

طلب استبدال الأغذية المشتراة عن طريق
مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (سناب)

إذا كنت كفيفاً أو معاقاً بصرياً بشكل كبير وتحتاج إلى طلب أو إلى هذه التعليمات بصيغة بديلة،
يمكنك طلبهم من دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك. للحصول على معلومات إضافية
بخصوص الصيغ المتاحة يرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك أو زر
www.otda.ny.gov

إذا كنت كفيفاً أو معاقاً بصرياً بشكل كبير، هل ترغب في تلقي الاخطارات الكتابية بصيغة
بديلة؟ نعم ___ لا ___

إذا أجبت بنعم، ضع إشارة أمام الصيغة التي تفضلها: ___ نسخة بخط كبير ___ نسخة
إلكترونية على CD ___ نسخة صوتية على CD ___ بريل، إذا كنت تؤكد بأن الصيغ
الأخرى لن تكون مفيدة بشكل مساو لك.

إذا كنت بحاجة إلى ترتيبات أخرى يرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.

مكتب المعونة المؤقتة ومعونة العجز				ولاية نيويورك	
المقاطعة			اسم الملف		
رقم الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي		رقم الملف		
رقم الهاتف	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	العنوان (بما في ذلك رقم المنزل ورقم الشقة)	

أنا _____، كبير الأسرة أو أحد أفرادها البالغين، تحت رقم الملف أعلاه، وأرغب في إبلاغ ممثل
الوكالة بما يلي:

تكبد أهل داري خسارة بمبلغ _____ دولار أمريكي في المواد الغذائية المشتراة بمخصصات برنامج المعونة الغذائية
التكميلية (سناب)، والتي فسدت بسبب:

انقطاع التيار الكهربائي الفيضان كارثة أخرى خلاف ذلك الحريق

اذكر: _____

تعليقات مسؤول الملف: _____

تعليقات العميل: _____

إقرار
لا توقع قبل أن تقرأ وتفهم البيان التالي

أدرك أن تقديم بيانات غير صحيحة لحفظها في الملف على النحو المنصوص عليه في المادة 175 من قانون العقوبات يعتبر جريمة قد تصل
عقوبتها إلى السجن لأربعة (4) سنوات. وسوف أخضع في هذه الحالة لأمر اعتقال بمقتضى القوانين المدنية والجزائية للولايات المتحدة وولاية
نيويورك، وبموجب لوائح مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة ومعونة العجز.
وأدرك أنه يحق لي عقد جلسة إنصاف للطعن على رفض أو تأخير إصدار البديل لأسرتي. وأنه لن يتم إصدار البدائل لحين صدور قرار جلسة
الإنصاف.
وأدرك كذلك أنه إذا لم أوقع على هذا البيان وتسليمه إلى الوكالة في غضون عشرة (10) أيام من تاريخ الإبلاغ عن الخسارة، لن تقوم الوكالة
باستبدال مخصصات سناب.

التوقيع	التاريخ
---------	---------