



## 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 رعاية الريب
- المعونة في رعاية الأطفال
- المعونة الطارئة فقط

إذا كنت كفيفاً أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة وبحاجة إلى تطبيق هذه الإرشادات بتنسيق بديل، يمكنك طلبها من SSD (دائرة الخدمات الاجتماعية) التي تتبعها. فيما يلي التنسيقات البديلة المتاحة:

- نسخة بخط كبير؛
- تنسيق بيانات (ملف إلكتروني يمكن للقارئ الوصول إليه على الشاشة)؛
- تنسيق صوتي (إلقاء صوتي للإرشادات أو أسئلة الطلب)؛ و
- بطريقة برايل، في حالة تأكيدك عدم ملاءمة التنسيقات البديلة الواردة أعلاه لك.

تتوفر أيضاً 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 بتنسيق صوتي وبطريقة برايل لأغراض معلوماتية فقط. لتقديم طلب، يلزم إرسال تطبيق مكتوباً بتنسيق خطي غير بديل.

إذا كنت تعاني من إعاقة تمنعك من إكمال هذا الطلب و/أو الانتظار لإجراء مقابلة معك، يُرجى إبلاغ دائرة الخدمات الاجتماعية التي تتبعها. وسوف تبذل دائرة الخدمات الاجتماعية كل جهد ممكن لتوفير تيسيرات معقولة لتلبية احتياجاتك.

في حالة طلب تيسيرات أخرى أو كنت بحاجة إلى معونة أخرى لإكمال هذا التطبيق، يُرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية التي تتبعها. ونحن ملتزمون بمساعدتك ودعمك بطريقة مهنية ومحترمة.

## معلومات لإكمال هذا الطلب

حيثما وردت "المعونة العامة" في الطلب، فهي تعني "المعونة العائلية" و/أو "معونة شبكة الأمان". فنحن نطلق على 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. كما أن دائرة الخدمات الاجتماعية موجودة لمد يد العون لك لتحقيق الاكتفاء الذاتي. وحرصًا منا على القيام بذلك، يتعين علينا معرفة ماهيتك واحتياجاتك. لهذا السبب يتحتم عليك ملء طلب.

في إطار تقديم الطلب، ستطلب منك دائرة الخدمات الاجتماعية تقديم والتحقق من معلومات عنك وعن الأفراد الآخرين الذين تقدم لهم الطلب. وتوجد قائمة بمتطلبات الوثائق، الموجودة في نهاية هذه الإرشادات، تبين أنواع المعلومات التي قد يلزم توفيرها وأنواع الوثائق التي تؤكد هذه المعلومات. على سبيل المثال، من أجل إثبات شخصيتك، يمكن توفير بطاقة الهوية التي تحمل صورتك أو رخصة القيادة أو جواز سفر أمريكي أو شهادة الحصول على الجنسية أو سجلات المستشفى أو الطبيب أو أوراق التنبؤ. وبالإضافة إلى ذلك، ستقوم دائرة الخدمات الاجتماعية بإجراء مقابلة شخصية معك في إطار تقديم الطلب. وستجمع دائرة الخدمات الاجتماعية المقابلات الشخصية الخاصة بعدة برامج كلما أمكن.

تم تقسيم الطلب وهذه الإرشادات إلى أقسام مرقمة لمساعدتك. لذا، يُرجى مراعاة ما يلي عند ملء التطبيق.

- يرجى الكتابة بخط واضح.

- ممنوع الكتابة في المناطق المظللة.

- 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، يُرجى تقديم معلومات عن ذلك الشخص وليس عن نفسك. وتأكد 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 دائرة الخدمات الاجتماعية.

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

- LDSS-4148A-AR: "الكتيب الأول: الأمور التي تلزم معرفتها بشأن حقوقك ومسؤولياتك"

- LDSS-4148B-AR: "الكتيب الثاني: الأمور التي تلزم معرفتها بشأن برامج الخدمات الاجتماعية"

- ملحق بالكتيب الأول، LDSS-4148A-AR والكتيب الثاني، LDSS-4148B-AR: "تغييرات هامة في برنامج Medicaid"

- LDSS-4148C-AR: "الكتيب الثالث: الأمور التي تلزم معرفتها في حالة التعرض لحالات الطوارئ"

## الصفحة رقم 1 من الطلب

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، هل تفضل استلام الإشعارات الخطية 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 اخترت "نعم"، فحدد نوع التنسيق المفضل لديك: 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 كتنسيق بديل في حالة تأكيد عدم ملاءمة التنسيقات البديلة الأخرى لك بنفس قدر ملاءمة طريقة برايل لك.

في حالة طلب تيسيرات أخرى أو كنت بحاجة إلى معونة أخرى لإكمال هذا التطبيق، يُرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية التي تتبعها.

## الصفحة رقم 2 من الطلب

**القسم الأول: تحديد كل برنامج تريد أنت أو أي عضو في أسرتك التقدم بطلبه**

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

يضم برنامج Medicaid برنامج Medicaid Buy-In للعاملين المعاقين وبرنامج مخصصات تنظيم الأسرة. عندما تشاهد "MA" على الطلب، فهي تعني برنامج "Medicaid" الذي كان يطلق عليه في السابق اسم "المعونة الطبية". لا يمكنك التقدم بطلب برنامج "Medicaid" إلا باستخدام هذا الطلب فقط في حالة قيامك بطلب برنامج "المعونة العامة" أو "برنامج المعونة الغذائية التكميلية" في آن واحد. إذا كنت تريد التقدم بطلب برنامج "Medicaid" وبرنامج "المعونة الغذائية التكميلية"، فضع علامة (✓) أمام خانة "Medicaid" وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية". وإذا كنت التقدم بطلب برنامج "Medicaid" وبرنامج "المعونة العامة"، فضع علامة (✓) أمام خانة "Medicaid" وبرنامج المعونة العامة".

إذا كنت ترغب في التقدم بطلب برنامج Medicaid، يمكن الانتقال إلى موقع <https://nystateofhealth.ny.gov/> على الإنترنت و/أو الاتصال بـ 1-855-355-5777 للحصول على معلومات حول تقديم الطلب أو يمكنك طلب ورقي لبرنامج Medicaid فقط – نموذج DOH-4220 الذي يمنحه لك الموظف أو الاتصال بخط معونة Medicaid على الرقم 1-800-541-2831. إذا كنت تريد التقدم بطلب برنامج Medicare الادخاري (MSP)، يتعين عليك التقدم بطلب باستخدام النموذج DOH-4328 الذي يوفره لك الموظف. إذا كنت بحاجة سريعة إلى خدمات الرعاية الشخصية، يجب التقدم بطلب برنامج Medicaid بصورة منفصلة باستخدام نموذج طلب برنامج Medicaid "DOH-4220".

إذا كنت مؤهلاً للحصول على المعونة العامة لكنك قررت أنك بحاجة إلى معونة رعاية الأطفال فقط، فضع علامة (✓) أمام خانة "رعاية الأطفال بدلاً من المعونة العامة". 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 مرة واحدة فقط ولن تتم دراسة أهليتك للبرامج الأخرى.

### القسم الثاني:

ما هي لغتك الأساسية؟ 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 استلام الإشعارات باللغة: ستتلقى 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 الثالث: معلومات مقدم الطلب

**الاسم:** اكتب اسمك شاملاً الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط واسم العائلة.

**الحالة الاجتماعية:** اكتب حالتك الحالية سواءً أكنت عازباً أم متزوجاً أم أرماً أم منفصلاً بصورة شرعية أم مطلقاً. إذا سبق لك الزواج، اكتب حالتك الصحيحة ولا تكتب "أعزب".

**رقم الهاتف:** اكتب رقم الهاتف الذي يمكن الوصول إليك بسهولة من خلاله مضمناً رمز الدائرة.

**عنوان السكن:** عنوان الشارع: اكتب رقم المنزل أو العقار والشارع والطريق والدائرة التي تعيش فيها وما إلى ذلك.

**رقم الشقة:** اكتب رقم الشقة 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 الخاص بعنوانك.

**رعاية الاسم:** إذا كان هناك شخص آخر يستلم البريد نيابة عنك، اكتب اسم ذلك الشخص.

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

ما هي المدة التي أقيمت خلالها في عنوانك الحالي؟ اكتب عدد السنين و/أو الشهور التي أقيمت خلالها في عنوانك الحالي.

هل هذا سكن إيواء؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان المكان الذي تعيش فيه سكن إيواء.

**هاتف آخر يمكن الوصول إليك خلاله:** اكتب رقم هاتف آخر يمكن الوصول إليك خلاله إن أمكن، واسم الشخص صاحب هذا الهاتف مضمناً رمز الدائرة.

**كيفية الوصول إلى العنوان الحالي:** اكتب الاتجاهات التي تبين كيفية الوصول إلى منزلك. واستخدم المعالم الشائعة.

**العنوان السابق:** اكتب عنوان محل سكنك السابق قبل انتقالك إلى العنوان الحالي.

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

**الهيئة التي تساعد مقدم الطلب/الشخص جهة الاتصال:** إذا كان هناك شخص يساعدك في تقديم الطلب، فاكتب اسم هذا الشخص والهيئة التابع لها، إن وجدت، ورقم هاتفه.

هل تريد المحافظة على سرية قسم برنامج MEDICAID بهذا الطلب وسرية الحصول المحتمل على أي تغطية من برنامج MEDICAID؟ ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى الطلب و/إعلام الموظف بما إذا كنت تريد المحافظة على سرية طلبك و/أو المراسلات المتعلقة باستلام أي تغطية من برنامج Medicaid.

### القسم الرابع: إذا كنت تتقدم بطلب للالتحاق ببرنامج المعونة الغذائية التكميلية

اقرأ البيان الوارد في القسم الرابع من الطلب وقم بالتوقيع وكتابه التاريخ أسفل البيان إذا كان يسري عليك أو على شخص آخر تقدم الطلب له. يُرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية إذا كان لديك استفسارات بشأن هذا القسم.

#### القسم الخامس: هل تنطبق أي من هذه الحالات عليك؟

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

### الصفحة رقم 3 من الطلب

#### القسم السادس: معلومات أفراد الأسرة

الاسم: اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط والاسم الأخير لكل فرد يعيش معك حتى إذا لم يتقدموا بطلب. وابدأ بنفسك أولاً.

يقدم هذا الشخص طلباً من أجل: ضع علامة (✓) أمام نوع (أنواع) المعونة لكل شخص سيقدم طلباً من أجلها: PA للمعونة 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 طلباً.

النوع: اكتب "M" للذكور أو "F" للإناث لكل شخص سيقدم طلباً.

نوع العلاقة: بخصوص كل شخص، اكتب نوع علاقته بك (مثلاً: زوج، ابن، ابن بالتبني، صديق، زميل بالغرفة، جار، وما إلى ذلك).

رقم الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة الذين سيقدمون طلبات: اكتب رقم "الضمان الاجتماعي" لكل 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 مخصصات 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 "تأمين اجتماعي". وعلى الرغم من أن مقدمي طلبات بعض "الخدمات" لا يشترط عليهم إدخال رقم "تأمين اجتماعي"، قد لا تتوفر هذه "الخدمات" إذا لم تقدم رقم "تأمين اجتماعي". لذا، نطلب رقم "تأمين اجتماعي" لجميع طلبات هذه "الخدمات" لمعونة مقدمي الطلبات في الحصول على جميع المخصصات التي من المحتمل أن يكونوا مؤهلين لها.

أعلى مؤهل دراسي تم الحصول عليه: 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 تعليماً رسمياً، فأدخل "0". إذا كنت تقدم تطبيقاً للحصول على "خدمات" فقط، فليس من الضروري أن تجيب عن هذا السؤال.

هل هذا الشخص (بمن فيهم الأطفال القصر) يشتري الطعام أو يحضر الوجبات معك؟ من المهم وضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" لهذا السؤال لكل شخص يعيش معك سواءً أكانوا سيقدمون طلباً من عدمه. في بعض الأحيان، يحصل الأفراد الذين يشترون الطعام ويحضرون الوجبات بصورة منفصلة عن بعضهم البعض على مزيد من مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية.

يرجى سرد أسماء ما قبل الزواج أو أسماء أخرى تُعرف أنت أو أي شخص في أسرتك بها: اكتب أسماء ما قبل الزواج أو أسماء من زواج سابق أو أسماء أخرى استخدمها أي فرد ذكر اسمه في هذا القسم مضمناً الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط واسم العائلة.

## الصفحة رقم 4 من الطلب

### القسم السابع: الجنس/العرق

أكمل هذا القسم لكل شخص سيقدم طلباً. أدخل "Y" للدلالة عن "نعم" أو "N" للدلالة عن "لا" في العمود الذي يحمل الحرف "H" للإشارة إلى ما إذا كان الشخص ذو أصول إسبانية و/أو لاتينية. أدخل "Y" للدلالة عن "نعم" أو "N" للدلالة عن "لا" في كل عمود من أعمدة العرق لبيان خلفية الشخص العرقية:

- H = ذو أصول إسبانية أو لاتينية
- I = أمريكي أصلي أو سكان الأسكا الأصليين
- A = آسيوي
- B = أمريكي ذو بشرة سوداء أو أصل إفريقي
- P = سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادي
- W = ذو بشرة بيضاء
- U = غير معروف

تقديم هذه المعلومات غير إلزامي. ولن تؤثر على أهلية الشخص الذي سيقدم الطلب أو مستوى المخصصات التي يحصل عليها. يكمن الغرض من طلب هذه المعلومات في ضمان توزيع مخصصات البرنامج بغض النظر عن العرق أو اللون أو المنشأ.

## الصفحة رقم 5 من الطلب

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

أكمل هذا القسم لكل شخص سيقدم طلباً لأي من البرامج التالية.

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

بالإضافة إلى ذلك، إذا كنت تقوم أو أي فرد في أسرتك بتقديم طلب لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية، يلزم سرد جميع الأشخاص من أهل بيتك حتى إذا لم يتقدموا بطلب لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية. ويجب أيضاً سرد الأشقاء والآباء الذين يعيشون مع أي أطفال يتقدمون بطلب للحصول على "المعونة العامة". وإذا 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 عدم استكمالك هذا القسم للشخص الذي سيقدم طلباً، قد لا يحصل هذا الشخص على المعونة.

الاسم: اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط واسم العائلة لكل شخص سيقدم طلباً أو يجب ذكره.

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 التاسع: 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 طلباً لأي من البرامج التالية. (وإذا 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 طلباً مع كونه ليس مواطناً أمريكياً أو من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان البلد، فضع علامة (✓) أمام البرامج التي سيقدم لها هذا الشخص طلباً من أجلها مع عدم كونه مواطناً وتمتعه بوضع هجرة مقبول.

- المعونة العامة (PA)؛
- برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)؛
- برنامج (MA) Medicaid، ما لم يكن الشخص الذي سيقدم طلباً سيدة حامل؛
- المعونة في رعاية الأطفال (CC)؛
- الرعاية الأبوية المؤقتة (FC)؛
- خدمات أخرى (S)؛ أو
- المعونة في الطوارئ فقط (EMRG).

"غير مواطن بوضع هجرة مقبول" يعني شخص غير مواطن يتمتع بوضع لا يحرم الشخص من أهليته في الحصول على مخصصات برنامج معين. ويرجى ملاحظة أن متطلبات وضع الشخص غير المواطن تختلف باختلاف البرامج. الكتيب الثاني LDSS-4148B-AR: الأمور التي تلزم معرفتها بشأن برامج الخدمات الاجتماعية" يحتوي على مزيد من المعلومات حول الأوضاع المقبولة لغير المواطنين. ويمكنك أيضاً الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية التي تتبعها لمزيد من المعلومات.

يجوز لأي فرد بالغ من أفراد الأسرة أو ممثل مفوض التوقيع على الإقرار نيابة عن كل أفراد الأسرة الذين سيقدّمون طلبات. 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 سيقدّم طلباً وعمره دون 18 عاماً (أو في عمر 18 عاماً أو أكبر ولكنه غير قادر على توقيع اسمه بسبب إعاقة طبية)، يتعين على فرد بأسرته بلغ 18 عاماً 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 "جونني 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 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 طلباً من أجله في حالة عدم تحديد أحد الخانتين أو عدم إدخال رقم خدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية (USCIS) للشخص غير المواطن الذي سيقدّم 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 للمرأة الحامل 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 مخصصات "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 نلقاها من مصلحة خدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية على أهلية أسرتك للحصول على المخصصات ومستوى المخصصات.

**الصفحة رقم 6 من الطلب**

القسم العاشر: المعلومات المتعلقة بالإحالة إلى مركز إعالة الأطفال



لست بحاجة إلى ملء هذا القسم إذا كنت تقدم طلبًا فقط لبرنامج Medicaid وأنك امرأة حامل أو وضعت خلال السنتين يومًا الماضية أو ستقدم طلبًا لأطفال دون 21 عامًا فقط أو ستقدم بطلب للحصول على المعونة في رعاية الأطفال فقط.

1. ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت تقدم طلبًا لأي شخص، بما فيهم أنت، دون عمر 21 عامًا 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 طلبًا لشخص، بما فيهم أنت، دون عمر 21 عامًا ويعيش أحد أبوية على الأقل خارج البلاد.
- إذا وضعت علامة (✓) أمام "لا" لكل من هذين السؤالين، تجاوز سائر القسم وانتقل إلى القسم الحادي عشر. لا داع من استكمال باقي القسم العاشر. أما إذا وضعت علامة (✓) أمام "نعم" لأي أو كلا السؤالين، يجب عليك استكمال باقي القسم العاشر.
3. ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت دون 21 عامًا.

اقرأ بعناية البيان الذي يعقب السؤال الثالث واتصل بدائرة الخدمات الاجتماعية التي تتبعها إذا لم تفهمه.

اسم الفرد دون 21 عامًا: اكتب الاسم الأول والأوسط واسم العائلة لكل شخص قمت له بتحديد "نعم" للسؤال الأول و/أو الثاني و/أو الثالث.

اسم الوالد غير الوصي أو الأب المفترض والعنوان وتاريخ الميلاد ورقم الضمان الاجتماعي: إذا كان معلومًا، 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 الأول و/أو الثاني و/أو الثالث. "الأب المفترض" هو الرجل الذي قد يكون والد الطفل ولكنه لم يتزوج من والدته الطفل قبل ولادة الطفل ولم يثبت أنه الأب في دعوى قضائية أو من خلال إقرار الأبوة.

## الصفحة رقم 7 من الطلب

### القسم الحادي عشر: 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 سرد أي أفراد معالين معافين من الضرائب لا يعيشون معك وادعيت أنت أو أي فرد في أسرتك بأنهم معالين معافين من الضرائب. إذا كنت لا تسدد الضرائب، يمكنك تجاوز هذه الأسئلة.

اسم الفرد المعال المعفي من الضرائب: اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط واسم العائلة لكل فرد لا يعيش معك ولكن ادعيت أنت أو أي فرد يعيش معك في المنزل بأنه فرد معال معفي من الضرائب.

اسم الفرد المكلف بتسديد الضرائب: بخصوص كل فرد معال معفي من الضرائب وذكر اسمه، اكتب الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط واسم العائلة للفرد الذي يعيش في المنزل ويطالب بأنه معال.

### القسم الثاني عشر: معلومات الزوج الغائب/المتوفى

اسم الشخص مقدم الطلب: اكتب اسم أي شخص متزوج/كان متزوجًا سيقدم طلبًا ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي عنه شريك الحياة.

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

تاريخ ميلاد شريك الحياة وتاريخ وفاة شريك الحياة، إن أمكن: اكتب الشهر واليوم وعام ميلاد ووفاة (إن أمكن) شريك الحياة لأي شخص متزوج/كان متزوجًا سيقدم طلبًا ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي عنه شريك الحياة.

رقم الضمان الاجتماعي لشريك الحياة: اكتب رقم الضمان الاجتماعي لشريك الحياة لأي شخص متزوج/كان متزوجًا سيقدم طلبًا ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي عنه شريك الحياة.

عنوان شريك الحياة، إن أمكن: اكتب عنوان الشارع والمدينة والولاية والرمز البريدي لشريك الحياة لأي شخص متزوج/كان متزوجًا سيقدم طلبًا ولا يعيش معه شريك الحياة أو توفي عنه شريك الحياة. وإذا كان غير معروف، فاكتب آخر عنوان معروف لشريك الحياة.

### القسم الثالث عشر: معلومات الطفل الغائب

اسم الشخص مقدم الطلب: اكتب اسم أي شخص سيقدم طلبًا وله طفل دون 21 عامًا ولا يعيش معه.

اسم الطفل الغائب وتاريخ ميلاده: اكتب اسم وشهر ويوم وعام ميلاد أي طفل دون 21 عامًا ولا يعيش مع شخص سيقدم طلبًا.

عنوان الطفل: اكتب عنوان الشارع والمدينة والولاية والرمز البريدي لشريك الحياة لأي طفل يعيش دون 21 عامًا ولا يعيش مع الشخص الذي 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 الرابع عشر: معلومات الوالدين في سن المراهقة

لا تكمل هذا القسم إلا إذا كنت تقدم طلبًا لبرنامج "المعونة العامة" فقط.

هل يوجد أب/أم دون 18 عامًا (أب/أم في سن المراهقة) في المنزل؟ 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 8 و 9 من الطلب

### القسم الخامس عشر: معلومات الدخل

الإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يتلقى أموالاً من أية جهة والشخص الذي يتلقى الأموال: ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للسطور من 1 حتى 27 للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يتلقى أموالاً من أي من أنواع مصادر الدخل المسردة، ولكل إجابة بـ "نعم" اكتب اسم (أسماء) الشخص (الأشخاص) المتلقى الأموال.

**المبلغ/القيمة وعدد المرات:** لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب المبلغ أو القيمة بالدولار الأمريكي وعدد مرات تلقي أي شخص هذا النوع من الدخل. على سبيل المثال، إذا كنت تحصل على 100 دولار كل أسبوع من خلال مخصصات تأمين البطالة، فاكتب "100 دولار أمريكي في الأسبوع" أو "100 دولار أمريكي/الأسبوع".

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

**مدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة (المستلمة):** إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يحصل على مدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة، فأدخل هذا المبلغ في عمود "المبلغ/القيمة وعدد المرات" الخاص بمدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة بالسطر السابع عشر. إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يحصل على مدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة نظير كفالة طفل أو بالغ وتقوم بتقديم طلب للحصول على مخصصات SNAP (برنامج المعونة الغذائية التكميلية)، أمامك خياران: يمكنك اختيار تضمين طفل الرعاية الأبوية المؤقتة أو البالغ ومدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة في مخصصات SNAP (برنامج المعونة الغذائية التكميلية) للأسرة أو يمكنك اختيار عدم تضمين طفل الرعاية الأبوية المؤقتة أو البالغ ومدفوعات الرعاية الأبوية المؤقتة في مخصصات SNAP (برنامج المعونة الغذائية التكميلية) للأسرة. استفسر من دائرة الخدمات الاجتماعية عن الخيار الذي يوفر مزيداً من مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية.

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

**مصادر دخل أخرى:** اذكر أي أموال أخرى تحصل عليها أنت أو أي فرد يعيش معك، بما في ذلك الأشخاص الذي يحصلون على الأموال ومقدار الأموال وعدد مرات حصولهم عليها.

**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:** اذكر 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 السادس عشر: 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 كفالتة 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 10 و 11 من الطلب

### القسم السابع عشر: معلومات الوظيفة

استكمل هذا القسم لشخصك ولكل من يعيش معك. إذا كان لديك وظيفة، فقد لا تزال مؤهلاً للحصول على المعونة. ولأغراض هذا القسم، يعني "سن العمل" بلوغ 18 عامًا أو أكبر، أو 16 عامًا أو أكبر لغير المتعلم.

إنني في الوقت الراهن: ضع علامة (✓) أمام "الدي وظيفة" أو "الدي 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 مبلغ الأجر قبل الضرائب في الأسبوع أو كل أسبوعين أو شهريًا (وليس في العام) إن أمكن مضمناً جميع الأجر والرواتب ومبلغ الوقت الإضافي والعمولات والإكراميات.

ساعات العمل في الشهر: اكتب عدد الساعات التي تعملها 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: اكتب يوم الأسبوع الذي تستلم فيه الأجر، إن أمكن.

اسم صاحب العمل والعنوان ورقم الهاتف: 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، و اكتب اسمه/اسمها.

أكمل إجمالي الدخل وساعات العمل في الشهر واستلام الأجر ويوم استلام الأجر في الأسبوع

واسم صاحب العمل والعنوان ورقم الهاتف لأي شخص يعيش معك ويعمل طبقاً للتوجيهات المذكورة أعلاه.

هل متوفر تأمين صحي 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 و/أو شركة التأمين الصحي التي يتبعها أي 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 أنت أو أي فرد يعيش معك يحصل على نفقات تتعلق بالوظيفة ومن هو؟ 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 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 احتجاجاً على قرار أو ممارسات صاحب العمل)، وإذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فاكتب اسمك/اسمه/اسمها.

متى بدأ الإضراب: إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك مشترك في إضراب، فاكتب تاريخ ذهابك/ذهابها/ذهابها إلى الإضراب.

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.

أذكر القيود: 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، فاشرح أوجه القيود التي تعاني أنت/هو/هي منها.

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؟ ما نوع الوظيفة التي تستمتع بتأديتها؟

## الصفحة رقم 12 من الطلب

### القسم الثامن عشر: التعليم/التدريب

ما أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه؟ ضع علامة (✓) أمام الوصف المطابق لعدد سنوات التعلم التي أتممتها.

إذا كان الأمر كذلك، فما هو آخر مؤهل حصلت عليه؟ إذا تكن قد حصلت على الثانوية العامة، فاكتب آخر مؤهل دراسي حصلت عليه.

هل حصل أي فرد آخر في أهل بيتك على دبلوم الثانوية العامة أو دبلوم

عام مكافئ لها (GED) أو استكمال الثانوية لتقييم الاختبارات (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 لك وأي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا للحصول على المعونة.

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 13 من الطلب

### القسم التاسع عشر: معلومات الموارد المالية

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 مخصصات "برنامج المعونة الغذائية التكميلية"، فلا داع من بيان ما إذا كان لديك تأمين على الحياة أم لا.

الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا: بخصوص السطور من 1 حتى 23، ضع علامة (✓) أمام "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك سيقدم طلبًا للحصول على المعونة لديه أي من الموارد المالية المسردة.

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

إذا كان الأمر كذلك، فاذكر المبلغ/القيمة: لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب المبلغ بالدولار الأمريكي 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 بنوهم المسؤولين مسؤولة قانونية. فهم 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 يمتلك 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-AR، "الكتيب الأول: الأمور التي تازم معرفتها بشأن حقوقك ومسؤولياتك"، لمزيد من المعلومات حول دفعات الأموال 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، فاكذب تاريخ وضع الوديعة أو تحويل الأموال إلى وديعة بالسطر 23.

## الصفحات من 14 إلى 16 من الطلب

### القسم العشرون: معلومات طبية

الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا تنطبق 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. واحرص على سرد جميع أنواع التأمين الصحي وتأمين المستشفى/الحوادث التي تحظى بها أو متوفرة لأي شخص سيقدم طلبًا.

سداد أو عدم سداد الفواتير الطبية خلال 3 أشهر التي تسبق شهر تقديم هذا الطلب: قد يسدد برنامج Medicaid قيمة الفواتير الطبية الخاصة بالرعاية المقدمة لك خلال ثلاثة أشهر قبل الشهر الذي تتقدم فيه بطلب الحصول على المعونة. وإذا قمت بالفعل بسداد الفاتورة، قد ندفع لك قيمة الفاتورة في حالة تقرير أهلك لمخصصات برنامج Medicaid في ذلك الوقت. قد ندفع لك حتى إذا كان الطبيب أو موفر خدمات طبية آخر لا يقبل التعامل مع برنامج Medicaid، ولكننا سندفع لك المبلغ الذي كان سيدفعه برنامج Medicaid فقط وإذا كانت الفاتورة لخدمات يغطيها برنامج Medicaid فقط.

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

اختيار النظام الصحي: أكمل هذا القسم لكل شخص سيقدم طلبًا لبرنامج Medicaid. يجب على معظم الأشخاص المسجلين في برنامج Medicaid الانضمام إلى نظام رعاية صحية مدار ما لم يكونوا في فئة معفاة. استخدم هذا القسم لاختيار النظام الصحي. وإذا كنت لا تعرف الأنظمة الصحية المتوفرة، فاسأل الموظف أو اتصل بخط المعونة الخاص باختيار الرعاية المدارة لبرنامج Medicaid على الرقم 1-800-505-5678.

اسم النظام المسجل فيه: اكتب اسم النظام (الأنظمة) الصحي الذي يرغب أي فرد سيقدم طلبًا لبرنامج Medicaid للتسجيل فيه. وإذا كنت لا تعرف الأنظمة الصحية المتاحة لك، فاسأل دائرة الخدمات الاجتماعية.

اسم العائلة والاسم الأول: اكتب اسم العائلة والاسم الأول لكل شخص سيقدم طلبًا لبرنامج Medicaid.

تاريخ الميلاد: اكتب الشهر مؤلف من رقمين واليوم مؤلف من رقمين والعام مؤلف من رقمين لتاريخ الميلاد لكل شخص سيقدم طلبًا لبرنامج Medicaid.

النوع: اكتب "M" للذكور أو "F" للإناث لبيان نوع كل شخص سيقدم طلبًا لبرنامج 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 سيقدم طلبًا لبرنامج Medicaid. هذا الأمر اختياري إذا كان الشخص امرأة حامل.

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. وإذا كان هذا هو الموفر أو المركز الذي يستخدمه الشخص بالفعل، ضع علامة (✓) أمام الخانة. ويجب 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 كان أي شخص سيقدم طلبًا لبرنامج Medicaid بحاجة إلى خدمات ورعاية اختصاصي التوليد/طبيب النساء، فاكتب اسم مقدم طلب الحصول على خدمات اختصاصي التوليد/طبيب نسا الذي يرغب في زيارته. وإذا كان مقدم الطلب يزور اختصاصي التوليد/طبيب النساء بالفعل، ضع علامة (✓) أمام الخانة. ويجب عليك التأكد من قبول موفر الرعاية أو المركز لبرنامج Medicaid قبل تلقي الرعاية الصحية.

يجب التأكد من قبول الطبيب أو موفر الرعاية الذي تزوره لبرنامج Medicaid قبل تلقي الرعاية الصحية.

### القسم الحادي والعشرون: معلومات المسكن

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

ما اسم صاحب العقار وعنوانه ورقم هاتفه؟ إذا كان لديك صاحب عقار،

فاكتب اسم صاحب العقار 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 التيسيرات.

### القسم الثاني والعشرون: نفقات أخرى

الإفادة بما 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 ويسدد أي من المدفوعات المسردة أو مكلف بأية نفقات غير مسردة بالسطور من 1 حتى 6. حدد أي نفقات غير مسردة بالسطور 6. لكل إجابة بـ "نعم"، اكتب مبلغ المدفوعات أو النفقات وعدد مرات سدادها (مثلًا، 100 دولار أمريكي لكل أسبوع أو 100 دولار أمريكي/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 17 من الطلب



## القسم الثالث والعشرون: معلومات أخرى

هل أنت تشتري أو تنو شراء 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 بالسطور من 10 حتى 12، تعني 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 "فسائم 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 تم 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. وإذا لم تفهم هذه الأسئلة، فاطلب من دائرة الخدمات الاجتماعية شرحها لك. يُرجى العلم 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 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 تنازل عن أي عقار من أجل الحصول على المعونة العامة أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية. يُرجى العلم 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 أو المعونة في رعاية الأطفال أو الخدمات عن طريق إخفاء حقائق أو عدم إخبار الحقيقة.

## الصفحات من 19 إلى 25 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 بفهم 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 مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية نيابة عنك و/أو تريد شخص لا يعيش معك الحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية نيابة 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. وإذا 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.

**نشر 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 بفهم 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 مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية على للتوقيع على الطلب وأنك تعيش في مؤسسة، وفي أي حالة يجوز للممثل المفوض التوقيع مع كتابة التاريخ على الطلب. وإذا كنت لا تقيم 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 نيابة 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. وإذا كان لديك ممثل حارس، يتعين عليه التوقيع على الطلب وتاريخه.

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

**أوافق على سحب طلبي من أجل:** لا تحدد أيًا من هذه الخانات أو توقع على هذا القسم أو توّرخه إذا كنت تريد إرسال الطلب. ولا تضع علامة على هذا القسم إذا كنت تريد سحب طلبك من برنامج واحد أو أكثر. لطلب سحب طلبك من برنامج، ضع علامة (✓) أمام الخانة بجوار هذا البرنامج وقم بالتوقيع وكتابة التاريخ في المكان المبين. وبالتالي، 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 دائرة الخدمات الاجتماعية.

لاإثبات هذا العامل، قدم أيًا من:	عامل الأهلية			
<p>بطاقة التأمين الاجتماعي مراسلات رسمية من إدارة الضمان الاجتماعي رقم الضمان الاجتماعي ليس مطلوبًا لغير المواطنين الذين يطلبون برنامج Medicaid للعلاج فقط أو عندما يكون مقدم طلب برنامج Medicaid فقط سيدة حامل.</p> <p>شهادة ميلاد شهادة معمودية سجلات المستشفى جواز سفر أمريكي سجلات الخدمة العسكرية شهادة تجنس وثائق من مصلحة خدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية دليل على الإقامة المستمرة بالولايات المتحدة قبل تاريخ 7/21/1.</p>	<p><b>رقم الضمان الاجتماعي</b> (للمعونة العامة ومخصصات برنامج المعونة وبرنامج Medicaid فقط، لا يتعين عليك تقديم إثبات رقم الضمان الاجتماعي (SSN) ما لم يتطابق رقم الضمان الاجتماعي الذي تقدمه مع سجلات إدارة الضمان الاجتماعي أو لا يمكن التحقق منه عن طريق الوكالة).</p> <p><b>حالة المواطنة أو عدم المواطنة الحالية</b> - مواطنو الولايات المتحدة مؤهلون للمعونة العامة، أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية أو برنامج Medicaid. يجب أن يتمتع غير المواطنين في حالة الهجرة المقبول ليكونوا مؤهلين للمعونة العامة أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية أو برنامج Medicaid. حالة الهجرة ليست عامل أهلية للنساء الحوامل أو الأطفال المهاجرين لبرنامج Child Health Plus B. المهاجرون غير الشرعيين وغير المهاجرين المؤقتين مؤهلين فقط للحصول على علاج حالة طبية طارئة.</p>	<p><b>الأعراض المعلوماتية</b> <b>متطلبات التوثيق</b></p> <p>القائمة التالية لعوامل الأهلية ومتطلبات التوثيق لأعراض معلوماتية فقط. ستخبرك دائرة الخدمات الاجتماعية أيًا من عوامل الأهلية ستكون مطلوب إثباتها. قد يُطلب منك أن تثبت عوامل الأهلية الأخرى غير المدرجة أدناه. وقد تكون قادرًا على تقديم وثائق غير مدرجة أدناه لإثبات متطلبات هذه الأهلية. إذا كان لديك أية أسئلة تتعلق بمتطلبات التوثيق، يُرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية التي تتبعها.</p> <p><b>إثبات هذا العامل، قدم:</b> <input type="checkbox"/> أيًا مما يلي أو</p> <p><b>اثانن مما يلي</b> (إذا كنت ستقدم طلبًا للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو برنامج Medicaid فقط، يجب عليك إحضار نموذج واحد فقط لكل عامل أهلية متحقق).</p>	<p><b>عامل الأهلية</b></p> <p><input type="checkbox"/> أيًا مما يلي أو</p>	<p><b>الهوية</b> <input type="checkbox"/> يجب عليك أن تثبت هويتك. <b>الحالة الاجتماعية</b> يجب عليك أن تثبت ما إذا كنت متزوجًا أم مطلقًا أم منفصلًا أم أرملًا.</p>
<p>مفردات المرتب الحالي أظرف الرواتب على ورقة ذات رأس، الأجر في الساعة؛ ساعات العمل أسبوعيًا؛ وتاريخ أول أجر، إذا كنت جديدًا ورقم هاتف صاحب العمل الاتصال بصاحب العمل</p> <p>شركة صاحب العمل سجلات الضرائب سجلات ومواد ذات صلة تتعلق بأرباح ومصروفات العمل الحر عائد ضريبة الدخل الحالية شيك ائتمان حالي بيان من مستأجر غرفة عندك، جار أو مؤجر السجلات الضريبية للدخل</p>	<p><b>الدخل المكتسب</b> <input type="checkbox"/> من صاحب العمل <input type="checkbox"/> من عمل حر <input type="checkbox"/> دخل من إيجار أو غرفة/مكان إقامة</p>	<p>بيان من شخص آخر رقم ضمان اجتماعي مصدق عليه شهادة ميلاد/معمودية</p>	<p>بطاقة هوية تحتوي على صورة رخصة قيادة جواز سفر أمريكي شهادة تجنس سجلات المستشفى/الطبيب ورق تبني</p>	<p><b>الإقامة</b> يجب عليك أن تثبت المكان الذي تعيش فيه.</p>
<p>بيان من محكمة الأسرة بيان من الذي يدفع النفقة كعوب شيكات شهادة جائزة حالية شيك مخصصات حالي مراسلات رسمية مع وزارة العمل في نيويورك شهادة جائزة حالية شيك مخصصات حالي مراسلات رسمية من إدارة الضمان الاجتماعي شهادة جائزة حالية شيك مخصصات حالي مراسلات رسمية من إدارة المحاربين القدامى</p>	<p><b>الدخل غير المكتسب</b> <input type="checkbox"/> نفقة الطفل <input type="checkbox"/> مخصصات تأمين البطالة (UIB) <input type="checkbox"/> مخصصات الضمان الاجتماعي (بما في ذلك دخل الضمان التكميلي) <input type="checkbox"/> مخصصات المحاربين القدامى</p>	<p>بيان من شخص آخر رقم ضمان اجتماعي مصدق شهادة ميلاد/معمودية بيان من رجل دين سجلات تعداد إشعار صحفية بيان من شخص آخر بيان من شخص آخر البريد الحالي السجلات المدرسية</p>	<p>شهادة زواج/وفاة اتفاق انفصال وثيقة طلاق سجلات الضمان الاجتماعي سجلات شؤون المحاربين القدامى بيان من صاحب عقار إيصال أو عقد إيجار حالي سجلات رهن</p>	<p><b>تكوين/حجم الأسرة</b> يجب عليك أن تثبت من يعيش معك</p>
<p>بيان من مالك ليس من الأقارب السجلات المدرسية</p>	<p>بيانات من أشخاص آخرين</p>	<p>بيان من مالك ليس من الأقارب السجلات المدرسية</p>	<p>بيان من مالك ليس من الأقارب السجلات المدرسية</p>	<p><b>العمر</b> يجب عليك أن تثبت سن كل شخص سيقدم طلبًا للحصول على المعونة حيثما كان ذلك مناسبًا.</p>
<p>شهادة وفاة مخصصات الباقيين على قيد الحياة سجلات المستشفى سجلات شؤون المحاربين القدامى أو سجلات الجيش وثائق طلاق إثبات الزواج مرة أخرى</p>	<p>إشعار صحفية سجلات شركة التأمين السجلات المؤسسية سجلات حالة الوكالة وملفات مصاريف الدفن بيان من شخص آخر</p>	<p>إشعار صحفية سجلات شركة التأمين السجلات المؤسسية سجلات حالة الوكالة وملفات مصاريف الدفن بيان من شخص آخر</p>	<p>شهادة وفاة مخصصات الباقيين على قيد الحياة سجلات المستشفى سجلات شؤون المحاربين القدامى أو سجلات الجيش وثائق طلاق إثبات الزواج مرة أخرى</p>	<p><b>غياب أحد الوالدين</b> إذا كان أحد والدي أي طفل في منزل ليس على قيد الحياة، فيجب عليك إثبات ذلك</p>
<p>كعوب دفع عوائد الضرائب سجلات الضمان الاجتماعي أو المحاربين القدامى خطابات إنهاء مالي بطاقات تعريف (تأمين صحي) رخصة أو تسجيل قيادة</p>	<p>كعوب دفع عوائد الضرائب سجلات الضمان الاجتماعي أو المحاربين القدامى خطابات إنهاء مالي بطاقات تعريف (تأمين صحي) رخصة أو تسجيل قيادة</p>	<p>كعوب دفع عوائد الضرائب سجلات الضمان الاجتماعي أو المحاربين القدامى خطابات إنهاء مالي بطاقات تعريف (تأمين صحي) رخصة أو تسجيل قيادة</p>	<p>كعوب دفع عوائد الضرائب سجلات الضمان الاجتماعي أو المحاربين القدامى خطابات إنهاء مالي بطاقات تعريف (تأمين صحي) رخصة أو تسجيل قيادة</p>	<p><b>معلومات غياب أحد الوالدين</b> يجب عليك تقديم أي معلومات لديك: الاسم والعنوان ورقم الضمان الاجتماعي وتاريخ الميلاد والوظيفة</p>

عامل الأهلية	إثبات هذا العامل، قدم أيًا مما يلي:	عامل الأهلية	إثبات هذا العامل، قدم أيًا مما يلي:
الدخل غير المكتسب (تتمة)			أخرى <input type="checkbox"/>
تعويضات العمال	شهادة منح كعب شبك		
المنح والقروض التعليمية	بيان من مدرسة بيان من بنك شهادة منح		
المخصصات/الأرباح/الأرباح	بيان من بنك أو جمعية مصرفية بيان من وسيط/وكيل		
معاش تقاعدي/معاش خاص	شهادة منح حالية شبك مخصصات حالي		
أخرى	مراسلات رسمية من مصدر الدخل		
الموارد	بيان من أهل المنزل بيان من دار لرعاية المسنين		
حسابات بنكية: شبك أو مدخرات أو معاش (حسابات تقاعد للأفراد ومعاش تبعًا لمخطط "كبيو" للمعاشات التقاعدية مؤجلة الضرائب)	سجلات بنكية حالية سجلات جمعية مصرفية حالية		
أسهم وسندات وشهادات	شهادة أسهم سندات بيان من مؤسسة مالية		
تأمين على الحياة	بوليصة تأمين بيان من شركة تأمين سجلات بنكية		
وديعة دفن أو تمويل خطة دفن أو اتفاقيه دفن	اتفاقيه دفن صك خطة دفن بيان من مخرج الجنازة		
استرداد ضريبة الدخل أو تخفيض ضريبي على الدخل المكتسب (EITC)	استرداد الضريبة بيان من مكتب الضرائب		
عقارات أخرى غير الإقامة	صك بيان من وسيط عقارات تقييم/تقدير القيمة الحالية من وسيط		
سيارة	تسجيل (موديلات قديمة) سند ملكية تقييم القيمة الجارية من قبل تاجر بيانات تمويل		
دفعة إجمالية	بيان من مصدر الدفعة		
			<input type="checkbox"/> أخرى:
إثبات هذا العامل، قدم أيًا مما يلي:		عامل الأهلية	إثبات هذا العامل، قدم أيًا مما يلي:
أخرى <input type="checkbox"/>			
إيصال إيجار حالي الإيجار الحالي دفتر/سجلات رهن سجلات ضريبة الممتلكات والمدرسة بيان من المالك فواتير المياه والصرف الصحي سجلات التأمين على المنازل فواتير الوقود فواتير المرافق غير التدفئة فواتير الهاتف	نفقات المسكن يجب عليك إثبات تكلفة سكنك (قد تحتاج إلى تقديم وثائق منفصلة لكل بند في نفقات المسكن). لا يتطلب برنامج Medicaid ووثائق تتعلق بنفقات المسكن.		
نسخ من الفواتير الطبية (مدفوعة وغير مدفوعة) بوليصة تأمين بطاقة تأمين بيان من موفر التغطية بطاقة Medicare	<input type="checkbox"/> الفواتير الطبية <input type="checkbox"/> التأمين الصحي إذا كنت أو أي شخص سيقدم طلبًا لتغطية التأمين الصحي (حتى إذا تم الدفع من قبل شخص آخر)، يجب عليك إثبات ذلك.		
بيان من أخصائي طبي لتأكيد الحمل وبيان تاريخ الميلاد المتوقع من أخصائي طبي إثبات مخصصات إدارة الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان التكميلي للمعاقين أو المكفوفين	معاق/عاجز/حامل <input type="checkbox"/> إذا كنت أو أي شخص يعيش معك مريضًا أو حاملًا، فيجب أن تقدم إثبات.		
نسخة من كل فاتورة موضحًا المبلغ المستحق وفترة الخدمات والموفر	فواتير غير مدفوعة <input type="checkbox"/> إيجار ومرافق		
بيان من موفر العلاج بيان من خدمة العمل	الإحالة <input type="checkbox"/> برنامج العلاج من المخدرات/الكحول <input type="checkbox"/> خدمة التوظيف		
قرار محكمة بيان من مركز الرعاية اليومي أو موفر خدمات رعاية أطفال آخر بيان من مساعد أو مرافق شبكات أو إيصال تم دفعها	<input type="checkbox"/> نفقات أخرى/تكلفة الرعاية المستقلة يجب عليك تقديم إثبات إذا كنت تدفع نفقة بناءً على قرار محكمة أو كنت تدفع نفقات لرعاية الأطفال أو قروض متكررة أو من أجل خدمات المعونة في الصحة المنزلية أو مرافق.		
السجلات المدرسية (بطاقة الدرجات الحالية) بيان من المدرسة/أو مؤسسة تعليمية عالية	سجلات الحضور المدرسية <input type="checkbox"/> يجب عليك إثبات من هو ملتحق بمدرسة		