:

المعونة العامة (PA) رعاية الطفل بدلاً من المعونة العامة (PA) برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) برنامج Medicaid وبرنامج SNAP

خدمات برنامج Medicaid والمعونة العامة بما في ذلك المساعدة في رعاية الطفل في حالات الطوارئ فقط

أفهم أنه يمكنني إعادة التقديم في أي وقت.

الممثل المفوض

تاريخ توقيع مقدم الطلب/

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 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

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

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

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.