

## نموذج التحقق من الدخل

الاسم الأخير لمتلقي مخصصات SSP	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الوسط	الرقم التعريفي للشخص:
اسم الممثل المخول (إذا انطبق):			

من الذي يعيى هذا النموذج؟

متلقي SSP الممثل المخول غير 

ذلك

أجب على كل الأسئلة المتبقية حسب انطباقها على متلقي مخصصات SSP. أرفق ورقة منفصلة إذا احتجت مساحة أكبر

## القسم 1: الدخل المكتسب

هل يعمل اي فرد من افراد اسرتك (أنت، زوجك و/أو أطفالك) حالياً أو في المواسم؟

 نعم، يجب عليك تعبئة هذا الجزء.  لا، اذهب إلى القسم 2.

اشمل دخل أهلك إذا كنت تحت سن 18 أو إذا كنت أصغر من 22 وغير متزوج وطالب بدوام كامل.

اسم الشخص الذي يعمل: \_\_\_\_\_

رب العمل رقم 1: الاسم \_\_\_\_\_

نوع العمل (ضع علامة على كل ما ينطبق):  بدوام كامل  بنصف دوام  عمل حر  عمل مياوم الدخل السنوي من عمل موسمي \_\_\_\_\_ دولار  الدخل السنوي من عمل داخل مبنى

دولار \_\_\_\_\_

عدد ساعات العمل بالاسبوع \_\_\_\_\_

دولار \_\_\_\_\_

تاريخ بدء العمل \_\_\_\_\_ تاريخ انتهاء العمل \_\_\_\_\_ (إذا كنت لا تزال تعمل أدخل "لا ينطبق").

اسم الشخص الذي يعمل: \_\_\_\_\_

رب العمل رقم 2: الاسم \_\_\_\_\_

نوع العمل (ضع علامة على كل ما ينطبق):  بدوام كامل  بنصف دوام  عمل حر  عمل مياوم الدخل السنوي من عمل موسمي \_\_\_\_\_ دولار  الدخل السنوي من عمل داخل مبنى

دولار \_\_\_\_\_

عدد ساعات العمل بالاسبوع \_\_\_\_\_

دولار \_\_\_\_\_

تاريخ بدء العمل \_\_\_\_\_ تاريخ انتهاء العمل \_\_\_\_\_ (إذا كنت لا تزال تعمل أدخل "لا ينطبق").

إذا كان هناك أرباب عمل آخرون يرجى إرفاق أوراق إضافية.

إذا كنت كفيفاً أو معاقاً و عليك مصروفات تدفعها لتستطيع العمل يرجى إدراج النوع والمبلغ الشهري:

**القسم 2: الدخل غير المكتسب**

هل لدى أي فرد من أفراد أسرته (أنت، زوجك و/أو أطفالك) أي دخل آخر بما في ذلك الدخل من الإيجار؟  
 نعم، أكمل هذا الجزء.  لا، اذهب إلى القسم 3.

اشمل دخل أهلك إذا كنت تحت سن 18 أو إذا كنت أصغر من 22 وغير متزوج وطالب بدوام كامل.

**أنواع الدخل غير المكتسب - على سبيل المثال وليس الحصر:**

* ما تتلقاه من إعالة طفل أو نفقة	* دخل الضمان المُكْمَل (SSI) الضمان الاجتماعي للعجز أو التقاعد (شهرياً المبلغ الذي تتلقاه غداً على قسط مديكير)
* مخصصات تأمين البطالة	* مخصصات الضمان الاجتماعي للأرمل
* تعويض العامل	* مخصصات العجز من الولاية
* الفوائد أو أرباح الأسهم أو دخل الودائع	* مخصصات قدامى المحاربين
* دفعات ملكية أو استخدام (مناجم أو رعي إلخ)	* مخصصات القوات المسلحة
* المعونة المؤقتة	* المعاش أو التقاعد أو الدخل من برنامج K401
* التقاعد من السكة الحديد أو العجز	* دخل الإيجارات
* غير ذلك (يرجى التحديد)	* دخل العمل الحر

من يتلقى هذا الدخل؟	العلاقة	نوع الدخل (من القائمة أعلاه)	مصدر: الدخل	تاريخ استلام الدخل (شهر/يوم/سنة)	المبلغ الشهري المتلقى

**القسم 3: دخل عيني**

1. هل يعطيك أنت أو زوجك احد ليس مدرجاً في القسم 4 أي أموال أو طعام أو سكن مجاني أو مساعدة في دفع الفواتير؟  
 نعم، أكمل هذا الجزء.  لا، اذهب إلى القسم 4.

نوع المساعدة	كم مرة تتلقى هذه المساعدة	مبلغ المساعدة

2. ما هو معدل المبلغ الشهري لهذه التكاليف المنزلية: الرهن/الإيجار، تأمين العقار، ضرائب العقار، وقود التدفئة، الكهرباء، الغاز، الماء، المجاري، والنفايات؟

\_\_\_\_\_ دولار

3. ما هو معدل مساهمتك الشهرية النقدية في تكاليف المنزل؟

\_\_\_\_\_ دولار

## القسم 4: معلومات الأسرة

يرجى إدراج أسماء أفراد الأسرة المقيمين معك (بما فيهم زوجك، والديك، أطفالك وكفيلك، إذا انطبق ذلك).

هل هذا الشخص طالب كلية؟	هل هذا الشخص في المدرسة، من التمهيدي إلى الثانوية؟	رقم التأمين الاجتماعي	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	ما هي قرابة هذا الشخص لك؟	الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الوسط
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>				
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>				
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>				
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>				
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>				
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>				
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>				
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>				

## القسم 5: الاعتماد

أقر بأن المعلومات التي وفرتها أنا دقيقة وصحيحة.

التاريخ	توقيع مقدم الطلب أو المتلقي أو الممثل المخول
التاريخ	توقيع الزوج

\*يجب ان يكون الممثل المخول في ملفك الخاص ببرنامج SSP بالولاية ليتمكن من التوقيع عن المتلقي.

إذا لم تعد النموذج مكتملاً خلال ثلاثين يوماً من تاريخ هذه الرسالة فقد تتأثر مخصصات SSP.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في إكمال النموذج أو كان لديك استفسارات يرجى الاتصال بنا على الرقم 1-(855)-488-0541.

يرجى إعادة المعلومات المطلوبة:

من خلال البريد إلى مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA)  
 برنامج الولاية التكميلي (SSP)  
 PO Box 1740  
 Albany, New York 12201

من خلال البريد الإلكتروني إلى: [otda.sm.ssp@otda.ny.gov](mailto:otda.sm.ssp@otda.ny.gov)

أو من خلال الفاكس على 518-486-3459