

LN	رموز الانتماء العرقي / الأصلي التراثي							CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	ENTER APPROPRIATE CODES										
	H	I	A	B	P	W	U		REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL		
	H هسباني أو لاتينو (لاتينية) I من سكان أمريكا الأصليين أو سكان الاسكا الأصليين A آسيوي B أمريكي أسود أو من أصل أفريقي P من سكان هاواي الأصليين أو من جزر الباسفيك W أبيض U غير معروف (المعونة الطبية فقط)																		
	إذا كنت هسباني أو لاتينو أدخل الحرف Y (نعم) أو N (لا) أدخل الحرف Y (نعم) أو N (لا) لكل انتماء عرقي																		
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			

ANTICIPATED FUTURE ACTION				CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS			CONSIDER		REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
LINE NO.	CODE	DATE										
SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE												
SFUI	CODE	SFUI	CODE									
SFUI	CODE	SFUI	CODE									
NEEDED		REFERRALS		COMPLETED								

- ✓ Relationship
- ✓ Filing Unit
- ✓ Legally Responsible Relative
- ✓ Single Economic Unit
- ✓ FS Household Composition
- ✓ FS Aged/Disabled Individual
- ✓ Photo ID/AFIS
- ✓ CBIC/PIN
- ✓ RFI/OCA
- ✓ Health Insurance

- | | | |
|--|---|--|
| | Photo I.D. | |
| | Birth Verification | |
| | Marriage License | |
| | Social Security Card | |
| | Code 9 Resolution | |
| | Immigration Status | |
| | Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire) | |

معلومات عن الجنسية / وضع الهجرة

الرجاء قراءة الصفحة كاملة قبل البدء بتعبئتها. إذا كان لديك أي سؤال فراجع كتيب التعليمات "كيف تملأ" أو تكلم مع مسؤول ملفك

الجزء رقم 9 - الشهادة

تتطلب بعض برامج الخدمات الاجتماعية أن تشهد بآئك مواطن من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها أو سكانها الأصليين، أو مهاجر تتمتع بوضع هجرة مقبول. علماً بأن برامج أخرى لا تتطلب مثل هذه الشهادة. إذا كنت مهاجراً ولا تعرف إذا كان لديك وضع هجرة مقبول، فانظر إلى كتيب التعليمات "كيف تملأ"، أو تكلم مع مسؤول ملفك.

يجب عليك أن توقع هذه الشهادة إذا كنت مواطناً من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها أو سكانها الأصليين، أو مهاجر بوضع هجرة مقبول، وكنت متقدماً لأحد البرامج التالية:

- المعونة المؤقتة (حيث يوجد أطفال من بين أهل الدار أو يكون فرد من أفراد أهل الدار حامل)؛ أو
- مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؛ أو
- المعونة الطبية (باستثناء إذا كانت مقدمة الطلب امرأة حامل)؛ أو
- برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"؛ أو
- معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") (شهادة مطلوبة بشأن الأطفال فقط)؛ أو
- العناية بالريبيب ("فوستر كير") (شهادة مطلوبة بشأن الأطفال فقط)؛ أو
- خدمات أخرى تحت ظروف معينة.

يجوز للشخص بالغ من أهل الدار أو لمتصل مفض أن يوقع نيابة عن جميع أفراد أهل الدار. مثلاً: يجوز للوالد الذي لا يتمتع بوضع هجرة مقبول أن يوقع اسمه أو اسمها نيابة عن طفله أو طفله الذي يتمتع بوضع مقبول.

الجزء رقم 8

أدرج اسم كل فرد متقدم أو يشترط عليه التقديم.

إذا كان لديك أي سؤال فراجع كتيب المعلومات "كيف تملأ" (PUB-1301 Statewide-AR)، أو تكلم مع مسؤول ملفك.

لا يجب عليك تعبئة الجزئين رقم 8 و 9 إذا كنت متقدماً للمعونة الطبية فقط و:

- كنت حاملاً، أو
- كنت متقدماً لتغطية علاج حالة طبية طارئة فقط.

يجب عليك تعبئة الجزء رقم 8 و 9 وذلك إذا كنت:

- متقدماً للمعونة الطبية فقط، ولكن لا يتطلب منك أن تشمل أسماء الأشخاص الذين لا يريدون المعونة الطبية.
- متقدماً لمعونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") فقط، ولكن يتطلب منك تعبئة المعلومات الخاصة بالأطفال المعنيين بتلقي معونة العناية بالطفل.
- متقدماً لرعاية الريبب ("فوستر كير") فقط، ولكن يتطلب منك تعبئة المعلومات الخاصة بالأطفال المعنيين بتلقي رعاية الريبب.
- متقدماً للخدمات الأخرى تحت ظروف معينة.

وَقَع * وضع التاريخ في المربع أدناه عن كل مقدم طلب .

في حال كان مقدم الطلب مهاجراً، فضع إشارة (✓) في كل برنامج يتقدم له كل مهاجر يتمتع بوضع هجرة مقبول. (راجع كتيب المعلومات وعنوانه "كيف تملأ" (PUB-1301 Statewide-AR))

يجب أن يدرج الطلب المقدم بشأن قسائم الطعام (FS) أسماء جميع الأشخاص الذين يعيشون في الدار المقدم لمخصصات قسائم الطعام. يجب أن يدرج الطلب بشأن المعونة المؤقتة (TA) أسماء جميع الأطفال الذين قدم لهم، وأسماء أخوتهم وأخواتهم، وأسماء جميع آباء وأمهات هؤلاء الأطفال الذين يعيشون معاً. إذا لم تضع إشارة بأن الشخص المدرج من مواطني الولايات المتحدة أو من رعاياها أو سكانها الأصليين، أو مهاجر، أو إذا لم تقدم رقم المهاجر لشخص مهاجر، فلن يعطى هذا الشخص المعونة، وسيبقى باقي أفراد أهل الدار مخصصات مخفضة. إذا كنت أميركياً أصلياً (من الهنود الحمر) فطبعك وضع إشارة بجانب "مواطن/من الرعايا".

LN	الاسم الأول	الحرف الأوسط	الاسم الأخير	ضع إشارة في مربع "مواطن / من الرعايا" أو "مهاجر" لكل شخص	رقم المقيم (إذا كان ملائماً)	الشهادة	التاريخ	E	M	R	S	F	C	M	S	P	M	A	F	S	T	A			
01				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/> مهاجر <input type="checkbox"/>		A																			
02				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/> مهاجر <input type="checkbox"/>		A																			
03				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/> مهاجر <input type="checkbox"/>		A	9																		
04				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/> مهاجر <input type="checkbox"/>		A																			
05				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/> مهاجر <input type="checkbox"/>		A																			
06				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/> مهاجر <input type="checkbox"/>		A																			
07				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/> مهاجر <input type="checkbox"/>		A																			
08				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/> مهاجر <input type="checkbox"/>		A																			

أدرك أن توقيع هذه الشهادة قد يؤدي إلى تقديم المعلومات عن الأفراد المتقدمين من بين أهل داري إلى إدارة الجنسية والهجرة (UCIS) للتحقق من وضع الهجرة إذا كان ذلك ملائماً.

استخدام أو إضفاء المعلومات الواردة أعلاه مقصور على الأشخاص والمنظمات المتصلة بشكل مباشر بالتحقق من وضع الهجرة وشؤون إدارة أو تنفيذ أحكام برامج المعونة المؤقتة (TA)، ومخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") (FS)، والمعونة الطبية (MA)، وبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" (MSP)، ومعونة العناية بالأطفال (CC)، ورعاية الريبب (FC)، والخدمات (S).

بوضع تاشيرتي في أحد المربعات أعلاه، ويتوقيعي على الشهادة في الجزء رقم 9 فإني أشهد تحت طائلة عقوبة شهادة الزور، بانتي و/أو الأشخاص الذين أوقع نيابة عنهم، مواطن أو أميركي أصلي أو أحد رعاياها، أو مهاجر بوضع هجرة مقبول.

* يجوز للشخص الذي يرغب بتوقيع الشهادة ولكن لا يستطيع الكتابة أن يضع علامة "X" على الخط بحضور شاهد. يجب على الشاهد أن يوقع اسمه أو اسمها أدناه.

أشهد على العلامات الموضوعه على كل من الخطوط رقم _____ توقيع الشاهد: _____ تاريخ التوقيع: _____

لا تكتب في المناطق المظلمة		معلومات عن الوالد الذي ليس لديه حق حضارة الأطفال / إعالة ونفقة الطفل / الإعاقة الطبية					
<p>إذا كنت متقدماً لتلقي المعونة المؤقتة، فيجب عليك مساعدتنا في الحصول على إعالة ونفقة الطفل / الإعاقة الطبية لك ولطفالك. إذا كنت متقدماً لتلقي المعونة الطبية فقط، فقد يتطلب الأمر أن تساعدنا في الحصول على معلومات الإعاقة الطبية الخاصة بك وبجميع الأطفال المتقدمين. إذا كنت متقدماً لتلقي معونة العناية بالطفل و/أو إعالة الزبيب، فقد يتطلب الأمر منك مساعدتنا في الحصول على معلومات بشأن إعالة ونفقة الطفل الخاصة بجميع الأطفال المتقدمين. إذا كان لديك أي سؤال، فراجع كتيب التعليمات "كيف تملأ" (PUB-1301 Statewide-AR). أدرج اسم كل شخص يقل سنه عن 21 سنة والذي لا يكون والده أو والدته (والدها أو والدتها) من بين أهل الدار، واكتب أية معلومات حالية تعرفها عن الوالد الذي ليس لديه حق حضارة الأطفال. إذا كنت أقل من 21 سنة من العمر، فأكتب المعلومات عن والدك الذي ليس لديه حق حضارة الأطفال والذي لا يقيم في المنزل.</p>		اسم الشخص الذي يقل عمره عن 21 سنة		اسم الوالد الذي ليس لديه حق حضارة الأطفال وعنوانه أو عنوانها			
		تاريخ ميلاد الوالد الذي ليس لديه حق حضارة الأطفال		شهر			
		سنة		يوم		شهر	
<p>اسم الشخص الذي يقل عمره عن 21 سنة</p> <p>أ. _____</p> <p>ب. _____</p> <p>ج. _____</p> <p>د. _____</p> <p>هـ. _____</p>		<p>اسم الشخص الذي يحصل على الدفعة</p> <p>من الذي يدفع</p> <p>أوقات الدفع</p> <p>قدر المبلغ المدفوع</p> <p>اسم الشخص الذي يحصل على الدفعة</p>		<p>هل تحصل على دفعات إعالة الطفل أو هل يحصل على أي شخص يقيم معك عليها؟</p> <p>إذا كان الجواب نعم، فأدرج أدناه:</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>			
<p>Circle whichever arrangement applies:</p> <p>Is there JOINT/SHARED/SPLIT custody? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If Yes, how was it determined? <input type="checkbox"/> court order <input type="checkbox"/> agreement of the parties</p>		<p>اسم الشخص الذي يحصل على الدفعة</p> <p>من الذي يدفع</p> <p>أوقات الدفع</p> <p>قدر المبلغ المدفوع</p> <p>اسم الشخص الذي يحصل على الدفعة</p>		<p>معلومات عن الزوج (أو الزوجة) الغائب أو المتوفى – إذا كان لأي شخص متقدم بالطلب زوجاً أو زوجة على قيد الحياة، ويعيش أو تعيش في مكان آخر، أو زوجاً متوفى أو زوجة متوفاة، فيرجى الإشارة إلى ذلك.</p> <p>اسم الأول الأوسط الاسم الأخير</p> <p>العنوان</p> <p>11</p>			
<p>REQUESTED DOCUMENTATION IN FILE</p> <p>Paternity Acknowledgement</p> <p>Child Support Order</p> <p>Good Cause Form (LDSS-4279)</p> <p>IV-D Attestation (LDSS-4281)</p> <p>LRR Letter/Questionnaire</p> <p>Other Support</p> <p>Death Certificate</p> <p>Divorce Decree</p> <p>VA Benefits</p> <p>Order of Filiation/Paternity</p>		<p>معلومات عن الزوج (أو الزوجة) الغائب أو المتوفى – إذا كان لأي شخص متقدم بالطلب زوجاً أو زوجة على قيد الحياة، ويعيش أو تعيش في مكان آخر، أو زوجاً متوفى أو زوجة متوفاة، فيرجى الإشارة إلى ذلك.</p> <p>اسم الأول الأوسط الاسم الأخير</p> <p>العنوان</p> <p>11</p>		<p>معلومات عن الطفل الغائب – إذا كان لأي شخص متقدم بالطلب طفلاً تحت 18 سنة من العمر ويعيش في مكان آخر، فالرجاء الإشارة إلى ذلك.</p> <p>اسم الشخص مقدم الطلب</p> <p>اسم الطفل الغائب</p> <p>تاريخ الميلاد</p> <p>العنوان [الشارع، المدينة، المقاطعة ("كاونتي")، الولاية، ورمز البريد]</p> <p>هل الأبوة متبينة؟</p> <p>هل تدفع إعالة ونفقة الطفل؟</p> <p>لا نعم لا نعم</p>			
<p>NEEDED REFERRALS COMPLETED</p> <p>CTHP</p> <p>CAP</p> <p>CSS Application (LDSS-2521)</p> <p>IV-D (LDSS-2860)</p> <p>Paternity</p> <p>CONSIDER</p> <p>✓ Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse</p> <p>✓ Child Health Plus TASA</p> <p>✓ Petition to Family Court</p> <p>✓ SSI/SSA</p>		<p>اسم الشخص مقدم الطلب</p> <p>اسم الطفل الغائب</p> <p>تاريخ الميلاد</p> <p>العنوان [الشارع، المدينة، المقاطعة ("كاونتي")، الولاية، ورمز البريد]</p> <p>هل الأبوة متبينة؟</p> <p>هل تدفع إعالة ونفقة الطفل؟</p> <p>لا نعم لا نعم</p>		<p>12</p>			
<p>TEEN PARENT CHILDREN</p> <p>LN NO. _____ LN NO. _____</p>		<p>TEEN PARENT:</p> <p>LN NO. _____ Marital Status _____</p> <p>High School Diploma? _____</p> <p>LN NO. _____ Marital Status _____</p> <p>High School Diploma? _____</p>		<p>معلومات عن الوالد في سن المراهقة</p> <p>هل يوجد والد يقل عمره عن 18 سنة من بين أهل الدار؟</p> <p>لا نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>من هو أو هي: _____</p> <p>هل يقيم الوالد المراهق مع أهل الدار؟</p> <p>لا نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>اسم طفل الوالد المراهق: _____</p>			
<p>13</p>		<p>13</p>		<p>13</p>			

لا تكتب في المناطق المظللة				موارد الدخل								
INCOME				CD	قدر المبلغ / القيمة	من	قدر المبلغ / القيمة	من	لا	نعم	ضع إشارة ✓ إذا ما كنت تستلم، أو كان أي فرد من الذين يقيمون معك يستلم، أموالاً من:	
LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD	01							1	
				20							أجور، رواتب، بما فيه أجر ساعات العمل الإضافي، عمولات، برامج تدريبية، بقشيش	
				49							2	
				45							أعمال حرة	
				42							3	
				43							مخصصات تأمين البطالة عن العمل	
				44							4	
				38							مخصصات دخل الضمان الإضافي (SSI)	
				39							5	
				03							مخصصات إعاقة وعجز من الضمان الاجتماعي	
				59							6	
				33							مخصصات المعالين من الضمان الاجتماعي	
				55							7	
				37							مخصصات الباقي حياً من الضمان الاجتماعي	
				10							8	
											مخصصات التقاعد من الضمان الاجتماعي	
											9	
											مخصصات التقاعد من شركات السكك الحديدية	
											10	
											مخصصات التقاعد (معاش - "بنشن")	
											11	
											أرباح / فائدة من أسهم، مستندات مالية، حساب توفير، ... الخ	
											12	
											تعويض تأمين العامل ("وركرز كومبنايشن")	
											13	
											مخصصات إعاقة وعجز من ولاية نيويورك	
											14	
											معاش ("بنشن") / مخصصات/ معونة/ مداومة خاصة بالـ "فيتران" (الجنود القدامى)	
											15	
											منحة المعونة العامة	
											16	
											مخصصات المعالين من قبل جنود (جي أي)	
											17	
											منح أو قروض دراسية وتعليمية	
											18	
											تبرعات / هدايا (استلمتها)	
											19	
											دفعات رعاية الريبب (استلمتها)	
											20	
											دفعات إعالة ونفقة الطفل (استلمتها)	
											21	
											نفقة زوجية / إعالة زوجية (استلمتها)	
											22	
											دخل من تأمين خاص يغطي الإعاقة والعجز - تأمين صحي وضد الحوادث	
											23	
											مخصصات من تأمين (نو فولت)	
											24	
											مخصصات نقابية (بما فيها مخصصات الإضراب)	
											25	
											قروض (استلمتها)	
											26	
											دخل من حساب ائتمان (بما فيه الدخل الذي يحق لك تسلمه في الوقت الحاضر، أو كان يحق لك أن تسلمه في الماضي، ولم يعد يوزع).	
											27	
											مخصصات من التدريب	
											28	
											دخل من الإيجار (استلمته)	
											29	
											دخل من مقيم معك / أو نزيل عندك (استلمته)	
											دخل من مصادر أخرى (البرحي/الحديدي)	
				معلومات عن زوج الأم أو زوجة الأب / معلومات عن كفيل الشخص الأجنبي								
				أجب على جميع الأسئلة المدرجة أدناه								
NEEDED	REFERRAL	COMPLETED		من هو؟				لا	نعم	هل لدى زوج الأم أو زوجة الأب لأي من الأطفال الذين يقيمون معك أي نوع من الموارد أو هل يتلقون أي نوع من الدخل؟		
	UIB			15						هل يوجد من بين أهل دارك مهاجر تمت كفالته من قبل كفيل لدخول الولايات المتحدة؟		
										اسم الكفيل: _____ رقم الهاتف: _____		
										العنوان: _____		

لا تكتب في المناطق المظللة

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
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Worker's Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	

CONSIDER
✓ Earned Income Tax Credit (Flyer)
✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
✓ Net Loss of Cash Income
✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
✓ Employment Sanctions
✓ Temporary Employment
✓ Disability Review
✓ Individual Development Account (IDA)
✓ Voluntary Quit

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

معلومات عن التوظيف

أنا حالياً: أعمل في وظيفة أعمل أعمال حرة عاطل عن العمل

الدخل الإجمالي \$ _____ مجموع عدد الساعات التي أعملها في كل شهر _____
 1 يتقاضى أجري كل أسبوع كل أسبوعين كل شهر ما هو يوم الأسبوع الذي يتقاضى فيه أجرى؟
 اسم رب العمل وعنوانه: _____
 رقم الهاتف: _____

هل يعمل حالياً أي من الأشخاص الذين يقيمون معك في وظيفة؟ في أعمال حرة؟
 من هو أو هي؟: _____
 الدخل الإجمالي \$ _____ مجموع عدد الساعات التي أعملها في كل شهر _____
 2 يتقاضى الأجر كل أسبوع كل أسبوعين كل شهر ما هو يوم الأسبوع الذي يتقاضى فيه الأجر؟
 اسم رب العمل وعنوانه _____
 رقم الهاتف: _____

هل يوفر رب العمل التأمين الصحي؟ نعم لا
 هل يوفر رب العمل التأمين الصحي لأي شخص آخر؟ نعم لا
 3 من هو أو هي؟: _____
 اسم شركة التأمين: _____

هل يتكلف أي منكم مصاريف للعناية بالطفل أو بالمعال بسبب العمل؟ نعم لا
 4 من هو أو هي؟: _____

هل يتكلف أي منكم مصاريف أخرى متعلقة بالعمل؟ نعم لا
 5 من هو أو هي؟: _____

إن كنت الآن عاطلاً عن العمل، فمتى كانت آخر مرة عملت فيها أو عمل فيها أي شخص يقيم معك؟
 من هو أو هي؟: _____ متى: _____
 6 أين: _____
 ما هو سبب توقفك (أو توقفهم) عن العمل؟ _____

هل أنت أو من يقيم معك مشترك الآن في إضراب؟ نعم لا
 7 من هو أو هي؟: _____ متى: _____

هل أنت أو من يقيم معك عامل متنقل أو تعمل في الزراعة الموسمية؟ نعم لا
 8 من هو أو هي؟: _____

ما هو نوع العمل الذي ترغب العمل فيه؟ (صف) _____
 9 _____

هل تقبل العمل في وظيفة اليوم؟ نعم لا
 10 إذا كان الجواب لا، فما هو السبب؟ _____

لا تكتب في المناطق المظللة

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

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

FS STUDENT ELIGIBILITY CRITERIA	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the FS 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 diploma or G.E.D., 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"/>

التحصيل التعليمي / التدريبي

أشر إن كنت أو كان من يقيم معك ومتقدم معك لتلقي المعونة أو يتلقى المعونة:

لديه شهادة "هاي سكول" (الثانوية) أو ما يعادلها ("جي إي دي")؟ نعم لا

1 من هو أو هي: _____

تواريخ الدوام: _____

تواريخ الانتهاء: _____

مشاركاً في الماضي أو حالياً في أي برنامج تدريبي؟ نعم لا

2 من هو أو هي: _____

أين _____

اسم البرنامج _____

تواريخ الدوام _____

تواريخ الانتهاء _____

3 يبلغ 16 سنة من العمر أو أكثر ويداوم في مدرسة أو كلية؟ نعم لا

من هو أو هي _____

أين _____

4 يقل عمره عن 16 سنة ويداوم في مدرسة أو كلية؟ نعم لا

من هو أو هي _____

اسم المدرسة _____

من هو أو هي _____

اسم المدرسة _____

من هو أو هي _____

اسم المدرسة _____

من هو أو هي _____

اسم المدرس _____

من هو أو هي _____

اسم المدرسة _____

من هو أو هي _____

اسم المدرسة _____

من هو أو هي _____

اسم المدرسة _____

لا تكتب في المناطق المظلمة		
NEEDED	REFERRAL	COMPETED
	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	
✓	"In Trust" Accounts
✓	Children's Resources
✓	Lump Sum
✓	Boats, Campers, Snowmobiles
✓	Income Tax Refund
✓	Individual Development Account (IDA)
✓	Exempt Vehicles

معلومات عن الموارد									
أشر إذا كان لديك، أو لدى أي شخص يقيم معك ومتقدم في نفس الوقت معك، أي من التالي:									
نعم	لا	من	إذا كان الجواب نعم، فأكتب قدر المبلغ / القيمة	من	إذا كان الجواب نعم، فأكتب قدر المبلغ / القيمة	نعم	لا	من	إذا كان الجواب نعم، فأكتب قدر المبلغ / القيمة
			\$		\$	1			نقود في متناول اليد
						2			حساب (أو حسابات) جاري ("تشكينغ")
						3			حساب (أو حسابات) توفير، أو شهادات ايداع ("سي دي")
						4			حساب (أو حسابات) في مصرف تابع لثقافة العمل ("كرديت يونيون")
						5			بوليصة تأمين على الحياة
						6			سندات ملكية سيارة (أو سيارات) أو مستندات تسجيلها، أو أي مركبة (أو مركبات) أخرى قد تكون لديك. يرجى تحديد: السنة _____ الصنع / الموديل _____ السنة _____ الصنع / الموديل _____
						7			أسهم، سندات، شهادات، حساب في صندوق استثمار ("ميوتشول فند")
						8			سندات توفير ("سايفنغ بنديز")
						9			حساب تقاعد فردي (IRA)، حساب كيو (KEOGH)، حساب توفير للتقاعد (401K) أو حساب (أو حسابات) تعويض مؤجل الدفع
						10			حساب ائتمان خاص بالدفن ("ترست")
						11			صندوق مالي خاص بالدفن ("فند")
						12			مكان للدفن
						13			ملكية بيت
						14			عقارات بما فيها الأملاك التي يأتيك منها دخل، والتي لا يأتيك منها دخل.
						15			أهلية الحصول على استرداد من ضريبة الدخل ("تاكس ريفند")
						16			دخل سنوي
						17			أهلية كمنسقيد في حساب ائتمان ("ترست بنفيشري")
						18			توقع استلام حساب ائتمان، أو تسوية قضية، أو إرث، أو دخل من أي مصدر
						19			حساب (أو حسابات) داخل صندوق الائتمان (IN-TRUST)
						20			خزنة لإيداع الأشياء الثمينة
						21			موارد غير التي تم إدراجها أعلاه
						22			هل قام أي شخص (بما في ذلك الزوج (أو الزوجة) حتى ولو لم يكن متقدماً معك، أو لا يقيم معك) بإعطاء مال للغير، أو بيع / أو نقل الملكية لأية أملاك عقارية، دخل، أو أملاك شخصية خلال فترة 36 شهراً الماضية؟
						23			هل قام أي شخص (بما في ذلك الزوج (أو الزوجة) حتى ولو لم يكن متقدماً معك، أو لا يقيم معك) بفتح ائتمان في الماضي أو تحويل أية موجودات إلى حساب ائتمان خلال فترة 60 شهراً الماضية؟ إذا كان الجواب نعم، فمتى كان ذلك؟

18

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

*IF EXEMPT, WHY?

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE	لا تكتب في المناطق المظللة			معلومات طبية																	
	Pregnancy Statement		POLICY NO.:			أشر إذا كان لديك، أو لدى أي شخص يقيم معك وفي نفس الوقت متقدم معك:																	
	Med/Psych Statement					نعم			لا														
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)					إذا كان الجواب، فمن هو أو هي			1 فواتير طبية أو مصاريف متعلقة بشؤون طبية														
	Drug/Alcohol Statement					INSURANCE COMPANY NAME:			2 مشترك في برنامج الـ"مديكيد" أو بخطة المصروف التتازلي "سيند داون"														
	Paid or Unpaid Medical Bills					19			3 تأمين صحي أو استشفائي / أو ضد الحوادث (بما فيه التأمين الذي تحصل عليه من رب العمل)														
	SSI Application Verification TA ONLY								4 تأمين صحي متوفر من خلال رب عملك														
CONSIDER			5 تأمين الـ"مديكير" (بطاقة حمراء وبيضاء وزرقاء)						6 مرافق للاعتناء بالصحة														
<ul style="list-style-type: none"> ✓ AD/SSI Related ✓ FS Aged/Disabled Indicator ✓ FS Medical Deduction ✓ TPHI Reimbursement ✓ Buy-In Eligibility ✓ Kreiger (LDSS-3664) ✓ Domestic Violence ✓ SSI Referral ✓ Earned Income Credit 			7 كفيف، أو مريض، أو معاق وعاجز						8 طفل مصاب بإعاقة وعجز														
			9 موجود في المستشفى، أو في بيت للمسنين، أو في أي نوع من أنواع المؤسسات الطبية الأخرى						10 فواتير طبية مدفوعة أو غير مدفوعة خلال فترة الثلاثة (3) أشهر السابقة للشهر الذي تقدم فيه هذا الطلب			11 إيمان في السابق أو الحاضر على المخدرات أو الكحول											
			NEEDED						12 بحاجة إلى عناية في البيت			13 يتلقى ضمان الدخل الإضافي (SSI) أو تقدم لها في السابق											
			REFERRALS			14 إن كنت حاملاً، فاكثبي تاريخ موعد الولادة			15														
			COMPLETED			16 يتلقى العلاج في برنامج علاج إساءة استخدام المخدرات أو الكحول غير قادر على العمل ما لا يقل عن فترة 12 شهراً بسبب إعاقة وعجز أو مرض			17 محدود النشاطات اليومية بسبب إعاقة وعجز أو مرض امتد لفترة 12 شهراً على الأقل، أو سيطول لمتل هذه الفترة														
			SSA (RSDI)			18 يعاني من حادث سيارة أو من حادث متعلق بالعمل تعرض له خلال فترة السنتين (2) الماضيتين			19 هل قامت أية وكالة حكومية (برنامج عام) فيما عدا المعونة الطبية أو "مديكير" بتسديد أي من الفواتير الطبية؟														
Veteran's Benefits			RETROACTIVE MEDICAID			WHO			DATE			RECURRING MEDICAL EXPENSES			WHO			AMOUNT \$			AMOUNT \$		
Veteran's Counseling			WHO			DATE			RECURRING MEDICAL EXPENSES			WHO			AMOUNT \$			AMOUNT \$					
Child Health Plus			WHO			DATE			RECURRING MEDICAL EXPENSES			WHO			AMOUNT \$			AMOUNT \$					
COBRA Eligibility			WHO			DATE			RECURRING MEDICAL EXPENSES			WHO			AMOUNT \$			AMOUNT \$					
Nurse's Aide Service			WHO			DATE			RECURRING MEDICAL EXPENSES			WHO			AMOUNT \$			AMOUNT \$					
Home Care			WHO			DATE			RECURRING MEDICAL EXPENSES			WHO			AMOUNT \$			AMOUNT \$					

MEDICAL BILLS: YES NO TPHI: YES NO

اختيار خطة التأمين الصحي

على الأشخاص المؤهلين لتأمين فاملي هيلث بلس (Family Health Plus) أن يشتركوا في برنامج تأمين صحي لكي يتلقوا خدماتهم الصحية. قد يشترط على بعض الناس المنتسبين في الـ"مديكيد" أن يشتركوا في برنامج تأمين صحي فوراً وقد يتطلب من آخرين أن يشتركوا في أقرب وقت بأحد برامج التأمين الصحي. استخدم هذا القسم لاختيار برنامج تأمين صحي. إن كنت لا تعرف البرامج المتوفرة لك، فأسأل مسؤول ملفك.

ملاحظة: إن كنت تعيش في كاونتي (مقاطعة) لا تفرض على متلقي الـ"مديكيد" أن يشتركوا في برنامج تأمين صحي، فلا يزال بإمكانك أن تشترك في أحد برامج التأمين الصحي التي تختارها، ما لم تقم بوضع علامة في هذا المربع

ضع (✓) في مربع برنامج	إسم البرنامج الذي تنتسب إليه (على البالغين بين سن 19-64 اختيار برنامج FHPlus)	إسم العائلة	الإسم الأول	تاريخ الميلاد شهر/يوم/سنة	الجنس ذكر/أنثى	رقم الهوية "ID" (من بطاقة الـ"مديكيد" - إن كان لديك بطاقة)	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري إن كنت حاملاً)	موفر أساسي للرعاية الطبية أو المركز الصحي (ضع إشارة بالمربع إن كان هو المقدم الحالي)	إسم ورقم هوية الطبيب النسائي / التوليد (ضع إشارة بالمربع إن كان هو المقدم الحالي)
MA <input type="checkbox"/> FHPLUS <input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>
MA <input type="checkbox"/> FHPLUS <input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>
MA <input type="checkbox"/> FHPLUS <input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>
MA <input type="checkbox"/> FHPLUS <input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>

لا تكتب في المناطق المظللة

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 on Structure (Incl. Fire Insurance)	
5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6. Assessments (Sewer, etc.)	
D. Total Mortgage Payment (Line 1-6)	
E. Utility/Phone Installation Fees	
TOTAL (Lines A - E)	

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 ✓ FS Household Comp. Rules ✓ FS Aged/Disabled Indicator ✓ Real Property Tax Credit ✓ Life Line ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance ✓ Property Lien ✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared By More than One Household 		

المأوى

ما هو اسم صاحب العقار الذي تستأجر منه؟			

ما هو عنوان صاحب العقار؟			

ما هو رقم هاتف صاحب العقار؟			
()			
إذا كان الجواب نعم، فما هو المبلغ؟	لا	نعم	
\$			هل تدفع (أو يدفع أي شخص بيقم معك) قسط إيجار، أو قسط شراء بيت ("مورغيج")، أو أي نوع آخر من مصاريف المأوى؟
\$			هل تدفع (أو يدفع أي شخص بيقم معك) فاتورة التدفئة كفاتورة منفصلة عن قسط الإيجار أو مصاريف المأوى؟
			هل لديك (أو لذي أي شخص بيقم معك) أي من المصاريف التالية منفصلة عن قسط الإيجار أو مصاريف المأوى؟
\$		1	• كهرباء
\$		2	• غاز
\$		3	• مرافق عامة أخرى (ماء،... الخ)
\$		4	• تكييف الهواء
\$		5	• رسوم توصيل وتركيب المرافق/ الهاتف
\$		6	هل يقوم أي شخص، أو مجموعة، أو منظمة من خارج أهل الدار بتسديد أي من مصاريف أهل الدار؟
		7	هل تقيم في سكن حكومي ("بابلبيك هاوسينغ")؟
		8	هل تقيم في سكن مصنّف بالقسّم 8 ("سكشن" 8)، أو أي نوع آخر من أنواع السكن المدعوم.
		9	هل تقيم في سكن لبرنامج تأهيلي خاص بمستخدمي المخدرات والعقاقير / الكحول؟
		10	هل تقيم في مأوى خاص بالعنف الأسري؟

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* (Water, etc.)					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Garbage					
J. Trash					
K. Other Expenses					

*Check Primary Heat Type:

- Natural Gas
 Oil
 PSC Electric
 Coal
 Other _____
 Kerosene
 Propane
 Municipal Electric
 Wood

20

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

أوافق على سحب طلبي للبرنامج التالي:

- مخصصات قسائم الطعام "فود ستامبس" الخدمات
 المعونة المؤقتة (TA) المعونة الطبية (MA)
 برنامج التوفير الخاص بالـ "مديكير" (MSP)
 دفعة واحدة/الدفعة الطارئة فقط

أدرك أن لي الحق في التقديم مرة أخرى في أي وقت.

التوقيع: X التاريخ: _____

CONSIDER

- Actual Expenses
- Actual Shelter
- Actual Fuel/Utility Costs
- Telephone Expenses
- Car Expenses
- Furniture/Appliance Rental
- Cable TV
- Private School Tuition
- Out-of-Pocket Medical Expenses

Actual Expenses \$ _____

- Actual Income \$ _____

= Difference \$ _____

YES NO

Does Client Receive Contribution Towards Difference

If Yes, From Whom?

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need?

If Not, Why Not? _____

Notes/Comments

اقرأ المعلومات المهمة المدرجة أدناه

إخطارات

بيان قانون الخصوصية - تجميع واستخدام أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) - إن تجميع أرقام الضمان الاجتماعي من كل فرد من أفراد أهل الدار بشأن مخصصات قسائم الطعام مفض به بموجب قانون قسائم الطعام لسنة 1977 (المعدل، 7 US Code 2011-2036).

إن تجميع أرقام الضمان الاجتماعي فيما يخص كافة البرامج الأخرى التي يشترط نموذج الطلب فيها تقديم رقم الضمان الاجتماعي هو إجباري أيضاً ومصرح به تحت جزء أو أكثر من أجزاء القانون التالية: (c) 205 من قانون الضمان الاجتماعي (42 U.S. Code 405)، الجزء 1137 من قانون الضمان الاجتماعي (7-42 U.S. Code 1320b) و الجزء (a) 2(7) من قانون الخصوصية لسنة 1974. أنظر إلى الجزئين 23 و 6 من كتيب التعليمات "كيف تملأ"، أو تكم مع مسؤول ملفك.

ستستخدم المعلومات التي نجعلها لتحديد إذا كان أهل دارك مؤهلاً لتلقي المعونة أو المخصصات أو مستمرين في التأهل لتلقيها. سنتحقق من صحة هذه المعلومات من خلال برامج مطابقة مشغلة على الكمبيوتر. ستستخدم هذه المعلومات أيضاً لمراقبة الامتثال مع أنظمة البرنامج ولشؤون إدارة البرنامج.

يجوز الإفتاء عن هذه المعلومات إلى وكالات فيدرالية أو وكالات الولاية الأخرى بهدف فحصها بصورة رسمية و إلى قوى الأمن لإلقاء القبض على الأشخاص الهاربين من القانون.

ستستخدم المعلومات للتأكد من الهوية الشخصية، والتحقق من الدخل المكتسب وغير المكتسب، وتحديد إذا يمكن للأبناء الغائبين أن يحصلوا على تغطية تأمين صحية لمقدمي الطلب أو المتلقين، وتحديد إذا يقدر مقدمو الطلب أو المتلقون أن يحصلوا على إعالة ونفقة الطفل أو إعالة ونفقة الزوجة (أو الزوج)، وتحديد إذا يقدر مقدمو الطلب أو المتلقون أن يحصلوا على مبلغ مال أو معونة أخرى.

قد تستخدم المعلومات التي نجعلها بشأن مقدمي الطلب لتلقي معونة العائلة و معونة شبكة الأمان وبشأن المتلقين لها، بما فيه أرقام الضمان الاجتماعي، للمساعدة في تشكيل المجموعات لاختيار هيئات المحلفين منها.

إذا صدرت مطالبة ضد أهل دارك بشأن قسائم الطعام، يجوز أن تحول المعلومات الموجودة على هذا الطلب، بما فيه جميع أرقام الضمان الاجتماعي إلى الوكالات الفيدرالية ووكالات الولاية، والشركات الخاصة العاملة في تحصيل المطالبات، لاتخاذ التدابير اللازمة لتحصيلها؛ وذلك شرط أن تكون المعلومات المطلوبة بما فيه رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد أهل الدار، مقدمة بشكل طوعي بشأن مخصصات قسائم الطعام. علماً، أنه سيتم رفض طلب التقديم إلى مخصصات قسائم الطعام إذا لم يعط الشخص رقم ضمان اجتماعي. كما أن أرقام الضمان الاجتماعي للأفراد غير المؤهلين سيتم الإفتاء عنها وستستخدم في نفس الطريقة المبينة أعلاه.

استرداد المصاريف الطبية

برنامج "مديكيد" - كجزء من طلبك المقدم لتلقي المعونة الطبية، يحق لك الآن أو خلال سنتين من تاريخ طلبك أن تطلب استرداد المصاريف التي دفعتها لعناية وخدمات ولوازم طبية مشمولة تغطيتها خلال فترة ثلاثة شهور قبيل الشهر الذي قدمت فيه طلبك. بعد تاريخ الطلب، سيكون استرداد مصاريف العناية والخدمات واللوازم الطبية المشمولة تغطيتها متوفرة لك فقط إذا حصلت عليها من مقدمي خدمات صحية منتسبين إلى برنامج الـ "مديكيد".

(فاميلي هيلث بلس) - إذا تقرر أنك مؤهل للانتساب في برنامج فاميلي هيلث بلس، سيسري مفعول انتسابك في فترة لا تتعدى 90 يوماً من تاريخ تقديمك طلبك الكامل. إن وجد خطأ أو طراً تأخير في الانتساب، فيمكن أن يكون التعويض متوفراً للمصاريف التي دفعتها نتيجة الخطأ أو التأخير. لن تسدد المصاريف غير المدفوعة بعد إلا إذا كان مقدم الخدمات من المقدمين المنتسبين لبرنامج "مديكيد".

الإعالة والنفقة - التقديم للحصول على معونة العائلة (FA)، أو معونة شبكة الأمان (SNA)، أو خدمات رعاية الريبب يكون على أساس تنازل من مقدم الطلب أو المتلقي إلى الولاية ودائرة الخدمات الاجتماعية عن أي حقوق في الإعالة والنفقة التي يكون له / لها حق فيها من أي شخص آخر، أو تكون لمنفعة فرد آخر من أفراد العائلة الذي يكون مقدم الطلب أو المتلقي مقدماً للحصول على المعونة أو متلقياً لها (قانون الخدمات الاجتماعية رقم 158 و 348). تحتوي أجزاء أخرى من هذا الطلب على تنازلات إضافية.

إخطار بشأن عدم التمييز - بموجب القانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) و وزارة الخدمات الصحية والإنسانية للولايات المتحدة (HHS)، تمنع هذه المؤسسة من التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل الوطني، أو الجنس، أو العمر، أو العجز. ويمقتضى قانون قسائم الطعام وسياسة وزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) يمنع التمييز أيضاً على أساس الديانة أو المعتقدات السياسية.

لتقديم شكوى حول التمييز، اتصل بوزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) و وزارة الخدمات الصحية والإنسانية للولايات المتحدة (HHS) أو أكتب إلى العنوان التالي:

USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410

أو اتصل بالرقم 720-5964 (202) (صوت و TDD). أكتب إلى

HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W.,
Washington, D.C. 20201

أو اتصل بالرقم 619-0403 (202) (صوت) أو بالرقم 619-3257 (202) (TDD).

تقدم كل من وزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) و وزارة الخدمات الصحية والإنسانية للولايات المتحدة (HHS) المساواة في فرص التوظيف وتقديم الخدمات.

الممثل المفوض بشأن قسائم الطعام - يمكنك أن تفوض أحداً يعرف ظروف أهل دارك ليقوم بتقديم طلب قسائم الطعام نيابة عنك. إذا فعلت ذلك، فأطلب من هذا الشخص أن يوقع اسمه أو اسمها في خانة التوقيع الموجودة في أسفل الصفحة رقم 16. يمكنك أيضاً أن تفوض أحداً من خارج أهل دارك ليتسلم قسائم الطعام عنك، وليستخدمهم لشراء الطعام لك. إذا أردت تفويض أحد، فأكتب اسم وعنوان ورقم الشخص مباشرة أدناه.

اسم وعنوان ورقم هاتف الممثل المفوض (أكتب بحروف كبيرة وواضحة)

العقوبات - قد يتم التحقيق في صحة المعلومات الموجودة في طلبك. إن توقيعك على هذه الاتفاقية يعني بأنك توافق على التعاون في مثل هذا التحقيق. ترفض القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية عقوبات الغرامة أو السجن أو كليهما وذلك إذا لم تطع معلومات صادقة عند تقديمك لأحد البرامج التالية: المعونة المؤقتة، أو المعونة الطبية، أو مخصصات قسائم الطعام، أو الخدمات، أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") (المشار إليها فيما يلي بالمساعدات، أو المخصصات، أو الخدمات) أو في أي وقت يتم به استجوابك حول أهليتك، أو تسبب في أن لا يخبر و يصرح أحد عن حقائق بشأن لياقتك أو استمرارها. كما تسري العقوبات إذا تخفي أو لا تصرح عن حقائق بشأن لياقتك الأصلية و المستمرة لتلقي المعونة أو المخصصات أو الخدمات، أو إذا تخفي أو لا تصرح عن حقائق قد تؤثر على حق شخص ما بتقوم بالتقديم له للحصول على المعونة أو المخصصات أو الخدمات أو الاستمرار في تلقيها، واستخدام هذه المعونة أو المخصصات، أو الخدمات من قبل هذا الشخص ولا تكون لنفسك. تنص القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية أن أي نقل وتحويل لممتلكات موجودة بثمن يقل عن سعر السوق المنصف، والذي يقوم به فرد أو زوجة أو زوج فرد ما في ظرف 36 شهراً (أو 60 شهراً في حالة نقل متعلق بحساب إئتمان - "ترست") قبيل الشهر الأول الذي يتلقى فيها هذا الفرد كل من خدمات منشأة العناية بالمسنين، وقدم طلباً للحصول على المعونة الطبية، يجوز أن يؤدي إلى جعل هذا الفرد غير مؤهلاً لتلقي خدمات منشأة العناية بالمسنين أو الخدمات المتنازل عنها المرتكزة على البيت والمجتمع لفترة من الزمن. إخفاء المعلومات أو تقديم معلومات كاذبة لأغراض الحصول على المعونة أو المخصصات أو الخدمات هي أعمال مخالفة للقانون.

اقرأ المعلومات المهمة المدرجة أدناه

إخطارات (تابع)

استرداد دفعات المعونة المؤقتة (TA) - المعونة المؤقتة (TA) التي تتلقاها لنفسك وللأشخاص الذين تقع عليك المسؤولية القانونية لأعالتهم قابلة للاسترداد من الممتلكات أو الأموال التي تملكها أو التي يجوز أن تحصل عليها. وكشرط لتلقي المعونة المؤقتة، يجوز أن يطلب منك أن توقع على الحجة أو ترهن الممتلكات العقارية التي تملكها. ويجوز أخذ المبلغ العائد لك من الضريبة ("تاكس ريفند") و أجزاء من أرباح اليانصيب لتسديد دين المعونة المؤقتة.

استرداد دفعات المعونة الطبية (MA) - عند استلام المعونة الطبية (MA)، يجوز وضع رهن ويجوز استرداد الدفعات من عقاراتك تحت ظروف معينة وذلك إذا كنت في مؤسسة طبية ولا يتوقع منك العودة إلى البيت. علماً أنه يجوز استرداد الدفعات التي قام برنامج المعونة الطبية بدفعها لمصلحتك من الأشخاص الذين تقع عليهم المسؤولية القانونية لإعالتك عند تقديم الخدمات الطبية.

البرنامج الصحي للأطفال / الفتيان والفتيات - أفهم إذا كان طفلي في برنامج Child Health Plus A (Medicaid) تشايلد هيلث بلس إيه (مديكيد) فيستطيع الحصول على رعاية شاملة أساسية وقانونية، بما فيها جميع المعالجة اللازمة من خلال البرنامج الصحي للأطفال / الفتيان والفتيات. يمكنني الحصول على مزيد من المعلومات عن هذا البرنامج من إدارة الخدمات الاجتماعية.

شرط الإبلاغ / وإثبات مصاريف أهل الدار- يجب أن يبلغ أهل الدار عن تكاليف العناية بالطفل والمرافق العامة لكي يتمكنوا من خصم هذه المصاريف من تقدير التأهل لتلقي قسائم الطعام. يجب أن يقوم أهل الدار بالإبلاغ والتنبيت لكل من قسط الإيجار/ البيت، وضريبة العقار، والتأمين، والمصاريف الطبية، وإعالة ونفقة الطفل المدفوعة لأفراد غير أفراد أهل الدار للحصول على خصم لهذه المصاريف من تقدير التأهيل لتلقي قسائم الطعام.

سيظهر التقصير في الإبلاغ/ التنبيت للمصاريف المذكورة أعلاه بمثابة تصريح من أهل دارك بعدم رغبتهم في خصم المصاريف التي لم يبلغ عنها أو لم تنبث. يجوز أن يؤدي خصم هذه المصاريف إلى تأهيلك لتلقي قسائم الطعام (FS)، أو يجوز أن يزيد من قدر مخصصات قسائم الطعام التي تتلقاها، يجوز الإبلاغ / التنبيت لهذه المصاريف في أي وقت في المستقبل. سيطبق هذا الخصم على عملية احتساب مخصصات قسائم الطعام التي يمكن أن تتلقاها في الشهور القادمة بموجب قواعد تغيير الإبلاغ.

الدفع المباشر - أفض تحويل الدفع بصورة مباشرة لجميع الدفعات المستحقة لي أو لأفراد أهل داري بشأن منافع تأمين الصحة أو الحوادث إلى مسؤول الخدمات الاجتماعية المناسب للخدمات الطبية والصحية الأخرى المقدمة لنا خلال تأهيلنا للمعونة الطبية.

ال"مديكير" - أفض تحويل الدفعات المدفوعة بموجب ال"مديكير" (الجزء "بي" من الفصل 18، برنامج التأمين الصحي التكميلي) بصورة مباشرة إلى الأطباء ومزودي اللوازم الطبية لتسديد أية فواتير مستقبلية غير مدفوعة تخص خدمات طبية وصحية أخرى تم تقديمها لي خلال فترة تأهلي للمعونة الطبية.

التغييرات - أوافق على أن أبلغ الوكالة فوراً وإلى حد مبلغ علمي ومعرفتي عن أي تغيير يطرأ على احتياجاتي أو دخلي، أو ممتلكاتي، أو ترتيبات معيشتي، أو عنواني.

إذا كنت متقدماً بطلب للحصول على معونة العناية بالطفل، فإني أوافق أن أبلغ الوكالة فوراً عن أي تغيير يطرأ على ترتيبات العناية بالطفل، بما فيه مكان تقديم العناية، ومن يقدمها، ورسوم مقدم العناية، وعدد الساعات المطلوبة للعناية بالطفل.

أقرار الموافقة على إجراء التحقيق - أوافق على إجراء أي تحقيق لتثبيت والتأكد من صحة المعلومات التي أقدمها بخصوص المعونة المؤقتة (TA)، أو المعونة الطبية (MA)، أو قسائم الطعام (FS)، أو الخدمات، أو معونة العناية بالطفل. سأوفر أي معلومات إضافية عند طلبها. كما سأتعاون كلياً مع موظفي حكومة الولاية والحكومة الفيدرالية بشأن مراجعة الجودة الخاصة بالمعونة المؤقتة و/ أو قسائم الطعام.

تحذير بالعقوبات الخاصة ببرنامج مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") (FS)

سيخضع كل جزء من المعلومات التي تقدمها بشأن طلبك للحصول على مخصصات قسائم الطعام إلى التحقق من صحته من قبل مسؤولين على المستوى الفيدرالي والولاية والمحلي. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، فيجوز أن يؤدي ذلك إلى رفض طلب الحصول على مخصصات قسائم الطعام، ويجوز أن تتعرض إلى محاكمة جنائية بسبب تقديم معلومات غير صحيحة عن معرفة وقصد.

لن تستطيع أبداً الحصول من جديد على مخصصات قسائم الطعام وذلك إذا:

- أثبتت إيدانك للمرة الثانية في محكمة قضائية بتهمة شراء أو بيع مواد ممنوعة (المخدرات والعقاقير الممنوعة أو عقاقير معينة يتطلب الحصول عليها وصفة من الطبيب لشرائها) مقابل وبدل مخصصات قسائم الطعام؛ أو
- أثبتت إيدانك في محكمة قضائية بتهمة بيع الأسلحة النارية، أو الذخيرة أو المتفجرات أو الحصول عليها مقابل وبدل مخصصات قسائم الطعام؛ أو
- أثبتت إيدانك في محكمة قضائية بتهمة المقايضة والتجارة بفسانم طعام يبلغ قدرها \$500 أو أكثر تتضمن أعمال التجارة كل من الاستخدام غير القانوني، أو التحويل، أو الشراء، أو التحوير، أو الامتلاك لكل من مخصصات قسائم الطعام أو بطاقات التقيؤ أو وسائل الفداء؛ أو
- أثبتت إيدانك في ارتكاب ثالث مخالفة مقصودة للبرنامج (IPV).

لن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنتين إذا أثبتت إيدانك للمرة الأولى في محكمة قضائية بتهمة بيع أو شراء مواد ممنوعة (المخدرات والعقاقير الممنوعة أو عقاقير معينة يتطلب الحصول عليها وصفة من الطبيب لشرائها) مقابل وبدل مخصصات قسائم الطعام.

إذا ارتكبت:

- أول مخالفة مقصودة للبرنامج، فلن تحصل على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنة واحدة.
 - ثاني مخالفة مقصودة للبرنامج، فلن تحصل على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنتين.
- قد تمنحك المحكمة أيضاً من تلقي مخصصات قسائم الطعام لمدة 18 شهراً إضافية.

إذا قدمت إفادة كاذبة عن نفسك أو المكان الذي تعيش فيه لأجل الحصول على مخصصات متعددة من قسائم الطعام، فلن تستطيع الحصول على قسائم الطعام لمدة عشرة (10) سنوات (أو بصورة دائمة إذا كانت هذه ثالث مخالفة عن عمد للبرنامج).

يجوز أن تثبت إيدانك لمخالفة مقصودة للبرنامج، وذلك إذا:

- تقدم إفادة كاذبة أو مضللة، أو تحرف أو تخبأ أو تكبت الحقائق؛ أو
- ترتكب أي فعل يشكل مخالفة للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية لأغراض استخدام الكوبونات، أو بطاقات التقيؤ أو المستندات المعاد استخدامها التي تستخدم كجزء في نظام التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT)، أو تقديمها، أو تحويلها، أو شرائها، أو تلقيها، أو تصريفها، أو المتاجرة بها.

كما يمكن أن تقرر عليك غرامة قدرها الأقصى \$250,000، أو تسجن لمدة أقصاها 20 سنة، أو كليهما.

التنازلات، التفويضات والإقرار بالموافقة

التنازل عن التأمين والمخصصات الأخرى - للحصول على المعونة المؤقتة والمعونة الطبية، أوافق أن أقدم أي مطالبة بشأن منافع تأمين الصحة أو الحوادث، واللاحق أية مطالبات بشأن صلابة شخصية أو أية موارد أخرى التي يحق لي المطالبة فيها، وبموجبه، أتنازل عن مثل هذه الموارد إلى مسؤول الخدمات الاجتماعية الذي يقدم إليه هذا الطلب. إضافة إلى ذلك، سأساعد في جعل أية منافع متنازل عنها متوفرة إلى مسؤول الخدمات الاجتماعية الذي يقدم إليه هذا الطلب.

اقرأ المعلومات المهمة أنه ووقع الاسم أسفل الصفحة

التنازلات، التفويضات والإقرار بالموافقة (تابع)

خط الحياة (لايف لاين) - للمتقدمين أو المتلقين لمخصصات المعونة المؤقتة و/أو قسائم الطعام: قد يقوم أو لا يقوم مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA) بالكشف عن اسمك وعنوانك لشركة الهاتف مقدمة الخدمات لك. قد تقوم أو لا تقوم شركة الهاتف مقدمة الخدمات لك باستخدام هذه المعلومات لتسجيلك في خدمة خط الحياة لديهم بسعر مخفض لخدمة الهاتف. إذا كنت لا تريد الكشف عن هذه المعلومات، فضع إشارة في هذا المربع □.

يمكنك أن تتصل بشركة الهاتف مقدمة الخدمات لك مباشرة للانتساب في خدمة خط الحياة بسعر مخفض.

على المتقدمين أو المتلقين لبرنامج "مديكيد" فقط أن يتصلوا بشركة الهاتف المسؤولة عنهم مباشرة للانتساب بخدمة خط الحياة بسعر مخفض.

تفويض لاسترداد مخصصات المعونة العامة من الدفعة ذات المفعول الرجعي لدخل الضمان الإضافي (SSI) - أفوض مفوض إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) ليرسل إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية المبلغ المستحق لي وقت استحقاق دفعتي الأولى (1) للمخصصات ذات الأثر الرجعي لدخل الضمان الإضافي التي يمكن أن أتلقاها عند تقديم الطلب لدخل الضمان الإضافي أو (2) للمخصصات ذات الأثر الرجعي لدخل الضمان الإضافي التي يمكن أن أتلقاها إذا تم قطعي أو توقيفي عن مخصصات دخل الضمان الإضافي تم إعادتي لها من جديد.

أدرك أن دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية قد تأخذ من دفعة دخل الضمان الإضافي الخاصة بي مبلغ المعونة العامة (باستثناء المعونة المدفوعة كلياً أو جزئياً بأموال فيدرالية) التي دفعت لي خلال الفترة ابتداءً من أول يوم أصبحت به مؤهلاً لتلقي دخل الضمان الإضافي أو أول يوم تم فيه إعادة مخصصات دخل الضمان الإضافي من جديد بعد فترة التوقيف أو القطع، وانتهاءً في الشهر الذي بدأ فيه صرف دخل الضمان الإضافي بصورة فعلية [أو الشهر التالي وذلك إذا لم تستطع ذلك].

بعد أخذ هذا المبلغ من المال من شيك أو شيكات دخل الضمان الإضافي مسروقة لي، ستدفع دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية لي الرصيد المتبقي، وذلك إذا تبقى شيئاً منه، في فترة لا تزيد عن عشرة (10) أيام عمل من تاريخ تسلمها لدفعتي بشأن دخل الضمان الإضافي. كما أدرك أنه إذا أخذت الدائرة مبلغاً أكثر من قدر المبلغ الذي دفع لي كمعونة عامة، سأعطي الفرصة لالتماس عقد جلسة بذلك.

أدرك أنه:

- يجوز لإدارة الضمان الاجتماعي (SSA) أن تنظر إلى تاريخ تقديم هذا التفويض الموقع عليه إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بمثابة التاريخ الأساسي الذي أصبحت فيه مؤهلاً لتلقي دخل الضمان الإضافي وذلك إذا قدمت طلباً لمخصصات دخل الضمان الإضافي الأولية في ظرف 60 يوماً القادمة.
- سيسري هذا التفويض على أي طلب أو استئناف بشأن دخل الضمان الإضافي قيد النظر الحالي أمام إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) فيما يخصني وأي طلب بشأن دخل الضمان الإضافي أقدمه أو الاستئناف الذي التمس به بشأن الفترة المنتهية خلال سنة واحدة بعد أن أوقع على هذه الاتفاقية.

سينتهي هذا التفويض في ظرف سنة واحدة (1) بعد أن تستلمه دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية ولن يكون له أي تأثير على الطلبات المقدمة في المستقبل لمخصصات دخل الضمان الإضافي، أو الاستئناف، أو إعادة النظر وذلك إذا صدر قرار كامل بفضيتي، أو قيام إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) بصرف دفعة أولية لمخصصات دخل الضمان الإضافي سواء أكان ذلك على طلبي أو بعد فترة توقيفي أو قطعي، أو إذا أبرم اتفاق متبادل بين الولاية وبينني على إلغاء صلاحية هذا التفويض.

بدل قياسي للمرافق العامة (SUA) - أدرك أن متلقي المعونة المؤقتة (TA) ومخصصات قسائم الطعام (FS) مؤهلون حسب تصنيف الدخل لتلقي برامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية (HEAP). إذا لم أكن مشمولاً في عملية الدفع التلقائية السنوية لبرامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية الخاصة ببعض متلقي المعونة المؤقتة ومخصصات قسائم الطعام، فإنني أنوي التقديم للحصول على مخصصات برامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية في ظرف 12 شهراً القادمة. إذا قررت عدم التقديم للحصول على برامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية في ظرف 12 شهراً القادمة، فسأبلغ مسؤول ملفي بذلك. أدرك أن متلقي قسائم الطعام مؤهلون لبدل هاتف إذا كانوا يدفعون كلفة هاتف منزلي، أو هاتف جوال، أو بطاقات مكالمات هاتفية أو هاتف عمومي. سأخبر مسؤول ملفي إذا لم يكن علي تسديد كلفة المكالمات الهاتفية.

التنازل عن حقوق الإعالة والنفقة - أتنازل إلى الولاية ودائرة الخدمات الاجتماعية عن أي حقوق لدي بشأن الإعالة والنفقة من الأشخاص الذي لديهم المسؤولية القانونية لإعالتني ونفقتي وأي حقوق لدي للإعالة والنفقة لمصلحة فرد من أفراد العائلة.

إذن نشر السجلات التعليمية - أعطي الإذن إلى دائرة الخدمات الاجتماعية على مستوى الولاية والمستوى المحلي أن:

- تحصل المعلومات بشأن السجلات التعليمية المتعلقة بي (9) أو طفلي القاصر (أو أطفال القاصرين)، المسمين هنا، بما فيها المعلومات الضرورية للمطالبة باسترداد المعونة الطبية للخدمات التعليمية المتعلقة بالصحة.
- تزدود الوكالة الحكومية الفدرالية المناسبة بالقدرة على الوصول إلى هذه المعلومات لأغراض التدقيق فيها فقط.

إذن نشر المعلومات لبرنامج التدخل المبكر - إذا تم تقييم طفلي للدخول في برنامج التدخل المبكر لولاية نيويورك أو للمشاركة فيه، أعطي الإذن إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية وولاية نيويورك لتشارك بمعلومات أهلية طفلي للمعونة الطبية مع برنامج التدخل المبكر الخاص بالمقاطعة ("كاونتي") أو البلدية التي أعيش فيها لأغراض حساب المعونة الطبية.

إذن نشر المعلومات الطبية - أعطي الإذن لنشر أية معلومات طبية تخصني أو تخص أي فرد من أفراد عائلتي الذين باستطاعتي القبول نيابة عنهم، للجهة الطبية التي تزودني بالخدمات الرئيسية، وأي مزود للخدمات الطبية، أو إدارة صحة التابعة لولاية نيويورك، لتقاسمها مع برنامج التأمين الصحي الخاص بي وأي مزود خدمات طبية يقومون بالعناية بي أو بعائلتي، حسب ما هو معقول وضروري لبرنامج التأمين الصحي ومزود الخدمات الطبية للقيام بالعلاج، أو تسديد الدفعات أو العناية الطبية، وكذلك لبرنامج التأمين الصحي الخاص بي أو الذين يزودوني بالخدمات الطبية لتقاسمها مع إدارة الصحة التابعة لولاية نيويورك وغير ذلك من هيئات مخولة على مستوى الدولة والولاية وعلى المستوى المحلي بغرض إدارة برنامج مديكيد وبرنامجي تشايلد هيلث بلس وفاميلي هيلث بلس، ولبرنامج التأمين الصحي الخاص بي لتقاسمها مع أشخاص آخرين أو منظمات حسب ما هو معقول وضروري لقيام برنامج التأمين الصحي الخاص بي بالعلاج أو تسديد الدفعات أو العناية الصحية. وكذلك فإني أوافق على أن تتضمن المعلومات التي يتم تقاسمها مع الآخرين معلومات حول مرض الإيدز أو الصحة العقلية أو إساءة استخدام الكحول والمخدرات عني وعن أي فرد من أفراد عائلتي في حدود القانون. إذا انضم أكثر من فرد بالغ من أفراد العائلة إلى برنامج فاميلي هيلث بلس أو برنامج مديكيد الصحي فإن توقيع كل فرد بالغ يصبح ضرورياً للموافقة على تقاسم المعلومات.

قرأت الإخطارات المذكورة أعلاه وأفهمها. كما أفهم وأوافق على هذه التنازلات والتفويضات وإقرارات الموافقة المذكورة أعلاه. أحلف و/أو أؤكد تحت طائلة عقوبات الزور بأن المعلومات التي أعطيها أو سأعطيها إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية هي معلومات صحيحة.

توقيع اسم مقدم الطلب / الممثل

تاريخ التوقيع

توقيع اسم الزوج/ الزوجة أو ممثل الحماية

تاريخ التوقيع

28

x

x

NYS Agency-Based Voter Registration Form

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

本表格有中文文本



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 check yes, please complete VOTER REGISTRATION APPLICATION at bottom of page)

- 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.

_____/____/____ (Date)

(Signature)

(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.

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:

*New York State Board of Elections, 40 Steuben Street,
Albany, New York 12207-2109
Telephone: 1-800-469-6872;
TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;
or visit our web site - www.elections.state.ny.us*

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.

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

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

To Register You Must:

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

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

NVRA-05 (01/07)

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? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If you answered NO, do not complete this form.	2	Will you be 18 years old on or before election day? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If you answered NO, do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year.	For Board use only!		
3	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____					
4	Address where you live (do not give P.O. address) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____					
5	Address where you get your mail (if different from above) _____ P.O. Box, star route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____					
6	Date of Birth _____	7	Sex (circle) _____ M _____ F _____	8	Home Tel. Number (optional) _____	9 ID Number - Check the applicable box and provide your number <input type="checkbox"/> New York DMV number _____ If you do not have a New York DMV number, please provide: <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security Number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York Driver's license number or a Social Security Number
10	The last year you voted _____	Your Address was (give house number, street, and city) _____		11	Choose a party -- Check one box only <input type="checkbox"/> DEMOCRATIC PARTY <input type="checkbox"/> REPUBLICAN PARTY <input type="checkbox"/> INDEPENDENCE PARTY <input type="checkbox"/> CONSERVATIVE PARTY <input type="checkbox"/> WORKING FAMILIES PARTY <input type="checkbox"/> OTHER (write in) _____ <input type="checkbox"/> I DO NOT WISH TO ENROLL IN A PARTY	
11	Please note: In order to vote in a primary election , you must be enrolled in one of these parties. *See reverse		12	AFFIDAVIT: I swear or affirm that • 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 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)		

IDENTIFICATION REQUIREMENTS

Your identity must be verified prior to election day, so that you will not have to provide identification when you vote. Your identity can be verified through your DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, as requested in Box 9 of this application.

If your identity is not verified before election day, you will be asked to provide identification when you vote for the first time. Samples of the identification you may provide include a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, government check or some other government document that shows your name and address.

TO COMPLETE THIS FORM:

Box 1: Must be completed. If you answer NO, do not complete this form.

Box 2: Must be completed, however if you check NO, do not complete this form UNLESS you are a New York resident who will be 18 by the end of this year.

Box 4: Give your home address.

Box 5: Give your mailing address if it is different from your home address (post office box no., star route or rural route no., etc.).

Box 8: The completion of this box is optional.

Box 9: Must be completed. If you have a current New York driver's license, you must provide that number. If you do not have a current New York driver's license, you must provide the last four digits of your social security number.

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: In order to vote in a party primary, you must be enrolled in one of New York's 5 constituted parties. Check one box only. (*Except the Independence Party, which permits non-enrolled voters to vote in their primary elections.)

Box 12: This application must be signed and dated in ink.