

CENTER/ OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	FS SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR
CASE NAME				EFFECTIVE DATE	DISPOSITION <input type="checkbox"/> DENIAL <input type="checkbox"/> REASON CODE <input type="checkbox"/> WITHDRAWAL			SERVICES TRANSACTION TYPE <input type="checkbox"/> NEW OPENING <input type="checkbox"/> REOPEN <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION						
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):			DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):			DATE	FORM OF	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION		DATE			
أوافق على سحب طلبتي. أدرك أن بإمكانني إعادة التقديم في أي وقت كان. التوقيع x التاريخ								DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____				
TA AUTHORIZATION PERIOD			MA AUTHORIZATION PERIOD			FS AUTHORIZATION PERIOD			SERVICES AUTHORIZATION PERIOD					
FROM		TO	FROM		TO	FROM		TO	FROM		TO			
ولاية نيويورك														
طلب للتقديم على: المعونة المؤقتة (TA) – المعونة الطبية (MA) – مخصصات قسائم الطعام (FS) – الخدمات (S)، بما فيه رعاية الريبب (فوستر كير) (FC) – معونة العناية بالطفل (تشايلد كير) (CC)														
نتعهد بمساعدتك ومساندتك بأسلوب مهني ووقور لتحقيق هدفك في الاكتفاء الذاتي. وبالمقابل، يجب عليك أن تتعهد أن تصبح مكتفياً ذاتياً، وأن تتحمل مسؤولية المشاركة في الجهود الرامية للوصول إلى الاكتفاء الذاتي بما فيها أنشطة العمل. أينما ترى في هذا الطلب عبارة "المعونة المؤقتة" أو "TA" فهذا يعني "معونة العائلة" و "معونة شبكة الأمان". نسمى هذين البرنامجين من المعونة العامة بـ "المعونة المؤقتة". الهدف من برامج المعونة المؤقتة (TA) هو مساعدتك فقط حتى تتمكن من دعم نفسك وعائلتك كلياً. يرجى الرجوع إلى كتيب التعليمات "كيف تملأ" (Pub-1301 Statewide-AR) عند تعبئتك هذا الطلب.														
<p>ضع إشارة أمام كل برنامج تود التقديم عليه أو يود أي فرد من أفراد أهل دارك التقديم عليه</p> <p>هل تريد أن تستلم <input type="checkbox"/> باللغة الأسبانية والإنجليزية <input type="checkbox"/> باللغة الإنجليزية فقط <input type="checkbox"/> ما هي لغتك الأم؟ <input type="checkbox"/> إنجليزي <input type="checkbox"/> أسباني <input type="checkbox"/> لغة أخرى (ما هي؟): 2</p> <p>هل ينطبق عليك أي مما يلي؟</p> <p>1 حامل <input type="checkbox"/></p> <p>2 ضحية العنف الأسري <input type="checkbox"/></p> <p>3 بحاجة إلى إثبات الأبوة <input type="checkbox"/></p> <p>4 بحاجة إلى إعالة ونفقة الطفل <input type="checkbox"/></p> <p>5 مشاكل من العقاقير المخدرة / الكحول <input type="checkbox"/></p> <p>6 قطع الوقود أو المرافق العامة <input type="checkbox"/></p> <p>7 لا يوجد أي مكان للإقامة فيه / مشرد <input type="checkbox"/></p> <p>8 مشكلة شخصية أو عائلية ماسة <input type="checkbox"/></p> <p>9 حريق أو غيره من الكوارث <input type="checkbox"/></p> <p>10 ليس لدي عمل <input type="checkbox"/></p> <p>11 مشكلة طبية خطيرة <input type="checkbox"/></p> <p>12 خسرت دخلي مؤخراً <input type="checkbox"/></p> <p>13 قيد الطرد من السكن <input type="checkbox"/></p> <p>14 بدون طعام <input type="checkbox"/></p> <p>15 بحاجة إلى رعاية الريبب (فوستر كير) <input type="checkbox"/></p> <p>16 بحاجة إلى العناية بالطفل (تشايلد كير) <input type="checkbox"/></p> <p>17 حالة أخرى <input type="checkbox"/></p>														
معلومات عن المتقدم بالطلب														
الاسم الأول			الحرف الأول من الاسم الأخير		الاسم الأخير		الرجاء الكتابة بحروف كبيرة وواضحة							
رقم البيت			رقم الشقة		رقم المدينة		رمز المنطقة ()							
بواسطة (أكمل هذه الخانة إذا كنت تستلم بريدك عن طريق شخص آخر)														
العنوان البريدي			رقم الشقة		رقم المدينة		رقم الهاتف							
الوكالة المساعدة لمقدم الطلب / اسم الشخص الذي يساعدك من هذه الوكالة / رقم الهاتف مع رمز المنطقة														
كم مضى عليك منذ إقامتك في عنوانك الحالي؟			هل هذا ملجأ؟		رقم هاتف آخر حيث يمكن الاتصال بك عليه		رمز المنطقة ()							
تعليمات الوصول إلى البيت														
العنوان السابق			رقم الشقة		رقم المدينة		رمز المنطقة ()							
إذا كنت مقدماً للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") (FS): يحق لك تقديم هذا الطلب في نفس اليوم الذي تحصل عليه. يجب أن يحتوي الطلب عند تقديمه على اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان) وعلى توقيعك أدناه. إذا كنت مؤهلاً لذلك، فقد تحصل على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") من تاريخ تقديمك للطلب. يمكنك أن تحصل على قسائم الطعام ("فود ستامبس") بشكل أسرع وذلك إذا كان لديك مواردك السائلة قليلاً أو معدوماً، أو إذا كان قدر قسط الإيجار ومصاريف المرافق العامة أكثر من قدر دخلك ومواردك السائلة. تكلم مع مسؤول ملفك إذا كان لديك أي استفسار حول هذا الأمر.														
توقيع مقدم الطلب / الممثل بشأن تلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") (FS)														

LN	رموز الانتماء العرقي / الأصلي التراتي						CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	ENTER APPROPRIATE CODES											
	H	I	A	B	P	W		REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL			
	H هسباني أو لاتينو (لاتينية) I من سكان أمريكا الأصليين أو سكان الإسكا الأصليين A آسيوي B أمريكي أسود أو من أصل أفريقي P من سكان هاواي الأصليين أو من جزر الباسفيك W أبيض																		
	إذا كنت هسباني أو لاتينو أدخل الحرف Y (نعم) أو N (لا) أدخل الحرف Y (نعم) أو N (لا) لكل انتماء عرقي																		
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			

ANTICIPATED FUTURE ACTION				CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS	CONSIDER	REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
LINE NO.	CODE	DATE						Photo I.D.	
								Birth Verification	
								Marriage License	
SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE							Social Security Card		
SFUI	CODE	SFUI	CODE				Code 9 Resolution		
SFUI	CODE	SFUI	CODE				Alien Status		
							Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)		
NEEDED		REFERRALS			COMPLETED				
		CAP							
		Services							
		SSA							
		Legal							
						✓ Relationship ✓ Filing Unit ✓ Legally Responsible Relative ✓ Single Economic Unit ✓ FS Household Composition ✓ FS Aged/Disabled Individual ✓ Photo ID/AFIS ✓ CBIC/PIN ✓ RFI/OCA ✓ Health Insurance ✓ SS-5/LDSS-4000			

معلومات عن الجنسية / الوضع القانوني للمقيم الأجنبي														
الرجاء قراءة الصفحة كاملة قبل البدء بتعبئتها. إذا كان لديك أي سؤال فراجع كتيب التعليمات "كيف تملأ" أو تكلم مع مسؤول ملفك														
الجزء رقم 8					الجزء رقم 9 - الشهادة									
<p>أدرج اسم كل فرد متقدم أو يشترط عليه التقديم.</p> <p>إذا كان لديك أي سؤال فراجع كتيب المعلومات " كيف تملأ" (PUB-1301 Statewide-AR)، أو تكلم مع مسؤول ملفك.</p> <p>لا يجب عليك تعبئة الجزئين رقم 8 و 9 إذا كنت متقدماً للمعونة الطبية فقط و:</p> <ul style="list-style-type: none"> كنت حاملاً، أو كنت متقدماً لتغطية علاج حالة طبية طارئة فقط. <p>يجب عليك تعبئة الجزء رقم 8 و 9 وذلك إذا كنت:</p> <ul style="list-style-type: none"> متقدماً للمعونة الطبية فقط، ولكن لا يتطلب منك أن تشمل أسماء الأشخاص الذين لا يريدون المعونة الطبية. متقدماً لمعونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") فقط، ولكن يتطلب منك تعبئة المعلومات الخاصة بالأطفال المعنيين بتلقي معونة العناية بالطفل. متقدماً لرعاية الربيب ("فوستر كير") فقط، ولكن يتطلب منك تعبئة المعلومات الخاصة بالأطفال المعنيين بتلقي رعاية الربيب. متقدماً للخدمات الأخرى تحت ظروف معينة. 					<p>تتشرط بعض برامج الخدمات الاجتماعية أن تشهد بأنك مواطن من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها، أو أجنبي مقيم فيها وتتمتع بوضع هجرة مقبول. علماً بأن برامج أخرى لا تتطلب مثل هذه الشهادة. إذا كنت أجنبياً ولا تعرف إذا كان لديك وضع هجرة مقبول، فأنظر إلى كتيب التعليمات "كيف تملأ"، أو تكلم مع مسؤول ملفك.</p> <p>يجب عليك أن توقع هذه الشهادة إذا كنت مواطناً من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها، أو أجنبي مقيم بوضع مقبول، وكنت متقدماً لأحد البرامج التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> المعونة المؤقتة (حيث يوجد أطفال من بين أهل الدار أو يكون فرد من أفراد أهل الدار حامل)؛ أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؛ أو المعونة الطبية (باستثناء إذا كانت مقدمة الطلب امرأة حامل)؛ أو برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"؛ أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") (شهادة مطلوبة بشأن الأطفال فقط)؛ أو العناية بالربيب ("فوستر كير") (شهادة مطلوبة بشأن الأطفال فقط)؛ أو خدمات أخرى تحت ظروف معينة. <p>يجوز لشخص بالغ من أهل الدار أو لمتنل مفض أن يوقع نيابة عن جميع أفراد أهل الدار. مثلاً: يجوز للوالد الذي لا يتمتع بوضع هجرة مقبول أن يوقع اسمه أو اسمها نيابة عن طفله أو طفلها الذي يتمتع بوضع مقبول.</p>									
<p>يجب أن يدرج الطلب المقدم بشأن قسائم الطعام (FS) أسماء جميع الأشخاص الذين يعيشون في الدار المقدم لمخصصات قسائم الطعام. يجب أن يدرج الطلب بشأن المعونة المؤقتة (TA) أسماء جميع الأطفال الذين قدم لهم، وأسماء أخوتهم وأخواتهم، وأسماء جميع آباء وأمهات هؤلاء الأطفال الذين يعيشون معاً. إذا لم توضع إشارة إذا كان الشخص المدرج من مواطني الولايات المتحدة أو من رعاياها، أو أجنبي مقيم، أو إذا لم يتم تقديم رقم الإقامة لأجنبي مقيم، فإلى يعطى هذا الشخص المعونة، وسيتلقى باقي أفراد أهل الدار مخصصات مخفضة.</p>														
<p>وقع * وضع التاريخ في المربع أدناه عن كل مقدم طلب .</p> <p>في حال كان مقدم الطلب أجنبي مقيم، فضع إشارة (✓) في كل برنامج يقدم له كل أجنبي مقيم يتمتع بوضع هجرة مقبول. راجع كتيب المعلومات " كيف تملأ" (PUB-1301 Statewide-AR).</p>														
LN	الاسم الأول	الحرف الأوسط	الاسم الأخير	ضع إشارة في مربع "مواطن / من الرعايا" أو "أجنبي مقيم" لكل شخص	رقم المقيم (إذا كان ملائماً)	التاريخ	S	F	C	M	A	F	T	A
				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/>										
01				أجنبي مقيم <input type="checkbox"/>										
02				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/>										
03				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/>		9								
04				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/>										
05				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/>										
06				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/>										
07				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/>										
08				مواطن / من الرعايا <input type="checkbox"/>										
<p>أدرج أن توقيع هذه الشهادة قد يؤدي إلى تقديم المعلومات عن الأفراد المقدمين من بين أهل داري إلى مصلحة الهجرة والجنسية (INS) للتحقق من وضع الهجرة إذا كان ذلك ملائماً.</p> <p>استخدام أو إفشاء المعلومات الواردة أعلاه مقصور على الأشخاص والمنظمات المتصلة بشكل مباشر بالتحقق من وضع الهجرة وشؤون إدارة أو تنفيذ أحكام برامج المعونة المؤقتة (TA)، ومخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") (FS)، والمعونة الطبية (MA)، وبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" (MSP)، ومعونة العناية بالأطفال (CC)، ورعاية الربيب (FC)، والخدمات (S).</p>														
<p>بوضع تاشيرتي على المربع أعلاه، ويتوقعي على الشهادة في الجزء رقم 9 أشهد تحت طائلة عقوبة شهادة الزور، بأنني و/أو الأشخاص الذين أوقع نيابة عنهم، مواطن من مواطني الولايات المتحدة أو رعاياها، أو أجنبي مقيم بوضع هجرة مقبول.</p>					<p>* يجوز للشخص الذي يرغب بتوقيع الشهادة ولكن لا يستطيع الكتابة أن يضع علامة "X" على الخط بحضور شاهد. يجب على الشاهد أن يوقع اسمه أو اسمها أدناه. أشهد على العلامات الموضوعة على كل من الخطوط رقم _____ توقيع الشاهد: _____ تاريخ التوقيع: _____</p>									

لا تكتب في المناطق المظللة			معلومات عن الوالد الذي ليس لديه حق حضارة الأطفال / إعالة ونفقة الطفل / الإعالة الطبية																																																
<p>إذا كنت متقدماً لتلقي المعونة المؤقتة، فيجب عليك مساعدتنا في الحصول على إعالة ونفقة الطفل / الإعالة الطبية لك ولطفالك. إذا كنت متقدماً لتلقي المعونة الطبية فقط، فقد يتطلب الأمر أن تساعدنا في الحصول على معلومات الإعالة الطبية الخاصة بك وبجميع الأطفال المتقدمين. إذا كنت متقدماً لتلقي معونة العناية بالطفل و/أو إعالة الريبب، فقد يتطلب الأمر منك مساعدتنا في الحصول على معلومات بشأن إعالة ونفقة الطفل الخاصة بجميع الأطفال المتقدمين. إذا كان لديك أي سؤال، فراجع كتيب التعليمات "كيف تملأ" (PUB-1301 Statewide-AR). أدرج اسم كل شخص يقل سنه عن 21 سنة والذي لا يكون والده أو والدته (والدها أو والدتها) من بين أهل الدار، واكتب أية معلومات حالية تعرفها عن الوالد الذي ليس لديه حق حضارة الأطفال. إذا كنت أقل من 21 سنة من العمر، فأكتب المعلومات عن والدك الذي ليس لديه حق حضارة الأطفال والذي لا يقيم في المنزل.</p>			اسم الشخص الذي يقل عمره عن 21 سنة		اسم الوالد الذي ليس لديه حق حضارة الأطفال وعنوانه أو عنوانها																																														
			تاريخ ميلاد الوالد الذي ليس لديه حق حضارة الأطفال		شهر		يوم																																												
			سنة		شهر		يوم																																												
<p>اسم الشخص الذي يقل عمره عن 21 سنة</p> <p>أ. _____</p> <p>ب. _____</p> <p>ج. _____</p> <p>د. _____</p> <p>هـ. _____</p>			10																																																
<p>Circle whichever arrangement applies:</p> <p>Is there JOINT/SHARED/SPLIT custody? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If Yes, how was it determined? <input type="checkbox"/> court order <input type="checkbox"/> agreement of the parties</p>			<p>هل تحصل على دفعات إعالة الطفل أو هل يحصل على أي شخص يقيم معك عليها؟</p> <p>إذا كان الجواب نعم، فأدرج أدناه:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>اسم الشخص الذي يحصل على الدفعة</th> <th>قدر المبلغ المدفوع</th> <th>أوقات الدفع</th> <th>من الذي يدفع</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>\$</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				اسم الشخص الذي يحصل على الدفعة	قدر المبلغ المدفوع	أوقات الدفع	من الذي يدفع		\$				\$				\$				\$																											
اسم الشخص الذي يحصل على الدفعة	قدر المبلغ المدفوع	أوقات الدفع	من الذي يدفع																																																
	\$																																																		
	\$																																																		
	\$																																																		
	\$																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>REQUESTED</th> <th>DOCUMENTATION</th> <th>IN FILE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Paternity Acknowledgement</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Child Support Order</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Good Cause Form (LDSS-4279)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>IV-D Attestation (LDSS-4281)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>LRR Letter/Questionnaire</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Other Support</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Death Certificate</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Divorce Decree</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>VA Benefits</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Order of Filiation/Paternity</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE		Paternity Acknowledgement			Child Support Order			Good Cause Form (LDSS-4279)			IV-D Attestation (LDSS-4281)			LRR Letter/Questionnaire			Other Support			Death Certificate			Divorce Decree			VA Benefits			Order of Filiation/Paternity		<p>معلومات عن الزوج (أو الزوجة) الغائب أو المتوفى – إذا كان لأي شخص متقدم بالطلب زوجاً أو زوجة على قيد الحياة، ويعيش أو تعيش في مكان آخر، أو زوجاً متوفى أو زوجة متوفاة، فيرجى الإشارة إلى ذلك.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>الاسم الأول</th> <th>الأوسط</th> <th>الاسم الأخير</th> <th>تاريخ الميلاد</th> <th>تاريخ الوفاة</th> <th>رقم الضمان الاجتماعي</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				الاسم الأول	الأوسط	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	تاريخ الوفاة	رقم الضمان الاجتماعي						
REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE																																																	
	Paternity Acknowledgement																																																		
	Child Support Order																																																		
	Good Cause Form (LDSS-4279)																																																		
	IV-D Attestation (LDSS-4281)																																																		
	LRR Letter/Questionnaire																																																		
	Other Support																																																		
	Death Certificate																																																		
	Divorce Decree																																																		
	VA Benefits																																																		
	Order of Filiation/Paternity																																																		
الاسم الأول	الأوسط	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	تاريخ الوفاة	رقم الضمان الاجتماعي																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>NEEDED</th> <th>REFERRALS</th> <th>COMPLETED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>CTHP</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAP</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>CSS Application (LDSS-2521)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>IV-D (LDSS-2860)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Paternity</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>CONSIDER</p> <p>✓ Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse</p> <p>✓ Petition to Family Court</p> <p>✓ Child Health Plus</p> <p>✓ TASA</p> <p>✓ SSI/SSA</p>			NEEDED	REFERRALS	COMPLETED		CTHP			CAP			CSS Application (LDSS-2521)			IV-D (LDSS-2860)			Paternity		<p>العنوان</p> <p>11</p> <p>المدينة</p> <p>المقاطعة ("كاونتي")</p> <p>الولاية</p> <p>الرمز البريدي</p>																														
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED																																																	
	CTHP																																																		
	CAP																																																		
	CSS Application (LDSS-2521)																																																		
	IV-D (LDSS-2860)																																																		
	Paternity																																																		
<p>معلومات عن الطفل الغائب – إذا كان لأي شخص متقدم بالطلب طفلاً تحت 18 سنة من العمر ويعيش في مكان آخر، فالرجاء الإشارة إلى ذلك.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>اسم الشخص مقدم الطلب</th> <th>اسم الطفل الغائب</th> <th>تاريخ الميلاد</th> <th>العنوان</th> <th>هل الأبوة متبته؟</th> <th>هل تدفع إعالة ونفقة الطفل؟</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>لا</td> <td>لا</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>لا</td> <td>لا</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>لا</td> <td>لا</td> </tr> </tbody> </table>			اسم الشخص مقدم الطلب	اسم الطفل الغائب	تاريخ الميلاد	العنوان	هل الأبوة متبته؟	هل تدفع إعالة ونفقة الطفل؟					لا	لا					لا	لا					لا	لا	<p>12</p>																								
اسم الشخص مقدم الطلب	اسم الطفل الغائب	تاريخ الميلاد	العنوان	هل الأبوة متبته؟	هل تدفع إعالة ونفقة الطفل؟																																														
				لا	لا																																														
				لا	لا																																														
				لا	لا																																														
<p>TEEN PARENT CHILDREN</p> <p>LN NO. _____ LN NO. _____</p>			<p>TEEN PARENT:</p> <p>LN NO. _____ Marital Status _____</p> <p>High School Diploma? _____</p> <p>LN NO. _____ Marital Status _____</p> <p>High School Diploma? _____</p>																																																
<p>معلومات عن الوالد في سن المراهقة</p> <p>هل يوجد والد يقل عمره عن 18 سنة من بين أهل الدار؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>من هو أو هي: _____</p> <p>هل يقيم الوالد المراهق مع أهل الدار؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>اسم طفل الوالد المراهق: _____</p>			<p>13</p>																																																

لا تكتب في المناطق المظللة					موارد الدخل							
INCOME					CD	قدر المبلغ / القيمة	من	قدر المبلغ / القيمة	من	لا	نعم	أشر إذا كنت تستلم، أو كان أي فرد من الذين يقيمون معك يستلم، أمالاً من:
LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD		01							1
												أجور، رواتب، بما فيه أجر ساعات العمل الإضافي، عمولات، برامج تدريبية، بقشيش
					20							2
					49							3
					45							4
					42							5
												6
					43							7
					44							8
					38							9
					39							10
					03							11
					59							12
					33							13
					55							14
					37							15
					10							16
												17
												18
												19
					02							20
												21
												22
					50							23
												24
												25
												26
					31							27
					14							28
												29
												دخل من مصادر أخرى (يرجى التحديد)
معلومات عن زوج الأم أو زوجة الأب / معلومات عن كفيل الشخص الأجنبي												
أجب على جميع الأسئلة المدرجة أدناه												
NEEDED	REFERRAL	COMPLETED										
	UIB											
هل لدى زوج الأم أو زوجة الأب لأي من الأطفال الذين يقيمون معك أي نوع من الموارد أو هل يتلقون أي نوع من الدخل؟												
هل يوجد من بين أهل دارك أجنبي مقيم تمت كفالته من قبل كفيل لدخول الولايات المتحدة؟												
اسم الكفيل: _____												
رقم الهاتف: _____												
العنوان: _____												

14

15

لا تكتب في المناطق المظللة

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Worker's Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	

CONSIDER
✓ Earned Income Tax Credit (Flyer)
✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
✓ Net Loss of Cash Income
✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
✓ Employment Sanctions
✓ Temporary Employment
✓ Disability Review
✓ Individual Development Account (IDA)
✓ Voluntary Quit

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES				
Who Pays	Amount	Name(s)	Age(s)	Care Provider
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			

معلومات عن التوظيف

أنا حالياً: أعمل في وظيفة أعمل أعمال حرة عاطل عن العمل

الدخل الإجمالي \$ _____ مجموع عدد الساعات التي أعملها في كل شهر _____
 1 أنقاضي أجري كل أسبوع كل أسبوعين كل شهر ما هو يوم الأسبوع الذي يتقاضى فيه أجرك؟
 اسم رب العمل وعنوانه: _____
 رقم الهاتف: _____

هل يعمل حالياً أي من الأشخاص الذين يقيمون معك في وظيفة؟ في أعمال حرة؟
 من هو أو هي؟: _____
 الدخل الإجمالي \$ _____ مجموع عدد الساعات التي أعملها في كل شهر _____
 2 يتقاضى الأجر كل أسبوع كل أسبوعين كل شهر ما هو يوم الأسبوع الذي يتقاضى فيه الأجر؟
 اسم رب العمل وعنوانه _____
 رقم الهاتف: _____

هل لدى أي منكم تأمين صحي من أرباب العمل الذين تعملون لديهم؟ لا نعم
 من هو أو هي؟: _____
 3 اسم شركة التأمين: _____

هل يتكلف أي منكم مصاريف للعناية بالطفل أو بالمعال بسبب العمل؟ لا نعم
 من هو أو هي؟: _____
 4 هل يتكلف أي منكم مصاريف أخرى متعلقة بالعمل؟ لا نعم
 من هو أو هي؟: _____
 5 إن كنت الآن عاطلاً عن العمل، فمتى كانت آخر مرة عملت فيها أو عمل فيها أي شخص يقيم معك؟
 من هو أو هي؟: متى: _____
 أين: _____
 6 ما هو سبب توقفك (أو توقفهم) عن العمل؟ _____

هل أنت أو من يقيم معك مشترك الآن في إضراب؟ لا نعم
 من هو أو هي؟: متى: _____
 7 هل أنت أو من يقيم معك عامل متنقل أو تعمل في الزراعة الموسمية؟ لا نعم
 من هو أو هي؟: _____
 8 ما هو نوع العمل الذي ترغب العمل فيه؟ (صف) _____
 9 هل تقبل العمل في وظيفة اليوم؟ لا نعم
 10 إذا كان الجواب لا، فما هو السبب؟ _____

لا تكتب في المناطق المظللة

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS- 3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

FS STUDENT ELIGIBILITY CRITERIA	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the FS student eligibility requirement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is there a 16-19 year old parent who does not have a high school diploma or G.E.D., and who is not attending school?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is anyone in training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are any other supportive services appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are there any training related expenses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

التحصيل التعليمي / التدريبي

أشر إن كنت أو كان من يقيم معك ومتقدم معك لتلقي المعونة أو يتلقى المعونة:

لديه شهادة "هاي سكول" (الثانوية) أو ما يعادلها ("جي إي دي")؟ نعم لا

1 من هو أو هي: _____

تواريخ الدوام: _____

تواريخ الانتهاء: _____

مشاركاً في الماضي أو حالياً في أي برنامج تدريبي؟ نعم لا

2 من هو أو هي: _____

أين _____

اسم البرنامج _____

تواريخ الدوام _____

تواريخ الانتهاء _____

يبليغ 16 سنة من العمر أو أكثر ويدوم في مدرسة أو كلية؟ نعم لا

3 من هو أو هي _____

أين _____

بالنسبة لأطفالك الذين تقل أعمارهم عن 16 سنة، أدرج أسماءهم والمدارس التي يدرسون فيها:

من هو أو هي _____

اسم المدرسة _____

من هو أو هي _____

اسم المدرسة _____

من هو أو هي _____

4 اسم المدرسة _____

من هو أو هي _____

اسم المدرس _____

من هو أو هي _____

اسم المدرسة _____

من هو أو هي _____

اسم المدرسة _____

لا تكتب في المناطق المظلمة		
NEEDED	REFERRAL	COMPETED
	Legal	
	Resource	
LIFE INSURANCE		
FACE AMOUNT	CASH VALUE	
REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	
CONSIDER		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ "In Trust" Accounts ✓ Children's Resources ✓ Lump Sum ✓ Boats, Campers, Snowmobiles ✓ Income Tax Refund ✓ Individual Development Account (IDA) ✓ Exempt Vehicles 		

معلومات عن الموارد									
أشر إذا كان لديك، أو لدى أي شخص يقيم معك ومتقدم في نفس الوقت معك، أي من التالي:									
نعم	لا	من	إذا كان الجواب نعم، فأكتب قدر المبلغ / القيمة	من	إذا كان الجواب نعم، فأكتب قدر المبلغ / القيمة	نعم	لا	من	نعم
			\$						1
									2
									3
									4
									5
									6
									7
									8
									9
									10
									11
									12
									13
									14
									15
									16
									17
									18
									19
									20
									21
									22
									23

18

VEHICLE INFORMATION									
YR.	MAKE	MODEL	OWNER'S NAME	AMOUNT OWED	NADA VALUE	EXEMPT		LIEN HOLDER	ACCOUNT NO.
						YES*	No		
				\$					
				\$					
*IF EXEMPT, WHY?									

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE	لا تكتب في المناطق المظللة			معلومات طبية		
	Pregnancy Statement		POLICY NO.:	لا	نعم	أشر إن كان لديك، أو لدى أي شخص يقيم معك وفي نفس الوقت متقدم معك، أي من الأشياء التالية:		
	Med/Psych Statement					فواتير طبية أو مصاريف متعلقة بشؤون طبية		
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)					تأمين صحي أو استشفائي / أو ضد الحوادث (بما فيه التأمين الذي تحصل عليه من رب العمل)		
	Drug/Alcohol Statement					تأمين الـ"مديكير" (بطاقة حمراء وبيضاء وزرقاء)		
	Paid or Unpaid Medical Bills					مرافق للاعتناء بالصحة		
	SSI Application Verification TA ONLY					كفيف، أو مريض، أو معاق وعاجز		
CONSIDER						طفل مصاب بإعاقة وعجز		
✓ AD/SSI Related ✓ FS Aged/Disabled Indicator ✓ FS Medical Deduction ✓ TPHI Reimbursement ✓ Buy-In Eligibility ✓ Kreiger (LDSS-3664) ✓ Domestic Violence ✓ SSI Referral						موجود في المستشفى، أو في بيت للمسنين، أو في أي نوع من أنواع المؤسسات الطبية الأخرى		
						فواتير طبية مدفوعة أو غير مدفوعة خلال فترة الثلاثة (3) أشهر السابقة للشهر الذي تقدم فيه هذا الطلب		
						إدمان في السابق أو الحاضر على المخدرات أو الكحول		
			بحاجة إلى عناية في البيت					
			حامل					
			12. إن كنت حاملاً، فالرجاء إعطاء تاريخ موعد الولادة:					
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED				أشر إذا كنت، أو كان لدى أي شخص يقيم معك وفي نفس الوقت متقدم معك:		
	SSI (D-CAP)					يتلقى العلاج في برنامج علاج إساءة استخدام المخدرات والعقاقير أو الكحول		
	Disability Interview (LDSS-1151)					غير قادر على العمل خلال فترة 12 شهراً الماضية بسبب إعاقة وعجز أو مرض		
	Medical Report (LDSS-486, 486t)					محدود النشاطات اليومية بسبب إعاقة وعجز أو مرض امتد لفترة 12 شهراً على الأقل، أو سيطول لمثل هذه الفترة		
	Disability Report					يعاني من حادث سيارة أو من حادث متعلق بالعمل خلال فترة السننتين (2) الماضيتين		
	AD					هل قامت أية وكالة حكومية (برنامج عام) فيما عدا المعونة الطبية أو "مديكير" بتسديد أي من الفواتير الطبية		
	TPHI		RETROACTIVE MEDICAID		WHO		DATE	
	VESID							
	CTHP							
	PCAP							
	Family Planning							
	TASA							
	SSA (RSDI)							
	Veteran's Benefits							
	Veteran's Counseling							
	Child Health Plus							
	COBRA Eligibility							
	Nurse's Aide Service							
	Home Care							
			RECURRING MEDICAL EXPENSES		WHO		AMOUNT \$	AMOUNT \$
			TPHI: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		MEDICAL BILLS: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			

لا تكتب في المناطق المظللة

SHELTER COSTS		MONTHLY ACTUAL COST
A. Room and Board		
B. Rent		
C. Trailer Lot Rent		
D. Mortgage Payment		
1.	Principal	
2.	Interest	
3.	Property Tax (Including School Tax)	
4.	Homeowner's Insurance on Structure (Incl. Fire Insurance)	
5.	Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6.	Assessments (Sewer, etc.)	
D. Total Mortgage Payment (Line 1-6)		
E. Utility/Phone Installation Fees		
TOTAL (Lines A - E)		

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	
CONSIDER		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utility and/or Fuel Restrict ✓ Utility Guarantee ✓ HEAP ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount ✓ Foster Care Related Additional Allowances ✓ FS Household Comp. Rules ✓ FS Aged/Disabled Indicator ✓ Real Property Tax Credit ✓ Life Line ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance ✓ Property Lien 		

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Fuel for Heat(ing) *				
B. Electricity				
C. Gas				
D. Liquid Propane Gas				
E. Other Utilities* (Water, etc.)				
F. Telephone*				
G. Air Conditioning				
H. Utility/Telephone Installation Fees				
I. Sewer				
J. Garbage				
K. Trash				
L. Other Expenses				
TOTAL				

*CONSIDER CUSTOMER OF RECORD FOR SUA

المأوى

ما هو اسم صاحب العقار الذي تستأجر منه؟

ما هو عنوان صاحب العقار؟

ما هو رقم هاتف صاحب العقار؟

()

إذا كان الجواب نعم، فما هو المبلغ؟	لا	نعم	
\$			هل تدفع (أو يدفع أي شخص يقيم معك) قسط إيجار، أو قسط شراء بيت ("موريج")، أو أي نوع آخر من مصاريف المأوى؟
			هل تدفع (أو يدفع أي شخص يقيم معك) فاتورة التدفئة كفاتورة منفصلة عن قسط الإيجار أو مصاريف المأوى؟
إذا كان الجواب نعم، فما هو المبلغ؟	لا	نعم	هل لديك (أو لدي أي شخص يقيم معك) أي من المصاريف التالية منفصلة عن قسط الإيجار أو مصاريف المأوى؟
\$		1	• كهرباء
		2	• غاز
		3	• مرافق عامة أخرى (ماء، ... الخ)
		4	• هاتف
		5	• تكييف الهواء
		6	• رسوم توصيل وتركيب المرافق / الهاتف
		7	هل يقوم أي شخص، أو مجموعة، أو منظمة من خارج أهل الدار بتسديد أي من مصاريف أهل الدار؟
		8	هل تقيم في سكن حكومي ("بابلنك هاوسينغ")؟
		9	هل تقيم في سكن مصنف بالقسم 8 ("سكشن 8")، أو أي نوع من أنواع السكن المدعوم الأخرى.
		10	هل تقيم في سكن لبرنامج تأهيلي خاص بمستخدمي المخدرات والعقاقير / الكحول؟
		11	هل تقيم في مأوى خاص بالعنف الأسري؟

20

من هو أو هي	لا	نعم	معلومات أخرى (تابع)
			هل قمت أو قام أي شخص مقيم معك وفي نفس الوقت متقدم معك بالانتقال إلى هذه المقاطعة ("كاونتي") من مقاطعة أخرى في ولاية نيويورك خلال الشهرين الماضيين؟
			هل تمت إيداعك، أو إدانة أي شخص مقيم معك، و/أو جردت أو جردت من الأهلية لتلقي المعونة المؤقتة و/أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") بسبب الاحتيايل / أو مخالفة البرنامج عن قصد وعمد؟
			هل تلقيت أو تلقي أي شخص يقيم معك مخصصات لا يحق لكم تلقيها، ولم يتم تسديدها كلياً إلى هذه الوكالة أو غيرها؟
			هل أنت أو أي فرد من أفراد أهل دارك تمت إدانته بسبب تقديم بيان أو تصريح احتيالي بشأن مكان الإقامة للحصول على معونة مؤقتة في ولايتين أو أكثر؟
			هل أنت أو أي فرد من أفراد أهل دارك هارب من المحاكمة، أو السجن، أو الإيداع في جريمة؟
			هل أنت أو أي فرد من أفراد أهل دارك مخالف لمراقبة السلوك ("بروبيشن") أو الإفراج المشروط ("بيروول")؟
وضع نقل الممتلكات			
<input type="checkbox"/> قمت <input type="checkbox"/> لم أقم ببيع أو نقل أو إعطاء ممتلكاتي لأي شخص لأجل تلقي المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس").			
REQUESTED	DOCUMENTATION	INFIL	
	School Attendance Verification (LDSS-3708)		
	Educational Grant Worksheet		
	Child/Dependent Care Statement		
	Recoupments		
	Outstanding Overpayment		
	Pending Disqualification		

لا تكتب في المناطق المظللة

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

معلومات إضافية

مصاريف أخرى

أشر إذا كنت أنت، أو أي شخص يقيم معك ومنتقم معك: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كان الجواب نعم، فما هو المبلغ؟
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	يسدد إعالة الطفل (تشايلد سيورت) 1 \$
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	يسدد نفقة زوجية ("اليموني") 2 \$
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	يسدد العناية بالطفل ("تشايلد كير") 3 \$
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	يسدد العناية بالمعال 4 \$
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	يسدد الأقساط والرسوم المدرسية 5 \$
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	لديه مصاريف أخرى. <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أدرجها بالتحديد: 6 \$

هل يستحق عليك، أو يستحق على أي شخص يقيم معك ومنتقم معك، قدر أربعة شهور على الأقل من إعالة الطفل صادرة بقرار من المحكمة لطفل عمره أقل من 18 سنة؟ لا نعم

معلومات أخرى

<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل تشتري في الوقت الحاضر أو تنوي شراء وجبات طعام من خدمات توصيل الطعام إلى المنزل أو خدمات الطعام الجماعية؟ 8
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل أنت قادر على تحضير الطعام في المنزل؟ 9
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل خدمت أو خدم أي شخص من أهل دارك في القوات المسلحة للولايات المتحدة؟ 10
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل خدمت زوجتك (أو خدم زوجك) في القوات المسلحة للولايات المتحدة؟ 11
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل أي شخص من أهل دارك معال من قبل أحد خدم أو يخدم في القوات المسلحة للولايات المتحدة؟ 12

هل تتلقى أو يتلقى أي شخص يقيم معك معونة أو خدمات في الوقت الحاضر؟ لا نعم

LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED	نوع المعونة	إذا كان الجواب نعم، فمن؟ 13

هل تلقيت أو تلقي أي شخص يقيم معك معونة أو خدمات في الماضي؟ لا نعم

LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED	نوع المعونة	إذا كان الجواب نعم، فمن؟ 14

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		<input checked="" type="checkbox"/> FS Dependent Care Deductions
	State Charge		<input checked="" type="checkbox"/> District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)
	UIB		

NOTES/COMMENTS

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING TA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.

CONSIDER

- ✓ Actual Expenses
- ✓ Actual Shelter
- ✓ Actual Fuel/Utility Costs
- ✓ Telephone Expenses
- ✓ Car Expenses
- ✓ Furniture/Appliance Rental
- ✓ Cable TV
- ✓ Private School Tuition
- ✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

\$

Actual Expenses

\$

- Actual Income

\$

= Difference

NO YES

Does Client Receive Contribution Towards Difference

If Yes, From Whom?

اقرأ المعلومات المهمة المدرجة أدناه

إخطارات

بيان قانون الخصوصية - تجميع واستخدام أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) - إن تجميع أرقام الضمان الاجتماعي من كل فرد من أفراد أهل الدار بشأن مخصصات قسائم الطعام مفوض به بموجب قانون قسائم الطعام لسنة 1977 (المعدل، 7 US Code 2011-2036).

إن تجميع أرقام الضمان الاجتماعي فيما يخص كافة البرامج الأخرى التي يشترط نموذج الطلب فيها تقديم رقم الضمان الاجتماعي هو إجباري أيضاً ومصرح به تحت جزء أو أكثر من أجزاء القانون التالية: (c) 205 من قانون الضمان الاجتماعي (42 U.S. Code 405)، الجزء 1137 من قانون الضمان الاجتماعي (7-42 U.S. Code 1320b) و الجزء (a) 2(7) من قانون الخصوصية لسنة 1974. أنظر إلى الجزئين 6 و 23 من كتيب التعليمات "كيف تكمل ملء"، أو تكلم مع مسؤول ملفك.

ستستخدم المعلومات التي نجعلها لتحديد إذا كان أهل دارك مؤهلون لتلقي المعونة أو المخصصات أو مستمرين في التأهل لتلقيها. سنتحقق من صحة هذه المعلومات من خلال برامج مطابقة مشغلة على الكمبيوتر. ستستخدم هذه المعلومات أيضاً لمراقبة الامتثال مع أنظمة البرنامج ولشؤون إدارة البرنامج.

يجوز الإفتاء عن هذه المعلومات إلى وكالات فيدرالية أو وكالات الولاية الأخرى بهدف فحصها بصورة رسمية و إلى قوى الأمن لإلقاء القبض على الأشخاص الهاربين من القانون.

ستستخدم المعلومات للتأكد من الهوية الشخصية، والتحقق من الدخل المكتسب وغير المكتسب، وتحديد إذا يمكن للأبناء الغائبين أن يحصلوا على تغطية تأمين صحية لمقدمي الطلب أو المتلقين، وتحديد إذا يقدر مقدمو الطلب أو المتلقون أن يحصلوا على إعالة ونفقة الطفل أو إعالة ونفقة الزوجة (أو الزوج)، وتحديد إذا يقدر مقدمو الطلب أو المتلقون أن يحصلوا على مبلغ مال أو معونة أخرى.

قد تستخدم المعلومات التي نجعلها بشأن مقدمي الطلب لتلقي معونة العائلة ومعونة شبكة الأمان وبشأن المتلقين لها، بما فيه أرقام الضمان الاجتماعي، للمساعدة في تشكيل المجموعات لاختيار هيئات المحلفين منها.

إذا صدرت مطالبة ضد أهل دارك بشأن قسائم الطعام، يجوز أن تحول المعلومات الموجودة على هذا الطلب، بما فيه جميع أرقام الضمان الاجتماعي إلى الوكالات الفيدرالية ووكالات الولاية، والشركات الخاصة العاملة في تحصيل المطالبات، لاتخاذ التدابير اللازمة لتحصيلها؛ وذلك شرط أن تكون المعلومات المطلوبة بما فيه رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد أهل الدار، مقدمة بشكل طوعي بشأن مخصصات قسائم الطعام. علماً، أنه سيتم رفض طلب التقديم إلى مخصصات قسائم الطعام إذا لم يعط الشخص رقم ضمان اجتماعي. كما أن أرقام الضمان الاجتماعي للأفراد غير المؤهلين سيتم الإفتاء عنها وستستخدم في نفس الطريقة المبينة أعلاه.

استرداد المصاريف الطبية - كجزء من طلبك المقدم لتلقي المعونة الطبية، يحق لك الآن أو في وقت لاحق أن تطلب استرداد المصاريف التي دفعتها لعناية وخدمات ولوازم طبية مشمولة تغطيتها خلال فترة ثلاثة شهور قبيل الشهر الذي قدمت فيه طلبك. بعد تاريخ الطلب، سيكون استرداد مصاريف العناية والخدمات واللوازم الطبية المشمولة تغطيتها متوفرة لك فقط إذا حصلت عليها من مقدمي خدمات صحية منتسبين إلى برنامج الـ"مديكيد".

الإعالة والنفقة - التقديم للحصول على معونة العائلة (FA)، أو معونة شبكة الأمان (SNA)، أو خدمات رعاية الريبب يكون على أساس تنازل من مقدم الطلب أو المتلقي إلى الولاية ودائرة الخدمات الاجتماعية عن أي حقوق في الإعالة والنفقة التي يكون له / لها حق فيها من أي شخص آخر، أو تكون لمنفعة فرد آخر من أفراد العائلة الذي يكون مقدم الطلب أو المتلقي مقدماً للحصول على المعونة أو متلقياً لها (قانون الخدمات الاجتماعية رقم 158 و 348). تحتوي أجزاء أخرى من هذا الطلب على تنازلات إضافية.

إخطار بشأن عدم التمييز - بموجب القانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) و وزارة الخدمات الصحية والإنسانية للولايات المتحدة (HHS)، تمنع هذه المؤسسة من التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل الوطني، أو الجنس، أو العمر، أو العجز. ويمقتضى قانون قسائم الطعام وسياسة وزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) يمنع التمييز أيضاً على أساس الديانة أو المعتقدات السياسية.

لتقديم شكوى حول التمييز، اتصل بوزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) و وزارة الخدمات الصحية والإنسانية للولايات المتحدة (HHS) أو أكتب إلى العنوان التالي:

USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410

أو اتصل بالرقم 720-5964 (202) (صوت و TDD). أكتب إلى

HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201

أو اتصل بالرقم 619-0403 (202) (صوت) أو بالرقم 619-3257 (202) (TDD). تقدم كل من وزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) و وزارة الخدمات الصحية والإنسانية للولايات المتحدة (HHS) المساواة في فرص التوظيف وتقديم الخدمات.

الممثل المفوض بشأن قسائم الطعام - يمكنك أن تفوض أحداً يعرف ظروف أهل دارك ليقوم بتقديم طلب قسائم الطعام نيابة عنك. إذا فعلت ذلك، فاطلب من هذا الشخص أن يوقع اسمه أو اسمها في خانة التوقيع الموجودة في أسفل الصفحة رقم 16. يمكنك أيضاً أن تفوض أحداً من خارج أهل دارك ليتسلم قسائم الطعام عنك، وليستخدمهم لشراء الطعام لك. إذا أردت تفويض أحد، فاكذب اسم وعنوان ورقم الشخص مباشرة أدناه.

اسم وعنوان ورقم هاتف الممثل المفوض (أكتب بحروف كبيرة وواضحة)

العقوبات - قد يتم التحقيق في صحة المعلومات الموجودة في طلبك. إن توقيعك على هذه الاتفاقية يعني بأنك توافق على التعاون في مثل هذا التحقيق. تفرض القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية عقوبات الغرامة أو السجن أو كليهما وذلك إذا لم تطع معلومات صادقة عند تقديمك لأحد البرامج التالية: المعونة المؤقتة، أو المعونة الطبية، أو مخصصات قسائم الطعام، أو الخدمات، أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") (المشار إليها فيما يلي بالمساعدات، أو المخصصات، أو الخدمات) أو في أي وقت يتم به استجوابك حول أهليتك، أو تسبب في أن لا يخبر و يصرح أحد عن حقائق بشأن لياقتك أو استمرارها. كما تسري العقوبات إذا تخفي أو لا تصرح عن حقائق بشأن لياقتك الأصلية والمستمرة لتلقي المعونة أو المخصصات أو الخدمات، أو إذا تخفي أو لا تصرح عن حقائق قد تؤثر على حق شخص ما بالتقديم له للحصول على المعونة أو المخصصات أو الخدمات أو الاستمرار في تلقيها، واستخدام هذه المعونة أو المخصصات، أو الخدمات من قبل هذا الشخص ولا تكون لنفسك. تنص القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية أن أي نقل وتحويل لملكية موجودات بثمن يقل عن سعر السوق المنصف، والذي يقوم به فرد أو زوجة أو زوج فرد ما في ظرف 36 شهراً (أو 60 شهراً في حالة نقل متعلق بحساب إئتمان - "ترست") قبيل الشهر الأول الذي يتلقى فيها هذا الفرد كل من خدمات منشأة العناية بالمسنين، وقدم طلباً للحصول على المعونة الطبية، يجوز أن يؤدي إلى جعل هذا الفرد غير مؤهلاً لتلقي خدمات منشأة العناية بالمسنين أو الخدمات المتنازل عنها المرتكزة على البيت والمجتمع لفترة من الزمن. إخفاء المعلومات أو تقديم معلومات كاذبة لأغراض الحصول على المعونة أو المخصصات أو الخدمات هي أعمال مخالفة للقانون.

اقرأ المعلومات المهمة المدرجة أدناه

إخطارات (تابع)

شرط التبليغ / وإثبات مصاريف أهل الدار- يجب أن يبلغ أهل الدار عن تكاليف العناية بالطفل والمرافق العامة لكي يتمكنوا من خصم هذه المصاريف من تقدير التاهل لتلقي قسائم الطعام. يجب أن يقوم أهل الدار بالتبليغ والتنبيذ لكل من قسط الإيجار/ البيت، وضريبة العقار، والتأمين، والمصاريف الطبية، وإعالة ونفقة الطفل المدفوعة لأفراد غير أفراد أهل الدار للحصول على خصم لهذه المصاريف من تقدير التاهل لتلقي قسائم الطعام.

سيظهر التقصير في التبليغ/ التنبيذ للمصاريف المذكورة أعلاه بمثابة تصريح من أهل دارك بعدم رغبتهم في خصم المصاريف التي لم يبلغ عنها أو لم تنبذ. يجوز أن يؤدي خصم هذه المصاريف إلى تأهيلك لتلقي قسائم الطعام (FS)، أو يجوز أن يزيد من قدر مخصصات قسائم الطعام التي تتلقاها. يجوز التبليغ / التنبيذ لهذه المصاريف في أي وقت في المستقبل. سيطبق هذا الخصم على عملية احتساب مخصصات قسائم الطعام التي يمكن أن تتلقاها في الشهور القادمة بموجب قواعد تغيير التبليغ.

تحذير بالعقوبات الخاصة ببرنامج مخصصات قسائم الطعام ("فود ستاميس") (FS)

سيخضع كل جزء من المعلومات التي تقدمها بشأن طلبك للحصول على مخصصات قسائم الطعام إلى التحقق من صحته من قبل مسؤولين على المستوى الفيدرالي والولاية والمحلي. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، فيجوز أن يؤدي ذلك إلى رفض طلب الحصول على مخصصات قسائم الطعام، ويجوز أن تتعرض إلى محاكمة جنائية بسبب تقديم معلومات غير صحيحة عن معرفة وقصد.

لن تستطيع أبداً الحصول من جديد على مخصصات قسائم الطعام وذلك إذا:

- أثبتت إيدانك في محكمة قضائية لشراء أو بيع مواد ممنوعة (المخدرات والعقاقير الممنوعة أو عقاقير معينة يتطلب الحصول عليها وصفة من الطبيب لشراؤها) مقابل وبدل مخصصات قسائم الطعام؛ أو
- أثبتت إيدانك في محكمة قضائية لبيع الأسلحة النارية، أو الذخيرة أو المتفجرات أو الحصول عليها مقابل وبدل مخصصات قسائم الطعام؛ أو
- أثبتت إيدانك في محكمة قضائية بشأن المقايضة والتجارة بقسائم طعام يبلغ قدرها \$500 أو أكثر تتضمن أعمال التجارة كل من الاستخدام غير القانوني، أو التحويل، أو الشراء، أو التحوير، أو الامتلاك لكل من مخصصات قسائم الطعام أو بطاقات التفويض أو وسائل النفاذ؛ أو
- أثبتت إيدانك في ارتكاب ثالث مخالفة مقصودة للبرنامج (IPV).

إذا ارتكبت:

- أول مخالفة مقصودة للبرنامج، فلن تحصل على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنة واحدة.
- ثاني مخالفة مقصودة للبرنامج، فلن تحصل على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنتين.

قد تمنحك المحكمة أيضاً من تلقي مخصصات قسائم الطعام لمدة 18 شهراً إضافية.

إذا قدمت إفادة كاذبة عن نفسك أو المكان الذي تعيش فيه لأجل الحصول على مخصصات متعددة من قسائم الطعام، فلن تستطيع الحصول على قسائم الطعام لمدة عشرة (10) سنوات (أو بصورة دائمة إذا كانت هذه ثالث مخالفة عن عمد للبرنامج).

يجوز أن تثبت إيدانك لمخالفة مقصودة للبرنامج، وذلك إذا:

- تقدم إفادة كاذبة أو مضللة، أو تحرف أو تخبأ أو تكبت الحقائق؛ أو
- ترتكب أي فعل يشكل مخالفة للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية لأغراض استخدام الكوبونات، أو بطاقات التفويض أو المستندات المعاد استخدامها التي تستخدم كجزء في نظام التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT)، أو تقديمها، أو تحويلها، أو شراؤها، أو تلقيها، أو تصريفها، أو المتاجرة بها.

كما يمكن أن تقرر عليك غرامة قدرها الأقصى \$250,000، أو تسجن لمدة أقصاها 20 سنة، أو كليهما.

استرداد دفعات المعونة الطبية (MA) - عند استلام المعونة الطبية (MA)، يجوز وضع رهن ويجوز استرداد الدفعات من عقاراتك تحت ظروف معينة وذلك إذا كنت في مؤسسة طبية ولا يتوقع منك العودة إلى البيت. علماً أنه يجوز استرداد الدفعات التي قام برنامج المعونة الطبية بدفعها لمصلحتك من الأشخاص الذين تقع عليهم المسؤولية القانونية لإعلانك عند تقديم الخدمات الطبية.

استرداد دفعات المعونة المؤقتة (TA) - المعونة المؤقتة (TA) التي تتلقاها لنفسك وللأشخاص الذين تقع عليك المسؤولية القانونية لأعالتهم قابلة للاسترداد من الممتلكات أو الأموال التي تملكها أو التي يجوز أن تحصل عليها. وكشرط لتلقي المعونة المؤقتة، يجوز أن يطلب منك أن توقع على الحجة أو ترهن الممتلكات العقارية التي تملكها. ويجوز أخذ المبلغ العائد لك من الضريبة ("تاكس ريفند") و أجزاء من أرباح اليانصيب لتسديد دين المعونة المؤقتة.

التنازلات، التفويضات والإقرار بالموافقة

التنازل عن التأمين والمخصصات الأخرى - للحصول على المعونة المؤقتة والمعونة الطبية، أوافق أن أقدم أي مطالبة بشأن منافع تأمين الصحة أو الحوادث، والأحق أية مطالبات بشأن إصابة شخصية أو أية موارد أخرى التي يحق لي المطالبة فيها، وبموجبه، تنازل عن مثل هذه الموارد إلى مسؤول الخدمات الاجتماعية في المكان الذي يقدم فيه هذا الطلب. إضافة إلى هذا، سأيساعد في جعل أية منافع متنازل عنها متوفرة إلى مسؤول الخدمات الاجتماعية في المكان الذي يقدم فيه هذا الطلب.

الدفع المباشر - أوافق تحويل الدفع بصورة مباشرة لجميع الدفعات المستحقة لي أو لأفراد أهل داري بشأن منافع تأمين الصحة أو الحوادث إلى مسؤول الخدمات الاجتماعية المناسب للخدمات الطبية والصحية الأخرى المقدمة لنا خلال تأهيلنا للمعونة الطبية.

ال"مديكير" - أوافق تحويل الدفعات المدفوعة بموجب الـ"مديكير" (الجزء "بي" من الفصل 18، برنامج التأمين الصحي التكميلي) بصورة مباشرة إلى الأطباء ومزودي اللوازم الطبية لتسديد أية فواتير مستقبلية غير مدفوعة تخصص خدمات طبية وصحية أخرى تم تقديمها لي خلال فترة تأهلي للمعونة الطبية.

تحرير السجلات التعليمية- أعطي الإذن إلى دائرة الخدمات الاجتماعية على مستوى الولاية والمستوى المحلي أن:

- تحصل المعلومات بشأن السجلات التعليمية المتعلقة بي و/ أو طفلي القاصر (أو أطفال القاصرين)، المسمين هنا، بما فيها المعلومات الضرورية للمطالبة باسترداد المعونة الطبية للخدمات التعليمية المتعلقة بالصحة.
- تزود الوكالة الحكومية الفدرالية المناسبة بالقدرة على الوصول إلى هذه المعلومات لأغراض التدقيق فيها فقط.

تحرير المعلومات لبرنامج التدخل المبكر - إذا تم تقييم طفلي للدخول في برنامج التدخل المبكر لولاية نيويورك أو للمشاركة فيه، أعطي الإذن إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية و لولاية نيويورك لتشارك بمعلومات أهلية طفلي للمعونة الطبية مع برنامج التدخل المبكر الخاص بالمقاطعة ("كاونتي") أو البلدية التي أعيش فيها لأغراض حساب المعونة الطبية.

اقرأ المعلومات المهمة أنه ووقع الاسم أسفل الصفحة

النتازلات، التفويضات والإقرار بالموافقة (تابع)

التغييرات - أوافق على أن أبلغ الوكالة فوراً وإلى حد مبلغ علمي ومعرفتي عن أي تغيير يطرأ على احتياجاتي أو دخلي، أو ممتلكاتي، أو ترتيبات معيشتي، أو عنواني.

إذا كنت متقدماً بطلب للحصول على معونة العناية بالطفل، فإني أوافق أن أبلغ الوكالة فوراً عن أي تغيير يطرأ على ترتيبات العناية بالطفل، بما فيه مكان تقديم العناية، ومن يقدمها، ورسوم مقدم العناية، وعدد الساعات المطلوبة للعناية بالطفل.

أقرار الموافقة على إجراء التحقيق - أوافق على إجراء أي تحقيق لتثبيت والتأكد من صحة المعلومات التي أقدمها بخصوص المعونة المؤقتة (TA)، أو المعونة الطبية (MA)، أو قسائم الطعام (FS)، أو الخدمات، أو معونة العناية بالطفل. سأوفر أي معلومات إضافية عند طلبها. كما سأعاون كلياً مع موظفي حكومة الولاية والحكومة الفيدرالية بشأن مراجعة الجودة الخاصة بالمعونة المؤقتة / أو قسائم الطعام.

بدل قياسي للمرافق العامة (SUA) - أدرك أن متلقي المعونة المؤقتة (TA) ومخصصات قسائم الطعام (FS) مؤهلون حسب تصنيف الدخل لتلقي برامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية (HEAP). إذا لم أكن مشمولاً في عملية الدفع التلقائية السنوية لبرامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية الخاصة ببعض متلقي المعونة المؤقتة ومخصصات قسائم الطعام، فإني أنوي التقديم للحصول على مخصصات برامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية في ظرف 12 شهراً القادمة. إذا قررت عدم التقديم للحصول على برامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية في ظرف 12 شهراً القادمة، فسأبلغ مسؤول ملفي بذلك.

النتازل عن حقوق الإعالة والنفقة - أتنازل إلى الولاية ودائرة الخدمات الاجتماعية عن أي حقوق لديّ بشأن الإعالة والنفقة من الأشخاص الذي لديهم المسؤولية القانونية لإعالتني ونفقتني وأي حقوق لديّ للإعالة والنفقة لمصلحة فرد من أفراد العائلة.

تفويض لاسترداد مخصصات المعونة العامة من الدفعة ذات المفعول الرجعي لدخل الضمان الإضافي (SSI) - أوافق مفوض إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) ليرسل إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية المبلغ المستحق لي وقت استحقاق دفعتي الأولى (1) للمخصصات ذات الأثر الرجعي لدخل الضمان الإضافي التي يمكن أن أتلقاها عند تقديم الطلب لدخل الضمان الإضافي أو (2) للمخصصات ذات الأثر الرجعي لدخل الضمان الإضافي التي يمكن أن أتلقاها إذا تم قطعي أو توقيفي عن مخصصات دخل الضمان الإضافي تم إعادتي لها من جديد.

أدرك أن دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية قد تأخذ من دفعة دخل الضمان الإضافي الخاصة بي مبلغ المعونة العامة (باستثناء المعونة المدفوعة كلياً أو جزئياً بأموال فيدرالية) التي دفعت لي خلال الفترة ابتداءً من أول يوم أصبحت به مؤهلاً لتلقي دخل الضمان الإضافي أو أول يوم تم فيه إعادة مخصصات دخل الضمان الإضافي من جديد بعد فترة التوقيف أو القطع، وانتهاءً في الشهر الذي بدأ فيه صرف دخل الضمان الإضافي بصورة فعلية [أو الشهر التالي وذلك إذا لم تستطع دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية توقيف تسليم آخر دفعة صرفت لي من المعونة العامة خلال شهر ابتداء دفعات دخل الضمان الإضافي]

بعد أخذ هذا المبلغ من المال من شيك أو شيكات دخل الضمان الإضافي المصروفة لي، ستدفع دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية لي الرصيد المتبقي، وذلك إذا تبقى شيئاً منه، في فترة لا تزيد عن عشرة (10) أيام عمل من تاريخ تسلمها لدفعتي بشأن دخل الضمان الإضافي. كما أدرك أنه إذا أخذت الدائرة مبلغاً أكثر من قدر المبلغ الذي دفع لي كمعونة عامة، سأعطي الفرصة للالتماس عقد جلسة بذلك.

أدرك أنه:

• يجوز لإدارة الضمان الاجتماعي (SSA) أن تنتظر إلى تاريخ تقديم هذا التفويض الموقع عليه إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بمثابة التاريخ الأساسي الذي أصبحت فيه مؤهلاً لتلقي دخل الضمان الإضافي وذلك إذا قدمت طلباً لمخصصات دخل الضمان الإضافي الأولية في ظرف 60 يوماً القادمة.

• سيبري هذا التفويض على أي طلب أو استئناف بشأن دخل الضمان الإضافي قيد النظر الحالي أمام إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) فيما يخصني وأي طلب بشأن دخل الضمان الإضافي أقدمه أو الاستئناف الذي التمس به بشأن الفترة المنتهية خلال سنة واحدة بعد أن أوقع على هذه الاتفاقية.

سينتهي هذا التفويض في ظرف سنة واحدة (1) بعد أن تستلمه دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية ولن يكون له أي تأثير على الطلبات المقدمة في المستقبل لمخصصات دخل الضمان الإضافي، أو الاستئناف، أو إعادة النظر وذلك إذا صدر قرار كامل بقضيتي، أو قيام إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) بصرف دفعة أولية لمخصصات دخل الضمان الإضافي سواء أكان ذلك على طلبي أو بعد فترة توقيفي أو قطعي، أو إذا أبرم اتفاق متبادل بين الولاية وبينني على إلغاء صلاحية هذا التفويض.

قرأت الإخطارات المذكورة أعلاه وأفهمها. كما أفهم وأوافق على هذه النتازلات والتفويضات وإقرارات الموافقة المذكورة أعلاه. أحلف و/أو أؤكد تحت طائلة عقوبات الزور بأن المعلومات التي أعطيتها أو سأعطيها إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية هي معلومات صحيحة.

توقيع اسم مقدم الطلب / الممثل

تاريخ التوقيع

توقيع اسم الزوج/ الزوجة أو ممثل الحماية

تاريخ التوقيع

28
x

x