



طلب التقديم / إعادة التأهل لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")



هل أنت متقدم للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) فقط؟

إذا كنت تريد التقديم للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) فقط، فيمكنك استخدام هذا الطلب القصير، أما إذا كنت تريد التقديم للحصول على مخصصات أخرى مثل المعونة المؤقتة، أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو معونة دفع مصاريف الطاقة المنزلية، أو المعونة الطبية (مديكيد) فالرجاء أن تطلب طلباً مختلفاً. يمكن استخدام هذا الطلب للتقديم على مخصصات قسائم الطعام فقط.

عند تقديمك للحصول على مخصصات قسائم الطعام

- يمكنك تقديم الطلب في نفس اليوم الذي تستلمه؛ وستحسب مخصصاتك من تاريخ تقديم طلبك، وذلك إذا كنت مؤهلاً للحصول عليها.
- يمكنك تقديم طلبك قبل إجراء مقابلة معك.
- يجب علينا أن نقبل طلبك شرط أن يحمل على الأقل اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان)، وتوقيعك. ستثبت هذه المعلومات تاريخ تقديم طلبك؛ إلا أنه يجب ملء طلبك كلياً، والتوقيع عليه في صفحة 5 وأن تجري معك مقابلة لكي نحدد درجة أهليتك.
- يمكنك أن تقدم طلباً للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) لأفراد أهل دارك المؤهلين وستحصل عليها حتى إذا كنت أو كان بعض أفراد أهل دارك الآخرين غير مؤهلين لتلقي المخصصات بسبب وضع الهجرة الذي يتمتعون به. مثلاً، يستطيع الآباء المهاجرون تقديم طلب للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) لأطفالهم حتى ولو كان الآباء غير مؤهلين للحصول على المخصصات.

هل أنت بحاجة ماسة وفورية لمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؟ قد تكون مؤهلاً لخدمة مخصصات قسائم الطعام المستعجلة

إذا كان لأهل دارك قليلاً من الدخل أو الموارد السائلة أو كانوا معدمين، أو إذا كان قدر إيجارك ومصاريف المرافق أكثر بكثير من مجموع دخلك ومواردك السائلة، أو كنت عامل زراعة موسمياً أو متنقلاً وكان لديك قدرًا قليلاً من الدخل أو الموارد أو كنت معدماً منهما عند تقديم الطلب، فقد تكون مؤهلاً لتلقي مخصصات قسائم الطعام في ظرف خمسة أيام من تاريخ تقديمك للحصول على المخصصات. سيراجع دائماً العامل / العاملة المسؤول عنك ظروفك ليبري إن كنت مؤهلاً لتلقي خدمة مخصصات قسائم الطعام بصفة مستعجلة. هناك نظام قائم لضمان صدور المخصصات إلى جميع أهل الدار المؤهلين لتلقي مخصصات قسائم الطعام الذين يفون بمعايير الخدمة المستعجلة.

هل تلاقى مصاعب في الذهاب إلى مكتبنا بخصوص موعد متعلق بمخصصات قسائم الطعام؟

إذا كنت تواجه صعوبة في الحضور لموعد طلب مخصصات قسائم الطعام [قد تتضمن الأسباب كلاً من وظيفة العمل، والمسائل الصحية، ومشاكل في تأمين العناية بالطفل ("تشايلد كير")، فيمكنك أن تطلب من شخص آخر أن يقدم الطلب نيابة عنك. كما يمكنك أيضاً أن ترسل طلبك عبر البريد أو توصله إلينا باليد؛ كما يمكننا في بعض الأحيان أن نجري معك مقابلة عبر الهاتف. يرجى الاتصال بنا على الرقم _____ وذلك إذا كنت بحاجة إلى حجز موعد لإجراء مقابلة هاتفية.

هل لديك أسئلة؟

للإجابة على أي سؤال قد يكون لديك حول ملء هذا الطلب أو أهليتك للحصول على مخصصات قسائم الطعام، فيمكنك الاتصال بنا على _____.

إضافة إلى طلب مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، تأكد بأنه تم إعطائك نسخاً من كل من:

- LDSS-4148A-AR: "ما ينبغي عليك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك"
- LDSS-4148B-AR: "ما ينبغي عليك معرفته عن برامج الخدمات الاجتماعية"
- LDSS-4148C-AR: "ما ينبغي عليك معرفته إذا تعرضت لحالة طارئة"

مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز
طلب التقديم / إعادة التأهل لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version
------------------	----------------	---------------	------	--------	-----------	-------------	-----------------	---------

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____ رقم هاتف آخر يمكن الإتصال بك من خلاله: _____
 عنوان السكن: _____ رقم الشقة: _____ المدينة: _____ ، نيويورك الرمز البريدي _____
 العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً) _____ رقم الشقة: _____ المدينة: _____ ، نيويورك الرمز البريدي _____
 اسم آخر: _____ هل أنت: مقدم طلب أو تعيد تثبيت لياقتك هل تود أن تستلم الإخطارات: باللغة الإسبانية والإنكليزية أو باللغة الإنكليزية فقط

أدرج اسم كل شخص يقيم معك حتى ولم يكن مقدم معك. أدرج نفسك أولاً.

W	P	B	A	I	هل هذا الشخص يشترى و/ أو يحضر الطعام لك		صلة القرابة لك	هل هذا الشخص مقدم معك أيضاً؟		الجنس ذكر M أو أنثى F	الحالة الزوجية	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للفرد المقدم (إذا لم يوجد لك رقم فاكتمب "لا يوجد")	الاسم الأخير	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأول		
					لا	نعم		لا	نعم									
							نفسك		✓									1
																		2
																		3
																		4
																		5
																		6
																		7
																		8

رموز الخلفية العرقية / الأثنية: **I** - من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان ألaska الأصليين، **A** - آسيوي، **B** - أمريكي أسود أو من أصل أفريقي، **P** - من السكان الأصليين لجزر هاواي أو جزر المحيط الهادي، **W** - أبيض

هل أنت وأي واحد يقيم معك مواطن من الولايات المتحدة؟ نعم لا - إذا كان الجواب لا، فمن لا يكون من مواطني الولايات المتحدة؟

هل أنت أو أي واحد يقيم معك هارب من الجهات الأمنية بسبب اتهام بجريرة، أو مخالف لقيود المراقبة ("بروبيشن") أو الإفراج المشروط ("بيرول") بموجب قرار من محكمة؟ نعم لا

هل تم حرمانك أو حرمان أي شخص يقيم معك في أي وقت مضى من تلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") بسبب الغش أو مخالفة البرنامج عن قصد وعمد؟ نعم لا

هل تقوم أو يقوم أحد من أهل دارك بالتقديم للحصول على مخصصات قسائم الطعام أو المعونة المؤقتة أو تتلقى أي منهما في مكان آخر؟ نعم لا

هل أنت أو أي أحد يقيم معك أعمى، مصاب بإعاقة وعجز، أو حامل؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____

هل أنت أو أي أحد يقيم معك مسرّح من الجندية ("فيتران") نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____

هل أنت أو أي أحد مقدم معك يقيم في مركز معالجة المخدرات والعقاقير أو الكحول، أو منشأة إقامة جماعية معتمدة من الولاية، أو شقة مشرف عليها / مدعومة ومعتمدة من قبل الولاية؟ نعم لا

إذا كنت تقوم بإعادة التأهل لمخصصات قسائم الطعام، فأدرج على الصفحة 6 ما تغير في حالتك منذ طلبك الأخير أو إعادة التأهيل الأخير (مثلاً: انتقلت إلى مكان آخر، أصبح لديك طفل، انتقل أحد إلى بيتك أو منه).

4

تاريخ التوقيع

توقيع مقدم الطلب / المفوض

يجب علينا أن نقبل طلبك شرط أن يحمل على الأقل اسمك وعنوانك (إن كان لديك عنوان) وتوقيعك في هذا المربع.

يمكنك استخدام الصفحة 6 إذا كنت بحاجة إلى فسخة أكثر للكتابة فيها أو كان لديك معلومات أخرى تظن أننا قد نحتاج إليها.

الدخل

أدرج جميع أنواع الدخل لك ولكل شخص مقيم معك. يتضمن هذا، ولكن لا يقتصر، على كل من الأجر، والدخل من الأعمال الحرة (على سبيل المثال: حضانة الطفل ("بيبي سيتنغ")، أو التنظيف، أو دخل من مستأجر غرفة عندك، أو نزيل)، و إعالة ونفقة الطفل، ومعاشات، ومخصصات الجندي المسرح ("فيتران")، و الدخل من إعاقة وعجز، ومخصصات الضمان الاجتماعي ودخل الضمان الإضافي (SSI)، وأية منح دراسية أو للإيجار أو للمأكولات الغذائية، وأية معونة عامة، وأي دخل من الأصدقاء أو الأقارب.

اسم الشخص الذي يتلقى الدخل	مصدر الدخل	كم ساعة تعمل في الشهر	كم مرة تتلقاها؟ (مثلاً، أسبوعياً، كل أسبوعين، شهرياً)	قدر المبلغ الإجمالي الذي تتلقاه قبل اقتطاع الخصومات

هل تسدد أو يسدد أحد من المقيمين معك تكاليف العناية بالطفل ("تشايلد كير") / رعاية المعال وتكون متعلقة بالعمل أو التدريب؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____

5

قدر المبلغ المدفوع (\$) . كم مرة يدفع؟ (مثلاً أسبوعياً، شهرياً) _____

هل قمت أو قام أحد يقيم معك بتغيير وظيفة العمل أو الاستقالة منها أو تخفيض أي نوع من الدخل في الثلاثين (30) يوماً الأخيرة - بما فيه تخفيض ساعات العمل أو الدخل؟ نعم لا

هل لديك أو لدى أي شخص مقيم معك دخل محتمل لم يتلقاه / تتلقاه بعد؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فاشرح ذلك على الصفحة 6.

هل تتلقى أو يتلقى أي شخص مقيم معك بدل الاحتياجات الشخصية (PNA) أو بدل الوجبات الغذائية؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____

هل قمت أو قام أحد من أهل دارك بادخار أي قدر من الدخل ضمن خطة تحقيق الدعم الذاتي (PASS) موافق عليها من إدارة الضمان الاجتماعي؟

نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو أو هي؟ _____

هل تشترك أو يقيم أحد معك مشترك حالياً في إضراب عن العمل؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____

الموارد

كم هو قدر المال الذي يملكه كل شخص من المتقدمين؟ (مثلاً ما تحمله من نقود، وما يوجد في بيتك، ورسيدك في الحسابات الجارية ("تشكينغ") وحسابات التوفير ("سافينغ")، أو في مواقع أخرى بما فيها الحسابات المشتركة)

_____ \$ تخص

موجودات مالية أخرى؟ [مثلاً، أسهم، وسندات مالية، وحسابات تقاعد، وسندات توفير ("سافينغ بنديز")، ومحفظات مالية متبادلة ("ميوتشول فنديز")، وحسابات تقاعد فردية (IRA)، وصندوق انتمان ("ترست فنديز")، وشهادات مالية

حسب سعر السوق ("ماني ماركت سرفيكيتس") نعم لا إذا كان الجواب نعم، فما هو قدر المبلغ \$ النوع _____ اسم المالك _____

كم سيارة أو شاحنة أو مركبة أخرى لديك أو لدى أي واحد من أهل الدار؟

6

رقم 1: السنة _____ الصنع _____ الموديل _____ اسم المالك _____

رقم 2: السنة _____ الصنع _____ الموديل _____ اسم المالك _____

هل تملك أو يملك أي مقدم معك أي نوع من الممتلكات العقارية بما فيه بيتك؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فأدرج العقار: _____ إسم المالك: _____

هل قام أحد من المتقدمين ببيع أو إعطاء أو نقل ملكية الأموال أو الممتلكات في الشهور الثلاث الأخيرة بهدف التأهل للحصول على مخصصات قسائم الطعام؟ نعم لا

ترتيبات ومصاريف المعيشة

ضع علامة في جميع المربعات التي تصف أهل دارك:

أملك بيتي أو أدفع قسط بيت مستأجر عامل متنقل / عامل في المواسم الزراعية ليس لدي سكن دائم أقيم مع أقاربي أو أصدقائي

أدرج مصاريفك: قدر الدفعة الشهرية للإيجار أو قسط البيت _____ \$ قدر الضريبة السنوية على البيت _____ \$ قدر التأمين السنوي على البيت _____ \$.

هل تدفع بشكل منفصل تكلفة التدفئة نعم لا إذا كان الجواب نعم، فحدد نوع التدفئة: غاز كهرباء زيت خشب فحم أخرى (حدد) _____

7

رقم الحساب في شركة التدفئة: _____

ترتيبات ومصاريف المعيشة

هل تدفع بشكل منفصل كلفة المرافق العامة (غير التدفئة / التبريد)؟ نعم لا (مثل، النور، غاز للطبخ، رسوم ماكينة الغسيل والتجفيف، الزبالة / القمامة، ماء، التوصيلات الأولية للمرافق العامة).

هل تدفع بشكل منفصل كلفة مكيف الهواء؟ نعم لا

هل يقوم أحد بدفع أي من هذه المصاريف عنك (بعض الأمثلة برنامج "سكشن 8" أو أي برنامج دعم آخر)؟

نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟

هل تقوم أو يقوم أحد ممن يقيمون معك بدفع إعالة ونفقة الطفل بأمر من المحكمة؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟

اسم كل طفل تدفع له / لها إعالة ونفقة الطفل

قدر مبلغ الدفعة \$ _____ مدة تكرار الدفعات (مثلاً، أسبوعياً، كل أسبوعين، شهرياً) _____

هل أنت و/أو أي أحد يقيم معك أعمى / معاق أو عاجز أو يبلغ 60 سنة من العمر على الأقل؟ إذا كان الأمر كذلك، فهل لدى هذا الشخص فواتير طبية؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فأدرج على الصفحة 6 نوعية هذه الفواتير، وقدرها، ومن المسؤول عن دفعها.

هل أنت و/أو أي أحد يقيم معك (يبلغ من العمر 16 سنة أو أكثر) مسجل في مدرسة أو برنامج تدريبي؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي أين _____

يمكنك استخدام الصفحة الأخيرة إذا كنت بحاجة إلى فسخة أكثر للكتابة فيها أو كان لديك معلومات أخرى تظن أننا قد نحتاج إليها.

اقرأ المعلومات المهمة أدناه ووقع في أسفل الصفحة

إنذار بالعقوبات المفروضة على المخالفات لبرنامج مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") - ستخضع أي معلومات تزودنا بها بشأن طلبك لتلقي مخصصات قسائم الطعام إلى التحقيق بصحتها من قبل المسؤولين على مستوى الدولة والولاية والمدينة. قد يرفض طلبك لتلقي مخصصات قسائم الطعام إذا كانت أي من المعلومات غير صحيحة. كما يجوز أن تخضع إلى مقاضاة جنائية لتزويدك معلومات غير صحيحة عن سابق علم ومعرفة.

لن تستطيع أبداً الحصول على مخصصات قسائم الطعام مرة أخرى إذا أثبتت إيدانتك في محكمة قضائية للمرة الثانية بشأن شراء أو بيع مواد محظورة (مخدرات وعقاقير ممنوعة أو عقاقير معينة تتطلب وصفة من الطبيب) لقاء قسائم طعام؛ أو أثبتت إيدانتك في محكمة قضائية لبيع أو الحصول على الأسلحة النارية، أو الذخيرة، أو المتفجرات لقاء قسائم طعام؛ أو أثبتت إيدانتك في محكمة قضائية بشأن المتاجرة بقسائم الطعام بقيمة \$500 أو أكثر. تتضمن المتاجرة كل من الاستخدام الممنوع، أو التحويل، أو الشراء، أو التحويل، أو الامتلاك لكل من مخصصات قسائم الطعام، أو بطاقات التفويض، أو أجهزة التوصل والنفاذ؛ أو إذا أثبتت إيدانتك في ارتكاب ثالث مخالفة للبرنامج عن قصد وعمد (IPV).

لن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنتين إذا ثبتت إيدانتك في محكمة قانونية للمرة الأولى في أمور شراء أو بيع مواد ممنوعة (مخدرات ممنوعة أو عقاقير معينة تتطلب وصفة من الطبيب) لقاء مخصصات قسائم الطعام.

إذا ارتكبت: ■ أول مخالفة للبرنامج عن قصد وعمد، فلن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنة واحدة. ■ ثاني مخالفة للبرنامج عن قصد وعمد، فلن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنتين.

وفي بعض الحالات، يجوز للمحكمة أن تحرمك من تلقي مخصصات قسائم الطعام لمدة 18 شهراً إضافية. إذا أدليت بتصريح كاذب عن نفسك، أو عن مكان سكنك لكي تحصل على مخصصات قسائم الطعام متعددة، فلن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة عشر سنوات [أو بصورة دائمة إذا كانت هذه مخالفتك الثالثة للبرنامج عن قصد وعمد].

قد توجد مذنباً في ارتكاب مخالفة للبرنامج عن قصد وعمد وذلك إذا أدليت ببيان كاذب أو مضلل، أو شوهت الحقائق، أو أخفيتهما أو كتمتها؛ أو ارتكبت أي فعل يشكل مخالفة للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية لأغراض استخدام، أو عرض، أو تحويل، أو شراء، أو استلام، أو امتلاك، أو المتاجرة في الكوبونات، أو بطاقات التفويض، أو المستندات القابل استعمالها مرة ثانية كجزء من نظام التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT).

كما يمكن أن يفرض عليك غرامة حدها الأقصى \$250,000، أو ترسل إلى السجن لمدة أقصاها 20 سنة، أو كليهما.

اقرأ المعلومات المهمة أدناه ووقع في أسفل الصفحة (تابع)

الموافقة - أفهم بأنه عند توقيعي نموذج الطلب هذا، فإنني أوافق على أي تحقيق يقوم به مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعمونة العجز أو مقاطعة الخدمات الاجتماعية المسؤولة عني للتحقق من صحة المعلومات التي أدليت بها أو لتثبيتها، أو أي تحقيق آخر صادر من قبلها بشأن طلبي لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"). كما سأقدم بمزيد من المعلومات إذا طلب مني ذلك، وسأتعاون أيضاً مع موظفي الولاية والحكومة الفيدرالية في مراجعات التحكم بالجودة فيما يتعلق بمخصصات قسائم الطعام.

معلومات بشأن البديل القياسي للمنافع العامة (SUA) - أفهم بأن متلقي مخصصات قسائم الطعام مصنّفين تصنيفاً من حيث الدخل يؤهلهم للحصول على برنامج المعونة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية (HEAP). إذا لم أكن من ضمن المشمولين في العملية السنوية للدفع التلقائي لبرنامج المعونة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية لبعض متلقي قسائم الطعام، فسأعزم على التقديم لهذا المخصص في خلال فترة 12 شهراً القادمة. إذا قررت عدم التقديم على برنامج المعونة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية في خلال فترة 12 شهراً القادمة، فسأعلم العامل / العاملة المسؤول عني بذلك.

معلومات عن بديل الهاتف: أفهم بأن متلقي مخصصات قسائم الطعام مؤهلين لبديل الهاتف إذا كانوا يدفعون قدراً لاستخدام الهواتف المنزلية، الهواتف الخلوية، الهاتف، بطاقات المكالمات الهاتفية، أو الهواتف المشغلة بالنقد. إذا لم يكن لدي أي كلفة للقيام بالمكالمات الهاتفية، فسأخبر العامل / العاملة المسؤول عني بذلك.

التغييرات - أوافق على أن أبلغ الوكالة فوراً عن أي تغيير في احتياجاتي، أو دخلي، أو ممتلكاتي، أو ترتيبات معيشتي، أو عنواني إلى حد مبلغ علمي أو اعتقادي وعملاً بمشترطات التبليغ المفروضة عليّ.

مشرطات التبليغ / التثبيت لمصاريف أهل الدار - أفهم بأنه يجب على أهل داري أن يبلغوا عن مصاريف العناية بالطفل ("تشايلد كير") والمنافع العامة لكي يحصلوا على اقتطاع هذه المصاريف قبل تحديد مخصصات قسائم الطعام. كما أفهم أيضاً بأنه يجب على أهل داري أن يبلغوا ويثبتوا كل من دفعات الإيجار أو قسط البيت ("مورتيجج"), وضرائب الممتلكات والتأمين، والمصاريف الطبية، وإعالة ونفقة الطفل المدفوعة إلى فرد ليس من أفراد أهل الدار لكي يحصلوا على اقتطاع هذه المصاريف قبل تحديد مخصصات قسائم الطعام. وأفهم أن عدم القيام بالتبليغ / التثبيت لهذه المصاريف سيظهر كبيان من أهل داري بأنني / بأننا لا نريد أن نحصل على اقتطاع لهذه المصاريف غير المبلغ عنها و/ أو غير المثبتة. اقتطاع هذه المصاريف قد يجعلني مؤهلاً لتلقي مخصصات قسائم الطعام أو قد يزيد قدر مخصصاتي من قسائم الطعام. وأفهم بأنه يمكنني التبليغ/التثبيت لهذه المصاريف في أي وقت كان في المستقبل. سيسري هذا الاقتطاع في عملية حساب مخصصات قسائم الطعام في الشهور القادمة بموجب قواعد التغيير في التبليغ.

بيان بقانون الخصوصية - تحصيل واستخدام رقم الضمان الاجتماعي (SSN) - تحصيل رقم الضمان الاجتماعي من كل فرد من أفراد أهل الدار بشأن مخصصات قسائم الطعام بموجب قانون قسائم الطعام لسنة 1977 (كما هو معدل 7 US Code 2011-2036). تستخدم المعلومات التي نحصلها لتحديد ما إذا كان أهل دارك مؤهلين لتلقي المخصصات أو الاستمرار في تلقيها. سنتحقق من هذه المعلومات عن طريق برامج مطابقة عاملة على أجهزة الكمبيوتر. كما سنتستخدم هذه المعلومات في مراقبة الامتثال مع أنظمة البرنامج ولأغراض إدارة وتنظيم البرنامج. سنتستخدم هذه المعلومات للتحقق من الهوية الشخصية، وتثبيت قدر الدخل المكتسب وغير المكتسب، ولتحديد إذا كان يحق لمقدمي الطلب أو المتلقين الحصول على المال أو أنواع أخرى من المعونة. كما يمكن الإفصاح عن هذه المعلومات إلى وكالات الولاية والوكالات الفيدرالية لأغراض التدقيق الرسمي وإلى الجهات الأمنية لأغراض إلقاء القبض على الأشخاص الهاربين من القانون.

إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي وتحتاج إلى رقم، سنتستخدم المعلومات التي تعطيتها إلى مقاطعة الخدمة الاجتماعية للحصول على رقم لك.

الشهادة بشأن الجنسية (المواطنة) / أو حالة الأجنبي المقيم - أشهد و/ أو أؤكد تحت طائلة عقوبة الحلفان الكاذب بأن المعلومات التي أقدمها بشأن الجنسية (المواطنة) وحالة الهجرة القانونية الخاصة بي وبكل واحد يقيم معي هي معلومات صحيحة وصادقة. وأفهم بأن أي من المعلومات التي أقدمها لتثبيت حالة الهجرة للأفراد المتقدمين للحصول على مخصصات قسائم الطعام قد يتحقق من صحتها من قبل مصلحة شؤون الهجرة والجنسية الأمريكية.

تبليغ بشأن عدم التمييز - بموجب القانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA)، تمنع هذه المؤسسة من التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل الوطني، أو الجنس، أو العمر، أو الديانة، أو المعتقدات السياسية، أو العجز. لتقديم شكوى تمييزية 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). تلتزم USDA بالمساواة في فرص التوظيف وتقديم الخدمات.

إقرأ المعلومات المهمة أدناه ووقع في أسفل الصفحة (تابع)

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 هذه الصفحة. 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.

خط الحياة ("لايف لاين"): لمقدمي الطلب / متلقي مخصصات قسائم الطعام: هل تحول مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز أن يفصح عن إسمك وعنوانك ورقم هاتفك إلى شركة فرايزون، علماً بأن شركة فرايزون قد تستخدم هذه المعلومات لتسجيلك بصورة تلقائية في خدمة خط الحياة الخاص بهم بسعر مخصص لخدمة الهاتف؟ نعم لا
شهادة: أشهد و / أو أؤكد تحت طائلة عقوبة شهادة الزور بأن المعلومات التي قدمتها أو سأقدمها إلى مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي هي معلومات صحيحة.

9

تاريخ التوقيع	توقيع الزوج / الزوجة	تاريخ التوقيع	توقيع مقدم الطلب / المفوض
	X		X

10

إذا كنت مقدماً لشخص آخر بصفتك الممثل المفوض، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة اسمك وعنوانك هنا. كما يمكنك أن تتطوع بكتابة رقم هاتفك.

الاسم _____ العنوان _____ رقم الهاتف _____

إذا قدمت يد المساعدة في إكمال ملء هذا الطلب / إعادة التأهل لأحد آخر، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة إسمك وعنوانك هنا. كما يمكنك أن تكتب بملء إرادتك رقم هاتفك.

الاسم _____ العنوان _____ رقم الهاتف _____

استخدم هذا الفراغ لكتابة المعلومات الإضافية:

من: _____ الشرح:

11

من: _____ الشرح:

من: _____ الشرح:

I CONSENT TO WITHDRAW MY APPLICATION. I understand that I may reapply at any time.

أوافق على سحب طلبي. أدرك أن بإمكانني إعادته تقديمه في أي وقت.

SIGNATURE

التوقيع DATE

التاريخ

For Agency Use Only

للإستخدام الرسمي فقط

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency

(Specify) _____

Reason ____/____/____ Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

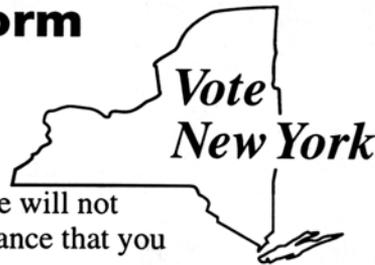
FS Authorization Period: From _____ To _____

Comments:

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.

(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.

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.*

Tele: 1-800-469-6872, TTY 1-800-533-8683; 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
- not claim the right to vote elsewhere

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

NVRA-05 (10/03)

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"/>		2	I will be 18 years old on or before election day: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		For Board use only!	
	If you answered NO, do not complete this form.			If you answered NO, do not complete this form, unless you will be 18 by the end of the year.			
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 rte., etc.		Post Office	Zip Code
6	Date of Birth	7	Sex (circle) M F	8		Home Tel. Number (optional)	
10	The last year you voted		Your Address was (give house number, street, and city)		9	ID Number - Check the applicable box and provide your number	
	In county/state		Under the name (if different from your name now)			<input type="checkbox"/> New York Driver's License Number <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.	
11	Choose a Party — Check one box only			12	AFFIDAVIT: I swear or affirm that		
	<input type="checkbox"/> REPUBLICAN PARTY <input type="checkbox"/> DEMOCRATIC 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				Please note: In order to vote in a primary election, you must be enrolled in one of these parties. • 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 ↓ X _____ Date		

Please do not write in this space

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.

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