

ولاية نيويورك تحويل المعونات إلكترونياً EBT الصيفية - طلب لأفراد الأسرة
يمكنك إكمال هذا الطلب عبر الإنترنت على otda.ny.gov/SummerEBT التقديم عبر الإنترنت هو أسرع وأسهل طريقة للتقديم!

هذا الطلب هو لتحديد الأهلية للحصول على مزايا EBT الصيفية التي قد يتأهل لها طفلك (أطفالك). هذا النموذج ليس مخصصاً لأهلية الوجبات المجانية / المخفضة السعر في مدرسة طفلك. اقرأ التعليمات الموجودة في الصفحة 4 ، وأكمل نموذجاً واحداً فقط لأسرتك ، وقم بتوقيع اسمك وإعادته إلى العنوان أدناه . يجوز تعيين فرد من خارج الأسرة كمثل مفوض إذا لزم الأمر. للمزيد من المعلومات حول Summer EBT ، بما في ذلك المواعيد النهائية لتقديم الطلبات ، قم بزيارة otda.ny.gov/SummerEBT

أرسل هذا النموذج المكتمل بالبريد إلى:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Summer EBT
North Pearl Street, 9th Floor 40
Albany, NY 12243

الجزء 1. قم بإدراج جميع الأطفال المتمدرسين في أسرتك (أرفق أوراق إضافية، إذا لزم الأمر):

اختياري	اختر خانة الاختيار فقط إذا تلقى الطفل أياً مما يلي في العام الدراسي 2023-24.			اسم المدرسة الملتحق بها في العام الدراسي 2023-24	رقم تعريف الطالب (Student ID Number) (اختياري)	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة) مثال: 10/15/2016	إسم الطالب (الإسم و اللقب)
	برنامج المعونة الغذائية التكميلية SNAP المعونة المؤقتة (النقد) Medicaid مديكيد إذا تم تحديده ، أكمل الجزء 2.	بدون مأوى / الهاريين / برنامج المهاجرين	التبني المؤقت (Foster Care)				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

*العرق/ الإثنية - أدخل الحرف المدرج بعد الفئة التي تصف الطالب بشكل أفضل . الرد على هذا القسم اختياري ولا يؤثر على أهلية أطفالك للحصول على Summer EBT.
من أصل إسباني أو لاتيني (H) أمريكي أصلي أو الأسكا أصلي (I) آسيوي (A) أسود أو أمريكي من أصل أفريقي (B) سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ (P) أبيض (W) غير معروف أو غير متوفر (U)
تابع إلى الصفحة 2

الجزء 2. Medicaid/TA/SNAP / فوائد FDPIR

إذا تلقى الطالب مزايا SNAP أو المعونة المؤقتة (النقدية) (TA) أو توزيع الطعام على الحجز الهندي (FDPIR) ، فقم بإدراج اسم الطالب ، ودائرة البرنامج الذي يتلقاه ، و رقم بإدراج رقم الحالة لهذا البرنامج. ثم انتقل إلى الجزء 4 و قم بتوقيع الطلب.

الإسم:	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	رقم الحالة #
الإسم:	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	رقم الحالة #
الإسم:	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	رقم الحالة #
الإسم:	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	رقم الحالة #
الإسم:	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	رقم الحالة #

الجزء 3. الدخل الإجمالي للأسرة:

قم بإدراج جميع الأشخاص الذين يعيشون في منزلك، بما في ذلك جميع البالغين، وكل طفل مذكور أعلاه، وأي أطفال إضافيين لا يذهبو إلى المدرسة . لكل شخص لديه أي نوع من الدخل ، اذكر مقدار وعدد مرات الدفع (أسبوعيا ، كل أسبوعين ، مرتين في الشهر ، شهريا). لا تترك الدخل فارغا . إذا لم يكن هناك دخل ، فحدد خانة الاختيار. إذا كنت قد أدرجت طفلا بالتبني أعلاه ، فيجب عليك الإبلاغ عن دخله الشخصي.

أسماء أفراد الأسرة	الأرباح من العمل قبل الاستقطاعات المبلغ / كم مرة	النفقة ، إعالة الطفل المبلغ / كم مرة	المعاشات ، التقاعد الدفعات المبلغ / كم مرة	دخل آخر المبلغ / كم مرة	لا يوجد دخل
	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	<input type="checkbox"/>
	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	<input type="checkbox"/>
	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	<input type="checkbox"/>
	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	<input type="checkbox"/>
	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	<input type="checkbox"/>
	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	<input type="checkbox"/>
	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	<input type="checkbox"/>
	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	_____ / _____ دولار أمريكي	<input type="checkbox"/>

استمر إلى الصفحة 3

الجزء 4. التوقيع: يتعين على أحد أفراد الأسرة البالغين التوقيع على هذا الطلب.

بإدخال اسمي أدناه ، أقر (أعد) بأن جميع المعلومات التي قدمتها حقيقية وصحيحة ، وأنا على استعداد للتعاون مع أي جهود للتحقق من المعلومات المقدمة . أدرك أن هذا ليس طلبا للحصول على وجبات مدرسية مجانية / مخفضة السعر ، وسيتم استخدام المعلومات المقدمة من قبلي فقط لتحديد أهلية طفلي للحصول على مزايا طعام EBT الصيفية . أشهد أيضا أن الطفل / الأطفال في هذا الطلب لا يتلقون مزايا EBT الصيفية في ولاية أخرى . يتم تقديم هذا الطلب فيما يتعلق باستلام الأموال الفيدرالية ، وإذا قدمت معلومات خاطئة عن قصد ، فقد لا يكون طفلي / أطفالي مؤهلين للحصول على مزايا EBT الصيفية وقد أخضع للمقاضاة بموجب القوانين الجنائية الفيدرالية وقوانين الولاية الجنائية المعمول بها.

أدخل اسم فرد الأسرة البالغ (أو الممثل المفوض) الذي يكمل الطلب ، وقم بالتوقيع ، وقدم معلومات الاتصال . سيتم استخدام العنوان وعنوان البريد الإلكتروني لإرسال معلومات حول أهلية Summer EBT وبطاقات مزايا Summer EBT. يرجى التأكد من اكتمال هذه المعلومات و كتابتها بحروف واضحة.

أكتب الاسم بحروف واضحة:

التوقيع:

التاريخ:

عنوان البريد الإلكتروني (اختياري):

الهاتف الرئيسي:

عنوان الشارع:

رقم الشقة / الطابق / الوحدة:

المدينة / الولاية/ الرمز البريدي :

تعليمات طلب Summer EBT

الجزء 1

يتعين على جميع الأسر إكمال معلومات الطالب . لا تملأ أكثر من نموذج واحد لأسرتك.

- (1) أكتب أسماء الأطفال بحروف واضحة ، بما في ذلك الأطفال بالتبني ، الذين تتقدم بطلب من أجلهم في نموذج واحد.
- (2) اذكر تاريخ الميلاد واسم المدرسة ورقم هوية الطالب لكل طفل . رقم معرف الطالب اختياري ولكنه سيساعد في معالجة طلبك بسرعة ودقة أكبر . يتم تعيين هذا الرقم لطفلك من قبل مدرسته ويصل إلى 9 أرقام . يمكنك أن تطلب من مدرسة طفلك هذا الرقم إذا كنت بحاجة إليه. يتعين على الطلاب الالتحاق بمدرسة تشارك في البرنامج الوطني للغذاء المدرسي (NSLP) ليكونوا مؤهلين.
- (3) ضع علامة في المربع للإشارة إلى ما إذا كان الطفل طفلاً حاضناً ؛ في برنامج المطاردين أو مهاجرين أو بلا مأوى ؛ تلقي SNAP / TA أو Medicaid ؛ وسؤال اختياري حول العرق / الإثنية.

الجزء 2 يجب على الأطفال الذين يحصلون على SNAP أو TA أو Medicaid أو FDBIR إكمال الجزء 2 وتخطي الجزء 3 والتوقيع على الجزء 4.

- (1) أدرج رقم حالة SNAP أو TA أو Medicaid أو FDPIR الحالي لأي شخص يعيش في منزلك . تخطي الجزء 3 إذا كان لدى أي طفل رقم حالة SNAP أو TA أو Medicaid أو FDPIR . لا تستخدم الرقم المكون من 16 رقماً الموجود على بطاقة المزايا الخاصة بك . يتم توفير رقم الحالة في خطاب الاستحقاق الخاص بك.
- (2) يتعين على أحد أفراد الأسرة البالغين التوقيع على النموذج في الجزء 4. **تخطي الجزء 3** إذا كان لدى أي طفل رقم حالة SNAP أو TA أو Medicaid أو FDPIR.

الجزءان 3 و 4 يجب على جميع الأسر الأخرى إكمال كلاً من جزئي 3 و 4.

- (1) اكتب أسماء كل فرد في أسرتك ، سواء حصلوا على دخل أم لا . قم بتضمين نفسك ، والأطفال الذين تقوم بإكمال النموذج من أجلهم ، وجميع الأطفال الآخرين ، وزوجك / زوجتك ، وأجدادك ، وغيرهم من الأشخاص ذوي الصلة وغير الأقارب الذين يعيشون في منزلك . استخدم ورقة أخرى إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر.
- (2) اكتب مقدار الدخل الحالي الذي يتلقاه كل فرد من أفراد الأسرة ، قيل خصم الضرائب أو أي شيء آخر ، والإشارة إلى مصدرها ، مثل الأرباح والرعاية الاجتماعية والمعاشات التقاعدية والدخل الآخر (الضمان الاجتماعي ومزايا التأمين ضد البطالة والمبالغ النقدية المستلمة أو المسحوبة من أي مصدر ، بما في ذلك المدخرات والاستثمارات والحسابات الاستثمارية والموارد الأخرى المتاحة لدفع ثمن وجبات الطفل). إذا كان الدخل الحالي أكثر أو أقل من المعتاد ، فاكتب الدخل المعتاد لهذا الشخص . حدد عدد مرات استلام مبلغ الدخل هذا: أسبوعياً أو كل أسبوعين (كل أسبوعين أو 26 مرة في السنة) أو مرتين شهرياً (24 مرة في السنة) أو شهرياً. إذا لم يكن هناك دخل ، فحدد المربع . يجب أن تستوفي الأسر إرشادات الدخل ل Summer EBT لتكون مؤهلة (قم بزيارة otda.ny.gov/SummerEBT لمزيد من المعلومات) .
- (3) أدرج عنوان منزلك حيث يجب إرسال بطاقة Summer EBT بالبريد ، إن أمكن. إذا كنت تنوي الانتقال ، أو انتقلت مؤخراً من ولاية نيويورك ، فيجب عليك التقدم بطلب للحصول على مزايا EBT الصيفية في الولاية حيث سيكمل الطفل أو أكمل العام الدراسي مباشرة قبل العطلة الصيفية.

بيان استخدام المعلومات

يتطلب قانون ريتشارد ب. راسل الوطني للغذاء المدرسي أن نستخدم معلومات من هذا الطلب لتحديد من هو المؤهل للحصول على مزايا EBT الصيفية. يمكننا فقط الموافقة على النماذج الكاملة . قد نشارك معلومات الأهلية الخاصة بك مع برامج التعليم والصحة والتغذية لمساعدتهم على تقديم مزايا البرنامج لأسرتك . قد يستخدم المفتشون وإنفاذ القانون أيضاً معلوماتك للتأكد من استيفاء قواعد البرنامج . بعض الأطفال مؤهلون ل Summer EBT بدون طلب. يرجى الاتصال بولايتك أو ITO للحصول على Summer EBT لطفل حاضن ، والأطفال الذين لا مأوى لهم أو مهاجرين أو المطاردين.

بيان عدم التمييز الصادر عن وزارة الزراعة الأمريكية USDA

إشعار بعدم التمييز – وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture, USDA) والسياسات، يُحظر استخدام هذه المؤسسة للتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو الدين العقيدة أو الإعاقة أو السن أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو الانتقام بسبب نشاط سابق في الحقوق المدنية.

إضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة الكبيرة، والشريط الصوتي، ولغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) الاتصال بالولاية المسؤولة أو الوكالة المحلية التي تدير البرنامج أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم 720-2600 (202) (صوت وهاتف نصي TTY) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة تحويل المكالمات الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800).

تعليمات طلب Summer EBT

لتقديم شكوى تمييز في البرنامج ، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج AD-3027 ، نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية والذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> ، من أي مكتب وزارة الزراعة الأمريكية ، عن طريق الاتصال بالرقم (866) 632-9992، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية. يجب أن تحتوي الرسالة على اسم مقدم الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصفًا مكتوبًا للإجراء التمييزي المزعم بتفاصيل كافية لإبلاغ مساعد وزير الحقوق المدنية (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) عن طبيعة الانتهاك المزعم للحقوق المدنية وتاريخه. ويجب تقديم نموذج أو خطاب AD-3027 مكتمل إلى: (1) البريد: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; الفاكس (2) : (833) 256-1665 أو (202) 690-7442؛ أو (3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

تُقدّم هذه المؤسسة فرص قائمة على مبدأ التكافؤ.

بالإضافة إلى ذلك ، يحظر قانون ولاية نيويورك التمييز على أساس العرق أو العقيدة أو اللون أو الأصل القومي أو الجنسية أو حالة الهجرة أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو التعبير أو الوضع العسكري أو الجنس أو الإعاقة أو الحالة الاجتماعية أو الحالة كضحية للعنف المنزلي.