



طلب التقديم / إعادة التأهل لتلقي مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (سناب)

يستخدم هذا النموذج للتقدم للحصول على مخصصات سناب فقط

إذا كنت كفيفاً أو معاقاً بصرياً بشكل كبير وتحتاج إلى طلب أو إلى هذه التعليمات بصيغة بديلة، يمكنك طلبهم من دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك. للحصول على معلومات إضافية بخصوص الصيغ المتاحة يرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك أو زر www.otda.ny.gov.

إذا كنت كفيفاً أو معاقاً بصرياً بشكل كبير، هل ترغب في تلقي الإخطارات الكتابية بصيغة بديلة؟ نعم ___ لا ___

إذا أجبت بنعم، ضع إشارة أمام الصيغة التي تفضلها: ___ نسخة بخط كبير ___ نسخة على CD ___ نسخة صوتية على CD
بريل، إذا كنت تؤكد بأن الصيغ الأخرى لن تكون مفيدة بشكل مساو لك.

إذا كنت بحاجة إلى ترتيبات أخرى يرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.

إذا كنت تريد التقديم للحصول على مخصصات سناب 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.

عند تقديمك للحصول على مخصصات سناب

- يمكنك تقديم الطلب في نفس اليوم الذي تستلمه؛ يجب علينا أن نقبل طلبك شرط أن يحمل على الأقل اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان)، وتوقيعك. ستثبت هذه المعلومات تاريخ تقديم طلبك.
- يجب إكمال طلبك بالكامل، بما في ذلك المقابلة والتوقيع على بيان الاعتماد في صفحة 8 من الطلب/إعادة التأهيل لكي نحدد درجة أهليتك. وستحسب مخصصاتك من تاريخ تقديم طلبك إذا كنت مؤهلاً.
- يمكنك أن تقدم طلباً للحصول على مخصصات سناب 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. على سبيل المثال، الآباء الأجانب غير المؤهلين يستطيعون طلب الحصول على مخصصات سناب لأطفالهم وتلقي المخصصات الخاصة بأطفالهم المؤهلين.
- سيظل بإمكانك التقدم والتأهل للحصول على مخصصات سناب حتى إذا وصلت إلى الحدود الزمنية الخاصة بالمعونة المؤقتة.

هل أنت بحاجة ماسة وفورية لمخصصات سناب؟ قد تكون مؤهلاً لتقدم للحصول على مخصصات سناب 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 منتقلاً وكان لديك قدرًا قليلاً من الدخل أو الموارد أو كنت معدماً منهما عند تقديم الطلب، فقد تكون مؤهلاً لتلقي مخصصات سناب خلال 5 أيام من تاريخ تقديمك. عندما يتقدم مقيم في أحد المؤسسات إلى الضمان التكميلي (SSI) وسناب قبل مغادرته المؤسسة، سيكون تاريخ تقديم الطلب المسجل هو تاريخ مغادرة المتقدم للمؤسسة.

أين يمكنك التقدم لتلقي مخصصات سناب

إذا كنت تعيش خارج مدينة نيويورك، يمكنك التقدم بطلب إلكتروني على الموقع myBenefits.ny.gov، أو الاتصال بإدارة الخدمات الاجتماعية المحلية الخاصة بك أو اتصل بها في الدولة التي تعيش بها وأسأل عن التقدم للحصول على الطلب. يمكنك الحصول على العنوان ورقم الهاتف عن طريق الاتصال على الرقم المجاني **1-800-342-3009**.

إذا كنت تعيش في مدينة نيويورك ولم تتقدم للحصول على المعونة المؤقتة، يمكنك التقدم بطلب إلكتروني على الموقع myBenefits.ny.gov، أو الاتصال بأي مكتب للحصول على مخصصات سناب أو قم بزيارته للحصول على الطلب. يمكنك الحصول على العنوان ورقم الهاتف عن طريق الاتصال على **1-718-557-1399** أو الرقم المجاني **1-800-342-3009**.

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

إذا كنت تواجه صعوبة في الحضور لموعد طلب مخصصات سناب [قد تتضمن الأسباب كلاً من وظيفة العمل، والمسائل الصحية، والنقل، ومشاكل في تأمين العناية بالطفل ("تشايلد كير")، فيمكنك أن تطلب من شخص آخر أن يقدم الطلب نيابة عنك، أو يمكنك التقدم بطلب إلكتروني على الموقع myBenefits.ny.gov. 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 بالإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية الخاصة بك إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات، لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً لإجراء مقابلة بالهاتف، أو إذا كنت في حاجة إلى تغيير موعد المقابلة.

إخطار عدم التمييز - وفق قانون الحقوق المدنية الفدرالية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية، يُحظر على وزارة الزراعة الأمريكية، ووكلائها، ومكاتبها، وموظفيها، والمؤسسات المشاركة في التي تقوم على إدارة برامج وزارة الزراعة الأمريكية التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو النوع أو المعتقد الديني أو العجز أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو الثأر لأية أنشطة حقوق مدنية مسبقاً في أي برنامج أو فعاليات تجريها أو تمويلها وزارة الزراعة الأمريكية.

بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصالات بديلة للحصول على معلومات البرامج (مثال: طريقة برايل، أو الطبعة بأحرف كبيرة، أو الشرائط الصوتية، أو لغة الإشارات الأمريكية، إلخ)، يتعين عليهم الاتصال بالوكالة (على مستوى الولاية أو محلياً) التي تقدموا لها للحصول على المخصصات. وبالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة السمعية أو الذين يعانون من صعوبات تتعلق بالسمع أو إعاقات تتعلق بالتحدث، يمكنهم الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الإحالة الفدرالية على الرقم 877-8339 (800). وعلاوة على ذلك، ينبغي أن تكون برامج المعلومات متاحة بلغات أخرى سوى اللغة الإنجليزية.

لتقديم شكوى للبرنامج تتعلق بالتمييز، يرجى إكمال نموذج شكوى التمييز ضمن برنامج وزارة الزراعة الأمريكية (AD-3027)، والذي يمكن الحصول عليه من على شبكة الإنترنت من: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، وأي من مكاتب وزارة الزراعة الأمريكية، كما يمكنك أن تكتب رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية، على أن تقدم في تلك الرسالة كافة المعلومات المطلوبة في النموذج. ولطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل بالرقم 632-9992 (866). ويرجى تقديم النموذج المكتمل أو الرسالة إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

(1) البريد: وزارة الزراعة الأمريكية
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
9410-20250 Washington, D.C

(2) فاكس رقم: 690-7442 (202) أو

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

هذه المؤسسة رب عمل يوفر الفرص المتكافئة.

الدخل

أدرج جميع أنواع الدخل لك ولكل شخص مقيم معك. يتضمن هذا، ولكن لا يقتصر، على كل من الأجور، والدخل من الأعمال الحرة (على سبيل المثال: حضانة الطفل ("بيبي سيتنغ")), أو التنظيف، أو دخل من مستأجر غرفة عندك، أو نزيل، وإعالة ونفقة الطفل، ومعاشات، ومخصصات الجندي المسرح ("فيتران"), والدخل من إعاقه أو عجز، ومخصصات الضمان الاجتماعي ودخل الضمان الإضافي (SSI)، وأية منح دراسية أو للإيجار أو للمأكولات الغذائية، وأية معونة مؤقتة، 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؟ _____.

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

هل قمت أو قام أحد يقيم معك بتغيير وظيفة العمل أو الاستقالة منها أو تخفض 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 / هي؟ _____.

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

الموارد

لن تؤثر الموارد على التأهل الخاص بمعظم أهل الدار المتقدمين للحصول على مخصصات سناب. ولكن، بعض المعلومات الخاصة بالموارد تستخدم في تحديد تأهلك للمعالجة السريعة للطلب.

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

\$ _____ تخص

موجودات مالية أخرى؟ [مثلاً، أسهم، وسندات مالية، وحسابات تقاعد، وسندات توفير ("سيفينغ بندز"), ومحفظات مالية متبادلة ("ميونثول فندز"), وحسابات تقاعد فردية (IRA)، وصندوق ائتمان ("ترست فندز"), وشهادات مالية حسب

سعر السوق ("ماني ماركت سرتيفيكيتس") 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؟

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: _____ اسم المالك: _____

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

5

6

التثقيف/التدريب واللغة

تحت العنوان "أعلى مستوى تعليمي*"، يرجى وضع إشارة "X" في مربع أعلى مستوى تعليمي وتدريبى لأولئك المتقدمين من أفراد الأسرة (بما فيهم المتقدم بالطلب) والذين يبلغون 16 عاماً أو أكبر.

إضافة إلى ذلك يرجى وضع كلمة "رئيسية" إذا كانت اللغة الإنجليزية هي اللغة الرئيسية لأولئك البالغين 16 عاماً من العمر أو أكبر. إذا لم تكن اللغة الإنجليزية هي لغة الفرد الرئيسية، ضع كلمة "ثانوية" إذا كانت اللغة الثانوية لأولئك البالغين 16 عاماً من العمر أو أكبر. إذا لم تكن اللغة الإنجليزية هي اللغة الرئيسية أو الثانوية فيرجى وضع كلمات "ليست هذه أو تلك".

هل اللغة الإنجليزية هي اللغة الرئيسية أو الثانوية؟	أعلى مستوى تعليمي* (الرموز معرفة أدناه)							الاسم (الأول والأخير)
	9	5	4	3	2	1	0	
7								

*رموز التعليم والتدريب: 0 - أقل من شهادة ثانوية أو ما يعادلها؛ 1- شهادة ثانوية أو ما يعادلها؛ 2- شهادة دبلوم (سنتين من التعليم الجامعي)؛ 3- شهادة بكالوريوس (4 سنوات من التعليم الجامعي)؛ 4- شهادة عليا (ماجستير أو أعلى)؛ 5- إتمام خطة تعليمية فردية (IEP)؛ 9- غير معلوم

ملاحظة: توفير المعلومات فيما يخص أعلى مستوى تعليمي واللغة الإنجليزية أمر اختياري. لن يؤثر ذلك على أهلية الأشخاص المتقدمين أو على قيمة المخصصات التي يتلقونها. سبب طلب هذه المعلومات هو تلبية مشتريات الإبلاغ الفردية.

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:

8

مقدار الدفعة الشهرية للإيجار أو قسط البيت \$ قدر الضريبة السنوية على البيت \$ قدر التأمين السنوي على البيت \$.

هل تدفع بشكل منفصل كلفة التدفئة نعم لا إذا كان الجواب نعم، فحدد نوع التدفئة: غاز كهرباء زيت خشب فحم بروبين أخرى (حدد) . اسم شركة التدفئة رقم الحساب في شركة التدفئة:

هل تدفع كلفة مكيف الهواء ضمن فاتورة الكهرباء أو بشكل منفصل؟ نعم لا

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 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 يدفع مقابل ماذا؟

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 عاجز أو يبلغ 60 سنة من العمر على الأقل؟ نعم لا إذا كان الأمر كذلك، فمن هو:

إذا كان الأمر كذلك، فهل لدى هذا الشخص فواتير طبية؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، أدرج في الصفحة 9 سبب هذه الفواتير وقدرها، ومن المسؤول عن دفعها.

ترتيبات ومصاريف المعيشة (تابع)

هل تحصل - أنت أو أي شخص مقيم معك - على معونة الـ"مديكيد" وبخطة المصروف التنازلي "سبنذ داون"؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم فمن هو؟ _____ وما قيمة المبلغ (بالدولار الأمريكي) _____

هل تم تسجيلك - أنت أو أي شخص مقيم معك (يبلغ من العمر 16 أو 17 سنة) - في مدرسة أو برنامج تدريبي؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو/هي _____ اسم المدرسة/البرنامج التدريبي _____

هل تقوم - أنت أو أي شخص مقيم معك (يترأخ عمره من 18 إلى 49 سنة) - بالحضور في برنامج مدرسي أو تدريبي (أعلى من المدرسة الثانوية)؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو/هي _____ اسم المدرسة/البرنامج التدريبي _____، لدوام كامل نعم لا الدخل نعم لا النفقات نعم لا

هل هناك بالغون في الأسرة ممن هم 16 عاماً من العمر أو أكبر (بما فيهم المتقدم بالطلب) ممن هم: _____ حامل؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم فمن هو؟ _____

بديهم فواتير طبية تحد من قدرتهم على العمل أو نوع العمل الذي يستطيعون القيام به؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم فمن هو؟ _____

أجب على الأسئلة التالية:

هل أنت - أو أي شخص مقيم معك - منتهك لأي شرط لتعليق العقوبة أو الإطلاق المشروط، أو هارب لتجنب المحاكمة أو الاعتقال أو الحبس بسبب جناية، وملاحق من قبل الأمن؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، من هو _____

هل تمت إدانتك - أنت أو أي شخص مقيم معك - بانتهاك تعليق العقوبة أو الإطلاق المشروط بموجب أمر من المحكمة؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، من هو _____

هل تم استبعادك - أنت أو أي شخص مقيم معك - من الحصول على مخصصات سناب بسبب الاحتيال أو الانتهاك المتعمد للبرنامج؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، من هو _____

هل تمت إدانتك - أنت أو أي شخص مقيم معك - بالاتجار في مخصصات سناب نظير الحصول على أسلحة أو ذخائر أو متفجرات أو مخدرات بعد تاريخ 22 سبتمبر 1996؟ نعم لا

إذا كان الجواب نعم، من هو _____

هل تمت إدانتك - أنت أو أي شخص مقيم معك - ببيع أو شراء مخصصات سناب نظير مبلغ يصل في مجمله إلى 500 دولار أو أكثر بعد تاريخ 22 سبتمبر 1996؟ نعم لا

إذا كان الجواب نعم، من هو _____

هل تمت إدانتك - أنت أو أي شخص مقيم معك - بالاحتيال للحصول على مخصصات مضاعفة من مخصصات سناب في أي ولاية بعد تاريخ 22 سبتمبر 1996؟ نعم لا

إذا كان الجواب نعم، من هو _____

يمكنك استخدام الصفحة 9 إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكثر للكتابة فيها أو كان لديك معلومات أخرى تظن أننا قد نحتاج إليها.

اقرأ المعلومات الهامة أدناه

التحذير من العقوبة - سوف تخضع أية معلومات تقدمها بخصوص طلبك الحصول على معونات سناب للتحقق من قبل المسؤولين الفيدراليين، وفي الولاية والمسؤولين المحليين. إذا كان هناك أية معلومات غير صحيحة، فقد يتم حرمانك من سناب. قد تكون معرضاً للإجراءات الجنائية إذا أعطيت معلومات غير صحيحة عن قصد، وكان ذلك يؤثر على أهليتك أو قيمة المخصصات. أي شخص مخالف لشروط الإفراج المشروط أو الإفراج المبكر أو فار من المقاضاة أو القبض أو السجن لجناية ما، ويكون ملاحقاً بشكل نشط من قبل قوات الأمن، لن يكون مؤهلاً لتلقي مخصصات سناب.

إذا أدين فرد من أفراد البيت بارتكاب مخالفة مقصودة للبرنامج فلن يتمكن هذا الفرد من الحصول على مخصصات سناب لمدة:

- 12 شهراً للمخالفة الأولى المقصودة للبرنامج؛
- 24 شهراً للمخالفة الثانية المقصودة للبرنامج؛
- 24 شهراً للمخالفة الأولى المقصودة للبرنامج إذا كانت بسبب حكم محكمة بأن الشخص قام باستخدام أو تلقي مخصصات سناب في تعامل لبيع مواد خاضعة للضبط. (عقاقير غير قانونية أو عقاقير معينة يُطلب من أجلها وصفة طبية)
- 120 شهراً إذا تمت ادانتك بالإدلاء بمعلومات كاذبة حول هويتك أو مكان إقامتك من أجل تلقي مخصصات سناب متعددة وفي الوقت ذاته، إلا إذا كنت غير مؤهل بشكل دائم نتيجة مخالفة ثالثة مقصودة للبرنامج. وفي بعض الحالات، يجوز للمحكمة أن تحرم شخصاً ما من تلقي مخصصات سناب لمدة 18 شهراً إضافية.

اقرأ المعلومات الهامة أدناه (تابع)

الحظر الدائم على التأهل ينطبق على الشخص في حالة:

- إذا كانت المخالفة الأولى المقصودة للبرنامج بسبب حكم محكمة بأن الشخص قام باستخدام أو تلقي مخصصات سناب في تعامل لبيع الأسلحة أو الذخائر أو المتفجرات.
- إذا كانت المخالفة الأولى المقصودة للبرنامج بسبب حكم محكمة بالمتاجرة بمخصصات سناب لمبلغ يساوي أو يفوق 500 دولار (تشمل المتاجرة الاستخدام أو النقل أو الاقتناء أو التغيير أو الحيازة غير القانونية لبطاقات تخويل سناب أو أجهزة الوصول).
- إذا كانت المخالفة الثانية المقصودة للبرنامج بسبب حكم محكمة بأن الشخص قام باستخدام أو تلقي مخصصات سناب في تعامل لبيع مواد خاضعة للضبط. (عقاقير غير قانونية أو عقاقير معينة يُطلب من أجلها وصفة طبية)
- كل المخالفات الثالثة المقصودة للبرنامج.

أي شخص تتم إدانته باستخدام أو نقل أو اقتناء أو تغيير أو حيازة لبطاقات تخويل سناب أو أجهزة الوصول قد يتعرض لغرامة قد تصل إلى 250,000 دولار أو السجن لمدة قد تصل إلى 20 عاماً أو العقوبتان معاً. قد يخضع الشخص إلى المقاضاة حسب القوانين السارية على المستوى الفدرالي أو على مستوى الولاية.

9

قد يتم اعتبارك غير مؤهل لمخصصات سناب أو قد تكون مذنباً بمخالفة البرنامج عن قصد إذا:

- إذا أدليت بإفادة مغلوطة أو غيرت الحقيقة أو أخفيتها أو امتنعت عن الإدلاء بحقائق بغرض التأهل للمخصصات أو تلقي المزيد منها؛ أو
- شراء منتج ما باستخدام مخصصات سناب بنية الحصول على النقد من خلال التخلص من المنتج عمداً وإعادة الحاوية للحصول على مبلغ التأمين؛ أو
- ارتكاب أو محاولة ارتكاب أي عمل يعتبر مخالفة لقانون فدرالي أو قانون ولاية بغرض استخدام أو تقديم أو نقل أو اقتناء أو تلقي أو حيازة أو الاتجار بمخصصات سناب أو بطاقات التخويل أو الوثائق المتعددة الاستخدام المستخدمة كجزء من نظام التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT).

إضافة إلى ذلك، فإن التالي ممنوع، وقد يتم منعه من التأهل لمخصصات سناب و/أو قد تتعرض لعقوبات لأي عمل يشمل:

- استخدام أو حيازة بطاقات EBT الخاصة بالغير ودون إذن من مالك البطاقة؛ أو
- استخدام مخصصات سناب لشراء منتجات غير غذائية مثل الكحول والسجائر، أو لتسديد ثمن طعام تم شراؤه في السابق بالدين؛ أو
- السماح للغير باستخدام بطاقة EBT الخاصة بك مقابل النقد أو السلاح أو الذخيرة أو المتفجرات أو المخدرات أو لشراء طعام لأشخاص لا ينتمون إلى المنزل المغطى ببرنامج سناب.

إذا حصلت على قدر أكثر مما ينبغي عليه من مخصصات سناب (دفع زائد عن الحد)، فعليك أن تسدد هذا القدر الزائد. إذا كان ملكك سار المفعول، فسنسترد قدر الدفع الزائد عن الحد من مخصصات سناب التي ستلقاها في المستقبل. أما إذا كان ملكك مغلماً فيمكن أن تسدد قدر الدفع الزائد عن الحد من المخصصات غير المستخدمة من سناب المتبقية في حسابك، أو يمكن تدفع قدرها نقداً.

إذا كانت لديك مدفوعات زائدة لم يتم تسديدها، يتم إحالتها للتحويل بعدة طرق، منها التحويل الآلي من قبل الحكومة الفدرالية. وقد يتم أخذ مستحقاتك الفدرالية (مثل الضمان الاجتماعي) أو المرتدات الضريبية التي يحق لك الحصول عليها، لاستخدامها في تسديد المدفوعات الزائدة. كما قد يخضع هذا الدين لرسوم التنازل.

سيتم استخدام أي مخصصات سناب من حساب EBT الخاص بك لتخفيض الدفعات الزائدة الحالية. وإذا تقدمت للحصول على مخصصات سناب مجدداً ولم تكن قد سددت المبلغ المستحق عليك، سوف يتم خفض مخصصات سناب الخاصة بك إذا بدأت تحصل عليها مجدداً. سيتم إبلاغك آنذاك بقدر مبلغ المخصصات المخفضة التي ستحصل عليها. فيما يتعلق بمخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير")

الموافقة - أفهم بأنه عند توقيعي نموذج الطلب هذا، فإني أوافق على أي تحقيق يقوم به مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة 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 سناب. كما سأقدم بمزيد من المعلومات إذا طلب مني ذلك، وسأتعاون أيضاً مع موظفي الولاية والحكومة الفيدرالية في مراجعات التحكم بالجودة فيما يتعلق بمخصصات سناب. إذا ما تم طلب معلومات إضافية، سأقوم بتقديمها. كما أنني سأتعاون مع الولاية والعاملين الفدراليين في مراجعة مراقبة الجودة الخاص بمخصصات سناب.

وأفهم أنه بالتوقيع على هذا الطلب/الشهادة فإنني أوافق على أي تحقيق أو تحقق للتأكد من المعلومات التي قدمتها وأي تحقيقات أخرى من قبل أي جهة حكومية مخولة فيما يتعلق بهذا الطلب والطلبات اللاحقة عليه للحصول على مخصصات برنامج المعونة في دفع نفقات الطاقة المنزلية (هيب) للموسم الحالي. كما أنني أوافق على السماح باستخدام المعلومات المتضمنة في هذا الطلب في الإحالات لبرامج معونات تهيئة الطقس وبرامج الدخل المنخفض لشركة المرافق الخاصة بي. وأفهم أن الولاية سوف تستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي للتحقق من استلام مزودي خدمات الطاقة المنزلية لمخصصات هيب الخاصة بي. كما يتضمن هذا التحويل تصريحاً من مزودي الطاقة المنزلية (بما فيها المرافق الخاصة بي) لإطلاق بعض المعلومات الإحصائية، بما في ذلك - على سبيل المثال لا الحصر - معدل استهلاكك السنوي للكهرباء، وتكلفة الكهرباء، وللوود، ونوع الوود، وتكلفة الوود السنوية، وتاريخ السداد لمكتب المعونة المؤقتة ومعونة العجز، ودائرة الخدمات الاجتماعية المحلية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية لأغراض قياس أداء برنامج معونة الطاقة المنزلي لذوي الدخل المنخفض.

الموافقة على التصريح بالمعلومات السرية الخاصة بضممان البطالة (UI) - أنا أصرح لوزارة العمل بولاية نيويورك (DOL) بالتصريح بأي معلومات سرية تحتفظ بها DOL لأغراض تتعلق بضممان البطالة (UI)، لمكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA). وتتضمن هذه المعلومات المطالبات بمخصصات UI وسجلات المرتبات. أنا أدرك أن OTDA بالتعاون مع الولاية والموظفين العاملين في الوكالة المحلية الذين يعملون في مكاتب القطاعات الخاصة بالخدمات الاجتماعية، سيستخدمون معلومات UI للتأكد من الأهلية والتحقق من صحتها ومن مبلغ مخصصات TA أو MA أو FS التي تتم المطالبة بها في هذا الطلب ولإجراء تحقيقات لتحديد ما إذا كنت قد تلقيت مخصصات لا يحق لي استلامها.

اقرأ المعلومات الهامة أدناه (تابع)

الكشف عن المعلومات لمزودي الخدمات - أصرح لدائرة الخدمات الاجتماعية ولولاية نيويورك بمشاركة المعلومات بخصوص مخصصات برنامج سناب التي تلقيتها أنا أو أي فرد من أفراد أهل بيتي الذين يمكنني قانوناً التصريح نيابة عنهم، لأغراض التحقق من أهليتي للخدمات والمبالغ المتعلقة بإدارة البرنامج التي يوفرها متعاقد مع الولاية أو الحكومة المحلية. وقد تشمل هذه الخدمات دون تحديد خدمات التوظيف أو التدريب التي تم توفيرها لمساعدتي أو أهل بيتي في الحصول على وظائف والحفاظ عليها.

معلومات بشأن البديل القياسي للمنافع العامة (SUA) - أفهم بأن متلقي مخصصات سناب مصنفيين تصنيفاً من حيث الدخل يؤهلهم للحصول على برنامج المعونة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية (HEAP). إذا لم أتلّق مخصصات هيب بمبلغ يفوق 20 دولاراً في الشهر الحالي أو خلال فترة 12 شهراً السابقة، أو غير ذلك من مخصصات برامج معونة أخرى، يجب علي أن ادفع بشكل منفصل للتدفئة والتكثيف والمرافق بغرض تلقي البديل القياسي للمنافع العامة.

التغييرات - أوافق على إبلاغ الوكالة بسرعة بأي تغييرات في احتياجاتي أو دخلي أو ملكيتي أو ترتيبات إقامتي أو وضع البالغ القادر بدون معالين بما في ذلك إذا انخفضت ساعات عملي عن 80 ساعة في الشهر أو حالة الحمل أو العنوان حسب ما أعرف أو أعتقد وفقاً لمتطلبات الإبلاغ الخاصة بي.

مشتراطات 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 سناب. كما أفهم أيضاً بأنه يجب على أهل داري أن يبلغوا ويثبتوا كل من دفعات الإيجار أو قسط البيت ("مورتنجيج")، وضرائب الممتلك، والتأمين، والمصاريف الطبية، وإعالة ونفقة الطفل المدفوعة إلى فرد ليس من أفراد أهل الدار لكي يحصلوا على اقتطاع هذه المصاريف قبل تحديد مخصصات سناب. 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 سناب أو قد يزيد قدر مخصصاتي من سناب. وأفهم بأنه يمكنني التبليغ/التثبيت لهذه المصاريف في أي وقت كان في المستقبل. سيسري هذا الاقتطاع في عملية حساب مخصصات سناب في الشهور القادمة بموجب قواعد التغيير في التبليغ عن التغييرات والتغييرات في المعالجة.

بتقديمي لخدمات سناب فإني أدرك أن دائرة الخدمات الاجتماعية ستطلب وتستخدم معلومات متاحة من خلال نظام التحقق من الدخل والأهلية للتدقيق في طلبي، وقد تتحقق من هذه المعلومات من خلال اتصالات جانبية إذا ظهرت اختلافات كذلك أدرك أن هذه المعلومات ستؤثر على أهليتي لبرنامج سناب و/أو مقدار مخصصات سناب الذي أتلّقه.

بيان بقانون الخصوصية - تحصيل واستخدام رقم الضمان الاجتماعي (SSN) - تحصيل رقم الضمان الاجتماعي من كل فرد من أفراد أهل الدار بشأن مخصصات سناب بموجب قانون الطعام والتغذية لعام 2008. 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 ستستخدم هذه المعلومات في مراقبة الامتثال مع أنظمة البرنامج ولأغراض إدارة وتنظيم البرنامج. يمكن الإفصاح عن هذه المعلومات إلى وكالات الولاية والوكالات الفيدرالية لأغراض التدقيق الرسمي وإلى الجهات الأمنية لأغراض إلقاء القبض على الأشخاص الهاربين من القانون. ستستخدم هذه المعلومات للتحقق من الهوية الشخصية، وتثبيت قدر الدخل المكتسب وغير المكتسب. إذا نشأت مطالبة من قبل سناب ضد أهل بيتك، قد يتم إعطاء معلوماتك الموجودة على هذا الطلب، بما في ذلك كل أرقام الضمان الاجتماعي، إلى وكالات الولاية أو الحكومة الفدرالية، وكذلك إلى شركات تحصيل المطالبات الخاصة لاتخاذ إجراءات التحصيل. يجب على كل متقدم لسناب أن يوفر رقم ضمان اجتماعي. ستستخدم وتشارك أرقام الضمان الاجتماعي للأفراد غير المؤهلين كذلك. إذا لم تكن تملك أنت أو أي متقدم/مطالب رقم ضمان اجتماعي (SSN)، يجب طلب الحصول على رقم ضمان اجتماعي (SSN) من وكالة الضمان الاجتماعي (SSA.gov).

إضافة إلى استخدام المعلومات التي تعطينا إياها بهذه الطريقة، تستخدم الولاية هذه المعلومات أيضاً لإعداد إحصائيات حول كل الأشخاص المتلقين للمخصصات من برنامج المعونة المنزلية للطاقة. تستخدم المعلومات لمراقبة الجودة من قبل الولاية لضمان أن الدوائر المحلية تقوم بأفضل عمل ممكن. وتستخدم للتحقق من هوية مزودك بالطاقة وللتأكد من تسديد دفعات معينة لذلك المزود.

الشهادة بشأن الجنسية أو وضع الهجرة - أقسم 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 المقدمين للحصول على مخصصات سناب قد يتحقق من صحتها من قبل مصلحة شؤون الهجرة والجنسية الأمريكية.

برنامج مخصصات سناب، يجب التحقق من الجنسية فقط في حالة وجود شك حولها.

اقرأ المعلومات الهامة أدناه (تابع)

الممثل المفوض - يمكنك أن تفوض أحداً يعرف ظروف أهل دارك ليقوم بتقديم طلب الحصول على مخصصات سناب نيابة عنك. ويمكنك أيضاً أن تفوض أحداً من خارج أهل دارك ليتسلم مخصصات سناب نيابة عنك، وليستخدمها لشراء الطعام لك. إذا أردت تفويض أحد، فيجب أن تقوم بهذا الأمر كتابةً. ويمكنك القيام بهذا الأمر عن طريق كتابة اسم الشخص وعنوانه ورقم الهاتف الخاص به بخط واضح أدناه. عندما يقدم الممثل المفوض طلباً لمخصصات سناب بالنيابة عن أهل دار لا يقيمون في مؤسسة، فعلى الاثنين، فرد بالغ من أفراد العائلة التي تطلب الحصول على مخصصات سناب والممثل توقيع الطلب وتاريخه في القسم المخصص لذلك أسفل هذه الصفحة، إلا إذا كان الممثل المخول قد تم تخويله بالتوقيع من قبل أهل الدار كتابياً.

10

إذا كنت ترغب في تفويض أحد الأشخاص، قم بكتابة اسمه وعنوانه ورقم الهاتف الخاص به بخط واضح، والتوقيع أدناه.

الاسم _____ العنوان _____ الهاتف _____

شهادة: أشهد و / أو أؤكد تحت طائلة عقوبة شهادة الزور بأن المعلومات التي قدمتها أو سأقدمها إلى مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي هي معلومات صحيحة. يتعين عليك التوقيع أدناه لاستكمال عملية التقدم بالطلب.

توقيع مقدم الطلب	تاريخ التوقيع
X	11
توقيع الممثل المفوض	تاريخ التوقيع
X	

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

الاسم _____ العنوان _____ الهاتف _____

استخدم هذا الفراغ لكتابة المعلومات الإضافية:

من: _____ الشرح: _____

من: _____ الشرح: _____

من: _____ الشرح: _____

12

I understand that I may reapply at any time. أوافق على سحب طلبي / طلب إعادة التأهل. I CONSENT TO WITHDRAW MY APPLICATION/RECERTIFICATION.

SIGNATURE التوقيع

DATE التاريخ

13

للاستخدام الرسمي فقط

For Agency Use Only

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 _____

IN-PERSON INTERVIEW TELEPHONE INTERVIEW

Comments: