



## إرشادات استكمال طلب ولاية نيويورك لـ:

- المعونة العامة
- رعاية الأطفال بدلاً من المعونة العامة
- برنامج المعونة الغذائية التكميلية
- برنامج MEDICAID والمعونة الغذائية التكميلية
- خدمات MEDICAID والمعونة العامة
- بما في ذلك الرعاية البديلة
- المعونة في رعاية الأطفال
- المعونة الطارئة فقط

إذا كنت كفيفًا أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة وتحتاج إلى طلب أو هذه التعليمات بتنسيق بديل، فيمكنك طلبها من منطقة الخدمات الاجتماعية ("المنطقة"). التنسيقات البديلة التالية متوفرة:

- الطباعة بخط كبير
- تنسيق بيانات (ملف إلكتروني يمكن للقارئ الوصول إليه على الشاشة)
- تنسيق صوتي (إلقاء صوتي للإرشادات أو أسئلة الطلب)
- طريقة برايل، إذا أكدت أن أيًا من التنسيقات البديلة المذكورة أعلاه لن يكون فعالًا بنفس القدر بالنسبة لك

تتوفر أيضًا إمكانية تنزيل طلبات وإرشادات بخط كبير وتنسيق بيانات وتنسيق صوتي من الموقع [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) أو [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov). يرجى ملاحظة أن الطلبات متوفرة في تنسيق صوتي وبلغة برايل للأغراض الإعلامية فقط. من أجل التقديم، يجب عليك تقديم طلب بتنسيق مكتوب وغير بديل.

إذا كنت تعاني من إعاقة تمنعك من إكمال هذا الطلب و/أو الانتظار لإجراء مقابلة معك، فيرجى إخطار منطقتك. سوف تبذل المنطقة كل جهد ممكن لتوفير وسائل راحة معقولة لتلبية احتياجاتك.

إذا كنت بحاجة إلى تسهيلات أخرى أو كنت بحاجة إلى مساعدة أخرى لإكمال هذا الطلب، فيرجى الاتصال بمنطقتك. إننا ملتزمون بمساعدتك ودعمك بطريقة مهنية ومحترمة.

## نصائح لاستكمال الطلب

عندما ترى "المعونة العامة" أو "PA" في الطلب، فهذا يعني "مساعدة الأسرة" و/أو "مساعدة شبكة الأمان". نسمي كلا البرنامجين "المعونة العامة". تم إنشاء "المعونة العامة" والبرامج الأخرى التي يمكنك طلبها باستخدام هذا الطلب لتوفير معونة مؤقتة للمحتاجين. علمًا بأن هناك ثمة برامج تقصر توفير المعونة على مدة محدودة، لذا من المهم لك تحقيق الاكتفاء الذاتي بأسرع وقت ممكن. المنطقة موجودة لمساعدتك في تحقيق الاكتفاء الذاتي. من أجل القيام بذلك، يجب أن نعرف من أنت وماذا تحتاج. هذا هو السبب في أنه يجب عليك ملء طلب.

كجزء من عملية التقديم ستطلب منك المنطقة تقديم معلومات عنك وعن الأفراد الآخرين الذين تقدم لهم الطلب. تعرض قائمة متطلبات الوثائق، التي يمكن العثور عليها في نهاية هذه الإرشادات، تبين أنواع المعلومات التي قد يلزم توفيرها وأنواع الوثائق التي تؤكد هذه المعلومات. على سبيل المثال، لإثبات هويتك، يمكنك تقديم بطاقة هوية تحمل صورة شخصية أو رخصة قيادة أو جواز سفر أمريكي أو شهادة تجنس أو سجلات مستشفى أو طبيب أو أوراق تبني. بالإضافة إلى ذلك، ستقوم المنطقة بإجراء مقابلة معك كجزء من عملية التقديم. ستجمع المنطقة بين المقابلات لبرامج متعددة حيثما أمكن ذلك.

يتم تقسيم الطلب وهذه الإرشادات إلى أقسام مرقمة لمساعدتك. يرجى مراعاة ما يلي عند ملء الطلب:

- يرجى الكتابة بخط واضح.
- لا تكتب في المناطق المظلمة.
- التأكد من استكمال كل قسم مرتبط بالشخص (الأشخاص) الذي تقدم له الطلب.
- استخدم دومًا الأسماء القانونية، ما لم ترد إرشادات بخلاف ذلك.
- إذا كنت تقدم طلبًا بصفتك ممثل عن شخص ما، يرجى تقديم معلومات عن ذلك الشخص وليس عن نفسك. تأكد من قيامك أنت والشخص الذي تقدم له الطلب بالتوقيع على الصفحة الأخيرة من الطلب.
- وإذا كنت غير واثق من كيفية استكمال أي جزء هذا الطلب، فاطلب المعونة من منطقتك.

بالإضافة إلى مستند LDSS-2921: "طلب ولاية نيويورك للحصول على مخصصات وخدمات معينة"، احرص على الحصول على نسخ من الكتيبات المعلوماتية التالية التي توفرها منطقتك أو [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov):

- LDSS-4148A: "الكتيب الأول (1): الأمور التي تلزم معرفتها بشأن حقوقك ومسؤولياتك"
- LDSS-4148B: "الكتيب الثاني (2): الأمور التي تلزم معرفتها بشأن برامج الخدمات الاجتماعية"
- ملحق بالكتيب الأول (1)، LDSS-4148A والكتيب الثاني (2)، LDSS-4148B: "تغييرات هامة في برنامج Medicaid"
- LDSS-4148C: "الكتيب الثالث (3): الأمور التي تلزم معرفتها في حالة التعرض لحالات الطوارئ"

## صفحة الغلاف للطلب

إذا كنت كفيفاً أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، يمكنك اختيار تلقي الإشعارات المتعلقة بالبرنامج/البرامج التي تشترك فيها/تنضم إليها بتنسيق بديل. تتوفر التنسيقات البديلة في شكل نسخة بخط كبير أو قرص بيانات مضغوط أو قرص صوتي مضغوط أو بطريقة برايل، في حالة تأكيد عدم ملاءمة التنسيقات البديلة الأخرى لك.

إذا كنت كفيفاً أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، فهل ترغب في تلقي إشعارات مكتوبة بتنسيق بديل؟ إذا كنت كفيفاً أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت تفضل تلقي الإشعارات الخطية المتعلقة بالبرنامج/البرامج التي تشترك فيها/تنضم إليها بتنسيق بديل.

إذا كانت الإجابة بنعم، فتحقق من نوع التنسيق الذي تريده: إذا كنت كفيفاً أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، وتفضل استلام الإشعارات المتعلقة بالبرنامج/البرامج التي تشترك فيها/تنضم إليها بتنسيق بديل، ضع علامة (✓) أمام نوع التنسيق المفضل لديك: نسخة بخط كبير أو قرص بيانات مضغوط أو قرص صوتي مضغوط أو بطريقة برايل. تتوفر طريقة برايل كنتنسيق بديل في حالة تأكيدك عدم ملاءمة التنسيقات البديلة الأخرى لك بنفس قدر ملاءمة طريقة برايل لك.

إذا كنت بحاجة إلى تسهيلات أخرى أو كنت بحاجة إلى مساعدة أخرى لإكمال هذا الطلب، فيرجى الاتصال بمنطقتك.

## الصفحة رقم 1 من الطلب

**القسم 1: تحقق أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة من كل برنامج تتقدم بطلب للحصول عليه**

ضع علامة (✓) أمام كل برنامج تريد أنت أو أي عضو في أسرتك التقدم بطلبه.

يضم برنامج Medicaid برنامج Medicaid Buy-In للعاملين المعاقين وبرنامج مزايا تنظيم الأسرة. عندما ترى "MA" في الطلب، فهذا يعني برنامج Medicaid، والذي كان يسمى سابقاً "المعونة الطبية". يمكنك التقدم بطلب للحصول على برنامج MA باستخدام هذا الطلب فقط إذا كنت تتقدم أيضاً بطلب للحصول على المعونة العامة (PA) أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) في نفس الوقت. إذا كنت تريد التقدم بطلب برنامج Medicaid وبرنامج "المعونة الغذائية التكميلية"، فضع علامة (✓) أمام خانة برنامج "MA Medicaid" وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP). إذا كنت ترغب بالتقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid وبرنامج المعونة العامة "PA"، فضع علامة (✓) أمام خانة برنامج "MA Medicaid" وبرنامج المعونة العامة (PA).

إذا كنت ترغب في التقدم بطلب للحصول على MA فقط، فيمكنك الاتصال بالإنترنت على <https://nystateofhealth.ny.gov> /و/ أو الاتصال بالرقم 1-855-355-5777 لمزيد من المعلومات أو للتقديم، أو يمكنك استخدام طلب MA الورقي فقط - نموذج DOH-4220، والذي يمكن أن يقدمه لك العامل الخاص بك، أو الاتصال بخط مساعدة MA على الرقم 1-800-541-2831. إذا كنت ترغب في التقدم بطلب للحصول على برنامج ميديكير (Medicare Savings Program, MSP) فقط، فيجب عليك التقدم بطلب باستخدام نموذج DOH-4328، والذي يوفره لك الموظف. إذا كنت بحاجة سريعة إلى خدمات الرعاية الشخصية، يجب التقدم بطلب برنامج MA بصورة منفصلة باستخدام نموذج طلب برنامج MA DOH-4220.

إذا كنت مؤهلاً للحصول على المعونة العامة ولكنك قررت أنك بحاجة إلى معونة رعاية الأطفال فقط، فضع علامة (✓) أمام خانة "رعاية الأطفال بدلاً من المعونة العامة (PA)". إذا غيرت رأيك وقررت أنك بحاجة إلى المعونة العامة، يمكنك التقدم بطلب في أي وقت.

إذا وضعت علامة (✓) أمام خانة "المعونة في الطوارئ فقط (EMRG)"، فأنت تشير إلى أنك تتقدم بطلب الحصول على دفعة للطوارئ لمرة واحدة فقط ولن تتم دراسة أهليتك للبرامج الأخرى.

## القسم 2

ما هي لغتك الأم في القراءة؟ ضع علامة (✓) أمام خانة اللغة "الإنجليزية" أو "الإسبانية" أو "أخرى" للإشارة إلى اللغة شائعة الاستخدام لديك. في حالة وضع علامة (✓) أمام خانة "أخرى"، اكتب لغتك المفضلة.

هل تريد تلقي إشعارات باللغة: ستلقى إشعارات بخصوص البرامج التي تقدمت بطلبها/الانضمام إليها. ضع علامة (✓) أمام خانة "الإنجليزية فقط" أو "الإنجليزية والإسبانية" للإشارة إلى اللغة (اللغات) التي تفضل استلام هذه الإشعارات بها.

## القسم 3: معلومات مقدم الطلب

الاسم: اطلب اسمك، بما في ذلك اسمك الأول والحرف الأول من اسمك الأوسط (M.I.) واسم العائلة.

الحالة الاجتماعية: اكتب حالتك الحالية ما إذا كنت الآن أعزب أو متزوج أو أرمل أو منفصل قانونياً أو مطلقاً. إذا سبق لك الزواج، اكتب حالتك الصحيحة ولا تكتب "أعزب".

رقم الهاتف: اكتب رقم هاتفك، إذا كان لديك واحد.

رقم الهاتف المحمول؟: ضع علامة (✓) "نعم" أو "لا" ما إذا كان هذا رقم هاتف محمول.

**عنوان السكن:** اكتب رقم المنزل أو العقار والشارع والطريق والمنطقة التي تعيش فيها وما إلى ذلك.  
**رقم الشقة:** اكتب رقم شقتك، إن أمكن.  
**المدينة:** اكتب اسم المدينة التي تعيش فيها.  
**المقاطعة:** اكتب اسم المقاطعة التي تعيش فيها.  
**الولاية:** اكتب اسم الولاية التي تعيش فيها.  
**الرمز البريدي:** اكتب الرمز البريدي لعنوانك.

رعاية الاسم: إذا تلقى شخص آخر بريدك نيابة عنك، فاكتب اسم هذا الشخص.

**العنوان البريدي:** إذا تلقيت بريدك في مكان آخر غير المكان الذي تعيش فيه، فاكتب عنوان الشارع (ورقم الشقة، إن أمكن) أو صندوق البريد والمدينة والمقاطعة والولاية والرمز البريدي لهذا الموقع.

منذ متى وأنت تعيش في عنوانك الحالي؟: اكتب عدد السنوات و/أو الأشهر التي عشتها في عنوانك الحالي.

هل هذا مأوى؟: ضع علامة (✓) "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان المكان الذي تعيش فيه هو مأوى.

هاتف آخر يمكن من خلاله الوصول إليك: اكتب رقم هاتف آخر حيث يمكن من خلاله الوصول إليك، إذا كان لديك واحد.

**عنوان البريد الإلكتروني (اختياري):** اكتب عنوان بريدك الإلكتروني لمنح المنطقة الإذن بالاتصال بك عبر البريد الإلكتروني. **تقديم عنوان بريد إلكتروني غير مطلوب للتقديم.**

**إرشادات للعنوان الحالي:** اكتب الإرشادات حول كيفية العثور على منزلك. استخدم المعالم المعروفة.

**العنوان السابق:** اكتب العنوان الذي كنت تعيش فيه قبل الانتقال إلى عنوانك الحالي.

إذا كنت حاليًا بلا منزل، فحدد هنا: إذا لم يتوفر لديك مكان تسكن فيه/ليس لديك عنوان، فضع علامة (✓) أمام هذه الخانة.

وكالة مساعدة مقدم الطلب/الشخص الذي يمكن الاتصال به: إذا كان شخص ما يساعدك في التقديم، فقم بطباعة اسم هذا الشخص ووكالته، إن وجدت، ورقم هاتف الشخص.

هل تحتاج إلى الحفاظ على سرية جزء **MEDICAID** من هذا الطلب والاستلام المحتمل لأي تغطية من **MEDICAID**؟: ضع علامة (✓) "نعم" أو "لا" للإشارة إلى الطلب وإعلام الموظف بما إذا كنت تريد المحافظة على سرية طلبك و/أو المراسلات المتعلقة باستلام أي تغطية من برنامج Medicaid.

#### القسم 4: إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)

اقرأ البيان الوارد في القسم 4 من الطلب، وقم بالتوقيع وكتابة التاريخ أسفل البيان إذا كان ينطبق عليك أو على أي شخص تتقدم بطلب للحصول عليه. يرجى الاتصال بالمنطقة إذا كانت لديك أسئلة حول هذا القسم.

#### القسم 5: هل ينطبق عليك أي من هذه البرامج؟

ضع علامة (✓) أمام كل حالة تنطبق عليك أو على الشخص الذي تقدم له الطلب

## الصفحة رقم 2 من الطلب

#### القسم 6: معلومات الأسرة

**الاسم:** اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط (M.I.) واسم العائلة لكل من يعيش معك، حتى لو لم يتقدم بطلب. ابدأ بنفسك أو لآ.

يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على: ضع علامة (✓) أمام نوع (أنواع) المعونة لكل شخص سيقدم طلبًا من أجلها: PA المعونة العامة أو SNAP لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية أو MA لبرنامج Medicaid أو CC للمعونة في رعاية الأطفال أو FC للرعاية الأبوية المؤقتة أو S للخدمات (مثل خدمات وقاية/حماية الأطفال أو البالغين) أو EMRG للمعونة في الطوارئ فقط.

**تاريخ الميلاد:** اكتب تاريخ الميلاد لكل شخص سيقدم طلبًا.

**الجنس والهوية الجندرية:** تضمن ولاية نيويورك حقك في الوصول إلى إعانات و/أو خدمات الولاية بصرف النظر عن الجنس أو الهوية الجنسية أو التعبير الجنساني. يجب عليك الإبلاغ عن جنسك وجميع أفراد الأسرة كذكر أو أنثى، أو "X". يرجى الإشارة إلى "M" للذكور، أو "F" للإناث، أو "X" لغير الثنائيين أو هوية أخرى. الجنس المبلغ عنه مطلوب لمعالجة طلبك. ولن يظهر على أي بطاقة منافع قد تحصل عليها أو أي مستندات عامة أخرى.

الهوية الجنسية هي كيف تنظر إلى ذاتك ونوع الجنس الذي تصنف به نفسك. يمكن أن تكون هويتك الجندرية ماثلة أو مختلفة عن نوعك الذي تم تحديده عند الولادة. الهوية الجنسية غير مطلوبة لهذا الطلب. إذا كانت هويتك الجندرية أو الهوية الجندرية لأي من أفراد أشرتك المعيشية مختلفة عن النوع الذي أبلغت عنه لذلك الشخص وكنت ترغب في توفير الهوية الجندرية، اكتب بخط واضح "ذكر" أو "أنثى" أو "غير ثنائي" أو "X" أو "متحول جنسيًا" أو "هوية مختلفة" في المكان المخصص لذلك. إذا كتبت "هوية مختلفة"، فيجوز لك اختيار وصف الهوية الجنسية لذلك الشخص أكثر في المساحة المتوفرة. تقديم هذه معلومات هو أمر تطوعي. لن يؤثر ذلك على أهلية الشخص (الأشخاص) المتقدم أو مستوى المزايا المستلمة.

**صلته بك:** لكل شخص، اكتب علاقته بك (مثلاً: زوج، ابن، ابن بالتبني، صديق، زميل بالغرفة، جار، وما إلى ذلك).

**رقم الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة المتقدمين بطلب:** اكتب رقم الضمان الاجتماعي كل شخص سيقدم طلباً ما لم يكن ذلك الشخص:

- سيدة حامل تقدم طلباً لبرنامج Medicaid فقط؛
- شخص غير مواطن سيقدم طلباً لبرنامج Medicaid فقط أو للحصول على مزايا نتيجة لحالة طبية طارئة؛
- شخص بالغ سيقدم طلباً للحصول على خدمات طبية للبالغين فقط؛ أو
- التقدم بطلب للحصول على معونة في رعاية الأطفال فقط. إذا كان هناك شخص سيقدم طلباً للحصول على "معونة في رعاية الأطفال" وخدمات وقائية/أو بدلاً من "المعونة العامة"، فاطلب رقم الضمان الاجتماعي لهذا الشخص.

يتم تمويل الخدمات الأخرى، مثل الرعاية الأبوية المؤقتة وخدمات حماية الطفل والخدمات الوقائية للطفل وتقديم المشورة، من قبل مجموعة متنوعة من المصادر تطلب العديد منها تقديم رقم الضمان الاجتماعي. وعلى الرغم من أن مقدمي طلبات بعض الخدمات لا يشترط عليهم إدخال رقم الضمان الاجتماعي، قد لا تتوفر هذه الخدمات إذا لم تقدم رقم الضمان الاجتماعي. لذلك، نطلب رقم ضمان اجتماعي لجميع المتقدمين للحصول على هذه الخدمات، من أجل مساعدتهم في الحصول على جميع المزايا التي قد يكونون مؤهلين لها.

**أعلى صف أكملته في المدرسة:** أدخل أعلى مؤهل دراسي (من 1 إلى 12) تم الحصول عليه لكل شخص سيقدم طلباً. إذا كان أكثر من 12 عاماً، فأدخل 13. إذا لم يكن هناك تعليم رسمي، فأدخل 0. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على الخدمات فقط، فلا يتعين عليك الإجابة على هذا السؤال.

**هل يشتري هذا الشخص (بما في ذلك الأطفال القاصرون) الطعام أو يُحضّر وجبات الطعام معك؟** من المهم وضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لهذا السؤال لكل شخص يعيش معك سواءً أكانوا سيقدمون طلباً أم لا. في بعض الأحيان، قد يحصل الأشخاص الذين يشترون الطعام ويعدون وجبات الطعام بشكل منفصل على المزيد من مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP).

**يرجى إدراج الأسماء الأولى أو الأسماء الأخرى التي تعرفها أنت أو أي شخص في أسرتك:** اكتب أي أسماء قبل الزواج أو أسماء من زواج سابق أو أسماء أخرى يستخدمها أي شخص مدرج في هذا القسم. قم بتضمين الاسم الأول والحرف الأول الأوسط (M.I.) واسم العائلة.

## الصفحة رقم 3 من الطلب

### القسم 7: الجنس/العرق

تقديم هذه معلومات هو أمر تطوعي. لن يؤثر على أهلية الأشخاص المتقدمين أو مستوى الإعانة المستلمة. سبب طلب هذه المعلومات هو ضمان توزيع المزايا بغض النظر عن العرق أو اللون أو الأصل القومي. هذا القسم لكل شخص سيقدم طلباً. أدخل "Y" للدلالة على "نعم" لك شخص يتقدم بطلب في العمود المسمى "H" للإشارة إلى ما إذا كان الشخص ذو أصول إسبانية و/أو لاتينية. أدخل "Y" للدلالة على "نعم" في العمود/العمود الأعمدة لبيان خلفية الشخص العرقية:

- H = من أصل إسباني أو لاتيني
- I = أمريكي أصلي أو سكان ألاسكا الأصليين
- A = آسيوي
- B = أسود أو أمريكي من أصل أفريقي
- P = سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ
- W = أبيض
- U = غير معروف

## الصفحة رقم 4 من الطلب

### القسم 8: المواطنة/غير مواطن يتمتع بوضع هجرة مقبول

أكمل هذا القسم لكل شخص يتقدم بطلب للحصول على أي من البرامج التالية:

- المعونة في رعاية الأطفال؛
- الرعاية الأبوية المؤقتة؛ أو
- خدمات أخرى.

بالإضافة إلى ذلك، إذا تقدمت أنت أو أي شخص في أسرتك بطلب للحصول على برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، فيجب عليك إدراج كل فرد في الأسرة، حتى لو لم يتقدم بطلب للحصول على برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP). يجب عليك أيضًا إدراج أي أشقاء وأولياء أمور يعيشون مع أي أطفال يتقدمون بطلب للحصول على المعونة العامة (PA). إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على معونة رعاية الأطفال أو رعاية التبني فقط، أكمل هذا القسم فقط للأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية الأطفال أو رعاية أبوية مؤقتة في حالة عدم استكمالك هذا القسم للشخص الذي سيقدم طلبًا، قد لا يحصل هذا الشخص على المعونة.

الاسم: اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط (MI) واسم العائلة لكل شخص يتقدم بطلب أو يجب إدراجه.

حدد إما "مواطن/من سكان البلد" أو "غير مواطن" لكل شخص: بجوار اسم كل شخص، ضع علامة (✓) إما أمام خانة "مواطن/من سكان البلد" لبيان أن الشخص مواطن أمريكي أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد، أو خانة "غير مواطن" لبيان أن الشخص ليس مواطن أمريكي أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد.

رقم USCIS (رقم تسجيل الأجانب) أو رقم غير المواطنين: أدخل رقم الشخص الخاص بخدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية (USCIS) أو رقم غير المواطنين، إن وُجد.

### القسم 9: الإقرار

اقرأ بعناية البيانات الموجودة في الجزء السفلي من هذا القسم، ثم وقع واكتب التاريخ على الإقرار الذي يفيد مواطنة أو عدم مواطنة الشخص مع تمتعه بوضع هجرة مقبول وذلك لكل شخص سيقدم طلبًا لأي من البرامج التالية. (إذا تم تقديم طلب للمعونة في رعاية الأطفال أو الرعاية الأبوية المؤقتة فقط، فأكمل هذا القسم فقط للأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية الأطفال أو رعاية أبوية مؤقتة.) في حالة تقديم أي شخص طلبًا مع كونه ليس مواطنًا أمريكيًا أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد، فضع علامة (✓) أمام البرامج التي سيقدم لها هذا الشخص طلبًا من أجلها مع عدم كونه مواطنًا وتمتعه بوضع هجرة مقبول:

- المعونة العامة (PA)؛
- برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)؛
- برنامج Medicaid (MA)؛
- المعونة في رعاية الأطفال (CC)؛
- الرعاية الأبوية المؤقتة (FC)؛
- خدمات أخرى (S)؛ و/أو
- المعونة في الطوارئ فقط (EMRG).

"غير مواطن بوضع هجرة مقبول" تعني شخص غير مواطن يتمتع بوضع لا يحرم الشخص من أهليته في الحصول على مزايا برنامج معين. يرجى ملاحظة أن البرامج المختلفة لها متطلبات مختلفة لحالة غير المواطنين. LDSS-4148B: "الكتيب الثاني (2) ما يجب أن تعرفه عن برامج الخدمات الاجتماعية"، وملحق LDSS-4148B، "ما يجب أن تعرفه عن برامج الخدمات الاجتماعية (LDSS-4148B.1)"، يحتوي على مزيد من المعلومات حول الأوضاع المقبولة لغير المواطنين. يمكنك أيضًا الاتصال بمنطقتك للحصول على مزيد من المعلومات.

يجوز لأي فرد بالغ من أفراد الأسرة أو ممثل مفوض التوقيع على الشهادة لجميع أفراد الأسرة المتقدمين بطلب. على سبيل المثال، يجوز لولي أمر لا يتمتع بالمواطنة أو وضع مقبول لغير المواطنين التوقيع على الإقرار لابنه الذي يتمتع بالمواطنة أو وضع مقبول لغير المواطنين. إذا كان فرد من الأسرة سيقدم طلبًا وعمره دون 18 عامًا (أو في عمر 18 عامًا أو أكبر ولكنه غير قادر على توقيع اسمه بسبب إعاقة طبية)، يتعين على فرد بأسرته بلغ 18 عامًا أو أكثر التوقيع نيابة عنه. وعند التوقيع نيابة عن فرد آخر من أسرتك، قم بتوقيع اسمك أنت. على سبيل المثال، عندما توقع السيدة "ماري دوي" نيابة عن طفلها "جوني دو"، يجب أن توقع "ماري دو".

يعني تحديد خانة وتوقيع الإقرار أنك تقر وتشهد، مع معرفة أن ذلك يقع تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، أنك و/أو الشخص (الأشخاص) الذي توقع نيابة عنه مواطن أمريكي أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد أو غير مواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول لكل برنامج تقدم/يقدموا طلبًا من أجله في حالة عدم تحديد أحد الخانتين أو عدم إدخال رقم خدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) للشخص غير المواطن الذي سيقدم الطلب، قد لا يحصل ذلك الشخص على المعونة.

يحظر عليك التوقيع على الإقرار نيابة عن نفسك أو أي شخص آخر ليس مواطناً أمريكياً أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد أو ليس مواطناً وليس له وضع هجرة مقبول. علماً بأن الشخص غير المواطن الذي ليس له وضع هجرة مقبول غير مؤهل للحصول على مخصصات "المعونة العامة" أو "برنامج المعونة الغذائية التكميلية" أو برنامج Medicaid (باستثناء خدمات Medicaid أو علاج الحالات الطبية الطارئة). وقد يكون هذا الشخص أيضاً غير مؤهل لخدمات معينة.

قد نتأكد من حالة عدم المواطنة لأي فرد من أفراد الأسرة أو جميعهم الذين يتقدمون بطلبات للحصول على "المعونة العامة" أو مزايا "برنامج المعونة الغذائية التكميلية" أو برنامج Medicaid أو "الخدمات" عن طريق إرسال المعلومات التي قدمتها إلينا إلى خدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية. وقد تؤثر المعلومات التي نتلقاها من مصلحة خدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية على أهلية أسرته للحصول على المخصصات ومستوى المزايا.

## الصفحة رقم 5 من الطلب

### القسم 10: المعلومات المتعلقة بالإحالة إلى مركز إعالة الأطفال

لست بحاجة إلى ملء هذا القسم إذا كنت تقدم طلباً فقط لبرنامج Medicaid وأنت امرأة حامل، أو وضعت وضعت خلال 60 يوماً الماضية أو ستقدم طلباً لأطفال دون 21 عاماً فقط أو ستقدم طلب للحصول على المعونة في رعاية الأطفال فقط.

1. ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت تقدم طلباً لأي شخص، بما فيهم أنت، دون عمر 21 عاماً وتمت ولادته من أم وأب غير متزوجين ولم تثبت بعد أبوته الشرعية (أي الأبوة القانونية).

2. ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت تقدم طلباً لشخص، ولنفسك أيضاً، دون عمر 21 عاماً ويعيش أحد أبوية على الأقل خارج البلاد.

ذا وضعت علامة (✓) أمام "لا" لكل من هذين السؤالين، تجاوز سائر القسم وانتقل إلى القسم 11. لا يتعين عليك إكمال بقية القسم 10. أما إذا وضعت علامة (✓) أمام "نعم" لأي أو كلا السؤالين، يجب عليك استكمال باقي القسم 10.

3. ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت دون 21 عاماً.

اسم الفرد الذي يقل عمره عن 21 عاماً: اكتب الاسم الأول والأوسط والأخير لكل شخص حددت له "نعم" للأسئلة 1 و/أو 2 و/أو 3.

اسم الوالد غير الوصي أو الأب المفترض والعنوان وتاريخ الميلاد ورقم الضمان الاجتماعي: إذا كان معلوماً، فاكتب الاسم الأول والأوسط واسم العائلة، والعنوان وتاريخ الميلاد ورقم الضمان الاجتماعي لولي الأمر غير الوصي أو الأب المفترض لكل شخص حددت له (✓) "نعم" للسؤال 1، و2، و/أو 3. "الأب المفترض" هو الوالد الجيني/البيولوجي أو الوالد القانوني أو زوج الأم أو الوالد بالتبني لأي طفل حيث يتم الإبلاغ عن غياب هذا الوالد عن أسرة الطفل. وفيما يتعلق بالطفل المودع في دور الحضانة، يشمل الوالد غير الحاضن أو "الوالد الغائب" أيضاً الوالد الوراثي/البيولوجي، أو الوالد القانوني، أو زوج الأم، أو الوالد بالتبني لأي طفل حيث كان هذا الوالد موجوداً في أسرة الطفل عندما دخل الطفل الحضانة. "الوالد المفترض" هو الشخص لذي قد يكون الوالد الجيني/البيولوجي للطفل، ولكن لم يتم الإعلان قانوناً عن أنه الوالد. "الوالد المفترض" هو الشخص الذي ينوي أن يكون ملزماً قانوناً كوالد لطفل ناتج عن المساعدة على الإنجاب. قد يكون الوالد المفترض متزوجاً من الوالدة.

## الصفحة رقم 6 من الطلب

### القسم 11: إيداع الضرائب/حالة الإعالة

اكتب المعلومات التالية لكل فرد يعيش في المنزل:

الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط واسم العائلة: اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط واسم العائلة لكل فرد يعيش في المنزل.

الحالة الضريبية: ضع علامة (✓) أمام الحالة الضريبية المناسبة لكل فرد يعيش في المنزل.

يرجى ذكر أي معالين ضريبيين لا يعيشون معك وتطالب بهم أنت أو أي شخص في أسرتك. إذا كنت لا تسدد الضرائب، يمكنك تجاوز هذه الأسئلة.

اسم المعال الضريبي: اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط واسم العائلة لأي فرد لا يعيش معك، ولكن تدعي أنت أو أي شخص يعيش معك أنه معال ضريبي.

اسم الملف الضريبي: لكل معال ضريبي مدرج، اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط واسم العائلة للفرد الذي يعيش في الأسرة والذي يطالب بالمعال الضريبي.

### القسم 12: معلومات الزوج الغائب/المتوفى

اسم الشخص المتقدم: اكتب اسم أي شخص متزوج/كان متزوجاً سيقدم طلباً ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي عنه شريك الحياة.



**اسم الزوج(ة):** اكتب اسم شريك الحياة لأي شخص متزوج/كان متزوجًا سيقدم طلبًا ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي عنه شريك الحياة.

**تاريخ ميلاد الزوج(ة) وتاريخ وفاة الزوج(ة):** إن وجد: اكتب شهر ويوم وسنة الميلاد والوفاة (إن وجدت) لزوج(ة) أي شخص متزوج(ة)/متزوج(ة) سابقًا يتقدم بطلب ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي عنه شريك الحياة.

**رقم الضمان الاجتماعي للزوج(ة):** اكتب رقم الضمان الاجتماعي لزوج(ة) أي شخص متزوج(ة)/متزوج(ة) سابقًا يتقدم بطلب ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي عنه شريك الحياة.

**عنوان الزوج/الزوجة، إن وجد:** اكتب عنوان الشارع والمدينة والمقاطعة والولاية والرمز البريدي لزوج(ة) أي شخص متزوج(ة) يتقدم بطلب ولا يعيش معه شريك الحياة. إذا كان غير معروف، اكتب آخر عنوان معروف للزوج(ة).

### القسم 13: معلومات الطفل الغائب

**اسم الشخص المتقدم:** اكتب اسم أي شخص يتقدم بطلب ولديه طفل يقل عمره عن 21 عامًا ولا يعيش معه.

**اسم الطفل الغائب وتاريخ الميلاد:** اكتب اسم وشهر ويوم وسنة ميلاد أي طفل دون سن 21 عامًا لا يعيش مع شخص سيقدم طلبًا.

**عنوان الطفل:** اكتب عنوان الشارع والمدينة والمقاطعة والولاية والرمز البريدي لأي طفل حي يقل عمره عن 21 عامًا ولا يعيش مع شخص سيقدم طلبًا.

**هل ثبتت أبوته؟:** ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كانت ثبتت أبوة أي طفل دون 21 عامًا لا يعيش مع شخص سيقدم طلبًا.

**هل تدفع نفقة للأولاد؟:** ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان أي شخص سيقدم طلبًا يدفع نفقة لطفل دون 21 عامًا لا يعيش معه.

### القسم 14: معلومات الوالدين في سن المراهقة

أكمل هذا القسم فقط إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على المعونة العامة.

**هل أحد الوالدين دون 18 عامًا (أب/أم في سن المراهقة) في الأسرة؟:** ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان يوجد أي شخص سيقدم طلبًا يكون أبًا/أمًا دون 18 عامًا.

**الاسم:** اكتب اسم أي شخص سيقدم طلبًا يكون أبًا/أمًا دون 18 عامًا.

**هل يعيش طفل الأب المراهق/الأم المراهقة في المنزل؟:** ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان طفل الشخص الذي يجدد الشهادة ودون 18 عامًا يعيش معك.

**اسم طفل الأب المراهق/الأم المراهقة:** اكتب اسم طفل أي شخص سيقدم طلبًا دون 18 عامًا.

## الصفحتان رقم 7 و 8 من الطلب

### القسم 15: معلومات الدخل

**وضح ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يتلقى أموالاً من ومن:** ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للسطور من 1 حتى 27 للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يتلقى أموالاً من أي من أنواع الدخل المدرجة، ولكل إجابة بـ "نعم" اكتب اسم (أسماء) الشخص (الأشخاص) المتلقي للأموال.

**المبلغ/القيمة وعدد المرات:** لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب المبلغ أو القيمة بالدولار (\$) وعدد المرات التي يتلقى فيها كل شخص يحصل على هذا النوع من الدخل. على سبيل المثال، إذا كنت تتلقى 100 دولار في إعانات التأمين ضد البطالة كل أسبوع، فاكتب "\$100 per week" (100 دولار في الأسبوع) أو "\$100/wk" (100 دولار/أسبوع).

**مزايا دخل الضمان التكميلي (SSI) (الإجمالي الحكومي والفيديرالي):** إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يحصل على مزايا البرنامج التكميلي لولاية نيويورك (SSP) بالإضافة إلى مزايا دخل الضمان التكميلي (SSI)، فاجمع هذه المبالغ معاً وأدخلها في عمود "المبلغ/القيمة وعدد المرات" الخاص بمزايا دخل الضمان التكميلي (SSI) بالسطر 2. إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يحصل على مزايا البرنامج التكميلي لولاية نيويورك (SSP) فقط، فأدخل هذا المبلغ في عمود "المبلغ/القيمة وعدد المرات" الخاص بمزايا دخل الضمان التكميلي (SSI) بالسطر 2.

**مدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة (المستلمة):** إذا حصلت أنت أو أي شخص يعيش معك على مدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة، فأدخل هذا المبلغ في عمود المبلغ/القيمة ومرات التكرار لمدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة في السطر 17. إذا حصلت أنت أو أي شخص يعيش معك على مدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة لرعاية طفل في دور الحضانة وكنت تتقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، فاديك خياران: يمكنك اختيار تضمين الطفل في الرعاية البديلة ومدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة في الأسرة الخاصة بمزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) أو يمكنك اختيار عدم تضمين الطفل في الرعاية البديلة ومدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة في برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) الأسرة. اسأل

منطقتك عن الخيار الذي سيمحك المزيد من مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP).

**مدفوعات نفقة الطفل (المستلمة):** إذا كنت أو أي شخص يعيش معك يحصل على مدفوعات نفقة للأولاد، فاكتب اسم الشخص الذي يدفع نفقة الأولى بعد "استلام من" بالسطر 18.

**مصادر دخل أخرى:** أذكر أي أموال أخرى تتلقاها أنت أو أي شخص يعيش معك، بما في ذلك من يتلقى الأموال، ومقدار ما يتلقاها، وعدد المرات التي يتلقاها.

**التخفيضات والأشخاص والمبلغ/القيمة وعدد المرات:** ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للسطور من 1 حتى 15 للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيطلب بأي من التخفيضات الضريبية الفيدرالية المسردة على عائد ضريبة الدخل للعام الحالي. لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب اسم (أسماء) الشخص (الأشخاص) الذي سيطلب بالتخفيضات، والمبلغ أو القيمة وعدد مرات المصروفات التي ستتم المطالبة به على عائد ضريبة الدخل.

**تعديلات أخرى:** أذكر أي تخفيضات ضريبية فيدرالية أخرى سوف تطالب أنت أو أي فرد يعيش معك بها على عائد ضريبة الدخل للعام الحالي، بما في ذلك الشخص الذي سيطلب بالتخفيضات والمبلغ أو القيمة وعدد مرات المصروفات التي ستتم المطالبة به على عائد ضريبة الدخل.

### القسم 16: معلومت زوج الأم/زوجة الأب/كفيل شخص غير مواطن يتمتع بوضع هجرة مقبول

هل لدى زوج الأم/زوجة الأب لأي من الأطفال الذين يعيشون معك أي موارد دخل أو يتلقى دخلاً من أي نوع ومن هو؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان أي فرد سيقدم طلباً، بمن فيهم أنت، لديه زوج أم/ زوجة أب لا تعيش معك ولديها موارد مالية أو تتلقى أموالاً من أي مصدر. (إذا كان زوج الأم/زوجة الأب تعيش معك، يجب تضمين موارد/ دخل زوج الأم/ زوجة الأب في القسم الخامس عشر، معلومات الدخل). إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم زوج الأم/زوجة الأب.

هل أي فرد من أهل بيتك غير مواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول وتمت كفالته لدخول الولايات المتحدة، ومن هو؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي فرد من أهل بيتك غير مواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول ودخل الولايات المتحدة تحت كفالة شخص ما. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم الشخص الذي حصل على الرعاية.

اسم الكفيل وعنوانه ورقم هاتفه: إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم الشخص الذي قدم لك أو أي فرد من أهل بيتك الكفالة لدخول الولايات المتحدة وعنوان الكفيل ورقم هاتفه.

## الصفحتان رقم 9 و 10 ن الطلب

### القسم 17: معلومت الوظيفة

أكمل هذا القسم لنفسك ولكل من يعيش معك. إذا كنت موظفًا، فقد تظل مؤهلاً للحصول على المعونة. لأغراض هذا القسم، يعني "سن العمل" بلوغ 18 عامًا أو أكبر، أو 16 عامًا أو أكبر لغير المتعلم.

**إنني حاليًا:** ضع علامة (✓) أمام "لدي وظيفة" أو "لدي عمل حر" أو "عاطل" للإشارة إلى ما إذا كنت تعمل. وإذا كان الأمر كذلك، للإشارة إلى ما إذا كنت تعمل عملاً حرًا أم لصالح شخص آخر.

**إجمالي الدخل:** اكتب المبلغ الذي تحصل عليه قبل الضرائب على أساس أسبوعي أو نصف شهري أو شهري (وليس سنويًا)، إن أمكن. قم بتضمين جميع الأجور والراتب وأجر العمل الإضافي والعمولات والإكراميات.

**ساعات العمل الشهرية:** اكتب عدد الساعات التي تعمل فيها كل شهر، إن أمكن.

**استلام الأجر:** ضع علامة (✓) أمام "أسبوعيًا" أو "كل أسبوعين" أو "شهريًا" لبيان عدد مرات حصولك على الأجر، إن أمكن.

**يوم استلام الأجر في الأسبوع:** كتب يوم الأسبوع الذي تستلم فيه الأجر، إن أمكن

**اسم صاحب العمل وعنوانه ورقم هاتفه:** اكتب اسم صاحب العمل وعنوانه ورقم هاتفه، إن أمكن. اكتب "حر"، وعنوان نشاطك ورقم هاتفك إذا كنت تعمل عملاً حرًا.

هل يوجد أي فرد آخر يعيش معك حاليًا لديه وظيفة أو عمل حر، ومن هو: ضع علامة (✓) أمام "لديه وظيفة" أو "عمل حر" إذا كان يوجد أي فرد يعيش معك يعمل، واكتب اسمه/اسمها.

**إجمالي الدخل وساعات العمل في الشهر ويوم استلام الأجر في الأسبوع واسم صاحب العمل والعنوان ورقم الهاتف:** استكمل لأي شخص يعيش معك ويعمل طبقًا للتوجيهات المذكورة أعلاه.

هل التأمين الصحي متاح من خلال صاحب العمل؟: إذا كنت تعمل بوظيفة، فضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا يتوفر لديك غطاء تأمين صحي من خلال صاحب العمل.

هل يتمتع أي فرد يعيش معك بتأمين صحي من خلال صاحب العمل؟ ومن هو: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان يوجد أي شخص يعيش معك يتمتع بغطاء تأمين صحي من خلال صاحب العمل، إذا كانت الإجابة بـ"نعم"، فاكتب اسمه/اسمها.

اسم شركة التأمين: اكتب اسم شركة التأمين الصحي الخاصة بك و/أو شركة التأمين الصحي لأي شخص يعيش معك، إن أمكن.

هل أنت أو أي فرد يعيش معك يحصل على نفقات رعاية طفل أو معال بسبب الوظيفة؟ ومن هو: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أو أي شخص يعيش معك يحصل على نفقات رعاية طفل أو معال (على سبيل المثال، لأحد الوالدين المسنين) بسبب الوظيفة و اكتب اسم الشخص الذي يقدم هذه النفقات.

هل لديك أو لدى أي شخص يعيش معك نفقات أخرى متعلقة بالوظيفة؟ ومنظمة الصحة العالمية: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان يوجد أي شخص يعيش معك يحصل على نفقات تتعلق بالوظيفة (على سبيل المثال، النقل والزي الرسمي). إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمه/اسمها.

إذا لم تكن موظفًا، فمتى كانت آخر مرة كنت فيها أو أي شخص يعيش معك موظفًا؟ ومن هو ومتى وأين: إذا كنت أو أي شخص في سن العمل يعيش معك عاطلاً، فاكتب اسمك/اسمه/اسمها/أسماءهم وتاريخ/تواريخ آخر عمل لك/له/لها ومكان عملك/عمله/عملها.

لماذا توقفت (أو توقفوا) عن العمل؟: اكتب السبب/الأسباب التي جعلتك أو أي شخص في سن العمل يعيش معك عاطلاً.

هل تقدمت أو أي شخص يعيش معك بطلب للحصول على إعانة بطالة؟ ومن هو ومتى وما هي حالة تقديم الطلب: إذا كنت أو أي شخص يعيش معك عاطلاً، فضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت تقدمت/كان تقدم/كانت تقدمت بطلب للحصول على إعانة بطالة. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمك/اسمه/اسمها ومتى رفعت أنت/ هو دعوى للحصول على إعانة بطالة وما هي حالة الطلب؟

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مشترك في إضراب؟ ومن هو: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أو أي شخص يعيش معك مشترك في إضراب (أي متوقف عن العمل احتجاجًا على قرار أو ممارسات صاحب العمل)، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمك/اسمه/اسمها.

عندما بدأ الإضراب: إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك في إضراب، فاكتب التاريخ الذي أضربت فيه.

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مهاجر أو مزارع موسمي؟ ومن هو: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك تسافر إلى مزارع مختلفة للعمل أو تعمل بالمزرعة فقط أثناء موسم الزراعة، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمك/اسمه/اسمها.

هل أنت أو أي بالغ آخر يعيش معك يعاني من حالات طبية تحد من قدرته على العمل أو نوع العمل الذي يمكن تأديته؟ ومن هو: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص في سن العمل يعيش معك يعاني من أية حالة تمنعك/تمنعه/تمنعها من العمل بنظام الدوام الكامل أو من تأدية أنواع عمل معينة، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمك/اسمه/اسمها.

وصف القيود: إذا كنت أنت أو أي شخص في سن العمل يعيش معك يعاني من أية حالة تمنعك من العمل بدوام كامل أو من القيام بأنواع معينة من العمل، اشرح الطرق التي تكون بها مقيدًا.

هل تستطيع قبول وظيفة اليوم؟، وإذا لم تستطع، لماذا: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت تستطيع العمل بوظيفة اليوم إذا كانت متاحة لك، وإذا كانت الإجابة بـ "لا"، فاشرح السبب.

ما نوع العمل الذي تفضل تأديته؟: حدد نوع الوظيفة التي تستمتع بتأديتها.

## الصفحة رقم 11 من الطلب

### القسم 18: التعليم/التدريب

ما أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه؟: ضع علامة (✓) أمام أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه.

إذا كان الأمر كذلك، فما هو آخر مؤهل حصلت عليه؟: إذا لم تكمل المدرسة الثانوية، فاكتب آخر صف أكملته.

هل حصل أي فرد آخر في أهل بيتك على دبلوم الثانوية العامة أو دبلوم عام مكافئ لها (GENERAL EQUIVALENCY DIPLOMA, GED) أو استكمال الثانوية لتقييم الاختبارات (TEST ASSESSING SECONDARY COMPLETION, TASC™) أو مؤهل عالي؟، من هو وما الدرجة العلمية التي حصل عليها وتاريخ حصوله عليها: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان حصل أي فرد آخر يعيش معك على دبلوم الثانوية العامة أو دبلوم عام مكافئ لها (GED) أو استكمال الثانوية لتقييم الاختبارات (TASC™) أو مؤهل تعليم عالي. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم ذلك الشخص والدرجة العلمية التي حصل عليها وتاريخ حصوله عليها.

استكمل الأسئلة التالية لنفسك ولأي شخص يعيش معك يتقدم بطلب للحصول على المعونة أو يحصل عليها:

هل يوجد أحد مشترك أو كان مشتركًا في برنامج تدريبي؟ ومن هو وأين وما هو البرنامج وتواريخ الاشتراك وتواريخ الانتهاء؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك سيقدم طلبًا للحصول على المعونة قد اشترك في برنامج تدريب وظيفي، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم ذلك الشخص ومكان حضور برنامج التدريب واسم البرنامج أو نوعية البرنامج وتواريخ حضور البرنامج وانتهائه.

هل يوجد شخص في سن 16 عامًا أو أكبر ويذهب للمدرسة أو الكلية، من هو وأين؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك سيقدم طلبًا للحصول على المعونة أو يحصل على المعونة بالفعل في سن 16 عامًا أو أكبر ويذهب إلى المدرسة أو الكلية، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، اكتب اسم ذلك الشخص واسم المدرسة أو الكلية التي يذهب إليها.

هل يوجد شخص دون سن 16 عامًا ويذهب للمدرسة، من هو وما هي المدرسة؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك سيقدم طلبًا للحصول على المعونة أو يحصل على المعونة بالفعل دون سن 16 عامًا، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، اكتب اسم (أسماء) ذلك الشخص (الأشخاص) واسم المدرسة (المدارس).

## الصفحة رقم 12 من الطلب

### القسم 19: معلومات الموارد

لست بحاجة إلى ملء هذا القسم إذا كنت ستقدم طلبًا للحصول على الخدمات فقط وليس الرعاية الأبوية المؤقتة و/أو المعونة في رعاية الأطفال.

إذا كنت تقدم طلبًا فقط من أجل الحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية، فلا داع من بيان ما إذا كان لديك تأمين على الحياة أم لا.

حدّد ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا: بالنسبة للأسطر من 1 إلى 23 ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يتقدم بطلب للحصول على المعونة لديه أي من الموارد المالية المدرجة.

الشخص: لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب اسم (أسماء) الشخص (الأشخاص) الذي لديه موارد.

إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر المبلغ/القيمة: لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب المبلغ بالدولار (\$) أو قيمة الموارد. واحرص على سرد أي ممتلكات مشتركة (موارد تخص فردين أو أكثر، مثل الحسابات المصرفية المشتركة). يتعين على أي فرد سيقدم طلبًا للحصول على المعونة العامة أو برنامج Medicaid تضمين الموارد الخاصة بزويهم المسؤولين ومسؤولية قانونية. هؤلاء هم الأشخاص المكلفين بحكم القانون بالإنفاق عليك أو على أي شخص سيقدم طلبًا مثل الزوج/الزوجة أو الأب/الأم أو زوجة الأب/زوج الأم، إذا كنت دون سن 21 عامًا، الذي يعيش معك أو أي فرد سيقدم طلبًا.

يملك أو مسجل باسمه سيارة (سيارات) أو مركبات أخرى، ما هو العام والماركة/الموديل وأخرى: إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك سيقدم طلبًا يملك سيارة أو مركبة أخرى، اكتب العام والعلامة التجارية والطرز لكل مركبة في السطر 6. اذكر الموارد، مثل المقطورات وعربات الثلوج والقوارب بعد "أخرى" في السطر 6.

لديه موارد أخرى بخلاف المسردة أعلاه: من المهم جدًا أن تخبر منقطة الخدمات الاجتماعية التي تتبعها مباشرة بما إذا كنت تحصل أو من المتوقع أن تحصل على أموال من دفعات أموال إجمالية. دفعات الأموال الإجمالية هي عبارة عن مدفوعات لمرة واحدة، مثل تسوية التأمين أو ميراث أو حكم بحصول على أموال نتيجة قضية قضائية أو ربح اليانصيب. راجع LDSS-4148A، "الكتيب الأول (1): ما يجب أن تعرفه عن حقوقك ومسؤولياتك"، لمزيد من المعلومات حول المبالغ الإجمالية.

هل سبق لأي شخص . . . وضع وديعة في الماضي أو حول إدارة أي أصل إلى وديعة في غضون 60 شهرًا الماضية؟ إذا قمت أنت أو شريك حياتك بنقل أو تنازل عن أية أصول في غضون 36 شهرًا (60 شهرًا لعمليات التحويل إلى وديعة) قبل اليوم الأول من الشهر الذي تتلقى فيه خدمات دار الرعاية وقمت بإرسال طلب الحصول على مخصصات برنامج Medicaid، فقد تكون غير مؤهل للحصول على خدمات دار الرعاية أو خدمات في المنزل أو المجتمع بموجب برنامج Medicaid.

إذا قمت أنت أو أي شخص أو شريك حياتك أو شريك حياة أي فرد سيقدم طلبًا (حتى إذا لم يتقدم شريك الحياة بطلب أو كان يعيش في المنزل) بوضع وديعة أو تحويل أي أموال إلى وديعة خلال خمسة أعوام الماضية، فاكتب تاريخ وضع الوديعة أو تحويل الأموال إلى وديعة بالسطر 23.

## الصفحات من 13 إلى 15 من الطلب

### القسم 20: المعلومات الطبية

وضح ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا لتطبيق عليه الحالة، وإذا كان الإجابة بـ "نعم"، فمن هو؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان أي من المواقف المسردة تسري عليك أو أي شخص يعيش معك سيقدم طلبًا للحصول على المعونة، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، اكتب اسم الشخص الذي يسري عليه الموقف. احرص على سرد جميع أنواع التأمين الصحي وتأمين المستشفى/الحوادث التي تغطي بها أو متوفرة لأي شخص سيقدم طلبًا.

سداد أو عدم سداد الفواتير الطبية خلال 3 أشهر التي تسبق شهر تقديم هذا الطلب: قد يكون برنامج Medicaid قادرًا على دفع الفواتير الطبية للرعاية التي حصلت عليها خلال الأشهر الثلاثة السابقة للشهر الذي تقدمت فيه بطلب للحصول على المعونة. إذا كنت قد دفعت الفاتورة بالفعل، فقد تتمكن من دفع الفاتورة لك إذا قررنا أنك كنت مؤهلاً للحصول على برنامج Medicaid في ذلك الوقت. قد تتمكن من الدفع لك حتى إذا لم يقبل الطبيب أو أي مزود آخر برنامج Medicaid، ولكن لا يمكننا أن ندفع لك سوى المبلغ الذي كان سيدفعه برنامج Medicaid فقط إذا كانت الفاتورة مقابل الخدمات التي كان سيغطيها برنامج Medicaid.

الحمل: إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا لامرأة حامل، فاكتب تاريخ الولادة وعدد الأطفال المتوقع ولادتهم في السطر 14.

اختيار الخطة الصحية: أكمل هذا القسم لأي شخص يتقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid. يطلب من معظم الأشخاص المسجلين في برنامج Medicaid الانضمام إلى خطة صحية للرعاية المدارة ما لم يكونوا في فئة معفاة. استخدم هذا القسم لاختيار خطة صحية. إذا كنت لا تعرف الخطة الصحية المتاحة، فاسأل العامل الخاص بك أو اتصل بخط المعونة الخاص باختيار الرعاية المدارة لبرنامج Medicaid على الرقم 1-800-505-5678.

اسم النظام المسجل فيه: اكتب اسم الخطة (الخطة) الصحية التي يرغب أي شخص يتقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid في التسجيل فيها. إذا كنت لا تعرف الخطة الصحية المتاحة لك، اسأل المنطقة.

اسم العائلة والاسم الأول: اكتب الاسم الأخير والاسم الأول لكل شخص يتقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid.

تاريخ الميلاد: اكتب الشهر المكون من رقمين واليوم المكون من رقمين والسنة المكونة من رقمين من تاريخ ميلاد كل شخص يتقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid.

الجنس: اكتب "M" للذكور، أو "F" للإناث، أو "X" للهوية غير الثنائية أو هوية أخرى للإشارة إلى جنس كل شخص يتقدم بطلب للحصول على Medicaid.

رقم التعريف (من بطاقة MEDICAID إذا كانت لديك بطاقة): في حالة امتلاك أي شخص سيقدم طلبًا لبرنامج Medicaid بطاقة Medicaid، اكتب رقم التعريف الموجود على بطاقة Medicaid هنا.

رقم الضمان الاجتماعي: اكتب رقم الضمان الاجتماعي لكل شخص يتقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid.

موفر الرعاية الأساسي أو مركز صحي (حدد الخانة إذا كان الموفر الحالي): اكتب اسم موفر الرعاية الصحية الأساسي (أي ممارس عام أو طبيب الأسرة) أو المركز الصحي الذي يرغب أي فرد سيقدم طلبًا لبرنامج Medicaid في استخدامه. إذا كان هذا هو الموفر أو المركز الذي يستخدمه الشخص بالفعل، فضع علامة (✓) أمام الخانة. يجب عليك التأكد من قبول موفر الرعاية أو المركز لبرنامج Medicaid قبل تلقي الرعاية الصحية.

اسم ورقم هوية اختصاصي التوليد/طبيب النساء (حدد الخانة إذا كان الموفر الحالي): إذا احتاج أي شخص يتقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid إلى رعاية وخدمات طبيب التوليد/طبيب النساء (OB/GYN)، فقم بكتابة اسم طبيب التوليد/طبيب النساء (OB/GYN) الذي يرغب مقدم الطلب في استخدامه. إذا كان مقدم الطلب يزور طبيب التوليد/طبيب النساء (OB/GYN) هذا بالفعل، ضع علامة (✓) أمام الخانة. يجب عليك التأكد من قبول موفر الرعاية أو المركز لبرنامج Medicaid قبل تلقي الرعاية الصحية.

يجب عليك التأكد من أن أي طبيب أو موفر رعاية طبية تراه يقبل برنامج Medicaid قبل الحصول على الرعاية الطبية.

### القسم 21: المسكن

لا يتعين عليك ملء هذا القسم إذا كنت تتقدم فقط للحصول على خدمات أخرى غير الرعاية الأبوية المؤقتة و/أو معونة رعاية الأطفال.

ما اسم صاحب العقار وعنوانه ورقم هاتفه؟ إذا كان لديك مالك، فقم بكتابة اسم المالك وعنوانه ورقم هاتفه.

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بنفقات الإيجار أو الرهن العقاري أو نفقات أخرى متعلقة بالمسكن؟: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يدفع إيجار أو رهن عقاري أو نفقات مسكن (مثلًا الغرفة والإقامة)، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب المبلغ الذي تدفعه أنت/هو/هي في الشهر. إذا كنت مكلفًا بسداد رهن عقاري، فاكتب مبلغ الضرائب العقارية وتأمين المالك (شاملًا تأمين ضد الحريق).

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بسداد فاتورة التدفئة بصورة منفصلة عن الإيجار أو نفقات المسكن الأخرى؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يدفع فاتورة التدفئة بصورة منفصلة عن الإيجار أو الرهن العقاري أو نفقات المسكن الأخرى، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب المبلغ الذي تدفعه أنت/هو/هي في الشهر.

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بالنفقات التالية بصورة منفصلة عن الإيجار أو نفقات المسكن الأخرى؟: بخصوص السطور من 1 حتى 8، ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك يدفع أي من النفقات المسردة بصورة منفصلة عن الإيجار أو الرهن العقاري أو نفقات المسكن الأخرى، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب المبلغ الذي تدفعه أنت/هو/هي في الشهر. بخصوص الأسئلة بالسطور من 9 حتى 11، ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك سيقدم طلبًا للحصول على أي من هذه التسهيلات.

### القسم 22: نفقات أخرى

وضح ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا تنطبق عليه الحالة، وإذا كان الإجابة بـ "نعم"، فكم المبلغ: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك سيقدم طلبًا لإجراء أي من المدفوعات المدرجة في الأسطر من 1 إلى 5. حدد في السطر 6 أي نفقات غير مدرجة. لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب مبلغ الدفعات أو النفقات وعدد مرات دفعها (على سبيل المثال، 100 دولار في الأسبوع أو 100 دولار/أسبوع).

هل أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا في ذمته أربعة أشهر على الأقل من نفقة طفل دون سن 21 عامًا؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك سيقدم طلبًا في ذمته أربعة أشهر أو أكثر من نفقة الأطفال.

## الصفحة رقم 16 من الطلب

### القسم 23: معلومات أخرى

هل تشتري أو تخطط لشراء وجبات من خدمات توصيل الطلبات للمنازل أو تقديم الطعام الجماعي؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص سيقدم طلبًا يقوم حاليًا بشراء أو ينوي شراء وجبات من خدمات توصيل الطلبات للمنازل أو خدمات تقديم الطعام الجماعي (مثلًا كافيتريا في العقار الذي تسكن فيه).

هل أنت قادر على الطهي أو تحضير الوجبات في المنزل؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان لديك مكان بالمنزل يمكنك الطهي فيه.

لأغراض الأسئلة الواردة في الأسطر من 10 إلى 12، تعني عبارة "العسكرية الأمريكية":

- الجيش الأمريكي
- البحرية الأمريكية
- خفر السواحل الأمريكية
- قوات المارينز الأمريكية
- القوات الجوية الأمريكية
- البحرية التجارية الأمريكية أثناء الحرب العالمية الثانية

هل سبق لك أو أي شخص في أهل بيتك الانضمام إلى العسكرية الأمريكية، ومن هو؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان سبق لك أو أي شخص يعيش معك الانضمام إلى أي من الفروع العسكرية المسردة أعلاه، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمه.

هل سبق لشريك حياتك الانضمام إلى العسكرية الأمريكية؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان سبق لشريك حياتك الانضمام إلى أي من الفروع العسكرية المسردة أعلاه.

هل يوجد أي شخص في أهل بيتك معال على شخص سبق له الانضمام أو منضم حاليًا إلى العسكرية الأمريكية، ومن هو؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك معتمد ماليًا على شخص منضم أو سبق له الانضمام إلى أي من الفروع العسكرية المسردة أعلاه، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم الشخص المعال.

هل تحصل أو أي شخص يعيش معك على معونة أو خدمات حاليًا؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فمن هو؟ وما نوع المعونة: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك حاليًا يحصل على "المعونة العامة" أو معونة برنامج Medicaid أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) المعروف سابقًا بـ "قسائم الطعام" أو المعونة في رعاية الأطفال أو الخدمات. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم الشخص ونوع المعونة التي يتم الحصول عليها.

هل كنت تحصل أو أي شخص يعيش معك على معونة أو خدمات سابقًا؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فمن هو؟ وما نوع المعونة: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك قد حصل على "المعونة العامة" أو معونة برنامج Medicaid أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو المعونة في رعاية الأطفال أو الخدمات سابقًا. إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسم الشخص ونوع المعونة التي يتم الحصول عليها.

**معلومات أخرى (تتمة)** ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كانت المواقف المشروحة في الأسئلة التسع التالية تسري عليك أو أي شخص يعيش معك، وإذا كانت الإجابة بـ"نعم"، فاكتب اسم الشخص الذي تنطبق عليه الحالة. إذا لم تفهم هذه الأسئلة، فاطلب من منطقتك شرحها لك. يُرجى ملاحظة أن قانون ولاية نيويورك ينص على غرامة أو السجن أو كلاهما للشخص الذي يثبت أنه مذنب في جريمة الحصول على المعونة العامة أو برنامج Medicaid أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) أو المعونة في رعاية الأطفال أو الخدمات عن طريق إخفاء حقائق أو عدم إخبار الحقيقة.

**حالة نقل ملكية العقارات:** ضع علامة (✓) أمام خانة "أمتلك" أو "لا أمتلك" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص سيقدم طلبًا قام ببيع أو نقل ملكية أو تنزل عن أي عقار من أجل الحصول على المعونة العامة أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP). يُرجى ملاحظة أن قانون ولاية نيويورك ينص على غرامة أو السجن أو كلاهما للشخص الذي يثبت أنه مذنب في جريمة الحصول على المعونة العامة أو برنامج Medicaid أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) أو المعونة في رعاية الأطفال أو الخدمات عن طريق إخفاء حقائق أو عدم إخبار الحقيقة.

## الصفحات من 18 إلى 24 من الطلب

### الإشعارات والتنزيلات والتفويضات والموافقات

اقرأ جميع المعلومات الواردة في هذا القسم بعناية أو اطلب من شخص آخر أن يقرأها لك. يحتوي هذا القسم على معلومات هامة بشأن حقوقك ومسؤولياتك المتعلقة بالحصول على المساعدات فضلاً عن العقوبات التي قد تتعرض لها (مثلاً الغرامة و/أو السجن) في حالة عدم الوفاء بمسؤولياتك الواردة في هذا القسم. بتوقيعك على تطبيق وإرساله، فإنك تقر بفهمك والموافقة على البيانات المذكورة في هذا القسم.

**الممثل المفوض للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية:** إذا كنت تريد قيام شخص بتقديم طلب للحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) نيابةً عنك و/أو تريد شخص لا يعيش معك الحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) نيابةً عن و/أو استخدامها لشراء الطعام لك، فاكتب اسم ذلك الشخص وعنوانه ورقم هاتفه في الخانة. فهذا الشخص هو "الممثل المفوض". يجب على "الممثل المفوض" التوقيع مع كتابة التاريخ في قسم التوقيع في نهاية الطلب. إذا كان أهل بيتك لا يعيشون في أي مؤسسة، يجب على أي فرد بالغ مسؤول من أهلك التوقيع على الطلب مع كتابة التاريخ، ما لم يعين أهل بيتك "الممثل المفوض" للقيام بهذا خطياً.

**الإفصاح عن المعلومات الطبية:** ضع علامة (✓) أمام "ممنوع كشف معلومات فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز"، و/أو "ممنوع كشف معلومات الصحة العقلية" و/أو "ممنوع كشف معلومات تعاطي المخدرات والكحول" في حالة عدم موافقتك على كشف هذه المعلومات الطبية بشأنك و/أو بشأن أعضاء الأسرة الذين سيقدمون طلبات حسبما يسمح به القانون.

**قسم التوقيع:** اقرأ هذا القسم بعناية أو اطلب من شخص آخر أن يقرأه لك. ينص قانون ولاية نيويورك على غرامة أو السجن أو كلاهما للشخص الذي يثبت أنه مذنب في جريمة الحصول على المعونة العامة أو برنامج Medicaid أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو المعونة في رعاية الأطفال أو الخدمات عن طريق إخفاء حقائق أو عدم إخبار الحقيقة. بتوقيعك على تطبيق وإرساله، فإنك تقر بفهمك والموافقة على البيانات المذكورة في هذا القسم، وأن جميع المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب أو سيتم تقديمها إلى دائرة الخدمات الاجتماعية مكتملة وصحيحة إلى حد علمك.

**توقيع مقدم الطلب وتاريخ التوقيع:** قم بتوقيع اسمك مع كتابة تاريخ توقيعك على الطلب، ما لم تعين الممثل المفوض للحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) على للتوقيع على الطلب وأنت تعيش في مؤسسة، وفي أي حالة يجوز للممثل المفوض التوقيع مع كتابة التاريخ على الطلب. إذا كنت لا تقم في مؤسسة، يتعين عليك والممثل المفوض التوقيع على الطلب مع كتابة التاريخ، ما لم تعين الممثل المفوض للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية للقيام بذلك خطياً. إذا قمت بملء الطلب نيابةً عن شخص آخر، فقم بتوقيع اسمك، وليس اسم الشخص الذي كتبت له الطلب، واكتب التاريخ الذي وقعت فيه.

**توقيع شريك الحياة أو الممثل الحارس وتاريخ التوقيع:** إذا كنت متزوجاً وستقدم طلباً للحصول على المعونة العامة أو برنامج Medicaid أو المعونة في رعاية الأطفال أو الخدمات، يتعين على شريك حياتك التوقيع على الطلب وتاريخه. إذا كنت متزوجاً وستقدم طلباً للحصول فقط على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية، يتعين على الزوج أو الزوجة فقط التوقيع على الطلب وتاريخه. إذا كان لديك ممثل حارس، يتعين عليه التوقيع على الطلب وتاريخه.

**توقيع الممثل المفوض:** إذا قمت بتعيين ممثل مفوض للحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) للتوقيع على الطلب، يتعين عليه التوقيع على الطلب وتاريخه.

**أوافق على سحب طلبتي من أجل:** لا تحدد أيًا من هذه الخانات أو توقع على هذا القسم أو تورخه إذا كنت تريد إرسال الطلب. ضع علامة على هذا القسم فقط إذا كنت ترغب في سحب طلبك لبرنامج واحد أو أكثر. اطلب سحب طلبك من برنامج، ضع علامة (✓) أمام الخانة بجوار هذا البرنامج وقم بالتوقيع وكتابة التاريخ في المكان المشار إليه. سيتم سحب طلبك من البرامج التي حددتها.

**نموذج تسجيل المصوت:** الصفحتان الأخيرتان في هذا الطلب عبارة عن نموذج تسجيل المصوت. لن يؤثر استخدام النموذج لتسجيل أو رفض تسجيل التصويت على القرار المتخذ بشأن طلبك الحصول على المخصصات أو مبلغ المعونة الذي قد تتلقاه. إذا كنت تريد المعونة في ملء نموذج تسجيل المصوت، فاطلبه من منطقتك.

| إثبات هذا العامل، قدم أحد الإجراءات التالية:  | عامل الأهلية  | متطلبات التوثيق لأغراض إعلامية   |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <p>بطاقة الضمان الاجتماعي<br/>المراسلات الرسمية من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية (SSA)<br/>رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب<br/>لغير المواطنين الذين يسعون للحصول الطوارئ فقط أو المتقدمين لبرنامج Medicaid فقط من النساء الحوامل.</p>   | <p>رقم الضمان الاجتماعي<br/>(بالنسبة للمعونة العامة ومزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) وبرنامج Medicaid فقط، لا يتعين عليك تقديم دليل على رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بك ما لم يكن رقم الضمان الاجتماعي الذي تقدمه غير مطابق لسجلات إدارة الضمان الاجتماعي بالولايات المتحدة (SSA) أو لا يمكن التحقق منه من قبل الوكالة.)</p>   | <p>هذه القائمة التالية من عوامل الأهلية ومتطلبات التوثيق هي لأغراض إعلامية فقط. ستبلغك منطقتك بأي من عوامل الأهلية التي سيطلب منك إثباتها. قد يُطلب منك إثبات عوامل الأهلية الأخرى غير المدرجة أدناه. قد تتمكن من تقديم وثائق غير مدرجة أدناه لإثبات متطلبات الأهلية هذه. إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص متطلبات التوثيق، فيرجى الاتصال بمنطقتك.</p> |   |   |
| <p>شهادة ميلاد<br/>شهادة المعمودية<br/>سجلات المستشفى<br/>جواز سفر أمريكي<br/>سجلات الخدمة العسكرية<br/>شهادة التجنس<br/>وثائق خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية (USCIS)<br/>دليل على الإقامة المستمرة في الولايات المتحدة منذ ما قبل 7/21/1.</p>  | <p>المواطنة أو حالة غير المواطنين<br/>الحالية - مواطنو الولايات المتحدة مؤهلون للحصول على المعونة العامة وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) وبرنامج Medicaid. يجب أن يكون غير المواطنين في وضع هجرة مقبول حتى يكونوا مؤهلين للحصول على المعونة العامة أو برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو برنامج Medicaid. حالة الهجرة ليست عامل أهلية للنساء الحوامل أو الأطفال المهاجرين المتقدمين لطلب للحصول على Child Health Plus B غير الشرعيين وغير المهاجرين المؤقتين مؤهلون فقط لعلاج حالات طبية طارئة.</p> | <p>✓ <b>إثبات هذا العامل، قدم:</b><br/>✓ <b>واحدة مما يلي</b> أو<br/>(إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو برنامج Medicaid فقط، فأنت بحاجة إلى إحضار نموذج واحد فقط لكل عامل أهلية تم فحصه.)</p>   |   | <p><b>عامل الأهلية</b></p>  |
| <p>سجلات الأجور الحالية<br/>دفع المغلفات<br/>على الورق، ومعدل الأجر في الساعة؛ وساعات العمل في الأسبوع؛ وتاريخ الدفع الأول، وإذا كان جديدًا ورقم هاتف صاحب العمل<br/>السجلات التجارية<br/>السجلات الضريبية<br/>السجلات والمواد ذات الصلة المتعلقة بإيرادات ونفقات العمل الحر<br/>إقرار ضريبة الدخل الحالي<br/>التحقق من المساهمة الحالية<br/>بيان من الغرفة، التزويل، المستأجر<br/>سجلات ضريبة الدخل</p>        | <p><input type="checkbox"/> <b>الدخل المكتسب</b><br/>من صاحب العمل<br/><br/><input type="checkbox"/> <b>متاعيل الحر</b><br/><br/><input type="checkbox"/> <b>الدخل من الإيجار أو الغرفة/المجلس</b></p>  | <p>بيان من شخص آخر<br/>رقم ضمان اجتماعي تم التحقق منه<br/>شهادة الميلاد/المعمودية<br/><br/>إقرار من رجال الدين<br/>سجلات التعداد<br/>إشعار في صحيفة<br/>بيان من شخص آخر<br/><br/>بيان من شخص آخر<br/>البريد الحالي<br/>السجلات المدرسية<br/><br/>إفادات من أشخاص آخرين</p>   | <p>صورة الهوية<br/>رخصة القيادة<br/>جواز سفر أمريكي<br/>شهادة التجنس<br/>سجلات المستشفى/الطبيب<br/>ورقة الاعتماد<br/><br/>شهادات الزواج/الوفاة<br/>اتفاق الانفصال<br/>وثيقة الطلاق<br/>سجلات الضمان الاجتماعي<br/>سجلات شؤون المحاربين القدامى<br/><br/>بيان من مالك العقار<br/>إيصال الإيجار الحالي أو عقد الإيجار<br/>سجلات الرهن العقاري<br/><br/>بيان من المالك غير القريب<br/>السجلات المدرسية</p> | <p><input type="checkbox"/> <b>الهوية</b><br/>يجب أن تثبت من أنت.<br/><br/><input type="checkbox"/> <b>الحالة الاجتماعية</b><br/>يجب أن تثبت ما إذا كنت متزوج(ة) أو مطلق(ة) أو منفصل(ة) أو أرمل(ة).<br/><br/><input type="checkbox"/> <b>السكن</b><br/>يجب أن تثبت المكان الذي تعيش فيه.<br/><br/><input type="checkbox"/> <b>تكوين/حجم الأسرة</b><br/>يجب أن تثبت من يعيش معك.</p> |
| <p>بيان من محكمة الأسرة<br/>بيان من شخص دفع الإعاقة<br/>سجلات التحقق<br/>شهادة المنحة الحالية<br/>التحقق من المزايا الحالية<br/>المراسلات الرسمية مع وزارة العمل في ولاية نيويورك<br/>شهادة المنحة الحالية للتحقق من المزايا الحالية<br/>المراسلات الرسمية من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية (SSA)<br/>شهادة المنحة الحالية<br/>التحقق من المزايا الحالية<br/>المراسلات الرسمية من شؤون المحاربين القدامى</p> | <p><input type="checkbox"/> <b>الدخل غير المكتسب</b><br/>إعالة الطفل<br/><br/><input type="checkbox"/> <b>مزايا التأمين ضد البطالة (UIB)</b><br/><br/><input type="checkbox"/> <b>مزايا الضمان الاجتماعي</b><br/>(بما في ذلك دخل الضمان التكميلي)<br/><br/><input type="checkbox"/> <b>مزايا المحاربين القدامى</b></p>  | <p>وثيقة التأمين<br/>سجلات التعداد<br/>السجلات المدرسية<br/>بيان من شخص آخر<br/>بيان الطبيب<br/>المراسلات الرسمية من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية (SSA)<br/><br/>إشعار في صحيفة<br/>سجلات شركة التأمين<br/>السجلات المؤسسية<br/>سجلات حالة الوكالة وملفات مدفوعات الدفن<br/>بيان من شخص آخر</p>  | <p>شهادة ميلاد<br/>شهادة المعمودية<br/>سجلات المستشفى<br/>سجلات التبنى<br/>شهادة التجنس<br/>رخصة القيادة<br/><br/>شهادة الوفاة<br/>مخصصات الباقيين على قيد الحياة<br/>سجلات المستشفى<br/>شؤون المحاربين القدامى أو السجلات العسكرية<br/>أوراق الطلاق<br/>إثبات الزواج</p>   | <p><input type="checkbox"/> <b>العمر</b><br/>يجب عليك إثبات عمر كل شخص يتقدم بطلب للحصول على المعونة، عند الاقتضاء.<br/><br/><input type="checkbox"/> <b>الوالد الغائب</b><br/>إذا كان والد أي طفل في منزلك لا يعيش معك، فيجب عليك إثبات ذلك.</p>   |
|   |   |  | <p>قسائم الدفع<br/>الإقرارات الضريبية<br/>سجلات الضمان الاجتماعي أو شؤون المحاربين القدامى<br/>خطابات التحديد التقدي<br/>بطاقات الهوية (التأمين الصحي)<br/>رخصة القيادة أو التسجيل</p>  | <p><input type="checkbox"/> <b>معلومات الوالدين الغائبة</b><br/>يجب عليك تقديم أي معلومات لديك: الاسم والعنوان ورقم الضمان الاجتماعي وتاريخ الميلاد والوظيفة</p>  |



| إثبات هذا العامل، قدم أحد الإجراءات التالية:  | عامل الأهلية  | إثبات هذا العامل، قدم أحد الإجراءات التالية:   | عامل الأهلية  |
|---|---|--|---|
|   | <input type="checkbox"/> غير ذلك  | خطاب المنحة<br>قسائم الرواتب   | <input type="checkbox"/> الدخل غير المكتسب (المشترك)<br><input type="checkbox"/> تعويض العمال   |
|   |   | بيان من المدرسة<br>كشف حساب من البنك<br>خطاب المنحة  | <input type="checkbox"/> منح وقروض التعليم  |
|   |   | بيان من البنك أو الاتحاد الائتماني<br>بيان من الوسيط/الوكيل  | <input type="checkbox"/> الفوائد/أرباح الأسهم/الإتاوات  |
|   |   | خطاب المنحة الحالي<br>التحقق من المزايا الحالية<br>المراسلات الرسمية من مصدر الدخل   | <input type="checkbox"/> المعاش التقاعدي الخاص/المعاش السنوي  |
|   |   |  | <input type="checkbox"/> غير ذلك  |
|   | <input type="checkbox"/> الفواتير الطبية  |  |   |
| نسخ من الفواتير الطبية (المدفوعة وغير المدفوعة)   |   |  |   |
|   | <input type="checkbox"/> التأمين الصحي  | بيان من الأسرة<br>بيان من دار رعاية المسنين  | <input type="checkbox"/> الموارد  |
| وثيقة التأمين<br>بطاقة التأمين<br>بيان من مقدم التغطية<br>بطاقة برنامج Medicare   | إذا كنت أنت أو أي شخص يتقدم بطلب لديه تغطية تأمين صحي (حتى لو دفع ثمنها شخص آخر)، فيجب عليك إثبات ذلك.  |  |   |
|   | <input type="checkbox"/> معاق/ عاجز/حامل  | السجلات المصرفية الحالية<br>سجلات اتحاد الائتمان الحالية<br>شهادة الأسهم<br>السندات<br>بيان من مؤسسة مالية   | <input type="checkbox"/> الحسابات البنكية:<br>الإدخال والإدخار والتقاعد (حسابات التقاعد الفردية (IRA) وخطة (Keogh))<br><input type="checkbox"/> الأسهم والسندات والشهادات                                 |
| بيان من أخصائي طبي يتحقق من الحمل وتاريخ الميلاد المتوقع<br>بيان من أخصائي طبي<br>إثبات مزايا إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) أو البرنامج التكميلي للولاية لدخل الضمان التكميلي (SSI) للإعاقة أو العمى | إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك مريضاً أو زوجتك حاملاً، فيجب عليك تقديم دليل.  | وثيقة التأمين<br>إفادة من شركة التأمين<br>السجلات المصرفية<br>اتفاقية الدفن<br>وثيقة الدفن<br>بيان من مدير الجنازة<br>استرداد الضريبة<br>بيان من مكتب الضرائب  | <input type="checkbox"/> التأمين على الحياة<br><input type="checkbox"/> ائتمان الدفن أو صندوق الدفن أو اتفاقية الدفن<br><input type="checkbox"/> استرداد ضريبة الدخل أو ائتمان ضريبة الدخل المكتسب (EITC) |
|   | <input type="checkbox"/> الفواتير غير المدفوعة  |  | <input type="checkbox"/> العقارات الأخرى غير الإقامة<br><input type="checkbox"/> السيارات   |
| نسخة من كل فاتورة توضح المبلغ المستحق ومدة الخدمات والمزود  |   |  |   |
|   | <input type="checkbox"/> الإحالة  | صك الملكية<br>بيان من وسيط عقاري<br>تقييم/تقدير القيمة الحالية من قبل الوسيط<br>التسجيل (النماذج القديمة)<br>عنوان الملكية<br>تقييم القيمة الحالية من قبل التاجر<br>بيانات التمويل<br>بيان من مصدر الدفع |   |
| بيان من مقدم العلاج<br>بيان من خدمة التوظيف   | برنامج علاج المخدرات/الكحول<br>خدمة التوظيف   |  |   |
|   | <input type="checkbox"/> نفقات أخرى/تكلفة رعاية المعالين  |  |   |
| أمر المحكمة<br>بيان من مركز الرعاية النهارية أو غيره من مقدمي رعاية الأطفال<br>بيان من المساعد أو المرافق الشيكات أو الإيصالات الملغاة  | يجب عليك تقديم دليل إذا كنت تدفع النفقة الذي أمرت به المحكمة، أو رعاية الأطفال، أو القروض المتكررة، أو مقابل خدمات مساعد أو مرافق الصحة المنزلية. |  |   |
|   | <input type="checkbox"/> الحضور المدرسي   |  | <input type="checkbox"/> مدفوعات المبالغ المقطوعة   |
| السجلات المدرسية (بطاقة التقرير الحالية)<br>بيان من المدرسة/أو مؤسسة التعليم العالي   | يجب أن تثبت من هو في المدرسة  |  |   |
|   | <input type="checkbox"/> أخرى:  |  |   |