ممنوع الكتابة في المناطق المظللة من نموذج تجديد الأهلية هذا

	NUMBER REUSE INDICATOR	LANG	CATEGORY	DISTRICT	CASE NUMBER	CASE TYPE	WORKER ID	UNIT ID	INTERVIEW DATE	CENTER/ OFFICE

RECERTIFICATION ☐	CLOSE ☐	DISPOSITION REASON CODE ☐☐☐	EFFECTIVE DATE	CASE NAME

DATE	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION	FORM _____ OF _____	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):
	x					

☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____ EMPLOYED BY: DATE RECEIVED BY AGENCY

SNAP AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		PA AUTHORIZATION PERIOD	
TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM

نموذج تجديد الأهلية لولاية نيويورك الخاصة ببعض مخصصات وخدمات ولاية نيويورك

إذا كنت مصابًا بالعمى أو تعاني من إعاقة كبيرة في الرؤية، وتحتاج لتلقي نموذج تجديد الأهلية هذا بصيغة بديلة، فيمكنك طلبه بهذه الصيغة من دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك. للحصول على معلومات إضافية متعلقة بأنواع الصيغ المتوفرة وكيف يمكنك طلب الحصول على نموذج تجديد الأهلية بصيغة بديلة، راجع كتاب التعليمات (PUB-1313-AR Statewide)، المتوفر على www.otda.ny.gov أو https://www.health.ny.gov.

إذا كنت كفيفًا أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، هل تفضل استلام الإشعارات الخطية بصيغة بديلة؟

☐ نعم ☐ لا

إذا اخترت "نعم"، فحدد نوع الصيغة المفضلة لديك: ☐ نسخة بخط كبير؛ ☐ قرص بيانات مضغوط؛

☐ قرص صوتي مضغوط؛ ☐ الطباعة بطريقة برايل، إذا أكدت أن أيًا من الصيغ البديلة الأخرى لن تكون فعالة بنفس الدرجة بالنسبة لك.

إذا كنت بحاجة لمكان إقامة آخر، فيرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.

ونحن ملتزمون بمساعدتك ودعمك بطريقة مهنية ومحترمة. تتحمل مسؤولية المشاركة في أنشطة بما في ذلك أنشطة العمل لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية وبرنامج المعونة العامة، عند الاقتضاء، حتى تصبح متمتعًا باكتفاء ذاتي. في كل مرة تشاهد فيها مصطلح "المعونة العامة" على نموذج تجديد الأهلية، فاعلم أنه يعني "المعونة الأسرية" و/أو "معونة شبكة الأمان"، فنحن نطلق على البرنامجين "المعونة العامة." يهدف برنامجا PA المشار إليهما إلى مساعدتك فقط حتى يكون بإمكانك دعم نفسك وأسرتك تمامًا. **يرجى الرجوع إلى كتاب التعليمات (PUB-1301 Statewide) وكتب "ما يجب عليك معرفته" 1 و2 و3، (LDSS-4148A وLDSS-4148B وLDSS-4148C) عند استكمال نموذج تجديد الأهلية هذا، والاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك بشأن أي سؤال.**

حينما تشاهد "MA" على نموذج تجديد الأهلية، فهي تعني برنامج "Medicaid". يمكنك التقدم بطلب برنامج "Medicaid" باستخدام نموذج التجديد هذا فقط في حالة قيامك أيضًا بتجديد الأهلية لبرنامج "المعونة العامة" أو "برنامج المعونة الغذائية التكميلية" في آن واحد. إذا كنت ترغب في التقدم بطلب تجديد الأهلية فقط، فيمكن الانتقال إلى موقع https://nystateofhealth.ny.gov/ على الإنترنت و/أو الاتصال بـ 1-855-355-5777 للحصول على المعلومات أو لتقديم طلب تجديد الأهلية أو يمكنك طلب ورقي لبرنامج Medicaid فقط – نموذج DOH-4220 الذي يمنحه لك الموظف أو الاتصال بخط مساعدة Medicaid على الرقم 1-800-541-2831. إذا كنت تريد تجديد الأهلية فقط لبرنامج Medicare الادخاري (MSP)، يلزم 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".

ممنوع الكتابة في المناطق المظللة من نموذج تجديد الأهلية هذا

القسم الأول تحديد كل برنامج تريد أنت أو أي عضو في أسرتك تجديد الأهلية فيه

☐ المعونة العامة (PA) ☐ المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) ☐ المعونة الصحية (MA) والمعونة الغذائية التكميلية (SNAP) ☐ معونة (MA) ومعونة (PA)

القسم الثاني

ما هي لغتك الأساسية؟ ☐ الإنجليزية ☐ الإسبانية ☐ غير ذلك (حدد) _____

هل تريد استلام الإشعارات باللغة: ☐ الإنجليزية فقط ☐ الإنجليزية والإسبانية

القسم الثالث **معلومات المتلقي** **يُرجى الكتابة بخط واضح**

الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اسم العائلة	الحالة الاجتماعية	رقم الهاتف ( ) رمز الدائرة		
عنوان الشارع	الشقة رقم	المدينة	المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي	
طرف/عناية (يتم تعبئتها إذا كنت تتلقى رسالة البريد عناية شخص آخر)						
عنوان البريد (إذا كان مختلفًا عن العنوان الموضح أعلاه)	الشقة رقم	المدينة	المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي	
ما مدة إقامتك في عنوانك الحالي؟	السنوات	الأشهر	هل هذا مأوى؟ ☐ نعم ☐ لا	هاتف آخر يمكن التواصل معك من خلاله	الاسم	رقم الهاتف ( ) رمز الدائرة
كيفية الوصول إلى العنوان الحالي						
العنوان السابق	الشقة رقم	المدينة	المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي	
إذا لم يكن لديك منزل حاليًا، فحدد هنا ☐						
الوكالة التي تساعد مقدم الطلب/الشخص الذي يتم الاتصال به						رقم الهاتف ( ) رمز الدائرة

هل تريد المحافظة على سرية جزء معونة Medicaid للرعاية الصحية من نموذج تجديد الأهلية هذا وسرية استلام مخصصات معونة Medicaid؟ ☐ نعم ☐ لا

اسرد الأمور التي تغيرت منذ آخر طلب لك أو آخر تجديد للأهلية (مثل الانتقال، وجود طفل، الدخل، إلخ.)

_____

القسم الخامس
هل تنطبق أي من هذه الحالات عليك؟

1 ☐ حامل
2 ☐ ضحية للعنف الأسري
3 ☐ تحتاج إلى إثبات الأبوة
4 ☐ تحتاج إلى نفقة الطفل
5 ☐ لديك مشكلة متعلقة بالمخدرات/الكحول
6 ☐ وقف الوقود أو الخدمات
7 ☐ لا يوجد لديك مكان للإقامة/مشرّد
8 ☐ حريق أو كارثة أخرى
9 ☐ ليس لديك دخل
10 ☐ لديك مشكلة طبية خطيرة
11 ☐ تواجه مشكلة تتعلق بالطرد لم يتم البت فيها
12 ☐ ليس لديك غذاء
13 ☐ تحتاج إلى رعاية تربوية
14 ☐ تحتاج لرعاية طفل
15 ☐ تعاني من مشاكل في اللغة الإنجليزية
16 ☐ أماكن إقامة معقولة
17 ☐ أخرى _____

القسم الرابع – إذا كنت ستعيد تقديم طلبًا للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP): يمكنك تقديم نموذج تجديد الأهلية في اليوم الذي تحصل عليه. لتقديم تجديد الأهلية إلى SNAP، يجب أن يتضمن على الأقل اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان) وتوقيعك أدناه. ويتعين عليك إكمال عملية تجديد الأهلية، بما في ذلك توقيع الصفحة الأخيرة من تجديد الأهلية والخضوع لمقابلة. في حالة استحقاقك، ستحصل على مخصصات SNAP التي تعود إلى تاريخ تقديم تجديد الأهلية. يلزم إخبارك خلال 30 يومًا من تاريخ تقديم تجديد الأهلية للحصول على مخصصات SNAP، ما إذا كان تجديد الأهلية قد تم الموافقة عليه أو رفضه. إذا كان دخل أسرتك قليلاً أو ليس لديها دخل، أو كان عبارة عن موارد سائلة، أو إذا كانت مصاريف الإيجار والخدمات الخاصة بك تزيد عن دخلك ومواردك السائلة، فقد تكون مستحقًا للحصول على مخصصات SNAP خلال خمسة أيام تقويمية من تاريخ التقديم. إذا كنت مقيمًا في مؤسسة وتقدم طلب تجديد الأهلية للحصول على مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) وSNAP قبل أن تغادر المؤسسة، فإن تاريخ تقديم تجديد الأهلية هو تاريخ مغادرتك للمؤسسة.

توقيع ممثل/متلقي SNAP	تاريخ التوقيع
x	

القسم السادس ـ معلومات أفراد الأسرة ـ اكتب اسم كل فرد يعيش معك حتى إذا لم يتقدم بتجديد للأهلية. اكتب اسمك في السطر الأول.

RI	LN	الاسم الأول (الاسم الأوسط)	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اسم العائلة	المعونة العامة	مخصصات برنامج المعونة	Medicaid (MA) id	تاريخ الميلاد: شهر	يوم	سنة	النوع ذكر أو أنثى	العلاقة بالنسبة لك	رقم الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة الذين سيقدمون تجديد للشهادة (راجع دليل التعليمات، PUB-1313-AR Statewide أو التحدث إلى دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك)	المدرسة العليا المؤهل الحاصل عليه	هل هذا الشخص (بمن فيهم الأطفال القصر) يشتري الطعام أو يحضر الوجبات معك؟ نعم	لا
	01											ذاتي				
	02															
	03															
	04															
	05															
	06															
	07															
	08															

يرجى سرد أسماء ما قبل الزواج أو أسماء أخرى تعرفها أنت أو أي شخص في أسرتك

رقم السطر	ONC	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اسم العائلة

القسم السابع

هل انتقل أي شخص إلى المنزل في السنة الماضية؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة نعم، فيُرجى الإشارة أدناه.

الاسم	هل سبق لهم العيش في ولاية نيويورك من قبل؟	الاسم	متى؟	هل انتقل أي شخص **خارج** المنزل في السنة الماضية؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، فيُرجى الإشارة أدناه.
	☐ نعم ☐ لا			
	☐ نعم ☐ لا			

IS ANYONE SANCTIONED?	☐ YES ☐ NO	IF YES, WHO	REASON	END DATE

NON-APPLICANT INFORMATION

CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD	CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME	FOR WHOM?	LEGALLY RESPONSIBLE NO	LEGALLY RESPONSIBLE YES	LAST NAME	FIRST NAME	LN

CONSIDER

✓ RCA/RMA REFERRAL

INDIVIDUAL EDUCATION

DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	LN
	05		01
	06		02
	07		03
	08		04

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION

SPONSORED NO	SPONSORED YES	APPLIED FOR CITIZENSHIP NO	APPLIED FOR CITIZENSHIP YES	DATE OF ENTRY/STATUS YEAR	DATE OF ENTRY/STATUS DAY	DATE OF ENTRY/STATUS MONTH	STATUS ADJUSTED NO	STATUS ADJUSTED YES	NON-CITIZEN STATUS	LN

القسم الثامن - العرق/الأصل الإثني - تقديم هذه المعلومات غير إلزامي. ولن تؤثر على أهلية الشخص الذي يجدد الأهلية أو مستوى المخصصات التي يحصل عليها. ويتمثل السبب في طلب هذه المعلومات في ضمان توزيع مخصصات البرنامج بغض النظر عن العرق أو اللون أو المنشأ.

H من أصول إسبانية أو لاتينية
I أمريكي أصلي أو من سكان الاسكا الأصليين
A آسيوي
B أمريكي أسود أو أفريقي
P سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادي
W أبيض
U غير معروف **(MA فقط)**

LN	H	I	A	B	P	W	U
	أدخل Y (نعم) أو N (لا) بالنسبة للأفراد من أصول إسبانية أو لاتينية						
	أدخل Y (نعم) أو N (لا) لكل عرق						
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							

RELATED CASE NUMBERS	CASE TYPE	ANTICIPATED FUTURE ACTION				
		DATE			CODE	LINE NO.

COMPLETED	REFERRALS	NEEDED
	Legal	
	Services	
	SSA	
	NYSoH	
	Chronic Care/SSI-Related	
	MA-Only	
	Medicare Savings Program	

CONSIDER

- ✓ Relationship
- ✓ Filing Unit
- ✓ Legally Responsible Relative
- ✓ Single Economic Unit
- ✓ SNAP Household Composition
- ✓ SNAP Aged/Disabled Individual
- ✓ Photo ID
- ✓ AFIS (PA Only)
- ✓ CBIC/PIN
- ✓ RFI/OCA
- ✓ Health Insurance
- ✓ Child Support Pass-Through

مطلوب	الوثائق	في الملف
	معرّف يحتوي على صورة	
	التحقق من تاريخ الميلاد	
	رخصة الزواج	
	بطاقة التأمين الاجتماعي	
	قرار قانون 9	
	حالة الهجرة	
	ملاحظة الحالة متعدد-لاحقة/تعاونية (استبيان الوحدة الاقتصادية الفردي)	

يُرجى قراءة هذه الصفحة بأكملها بعناية قبل الانتهاء منه. إذا كان لديك سؤال، راجع دليل التعليمات (PUB-1313 Statewide) أو التحدث إلى دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.

القسم التاسع- المواطنة/غير مواطن يتمتع بوضع هجرة مقبول

اسرد اسم أي شخص يجدد الأهلية أو يشترط أن يتقدم بتجديد للشهادة.

القسم العاشر – الإقرار

تتطلب بعض برامج الخدمات الاجتماعية أن تشهد بأنك من مواطني الولايات المتحدة أو أمريكي أصلي أو تحمل الجنسية الأمريكية أو غير مواطن تتمتع بحالة هجرة مقبولة. لا تتطلب بعض البرامج الأخرى هذا الأمر.

يتعين عليك توقيع الأهلية أدناه فقط في حال كونك من مواطني الولايات المتحدة أو أمريكي أصلي أو تحمل الجنسية الأمريكية أو غير مواطن تتمتع بحالة هجرة مقبولة وتتقدم بتجديد للشهادة من أجل:

- المعونة العامة (تتمثل في وجود أطفال داخل الأسرة المعيشية أو أن تكون هناك عضوة في الأسرة حامل)، أو
- برنامج المعونة الغذائية التكميلية، أو
- برنامج Medicaid (إلا إذا كانت مقدمة الطلب حاملاً)

يجوز لأي فرد بالغ من أفراد الأسرة أو ممثل مفوض التوقيع على الإقرار نيابة عن كل أفراد الأسرة. مثال: يجوز لولي أمر لا يتمتع بوضع مقبول لغير المواطنين التوقيع على الإقرار لابنه/ابنته الذي يتمتع بوضع مقبول لغير المواطنين.

COMPLETED	REFERRALS	NEEDED
	Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)	

يجب أثناء التقدم بتجديد للشهادة إلى SNAP سرد أسماء كافة الأفراد الذين يعيشون في أسرة تتمتع بحق SNAP. يجب أثناء التقدم بتجديد للشهادة إلى PA سرد أسماء كافة الأطفال الذين تقوم بتقديم تجديد للشهادة من أجلهم وأخواتهم وكافة أولياء الأمور لهؤلاء الأطفال الذين يعيشون معًا. إذا كنت لا تتحقق مما إذا كان الشخص المذكور من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية أو يحمل الجنسية الأمريكية أو غير مواطن يتمتع بحالة هجرة مقبولة أو يقدم رقم خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية (USCIS) (رقم التسجيل للأجنبي المقيم) أو رقم غير مواطن (إن وجد)، عندئذٍ لن يتمتع هذا الشخص بمساعدة وسيحصل باقي أعضاء الأسرة على مخصصات مخفضة. إذا كنت أمريكي أصلي، تحقق من المواطنة/الجنسية.

وقع*وضع التاريخ في المربع أدناه نيابةً عن كل مقدم للطلب.

في حالة التقدم بتجديد للشهادة لغير مواطن يتمتع بحالة هجرة مقبولة، تحقق من البرامج التي يتم التقدم إليها بتجديد للشهادة من قبل غير مواطن يتمتع بحالة هجرة مقبولة. (راجع دليل التعليمات، Pub-1313 Statewide.)

LN	الاسم الأول	MI	اسم العائلة	تحقق من "المواطنة/الجنسية" أو "غير مواطن" لكل شخص.		رقم USCIS (رقم تسجيل الأجنبي المقيم) أو رقم غير المواطنين (إن أمكن)	الإقرار	التاريخ	المعونة العامة (PA)	SNAP	Medicaid (MA)
01				☐ مواطن/ يحمل الجنسية	☐ غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X				
02				☐ مواطن/ يحمل الجنسية	☐ غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X				
03				☐ مواطن/ يحمل الجنسية	☐ غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X				
04				☐ مواطن/ يحمل الجنسية	☐ غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X				
05				☐ مواطن/ يحمل الجنسية	☐ غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X				
06				☐ مواطن/ يحمل الجنسية	☐ غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X				
07				☐ مواطن/ يحمل الجنسية	☐ غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X				
08				☐ مواطن/ يحمل الجنسية	☐ غير مواطن	A	اسم صاحب التوقيع X				

من خلال التحقق من المربع أعلاه والتوقيع على نموذج الأهلية في القسم 10، أشهد تحت عقوبة الحنث باليمين، بأنني و/أو الأشخاص الذين أقوم بالتوقيع نيابة عنهم من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية أو من الأمريكان الأصليين أو نحمل الجنسية الأمريكية أو غير مواطنين نتمتع بحالة هجرة مقبولة.
أدرك أن توقيع الأهلية أعلاه قد يؤدي إلى تقديم معلومات تتعلق بتقديم تجديد شهادات أعضاء في أسرتي يجري تقديمها إلى خدمات الهجرة والمواطنة الأمريكية للتحقق من عدم المواطنة إن وجدت.
استخدام المعلومات الواردة أعلاه أو الكشف عنها مقصور على الأشخاص والمنظمات المتصلة بشكل مباشر بالتحقق من وضع المواطنة، وإدارة أو تنفيذ أحكام المعونة العامة وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية وبرنامج Medicaid.

يقوم الشخص الذي يرغب في توقيع نموذج الأهلية ولا يستطيع الكتابة بوضع علامة "X" في السطر المقابل للشاهد. يجب أن يوقع الشخص أدناه.

أشهد على العلامات الموضوعة في السطور: _____, _____, _____, _____, _____ توقيع الشاهد: _____ تاريخ التوقيع: _____

القسم الحادي عشر – المعلومات المتعلقة بالإحالة إلى وحدة إعالة الأطفال

إذا كنت تتقدم تجديد للشهادة للتمتع بمخصصات برنامج Medicaid فضلاً عن المعونة العامة أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية، فقد يتوجب عليك مساعدتنا في الحصول على الدعم الطبي الخاص بك وبأطفالك المقدمين لتجديد الأهلية. أجب عن الأسئلة التالية لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى إكمال هذا القسم. بما في ذلك نفسك، حسب الاقتضاء:

1. هل تتقدم بتجديد للشهادة لفرد دون عمر 21 عامًا وتمت ولادته دون علاقة زواج شرعية ولم تثبت بعد أبوته الشرعية (أي الأبوة القانونية)؟ ☐ نعم ☐ لا
2. هل تتقدم بتجديد للشهادة لفرد دون عمر 21 عامًا ووالده أو والدته متغيبة (ولي أمر غير وصي)؟ ☐ نعم ☐ لا

أنت لا تحتاج إلى إكمال هذا القسم إذا أجبت "لا" لكلا السؤالين. انتقل إلى القسم التالي.

تحتاج إلى إكمال هذا القسم إذا أجبت "بنعم" لسؤال أو كلا السؤالين. قدم أسماء جميع الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا وقمت بتقديم تجديد للشهادات الخاصة بهم وأية معلومات تمتلكها الآن عن هؤلاء الأفراد "أولياء أمور لا يملكون حضانة أو آباء وهميين (مزعومين).

3. هل أنت تحت عمر 21 عامًا؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا أجبت "بنعم" على هذا السؤال، عندئذٍ قم بتوفير معلومات عن أولياء أمورك الذي يملكون حضانة أو آباءك الوهميين.

كشرط للحصول على معونة، يلزم عليك تعيين بعض الحقوق ذات الصلة لتقديم الدعم، كما هو موضح في قسم الملاحظات والمهام والتراخيص، والموافقات في نهاية طلب التقديم. سيتم تزويدك بنموذج LDSS-4882، "معلومات عن خدمات إعالة الطفل وتقديم الطلبات/الإحالة لخدمات إعالة الطفل" لاستكمال والرجوع إلى وحدة إعالة الطفل. باستثناء حالات العنف الأسري أو بوجود سبب وجيه وكشرط للحصول على المعونة، يتعين عليك التعاون مع وحدة إعالة الطفل لتحديد ولي الأمر الذي يملك حضانة أو الأب الوهمي؛ إثبات أبوة كل فرد تحت عمر 21 عامًا تمت ولادته دون وجود زواج شرعي؛ وإنشاء و/أو تعديل و/أو تنفيذ طلبات الدعم. سيتم تزويدك أيضًا بنموذج LDSS-4279، "إشعار المسؤوليات والحقوق لتقديم الدعم،" والذي يشرح مسؤولياتك وحقوقك إذا كنت لا تتعاون مع وحدة إعالة الطفل.

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED
	Acknowledgement of Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity	
	Birth Certificate	
COMPLETED	**REFERRALS**	**NEEDED**
	CTHP	
	CAP	
	Application/Referral for Child Support Services (LDSS-4882)	
	Paternity	

CONSIDER

Child Health Plus	✓	Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse	✓
TASA	✓		
SSI/SSA	✓	Petition to Family Court	✓

	اسم الفرد دون 21 عامًا	اسم وعنوان ولي الأمر غير الوصي أو الأب المفترض	تاريخ ميلاد ولي الأمر غير الوصي أو الأب المفترض			رقم الضمان الاجتماعي لولي الأمر غير الوصي رقم الضمان الاجتماعي
			شهر	يوم	سنة	
أ.						
ب.						
ج.						
د.						
هـ.						

القسم الثاني عشر - إيداع الضرائب/ وضع الفرد المعال - يُرجى تحديد الحالة الضريبية لكل فرد يعيش في المنزل.

			الحالة الضريبية					
الاسم الأول	الاسم الأوسط	اسم العائلة	أعزب	متزوج ويملأ ضرائبه هو وزوجته معًا	متزوج ويملأ ضرائبه كأعزب	رب الأسرة (فرد مؤهل)	أرملة/أرمل مؤهل مع طفل معال	معال وسيقوم بإيداع ضرائب	لن يقوم بإيداع ضرائب

شخص معال ومعفي من الضرائب ولا يعيش في المنزل. يرجى سرد أي أفراد معالين ومعافين من الضرائب لا يعيشون معك وقمت أنت أو أي فرد في أسرتك بالمطالبة بأنهم معالين. إذا كنت لا تقم بتقديم إفادة ضريبية، يمكنك تجاوز هذا السؤال.

اسم الفرد المعال المعفي من الضرائب			اسم الفرد المكلف بإيداع الضرائب		
الاسم الأول	الاسم الأوسط	اسم العائلة	الاسم الأول	الاسم الأوسط	اسم العائلة

القسم الثالث عشر - معلومات الزوج الغائب/ المتوفى - إذا كان زوج أي شخص آخر يتقدم بتجديد للشهادة ويعيش في مكان آخر أو متوفي، حينئذٍ يُرجى الإشارة أدناه.

اسم الشخص الذي يجدد الأهلية:	اسم شريك الحياة	تاريخ ميلاد شريك الحياة	تاريخ ميلاد شريك الحياة إن أمكن	رقم الضمان الاجتماعي لشريك الحياة

عنوان شريك الحياة، إن أمكن	المدينة	المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي

القسم الرابع عشر - معلومات الطفل الغائب - إذا كان أي شخص يتقدم بتجديد للشهادة لديه طفل دون عمر 21 عامًا ويعيش في مكان آخر، عندئذٍ يُرجى الإشارة أدناه.

اسم الشخص الذي يجدد الأهلية:	اسم الطفل الغائب	تاريخ الميلاد	عنوان الطفل (الشارع والمدينة والمقاطعة والولاية والرمز البريدي)	هل ثبتت أبوته؟		هل تدفع نفقة طفل؟	
				نعم	لا	نعم	لا

القسم الخامس عشر – معلومات الأب/الأم في سن المراهقة

هل يوجد ولي أمر دون 18 عامًا (أب/أم في سن المراهقة) في المنزل؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم _____

هل يعيش طفل الأب المراهق/الأم المراهقة في المنزل؟ ☐ نعم ☐ لا

اسم طفل الأب المراهق/ الأم المراهقة _____

TEEN PARENT

رقم "LN" _____ الحالة الاجتماعية _____

هل أنت حاصل على شهادة الثانوية/ما يعادلها؟ _____

رقم "LN" _____ الحالة الاجتماعية _____

هل أنت حاصل على شهادة الثانوية/ما يعادلها؟ _____

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____

LN NO. _____

ممنوع الكتابة في المناطق المظللة من نموذج تجديد الأهلية هذا

القسم السادس عشر - معلومات الدخل:

الإفادة إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يتلقى أموالاً من:		نعم	لا	الشخص	المبلغ/ القيمة وعدد المرات	الشخص	المبلغ/ القيمة وعدد المرات
مخصصات تأمين البطالة	1						
مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) (وإجمالي المبلغ الخاص بالولاية والفيدرالي)	2						
مخصصات الضمان الاجتماعي للمعوقين (SSD)	3						
مخصصات الضمان الاجتماعي للمعالين	4						
مخصصات الضمان الاجتماعي للباقين على قيد الحياة	5						
مخصصات الضمان الاجتماعي للمتقاعدين	6						
مخصصات التقاعد لعمال السكك الحديدية	7						
مخصصات التقاعد (المعاشات)	8						
الأرباح/المخصصات من الأسهم والسندات والمدخرات	9						
تعويضات العمال	10						
مخصصات المعوقين في ولاية نيويورك	11						
معاش قدامى المحاربين/المخصصات/المعونة والحضور	12						
المعونة العامة Grant	13						
مخصصات المعالين GI	14						
القروض أو المنح الدراسية	15						
التبرعات/الهدايا (المستلمة)	16						
مدفوعات رعاية التبني (المستلمة)	17						
مدفوعات نفقة الطفل (المستلمة) مستلمة من: _____	18						
نفقة الطلاق (المستلمة)	19						
تأمين الإعاقة الخاص - دخل سياسة تأمين الحوادث/الصحة	20						
مخصصات الضمان الشامل	21						
مخصصات الاتحاد (بما في ذلك مخصصات الإضراب)	22						
القروض بخلاف التعليم (المستلمة)	23						
الدخل الانتمائي (بما في ذلك الدخل الذي تستلمه حاليًا أو كنت تستلمه في الماضي ولم يتم توزيعه)	24						
رواتب/مخصصات التدريب	25						
دخل الإيجار (المستلم)	26						
دخل المقيمين/المستأجرين (المستلم)	27						
أخرى الدخل (يُرجى التحديد)							

INCOME

LN رقم	المصدر الرمز	AMOUNT	الفترة

الخصومات: تتيح أنواع معينة من ميزانية برنامج Medicaid للمتقدمين/المتلقين إمكانية الحد من دخلهم المعدود مع الخصومات التي يتم تحصيلها منهم وفقًا للضرائب الفيدرالية. هذه بمثابة نفقات مُحددة حيث تتيح دائرة خدمات الإيرادات الداخلية للأشخاص إمكانية الخصم لتقليل دخلها الخاضع للضرائب. سجل الخصومات هنا فقط إذا كنت ستقدم مطالبة بشأنها في عائد الضرائب السنوي الحالي.		نعم	لا	الشخص	المبلغ/ القيمة وعدد المرات	الشخص	المبلغ/ القيمة وعدد المرات
نفقات المعلم	1						
خصم حساب التقاعد الفردي (IRA)	2						
خصم فائدة قرض الطالب	3						
الرسوم والمستحقات	4						
بعض النفقات التجارية (جنود الاحتياط والفنانون والمسؤولون الحكوميون المستندون على الرسوم)	5						
خصم حساب مدخرات الصحة	6						
نفقات الانتقال المتعلقة بالوظيفة	7						
ضريبة الجزء المقتطع من العمل الحر (S/E)	8						
S/E، خطط بسيطة ومختصة	9						
خصم الضمان الصحي (S/E)	10						
عقوبة السحب المبكر للمدخرات	11						
النفقة المدفوعة	12						
خصم أنشطة الإنتاج المحلي	13						
تعديلات إضافية مُضافة في السطر 36 (نموذج IRS رقم 1040 فقط)	14						
خصم حساب المدخرات الطبية في برنامج Archer	15						
تعديلات أخرى (يُرجى التحديد)							

القسم السابع عشر - معلومات زوج الأم/زوجة الأب/ كفيل شخص غير مواطن يتمتع بوضع هجرة مقبول

أجب عن جميع الأسئلة الواردة أدناه.

	نعم	لا	الشخص؟
هل لدى زوج الأم/ زوجة الأب لأي من الأطفال الذين يعيشون معك أي موارد دخل أو يتلقى دخلاً من أي نوع؟			
هل أي فرد من أهل بيتك غير مواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول وتمت كفالته لدخول الولايات المتحدة؟			

اسم الكفيل: _____ رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

COMPLETED	REFERRAL	NEEDED
	UIB	

القسم الثامن عشر – معلومات الوظيفة

1

أنا حاليًا: ☐ موظف ☐ أعمل عملاً حرًا ☐ عاطل

إجمالي الدخل الأمريكي _____ بالدولار ساعات العمل في الشهر _____

(مع كتابة كل الأجور والرواتب ومبلغ الوقت الإضافي والعمولات والإكراميات)

استلام الأجر: ☐ أسبوعي ☐ كل أسبوعين ☐ شهري يوم استلام الأجر في الأسبوع:

اسم صاحب العمل والعنوان:

_____ رقم الهاتف _____

_____

2

هل يوجد أي فرد آخر يعيش معك حاليًا: ☐ موظف ☐ أعمل عملاً حرًا

الشخص: _____

إجمالي الدخل الأمريكي _____ بالدولار ساعات العمل في الشهر _____

استلام الأجر: ☐ أسبوعي ☐ كل أسبوعين ☐ شهري يوم استلام الأجر في الأسبوع:

اسم صاحب العمل والعنوان:

_____ رقم الهاتف _____

_____

3

هل متوفر تأمين صحي من خلال صاحب العمل؟ ☐ نعم ☐ لا

هل لدى أي فرد يعيش معك تأمين صحي من خلال صاحب عمل؟ ☐ نعم ☐ لا

الشخص:

_____

اسم شركة الضمان: _____

4

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بنفقات رعاية طفل أو معال بسبب الوظيفة؟ ☐ نعم ☐ لا

الشخص:

_____

5

هل أنت أو أي فرد يعيش معك يمتلك مصروفات متعلقة بالوظيفة؟ ☐ نعم ☐ لا

الشخص: _____

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED
	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	

COMPLETED	REFERRALS	NEEDED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Workers' Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	
	Refugee Cash Assistance	

CONSIDER
✓ Limited English Proficiency
✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
✓ 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

إذا لم تكن موظفًا، فمتى كانت آخر مرة كنت فيها أو أي شخص يعيش معك موظفًا؟

الشخص: _____ التوقيت: _____

6 المكان: _____

لماذا توقفت (أو توقفوا) عن العمل؟

هل رفعت أنت أو أي شخص يعيش معك دعوى بسبب البطالة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، من؟ _____ متى؟: _____

حالة الدعوى: ☐ مقبولة ☐ مرفوضة ☐ معلقة

7 هل أنت أو أي فرد يعيش معك مشترك في إضراب؟ ☐ نعم ☐ لا

الشخص: _____

توقيت بدأ الإضراب: _____

8 هل أنت أو أي فرد يعيش معك مهاجر أو مزارع موسمي؟ ☐ نعم ☐ لا

الشخص: _____

9 هل أنت أو أي بالغ آخر يعيش معك يعاني من حالات طبية تحد من قدرته على العمل أو نوع العمل الذي يمكن تأديته؟ ☐ نعم ☐ لا

الشخص: _____

اذكر القيود: _____

10 هل تستطيع قبول وظيفة اليوم؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة لا، فما السبب؟ _____

11 ما نوع العمل الذي تفضل تأديته؟ _____

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES

Care Provider	Age	Name	Amount	Who Pays
			$	
			$	
			$	
			$	
			$	
			$	
			$	
			$	

القسم التاسع عشر - التعليم/ التدريب

ما هو أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه؟
__ أقل من شهادة الثانوية
إذا كان الأمر كذلك، آخر مؤهل حصلت عليه؟ _____
__ استكمال خطة التعليم الفردي (IEP)
__ شهادة الثانوية العامة أو شهادة معادلة (GED) أو استكمال الثانوية لتقييم الاختبارات (TASC™)
__ الدرجة الجامعية (شهادة جامعية لمدة عامين)
__ درجة البكالوريوس (شهادة جامعية لمدة 4 أعوام) أو أعلى

1

هل حصل أي فرد آخر في أهل بيتك على شهادة الثانوية العامة أو شهادة معادلة لها (GED) أو استكمال الثانوية لتقييم الاختبارات (TASC™) أو مؤهل عالي؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، من: _____

الأهلية الحاصل عليها: _____

تاريخ التخرج: _____

2

الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا أو يحصل على معونة:

هل يوجد أحد مشترك أو كان مشتركًا **في برنامج تدريبي خلال 12 شهرًا الماضية؟** ☐ نعم ☐ لا

الشخص _____

المكان _____

البرنامج _____

مواعيد الحضور _____

مواعيد التخرج _____

3

هل يوجد شخص في سن 16 عامًا أو أكبر ويذهب للمدرسة أو الكلية؟ ☐ نعم ☐ لا

الشخص _____

المكان _____

4

هل يوجد من يحصل على بدل تدريب؟ ☐ نعم ☐ لا

الشخص: _____ المبلغ بالدولار ___

5

هل يحصل على منح دراسية أو قروض للتعليم؟ ☐ نعم ☐ لا

الشخص _____ المبلغ بالدولار _____

6

هل يوجد شخص دون سن 16 عامًا ويذهب للمدرسة؟ ☐ نعم ☐ لا

الشخص _____

المدرسة _____

الشخص _____

المدرسة _____

7

الشخص _____

المدرسة _____

5

الشخص _____

المدرسة _____

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

COMPLETED	REFERRALS	NEEDED
	Supportive Services	

NO	YES	CONSIDER
☐	☐	Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?
☐	☐	Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?
☐	☐	Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?
☐	☐	Is anyone in training?
☐	☐	Are any other supportive services appropriate?
☐	☐	Are there any training related expenses?

القسم العشرون – معلومات الموارد المالية

الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يجدد الأهلية:		نعم	لا	الشخص	إذا كان الأمر كذلك، المبلغ/القيمة:	الشخص	إذا كان الأمر كذلك، المبلغ/القيمة:
تمتلك أموال نقدية متاحة	1				دولار		دولار
يمتلك حسابات جارية	2						
يمتلك حسابات توفير أو شهادات إيداع	3						
يمتلك حسابات اتحاد ائتماني	4						
يمتلك تأمين على الحياة	5						
يمتلك أو مسجل باسمه سيارات أو سيارات أخرى: العام_____ الماركة/الموديل _____ العام_____ الماركة/الموديل _____ أخرى_____	6						
يمتلك أسهم أو سندات أو شهادات أو صناديق استثمارية	7						
يمتلك سندات ادخار	8						
يمتلك حساب تقاعد فردي أو خطة تقاعد للموظفين المستقلين أو خطة توفير للتقاعد 401(k) أو حسابات تعويض مؤجل	9						
يمتلك صندوق استئمان دفن غير قابل للإلغاء	10						
يمتلك مورد دفن مالي	11						
يمتلك مكان للدفن	12						
يمتلك/تمتلك منزل	13						
يمتلك عقارات بما في ذلك أملاك مدرة للدخل وأملاك غير مدرة للدخل	14						
مؤهل لاسترداد ضريبة الدخل	15						
يمتلك معاش تقاعد	16						
يحصل على استفادة من صندوق استئماني	17						
من المتوقع أن يحصل على أموال من الصندوق الاستئماني أو تسوية دعوى قضائية أو ميراث أو دخل من أي مصدر آخر	18						
يمتلك حسابات "استئمانية"	19						
يمتلك صناديق إيداع آمنة	20						
يمتلك موارد أخرى بخلاف المسردة أعلاه	21						
هل سبق لأي شخص (بما في ذلك زوجك وحتى إن لم يتقدم بتجديد للشهادة أو يعيش معك) أخذ أي أموال أو قام ببيع /نقل ملكية أي عقارات أو حصل على دخل أو ممتلكات شخصية خلال فترة 36 شهرًا الماضية؟	22						
هل سبق لأي شخص (بما في ذلك زوجك وحتى إن لم يتقدم بتجديد الأهلية أو يعيش معك) إنشاء أمانة استثمار في الماضي أو نقل إدارة أي أصل إلى أمانة الاستثمار خلال فترة 60 شهرًا الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فمتى؟ _____	23						

VEHICLE INFORMATION

ACCOUNT NO.	LIEN HOLDER	EXEMPT NO	EXEMPT YES*	NADA VALUE	AMOUNT OWED	OWNER'S NAME	MODEL	MAKE	YR.
				$	$				
				$	$				

*IF EXEMPT, WHY?

COMPLETED	REFERRAL	NEEDED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
CASH VALUE	FACE AMOUNT

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration (Older Models)	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

CONSIDER	
Children's Resources	✓
Lump Sum	✓
Boats, Campers, Snowmobiles	✓
Individual Development Account (IDA)	✓
Exempt Vehicles	✓
EIC	✓
Change in Resources from Last Budget	✓

القسم الحادي والعشرون - معلومات طبية

	الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يجدد الأهلية:	نعم	لا	إذا كانت الإجابة نعم، من
1	تمتلك فواتير طبية أو مصاريف متعلقة بشؤون طبية			
2	مدرج في برنامج Medicaid بميزة الإنفاق			
3	يمتلك تأمين صحي أو تأمين ضد الحوادث/المستشفيات (بما في ذلك تأمين من صاحب العمل			
4	يمتلك تأمين صحي من خلال صاحب العمل			
5	يحصل على برنامج Medicare (البطاقة الحمراء والبيضاء والزرقاء)			
6	يمتلك مساعدين للعناية بالصحة/الصحة المنزلية			
7	مصاب بالعمى أو مريض أو يعاني من إعاقة			
8	طفل يعاني من إعاقة إنمائية			
9	كان موجود في مستشفى أو دار رعاية أو مؤسسة طبية أخرى			
10	سداد أو عدم سداد الفواتير الطبية خلال 3 أشهر التي تسبقالشهر المقدم فيه الطلب			
11	يتناول أو كان يتناول الكحول أو المخدرات			
12	يحتاج رعاية منزلية/رعاية شخصية			
13	يتمتع بدخل الضمان التكميلي (SSI) أو لم يقدم مطلقًا للحصول على دخل الضمان التكميلي ((SSI			
14	حامل إذا كنتِ حاملِ، ما هو موعد الولادة المقرر: _____ عدد المواليد المتوقع: _____			
15	يتلقى علاج من برنامج مكافحة تعاطي المخدرات أو العلاج من إدمان الكحول program			
16	لم يكن قادرًا على العمل لمدة 12 شهرًا على الأقل بسبب إعاقة أو مر			
17	يقوم بأنشطة يومية محدودة بسبب إعاقة أو مرضاستمر أو سيستمر لمدة 12 شهرًا على الأقل			
18	هل أصيب في حادثة سيارة أو حادثة عمل في العامين المنصرمين			
19	كانت تقوم هيئة حكومية (برنامج عام) إلى جانب برنامج Medicaid أو Medicare بدفع أية فواتير طبية خاصة بكإذا كانت الإجابة بنعم، فما هي الوكالة			
20	هل يُسبب تحرير فواتير تأمين صحي آخر أية أضرار على صحتك الجسدية أو شعورك العاطفي أو سلامتك و/أو هل ستتداخل مع خصوصية وسرية طلبك الخاص بالحصول أو تلقي برنامج Medicaid؟			

رقم البوليصة:

المبلغ:

عدد مرات الدفع:

اسم شركة الضمان:

من المشمول:

تاريخ السريان:

Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 18 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification (**PA ONLY**)	

CONSIDER

AD/SSI Related
SNAP Aged/Disabled Indicator
SNAP Medical Deduction
TPHI Reimbursement
Buy-In Eligibility
Kreiger (LDSS-3664)
Domestic Violence
SSI Referral
Earned Income Credit
Change in Resources

COMPLETED	REFERRALS	NEEDED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	ACCES-VR	
	CTHP	
	Family Planning	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	
	NYSoH	
	MA-Only (DOH-4220)	
	SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)	
	LDSS-4526 or local equivalent	

	AMOUNT $	WHO	RECURRING MEDICAL EXPENSES	DATE	WHO	RETROACTIVE MEDICAID

TPHI: ☐ YES ☐ NO

MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO

اختيار النظام الصحي

مطلوب من أغلب الأفراد المقيدين 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، خاطب مسؤول الملف أو اتصل على الرقم 1-800-505-5678.

اسم الخطة المقيد فيها	اسم العائلة	الاسم الأول	تاريخ الميلاد شهر/يوم/سنة	النوع ذكر/أنثى	رقم التعريف (من بطاقة Medicaid إذا كانت لديك بطاقة)	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري إذا كنتِ حاملٍ)	موفر الرعاية الأولية (PCP) أو مركز الصحة (ضع علامة إذا كان الموفر الحالي)	اسم ورقم تعريف OB/GYN (ضع علامة إذا كان الموفر الحالي)
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐

IN FILE	DOCUMEN ATION	REQUESTED
	Landlord Statement	
	Rent Receip	
	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	
Utility and/or Fuel Restrict	✓
Utility Guarantee	✓
HEAP	✓
Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount	✓
Foster Care-Related Additional Allowances	✓
SNAP Household Composition Rules	✓
SNAP Aged/Disabled Indicator	✓
Real Property Tax Credit	✓
AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance	✓
Property Lien	✓
If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household	✓

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

القسم الثاني والعشرون - المسكن

ما اسم صاحب العقار؟

_____

ما هو عنوان صاحب العقار؟

_____

_____

_____

ما هو رقم هاتف صاحب العقار؟

_____ ( )

	نعم	لا	إذا كانت الإجابة نعم، المبلغ
هل أنت أو أي شخص آخر يعيش معك مكلف بدفع إيجار أو رهن عقاري أو مصاريف مسكن أخرى؟			دولار
هل أنت أو أي شخص آخر يعيش معك مكلف بدفع فاتورة الغاز بشكل منفصل عن إيجارك أو مصاريف المسكن التي تدفعها؟			دولار

القسم الثاني والعشرون - المسكن (تابع)			
هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بالنفقات التالية بصورة منفصلة عن الإيجار أو نفقات المسكن الأخرى؟	نعم	لا	إذا كانت الإجابة نعم، المبلغ
1 للكهرباء (بخلاف التدفئة؛ مثلاً: الأضواء والطهي والماء الساخن وإلخ)			دولار
2 للغاز (بخلاف التدفئة؛ مثلاً: الأضواء والطهي والماء الساخن وإلخ)			دولار
3 الماء			دولار
4 مكيف الهواء			دولار
5 البروبان (للاحتياجات الأخرى بخلاف التدفئة)			دولار
6 الصرف الصحي			دولار
7 القمامة			دولار
8 المرافق والمصاريف الأخرى تحديد _____			دولار
9 هل تعيش في إسكان عام؟			
10 هل تعيش في القسم 8، HUD، أو غيرها من المساكن المدعومة؟			
11 هل تعيش في منشأة للعلاج من تعاطي الكحول/المخدرات؟			

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	ACCOUNT NUMBER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Heat*					
B. Electricity (for cooking, lights, hot water)					
C. Gas (for cooking, hot water)					
D. Liquid Propane Gas					
E. Other Utilities or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

***Check Primary Heat Type:**
☐ Natural Gas ☐ Oil ☐ PSC Electric ☐ Coal ☐ Other _____
☐ Kerosene ☐ Propane ☐ Municipal Electric ☐ Wood

معلومات إضافية

القسم الثالث والعشرون – نفقات أخرى

الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يجدد الأهلية:	نعم	لا	إذا كانت الإجابة نعم، المبلغ
1 دفع نفقة الطفل			دولار
2 دعم نفقة الزوجة			دولار
3 دفع رعاية الطفل			دولار
4 دفع رعاية المعالين			دولار
5 دفع مصاريف الدراسة أو الرسوم أو النفقات التعليمية الأخرى			دولار
6 نفقات إضافية (مثلاً: قسط سيارة، مبلغ الضمان على السيارة، مدفوعات بطاقات الائتمان، مدفوعات القروض، إلخ.) تحديد: _____			دولار
7 هل أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم تجديد للشهادة في ذمته أربعة أشهر على الأقل من نفقة طفل دون سن 21 عامًا؟	☐ نعم	☐ لا	

CHILD IN SNAP HH		LEGALLY OBLIGATED		HOW OFTEN PAID
NO	YES	NO	YES	

القسم الرابع والعشرون ـ معلومات أخرى

8	هل أنت تشتري أو تنوي شراء وجبات من منزل هل تقوم بتسليم أو تجميع خدمات الطعام؟	☐ نعم	☐ لا
9	هل أنت قادر على الطهي أو تحضير الوجبات في المنزل؟	☐ نعم	☐ لا
10	هل سبق لك أو أي شخص في أهل بيتك الانضمام إلى العسكرية الأمريكية؟ من؟ _____	☐ نعم	☐ لا
11	هل سبق لشريك حياتك الانضمام إلى العسكرية الأمريكية؟	☐ نعم	☐ لا
12	هل يوجد أي شخص في أهل بيتك معال على شخص سبق له الانضمام أو منضم حاليًا إلى العسكرية الأمريكية؟ من؟ _____	☐ نعم	☐ لا

VETERAN CODE	VETERAN STATUS

الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك يجدد الأهلية:	نعم	لا	الشخص
هل أنت أو أي شخص معك يُقدم تجديد للشهادة انتقل إلى هذه المقاطعة من مقاطعة أخرى في ولاية نيويورك خلال الشهرين الماضيين؟			
هل أنت أو أي شخص معك ثبت إدانته و/أو تم استبعاده من المعونة العامة و/أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) نتيجة احتيال أو انتهاك متعمد للبرنامج؟			
هل أنت أو أي شخص معك تلقى مخصصات لا تحق له والتي لا يتم سدادها لهذه الوكالة أو وكالة أخرى؟			
هل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك تم إدانته بسبب تقديم بيانات أو إقرارات كاذبة للإقامة من أجل الحصول على المعونة العامة في ولايتين أو أكثر؟			
هل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك قد أدين بتلقي مخصصات SNAP بصورة متكررة وبطرق احتيالية في أي ولاية بعد 22 سبتمبر 1996؟			
هل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك قد أدين بشراء أو بيع مخصصات SNAP بمبلغ مُجمع يزيد عن 500 دولار أمريكي أو أكثر بعد 22 سبتمبر 1996؟			
هل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك قد أدين بالمتاجرة بمخصصات SNAP بحثًا عن كسب أسلحة نارية أو ذخائر أو متفجرات أو مخدرات؟			
هل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك هارب من حكم قضائي أو حضانة أو حبس بعد الإدانة بارتكاب جناية أو محاولة ارتكاب جناية وتلاحقه قوات إنفاذ القوانين بنشاط؟			
هل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك موضوع تحت الرقابة أو مفرج عنه بكفالة وفقًا لأمر من المحكمة؟			

حالة نقل ملكية العقار

قمت ☐ **لم أقم** ☐ ببيع أو نقل ملكية أو تنازل عن أي عقار لأي شخص من أجل الحصول على المعونة العامة أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP).

CONSIDER	COMPLETED	REFERRALS	NEEDED
✓ SNAP Dependent Care Deductions		Services	
✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)		UIB	

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

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

CONSIDER
✓ Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.
✓ Actual Shelter
✓ Actual Fuel/Utility Costs
✓ Telephone Expenses
✓ Car Expenses
✓ Furniture/Appliance Rental
✓ Cable TV
✓ Tuition
✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

$ Actual Expenses

Actual Income

$

= Difference

$

☐ Yes ☐ No Does Client Receive Contribution Towards Difference

If Yes, From Whom? _____

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- Family Assistance Extensions

Category is _____

Documented by _____

NOTES/COMMENTS

الإشعارات والتفويضات والتنازلات والموافقات

تجميع واستخدام أرقام الضمان الاجتماعي - يحق لكل فرد من أفراد الأسرة فيما يتعلق ببرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، تجميع أرقام الضمان الاجتماعي وفقًا لقانون الطعام والتغذية لعام 2008 (وتعديلاته). يجب أن يقدم أي شخص يتقدم بطلب للحصول على مخصصات برنامج (SNAP) رقم الضمان الاجتماعي لكي يتلقاها. إذا كنت لا تملك أنت أو أي فرد يتقدم بطلب رقم الضمان الاجتماعي، حينئذٍ يجب أن يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على رقم الضمان الاجتماعي من خلال إدارة الضمان الاجتماعي (قم بزيارة www.SSA.gov أو اتصل على الرقم 1-800-772-1213).

فيما يتعلق بكافة البرامج الأخرى التي يشترط نموذج تجديد الأهلية هذا الخاص بها توافر رقم تأمين اجتماعي، يعد أيضًا إلزاميًا تجميع أرقام الضمان الاجتماعية ويحق له بموجب قسم أو أكثر من الأقسام التالية للقانون: القسم 205(ج) من قانون الضمان الاجتماعي (42 القانون الأمريكي 405)، القسم 1137 من قانون الضمان الاجتماعي (42 القانون الأمريكي 71320-b) والقسم 7(أ)(2) من قانون الخصوصية لعام 1974. راجع دليل التعليمات (PUB-1313-AR Statewide) أو التحدث إلى دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك، إذا كان لديك سؤال.

سيتم استخدام المعلومات التي نجمعها لتحديد ما إذا كانت أسرتك مؤهلة أو مستمرة في الحصول على المعونة أو المخصصات. سيتم استخدام المعلومات للتحقق من الهوية، والتحقق من الدخل المكتسب وغير المكتسب ولتحديد ما إذا كان الآباء الغائبين بإمكانهم الحصول على تغطية الضمان الصحي للمتقدمين أو المتلقين لتحديد ما إذا كان يمكن للمتقدمين أو المتلقين الحصول على إعالة طفل أو نفقة زواج ولتحديد ما إذا كان المتقدمين أو المتلقين بإمكانهم الحصول على أموال أو معونة أخرى. سوف نتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج مطابقة الكمبيوتر. كما سيتم استخدام هذه المعلومات لمراقبة الامتثال للوائح البرنامج وإدارة البرنامج. بالإضافة إلى استخدام المعلومات التي تقدمها لنا بهذه الطريقة، ستستخدم الولاية المعلومات في إعداد إحصاءات عن كل الأشخاص الذين يحصلون على مخصصات من برنامج معونة الطاقة المنزلي (HEAP) (راجع أدناه).

قد يتم الكشف عن هذه المعلومات إلى وكالات فيدرالية أو أخرى بالولاية للفحص الرسمي والمسؤولين عن إنفاذ القانون لغرض إلقاء القبض على الأشخاص الهاربين من القانون. يُمكن استخدام المعلومات التي تم جمعها فيما يتعلق بالمتقدمين والمتلقين لمعونة الأسرة ومعونة شبكة الأمان بما في ذلك أرقام الضمان الاجتماعي للمساعدة في تشكيل هيئات المحلفين. إذا نشأت مطالبة تتعلق ببرنامج SNAP ضد أفراد أسرتك، فقد يتم إحالة المعلومات الموجودة في تجديد الأهلية هذه بما في ذلك أرقام الضمان الاجتماعي إلى وكالات فيدرالية وبالولاية فضلاً عن وكالات تجميع المطالبات الخاصة من أجل اتخاذ إجراءات تجميع الدعاوى.

سيتم أيضًا استخدام أرقام الضمان الاجتماعي لأعضاء أفراد الأسرة لديك والكشف عنها بالطريقة الموضحة أعلاه.

بالإضافة إلى استخدام المعلومات التي تقدمها لنا بهذه الطريقة، ستستخدم الولاية المعلومات في إعداد إحصاءات عن كل الأشخاص الذين يحصلون على مخصصات من برنامج معونة الطاقة المنزلي (HEAP). يتم استخدام المعلومات لمراقبة الجودة من قبل الولاية للتأكد من قيام مناطق الخدمات الاجتماعية بأفضل عمل في وسعها. يُستخدم للتحقق من مورد الطاقة الخاص بك للقيام ببعض المدفوعات لهؤلاء الباعة.

إشعار عدم التمييز - يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو السن أو النوع، وفي بعض الحالات الدين أو المعتقدات السياسية.

كما يحظر على وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو السن أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو الثأر لنشاط الحقوق المدنية المُسبق في أي برنامج أو نشاط يتم إجرائه أو تمويله من قبل USDA.

يجب أن يتصل الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات برنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة الكبيرة، والشريط الصوتي، ولغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) بالوكالة (محلية أو بالولاية) في المكان الذي تم التقدم إليه بطلب للحصول على المخصصات. يجوز للأفراد الذين يعانون من الصمم، أو ضعاف السمع أو يعانون من إعاقات الكلام الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). إضافة إلى ذلك، قد تتوافر معلومات البرنامج في لغات بخلاف الإنجليزية.

لتقديم شكوى تمييز في برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، قم باستكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية، (AD-3027) الموجودة عبر الإنترنت: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، وفي مكتب وزارة الزراعة الأمريكية أو قم بإرسال رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية واذكر في الرسالة كافة المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل على الرقم 632-9992 (866). إرسال رسالة أو نموذج مستوفي إلى USDA من خلال:

(1) البريد: وزارة الزراعة الامريكية
مكتب السكرتير المساعد للحقوق المدنية
Independence Avenue, SW 1400
Washington, D.C. 20250-9410

(2) الفاكس: 690-7442 (202)؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

للحصول على أي معلومات أخرى في التعامل مع مشاكل برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، يجب على الأشخاص إما الاتصال برقم خط USDA SNAP الساخن على 221-5689 (800)، والذي يتوفر أيضًا باللغة الإسبانية، أو الاتصال بأرقام الخط الساخن/معلومات الولاية (انقر فوق الارتباط للحصول على قائمة بأرقام الخط الساخن حسب الولاية)؛ وهو ما يمكن العثور عليه عبر الإنترنت على:
http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

لتقديم شكوى بسبب التمييز بخصوص برنامج يتلقى معونة مالية فيدرالية من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، عليك مراسلة HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو الاتصال بالرقم 619-0403 (202) (صوتيًا) أو 537-7697 (800) (جهاز TTY).

هذه المؤسسة من موفري الفرص المتكافئة.

في ظروفٍ معينة، تَحظر ولاية نيويورك كذلك التمييزَ القائمَ على الهوية الجنسانية، وكون الفرد مغايرَ الهوية الجنسانية، والانزعاج الجنساني، والتوجُه الجنسي، والوضع العائلي متزوج أم غير متزوج، والوضع العسكري، وكون الفرد ضحية عنف أُسَري، والحالات المتعلقة بالحمل، وخصائص التأهُب الوراثي، والسجل العدلي موقوف أو محكوم، والوضع الأسَري، والثأر لمعارضةِ ممارسات التمييز غير المشروع.

موافقة على إجراء تحقيق - أوافق على إجراء أي تحقيق للتأكد من المعلومات التي قدمتها والتحقق منها، وذلك فيما يتعلق بطلبي الحصول على مخصصات المعونة العامة (PA) أو Medicaid أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) أو خدمات أو مخصصات برنامج معونة الطاقة المنزلية أو المعونة في رعاية الأطفال. في حالة طلب معلومات إضافية، سأقوم بتوفيرها. كما سأتعاون تمامًا مع موظفي الولاية والموظفين الفيدراليين في أي من مراجعات مراقبة الجودة لـ PA و/أو SNAP.

في حالة تقديمي تجديد للشهادة للحصول على برنامج SNAP، أتفهم أن دائرة الخدمات الاجتماعية ستطلب المعلومات المتوفرة عبر نظام التحقق من الدخل والأهلية وتستخدمها للتحقق من صحة تجديد الأهلية الخاصة بي، وقد تتحقق من هذه المعلومات من خلال جهات الاتصال الجانبية في حالة وجود أي تناقضات. وأتفهم أيضًا أن هذه المعلومات قد تؤثر على أهليتي للحصول على SNAP و/أو مستوى مخصصات SNAP التي أحصل عليها.

الموافقة على نشر معلومات تأمين البطالة السرية – أفوّض وزارة العمل بولاية نيويورك (DOL) بنشر أي معلومات سرية تحتفظ بها DOL لأغراض تتعلق بتأمين البطالة إلى مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز في ولاية نيويورك (OTDA). وتشتمل هذه المعلومات على سجلات الأجور ومستحقات مخصصات تأمين البطالة. أتفهم أن OTDA، إلى جانب موظفي الوكالات المحلية ووكالات الولاية العاملين في مكاتب دائرة الخدمات الاجتماعية، سيستخدمون معلومات تأمين البطالة لتحديد أو التحقق من الأهلية والمبلغ المحدد لبرامج المعونة العامة أو Medicaid أو مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو مخصصات برنامج معونة الطاقة المنزلية أو المعونة في رعاية

الأطفال، التي يتم التقدم للحصول عليها في هذا الطلب/تجديد الأهلية، ولإجراء تحقيقات تحدد ما إذا كنت قد تلقيت مخصصات لم أكن مستحقًا لها. وقد تشارك OTDA المعلومات أيضًا مع مكتب خدمات الطفل والأسرة في ولاية نيويورك (OCFS) ووزارة الصحة في ولاية نيويورك (DOH). يستخدم OCFS المعلومات لمراقبة برنامج المعونة في رعاية الأطفال.

نشر المعلومات إلى موفري الخدمات – أعطي الإذن إلى دائرة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك لمشاركة المعلومات المتعلقة بمخصصات المعونة العامة أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية التي حصلت عليها أنا أو أي فرد من أفراد العائلة الذين يمكنني منحهم تفويض بموجب القانون، لأغراض تتعلق بالتحقق من أهليتي للحصول على الخدمات والسداد المتعلق بإدارة البرنامج المقدمة بواسطة متعاقد محلي أو تابع للولاية. قد تشتمل هذه الخدمات على سبيل المثال لا الحصر على التعيين الوظيفي أو خدمات التدريب المقدمة لمساعدتي أو أفراد أسرتي في الحصول على عمل والحفاظ عليه.

تغيير التقرير – أوافق على إعلام الوكالة **فورًا** بأي تغيير في احتياجاتي وسكني/عنواني ترتيبات معيشتي وحجم أسرتي ودخلي ووظيفتي وممتلكاتي/مواردي وتكاليف رعاية المعالين وتأميني الصحي وحالة غير المواطن مع حالة هجرة مرضية وحالة "البالغون الأصحاء بدنيًا الذين لا يعولون" (ABAWD) الخاصة بي أو حالة الحمل أو ترتيبات المعيشة، إلى حد علمي أو اعتقادي.

في حالة تقدمي لطلب للحصول على المعونة في رعاية الأطفال، فأنا أوافق على إعلام الوكالة **فورًا** بأي تغيير في دخل الأسرة أو من يعيش في منزلي أو ترتيبات رعاية الأطفال أو التوظيف أو التغييرات الأخرى التي قد تؤثر على أهليتي المستمرة أو المبلغ المستحق لي.

العقوبات – تنص قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية على عقوبات بالغرامة أو الحبس أو كليهما إذا لم تقل الحقيقة عند تجديد الأهلية للحصول على المعونة العامة أو Medicaid أو معونة برنامج التغذية التكميلية أو الخدمات أو المعونة في رعاية الأطفال ("المعونة أو المخصصات أو الخدمات") أو في أي وقت عند سؤالك حول مدى أهليتك، أو تسببك في عدم قول شخص ما الحقيقة فيما يتعلق بتجديد الأهلية أو أهليتك المستمرة. تسري العقوبات أيضًا في حالة إخفائك أو فشلك في الكشف عن الحقائق فيما يتعلق بأهليتك الأولية والمستمرة للحصول على المعونة أو المخصصات أو الخدمات، أو في حالة إخفائك أو فشلك في الكشف عن الحقائق التي ستؤثر على حق شخص ما قدّمت تجديدًا للشهادة لحصوله على المعونة أو المخصصات أو الخدمات أو مواصلته تلقيها. إذا كنت ممثلاً مفوضًا، فيتعين استخدام هذه المعونة أو المخصصات أو الخدمات للشخص الآخر وليس لنفسك. تنص قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية على أن أي نقل لأصول بأقل من القيمة السوقية العادلة من قِبل فرد أو زوج/زوجة الفرد، خلال 60 شهرًا قبل أول الشهر الذي يتلقى خلاله الفرد خدمات مرافق الرعاية التمريضية وقدّم خلاله طلبًا للحصول على Medicaid، فقد يؤدي ذلك إلى جعل الفرد غير مؤهل للحصول على خدمات مرافق الرعاية التمريضية أو خدمات الإعفاء المنزلية والمجتمعية لفترة من الوقت. من غير القانوني أن تحصل على معونة أو مخصصات أو خدمات من خلال إخفاء المعلومات أو توفير معلومات كاذبة.

عقوبات عدم الأهلية للحصول على برنامج المعونة الغذائية التكميلية – أي معلومات توفرها فيما يتعلق بطلبك للحصول على برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) ستخضع للتحقق من قِبل المسؤولين المحليين والفيدراليين والمسؤولين على مستوى الولاية. إذا كانت أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم رفض حصولك على مخصصات SNAP. وقد تخضع للمحاكمة الجنائية إذا كنت تقدم معلومات غير صحيحة تؤثر على الأهلية أو مبلغ المخصصات، عن عمد. أي شخص يُتهم بجناية استخدام أو نقل أو اكتساب أو تغيير أو امتلاك أجهزة الوصول وبطاقات تصريح SNAP عن عمد، قد يتم تغريمه 250,000 دولار، أو سجنه لفترة تصل إلى 20 عامًا، أو كليهما. قد يخضع الفرد أيضًا للمحاكمة بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها. أي شخص ينتهك شرطًا من شروط المراقبة أو الإفراج المشروط أو أي يشخص يهرب لتجنب المحاكمة أو الاعتقال أو الحبس نتيجة جناية وتتم ملاحقته بواسطة سلطات إنفاذ القانون، يكون غير مؤهل للحصول على مخصصات SNAP.

قد يتبين أنك غير مؤهل لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية أو تبين أنك قمت بارتكاب انتهاك متعمد للبرنامج (IPV) إذا كنت تدلي ببيان كاذب أو مضلل أو تحريف أو إخفاء أو حجب الحقائق أو من أجل التأهل للمخصصات أو الحصول على المزيد من المخصصات؛ وشراء منتج مع مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية بقصد الحصول على المال بالتخلص من المنتج وإعادة الحاوية للحصول على مبلغ الإيداع أو ارتكاب أو محاولة ارتكاب أي فعل يشكل انتهاكًا للقانون الفدرالي أو الولائي لغرض استخدام أو تقديم أو نقل أو اكتساب أو تلقي أو حيازة أو الاتجار بمخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو وبطاقات التصريح أو الوثائق قابلة لإعادة الاستخدام كجزء من نظام نقل المخصصات الإلكترونية (EBT). بالإضافة إلى ذلك، لا يسمح بما يلي، وقد تستبعد من الحصول على مخصصات برنامج المعونة و/أو تخضع لعقوبات للإجراءات التي تشمل:

- استخدام مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية لشراء المواد غير الغذائية، مثل الكحول أو السجائر؛
- استخدام مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية لدفع ثمن الأغذية التي تم شراؤها سابقًا على الائتمان؛
- السماح لشخص آخر لاستخدام بطاقة EBT مقابل المال أو الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات أو المخدرات أو لشراء الغذاء للأفراد الذين ليسوا من أفراد أسرة برنامج المعونة الغذائية التكميلية الخاص بك؛ أو
- استخدام بطاقات EBT أو وجودها في حوزتك التي لا تعود ملكيتها لك، دون الحصول على موافقة صاحب البطاقة.

الأفراد الذين تبين ارتكابهم انتهاك متعمد للبرنامج إما عن طريق جلسة استماع إدارية للتجريد من الأهلية أو عبر محكمة اتحادية أو ولائية أو محلية أو التوقيع أما بالتنازل عن الحق في جلسة استماع إدارية للتجريد من الأهلية أو اتفاق موافقة التجريد من الأهلية في القضايا المحالة للقضاة التي تكون غير المؤهلة للمشاركة في برنامج المعونة الغذائية التكميلية لفترة:

- 12 شهرًا من أول انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية؛
- 24 شهرًا من ثاني انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية؛
- 24 شهرًا من أول انتهاك متعمد لبرنامج برنامج المعونة الغذائية التكميلية الذي يستند إلى إيجاد محكمة أن الفرد استخدم أو تلقى مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية في معاملة تتعلق ببيع المواد الخاضعة للرقابة (أدوية غير قانونية أو بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبية من الطبيب)؛ أو

- 120 شهرًا إذا تبين أن الفرد قد أدلى ببيان احتيالي عن شخصيته/شخصيتها أو المكان الذي يعيش/تعيش فيه من أجل الحصول على عدة مخصصات من برنامج المعونة الغذائية التكميلية في وقت واحد، ما لم يكن غير مؤهل بشكل دائم لانتهاك متعمد لبرنامج برنامج المعونة الغذائية التكميلية ثالث.
بالإضافة إلى ذلك، يجوز أن تمنع محكمة فردًا من المشاركة في برنامج المعونة الغذائية التكميلية لمدة 18 شهرًا إضافية.

يمكن أن يكون الفرد غير مؤهل بشكل دائم من تلقي مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية بسبب:
- أول انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية الذي يستند إلى إيجاد محمة أن الفرد استخدم أو تلقي مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية في معاملة تتعلق ببيع الأسلحة النارية أو الذخائر أو المتفجرات؛
- أول انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية على أساس إدانة محكمة للإتجار بمخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية بمبلغ 500 دولار أو أكثر مجتمعة (الاتجار يتضمن الاستخدام غير المشروع أو نقل أو اكتساب أو تعديل أو حيازة بطاقات تصريح برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو الوصول إلى الأجهزة)؛
- ثاني انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية الذي يستند إلى إيجاد محكمة أن الفرد استخدم أو تلقى مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية في معاملة تتعلق ببيع المواد الخاضعة للرقابة (أدوية غير قانونية أو بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبية من الطبيب)؛ أو
- ثالث انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية.

متطلبات تقرير/التحقق من نفقات الأسرة – يجب أن تقرر أسرتك نفقات رعاية الأطفال ومصاريف المرافق من أجل الحصول على خصم برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) على هذه النفقات. يجب أن تقرر أسرتك وتتحقق من مدفوعات الإيجار/الرهن العقاري والضرائب على الممتلكات والضمان والنفقات الطبية ودعم الأطفال التي تدفع إلى عضو غير موجود بالأسرة بغية الحصول على خصم برنامج المعونة الغذائية التكميلية على هذه النفقات. سيتم إظهار عدم التقرير/التحقق من النفقات المذكورة أعلاه في صورة بيان يوضح أن أسرتك لا تريد الحصول على خصم على هذه النفقات غير المقررة/غير المتحقق منها. قد يجعلك خصم هذه النفقات مؤهلاً برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو قد يزيد من مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية الخاصة بك. يمكنك تقرير/التحقق من هذه النفقات في أي وقت في المستقبل. يتم بعد ذلك تطبيق الخصم على حساب مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية في الأشهر المقبلة، وفقًا لقواعد تغيير التقرير (راجع تغيير التقرير، أعلاه)

الممثل المفوض للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية – يمكنك تفويض شخصًا يعرف ظروف أسرتك لتجديد الأهلية للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) نيابة عنك. كما يمكنك تفويض شخصًا خارج أسرتك للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية نيابة عنك أو استخدامها لشراء طعام لك. إذا كنت ترغب في تفويض شخصًا، فيجب القيام بهذا خطيًا. يجوز لك تفويض شخصًا بكتابة اسم الشخص وعنوانه ورقم هاتفه فورًا أدناه، ومطالبته بالتوقيع في قسم التوقيع في نهاية تجديد الأهلية هذا. عندما يقدم ممثل مفوض طلبًا نيابة عن أسرة برنامج المعونة الغذائية التكميلية الذي لا يعيش في أي مرفق، يجب أن يوقع كل من الشخص الممثل المفوض وأي فرد بالغ مسؤول من أسرتك على نموذج تجديد الأهلية مع كتابة التاريخ في قسم التوقيع في نهاية تجديد الأهلية هذا، ما لم يعين أسرة برنامج المعونة الغذائية التكميلية الممثل المفوض للقيام بهذا خطيًا.

اسم وعنوان ورقم هاتف الممثل المفوض (يُرجى الكتابة):

بدل المرافق القياسي - أتفهم أن متلقي المعونة العامة وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) مؤهلون حسب فئة الدخل للحصول على برنامج معونة الطاقة المنزلية (HEAP). أتفهم أيضًا أنه إذا لم أكن أتلقى مخصصات برنامج معونة الطاقة المنزلية أكبر من 20 دولارًا في الشهر الحالي أو 12 شهرًا السابقة أو ميزة معونة طاقة مماثلة، فيجب أن ادفع ثمن التدفئة أو تكييف الهواء بشكل منفصل عن الإيجار الخاص بي من أجل الحصول على بدل المرافق القياسي للتدفئة/التبريد (أي خصم) لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية. أتفهم أن الولاية ستستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي لتحقق من استلام موردي طاقة منزلي لبرنامج معونة الطاقة المنزلية. كما يشمل هذا التصريح السماح لأي من موردي الطاقة المنزلية (بما فيها مرافقي) بنشر معلومات احصائية معينة, بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر, التقرير السنوي لاستهلاك الكهرباء وتكلفة الكهرباء واستهلاك الوقود ونوع الوقود وتكلفة الوقود السنوية وتاريخ الدفع إلى مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة والعجز ودائرة الاجتماعية المحلية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة لأغراض قياس أداء برنامج المعونة في الطاقة للمنازل ذات الدخل المنخفض.

نشر المعلومات الطبية – أوافق على نشر أية معلومات طبية تخصني أو تخص أي فرد من أفراد أسرتي الذين يمكنني منحهم موافقة بواسطة موفر الرعاية الأولية الخاص بي أو أي موفر رعاية صحية أو وزارة الصحة في ولاية نيويورك (DOH) لنظام الصحة الخاص بي و أي من موفري الرعاية الصحية المشاركين في رعايتي أو رعاية أسرتي، عند الضرورة المعقولة لنظام صحتي أو الموفرين لتنفيذ المعاملة أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية؛ بواسطة النظام الصحي وأي من موفري الرعاية الصحية إلى وزارة الصحة وغيرها من الوكلاء الفدراليين أو وكلاء الولاية أو المحليين المفوضين لأغراض إدارة برنامج Medicaid؛ ومن خلال النظام الصحي الخاص بي إلى أشخاص أو منظمات أخرى، وعند الضرورة بشكل معقول للنظام الصحي الخاص بي لإجراء عمليات العلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية. أعطي تفويضي لنشر أي معلومات تتعلق بالصحة عني أم عن أي فرد من أفراد أسرتي الذين يمكنني منحهم تفويض بموجب القانون يتعلق بتوفير المساعدات والخدمات وقدرتي على المشاركة في أنشطة العمل، بما في ذلك العمل أو إلى مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز في ولاية نيويورك (OTDA) أو مكتب خدمات الطفل والأسرة في ولاية نيويورك أو دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية، وعند الضرورة بشكل معقول لتوفير مخصصات المعونة العامة؛ للحصول على الخدمات؛ بما في ذلك خدمات رعاية الأطفال؛ لتحديد مهام المناسبة لنشاط العمل؛ لتحديد الحاجة إلى

التقديم لمخصصات دخل الضمان التكميلي ولطلبها؛ لوضع خطط العلاج المناسبة لاستعادة الوظيفة؛ ولتحديد أهلية الحصول على إعفاءات من الولاية لمهلة ستين شهرًا على استلام المساعدات النقدية. إذا كنت مطالب بتقديم طلب للحصول على المخصصات التي تديرها إدارة الضمان الاجتماعي، فقد يتم مشاركة المعلومات المحددة أعلاه مع إدارة الضمان الاجتماعي. كما أوافق على أن المعلومات المنشورة قد تشمل معلومات فيروس نقص المناعة البشرية أو الصحة النفسية أو الكحول وتعاطي المخدرات عني وعن أفراد أسرتي، إلى الحد الذي يسمح به القانون، ما لم يتم وضع علامة على المربع أدناه. إذا كان هناك أكثر من فرد بالغ في الأسرة مشترك في الخطة الصحية لبرنامج Medicaid، فمن الضروري توقيع كل فرد بالغ على الطلب للموافقة على مشاركة المعلومات. أتفهم قدرتي على الموافقة على نشر المعلومات المتعلقة بأي أطفال قصر الذين يمكنني منحهم موافقة محدودة وفقًا للمدي الذي يمكنني الحصول به على معلومات بشأن العلاج والتشخيص والإجراءات نيابة عنهم.

_____ لا تكشف عن معلومات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز _____ لا تكشف عن معلومات تعاطي المخدرات والكحول
_____ لا تكشف عن ملومات الصحة النفسية

نشر المعلومات لموفري الخدمة الصحية – أعطي الإذنَ لدائرة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك بتشارك المعلومات مع موفري الخدمات الصحية، كما ترى دائرة الخدمات الصحية أو ولاية نيويورك، بشأن مخصصات المعونة العامة التي حصلتُ عليها أو حصلَ عليها أيُ فرد من أفراد أسرتي الذين أستطيع تفويضَهم قانونًا أو تلك التي أكونُ أنا أو يكونُ ذلك الفرد مؤهلًا للحصول عليها، وذلك لأغراض تحسينِ جودةِ رعايتي الصحية وصالِحي العام، وتسهيلِ استلام المخصصات الإضافية التي أكون أنا مؤهلًا، أو يكون أفرادُ أسرتي مؤهلين، للحصول عليها.

نشر السجلات التعليمية – أعطي إذن لوزارة الصحة في ولاية نيويورك ودائرة الخدمات الاجتماعية من أجل: 1) الحصول على أي معلومات بشأن السجلات التعليمية الخاصة بي و/أو أطفالي القصر، المذكور هنا، بما في ذلك المعلومات الضرورية للمطالبة بتعويض برنامج Medicaid عن الخدمات التعليمية ذات الصلة بالصحة؛ 2) وتوفير وصول الوكالات الحكومية الفدرالية المناسبة لهذه المعلومات لأغراض التدقيق فيها فقط.

نشر المعلومات لبرنامج التدخل المبكر – إذا تم تقييم طفلي للمشاركة في برنامج التدخل المبكر في ولاية نيويورك، فأعطي إذن إلى دائرة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك لتبادل معلومات أهلية برنامج Medicaid الخاصة بطفلي مع برنامج التدخل المبكر في مقاطعتي أو البلدية لغرض فواتير برنامج Medicaid.

برنامج رعاية صحة الطفل/المراهق – أتفهم إذا كان طفلي مشترك في برنامج Medicaid أو يمكن أن يحصل أو تحصل على الرعاية الوقائية والأولية الشاملة، بما في ذلك جميع العلاج الضروري من خلال برنامج رعاية صحة الطفل/المراهق. يمكنني الحصول على مزيد من المعلومات حول هذا البرنامج من دائرة الخدمات الاجتماعية.

MEDICARE – أفوض المدفوعات بموجب "Medicare" (الجزء ب من العنوان الثامن عشر، برنامج الضمان الصحي التكميلي) لتتم مباشرة إلى الأطباء والموردين الطبيين على أي فواتير غير مدفوعة مستقبلية للخدمات الطبية والصحية الأخرى المقدمة لي أثناء تأهلي لبرنامج Medicaid.

سداد النفقات الطبية

MEDICAID – لديك الحق كجزء من **طلب** برنامج Medicaid أو خلال عامين من تاريخ **طلبك**, أن تطلب سداد النفقات التي دفعتها للرعاية الطبية المشمولة والخدمات والإمدادات المتلقاة أثناء فترة الثلاثة أشهر من شهر **طلبك**. بعد تاريخ طلبك، سيكون سداد تكاليف الرعاية الطبية والخدمات والإمدادات المشمولة متاح فقط إذا تم الحصول عليها من الموفرين المسجلين في Medicaid.

تعيين الضمان/المخصصات الأخرى والدفع المباشر – بالنسبة لمعونة العامة والطبية، أوافق على أي مطالبة بشأن مخصصات الضمان الصحي أو تأمين حوادث، والسعي لتحقيق أي مطالبات إصابة شخصية أو أي موارد أخرى التي يحق لي المطالبة بها، وبموجبه، وأسند مثل هذه الموارد إلى دائرة الخدمات الاجتماعية التي يقدم إليها تجديد الأهلية هذا. بالإضافة إلى ذلك، سأساعد في جعل أي مخصصات معينة متوفرة لدائرة الخدمات الاجتماعية التي يقدم إليها تجديد الأهلية هذا.

أفوض المدفوعات المستحقة لي أو لأفراد أسرتي لمخصصات الضمان الصحي أو تأمين الحوادث لتتم مباشرة لدائرة الخدمات الاجتماعية المناسبة للخدمات الطبية والصحية الأخرى المقدمة أثناء تأهيلي لبرنامج Medicaid.

استرداد MEDICAID – عند تلقي برنامج Medicaid، يمكن تقديم امتياز وقد يتم الاسترداد لملكية عقارية خاصة بك بموجب شروط معينة إذا كنت في مؤسسة طبية ومن غير المتوقع أن تعود للمنزل. قد تسترد MA ما دفعته نيابة عنك من الأشخاص الذين لديهم مسؤولية قانونية لدعمكم في وقت الحصول على الخدمات الطبية. يجوز لـ MA أيضًا استرداد تكلفة الخدمات والأقساط المدفوعة بشكل غير صحيح.

أتفهم أنه اعتبارًا من 1 ابريل 2014، إذا حصلت على برنامج Medicaid من خلال وزارة الصحة في ولاية نيويورك:

- لن يتم وضع أي امتياز في الملكية العقارية الخاصة بي قبل وفاتي.
- الاسترداد من الأصول في حوزتي عند موتي يقتصر على المبلغ الذي يدفعه برنامج Medicaid لتغطية تكاليف رعاية دار المسنين والخدمات المنزلية والمجتمعية والمتعلقة بخدمات المستشفيات والأدوية بوصفة طبية المتلقاة في عيد ميلادي الخامس والخمسون أو بعده.

استرداد المعونة العامة – المعونة العامة (PA) التي تتلقاها لنفسك وللأشخاص المسؤول عن دعمهم قانونيًا غير قابلة للاسترداد من الممتلكات أو الأموال التي تملكها أو قد تحصل عليها. قد تكون هناك حاجة، كشرط لتلقي المعونة العامة، لعمل نقل ملكية أو رهن عقاري للعقارات التي تملكها. قد يتم أخذ استرداد الضرائب وأجزاء من أرباح اليانصيب لتسديد الديون الخاصة بك عن المعونة العامة.

تفويض لإعادة سداد مخصصات المعونة العامة من دخل الضمان التكميلي بأثر رجعي – أفوض مفوض إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) لاستخدام الدفعة الأولى من دخل الضمان التكميلي (SSI)؛ أي دفعة دخل الضمان التكميلي بأثر رجعي) للسداد إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية (SSD) للمعونة العامة (PA) حيث تدفع دائرة الخدمات الاجتماعية من الصناديق المحلية أو الولاية أثناء تقرير إدارة الضمان الاجتماعي أهليتي لدخل الضمان التكميلي. لن تسدد إدارة الضمان الاجتماعي إلى دائرة الخدمات الاجتماعية للحصول على المعونة العامة تكاليف دفعت باستخدام أي صناديق فدرالية.

سأكون ملتزم بهذا التفويض فقط إذا قدمت الولاية إشعارًا إلى إدارة الضمان الاجتماعي يفيد بقيامي وممثل دائرة الخدمات الاجتماعية بالتوقيع عليه. يجب أن تقدم الولاية إشعارًا في غضون 30 يومًا تقويميًا من تطابق سجل دخل الضمان التكميلي مع سجل الولاية. لن تقبله إدارة الضمان الاجتماعي بعد مرور 30 يومًا تقويميًا. بدلاً من ذلك، سترسل لي إدارة الضمان الاجتماعي دفعة دخل الضمان التكميلي بأثر رجعي بموجب قوانين إدارة الضمان الاجتماعي.

يمكن استخدام الدفعة الأولى لدخل الضمان التكميلي الخاص بي فقط. إذا كانت الدفعة الأولى أكبر من المبلغ المملوك لدائرة الخدمات الاجتماعية، فسترسل إدارة الضمان الاجتماعي بقية المبلغ لي بموجب قوانينها.

يمكن أن تسدد إدارة الضمان الاجتماعي إلى دائرة الخدمات الاجتماعية في حالتين:
(1) سوف تسدد إلى دائرة الخدمات الاجتماعية إذا قدمت للحصول على دخل الضمان التكميلي ووجدتني إدارة الضمان الاجتماعي مؤهلاً.
(2) سوف تسدد إلى دائرة الخدمات الاجتماعية إذا أعيدت مخصصات دخل الضمان التكميلي الخاصة بي قد بعد إنهائها أو تعليقها.

ستسدد إدارة الضمان الاجتماعي إلى دائرة الخدمات الاجتماعية للحصول على المعونة العامة التي كانت تدفع لي أثناء انتظاري تحديد إدارة الخدمات الاجتماعية الأهلية. يطلق على هذا "المعونة المؤقتة". تبدء الفترة مع: 1) الشهر الأول الذي أصبح فيه مؤهلاً لدفعة مخصصات دخل الضمان التكميلي؛ أو 2) في اليوم الأول لإعادتي بعد تعليق دخل الضمان التكميلي أو إنهاؤه. تتضمن الفترة مدفوعات دخل الضمان التكميلي الشهرية التي بدأت بالفعل. إذا تعذر على دائرة الخدمات الاجتماعية إيقاف دفعة المعونة العامة الأخيرة، فتنتهي الفترة في الشهر التالي.

يجب أن ترسل دائرة الخدمات الاجتماعية في موعد لا يتجاوز 10 أيام بعد تسديد إدارة الخدمات الاجتماعية إلى دائرة الخدمات الاجتماعية إشعارًا لي تخبرني بسداد مبلغ المعونة المؤقتة. سيخبرني الإشعار أيضًا بأن إدارة الخدمات الاجتماعية سترسل خطابًا تخبرني بالطريقة التي سيتم بها إرسال أي أموال دخل تأمين تكميلي متبقية مملوكة لي بواسطة إدارة الخدمات الاجتماعية وهذا في حالة عدم موافقتي على قرار الولاية وكيفية الطعن في قرار الولاية.

يجوز لإدارة الخدمات الاجتماعية بموجب قوانينها استخدام تاريخ توقيعي هذا التفويض كتاريخ أول تأهل لي لدخل الضمان التكميلي. سأقوم بهذا فقط إذا قدمت طلبًا للحصول على دخل الضمان التكميلي في غضون 60 يومًا المقبلة.

ينطبق هذا التفويض على أي طلب أو طعن دخل الضمان التكميلي لدي الآن منظور أمام إدارة الخدمات الاجتماعية. ينتهي هذا التفويض في حالة تقرير حالة دخل الضمان التكميلي الخاصة بي بالكامل. ينتهي عند أول دفع لإدارة الخدمات الاجتماعية لي. يمكن أن أتفق والولاية على إنهاء التفويض. يجب أن أوقع على تفويض جديد يتفق مع قوانين ولاية نيويورك إذا تقدمت بطلب للحصول على دخل الضمان التكميلي بعد إنهاء هذا التفويض أو إذا قدمت مطالبة دخل تأمين تكميلي جديدة أثناء حصولي على طلب دخل تأمين تكميلي أو بانتظار الطعن.

ستعطى لي الفرصة لمحاكمة عادلة لو لم أتفق مع قرار دائرة الخدمات الاجتماعية بخصوص السداد.

تلقيت نسخة من كتيب بعنوان "الأمور التي يلزم معرفتها بشأن برامج الخدمات الاجتماعية". أتفهم ما يقال عن المعونة المؤقتة.

الدعم – التقديم للحصول على معونة الأسرة (FA) أو معونة شبكة الأمان (SNA) أو عمليات رعاية الطفل Title IV-E باعتبارها مهمة للولاية ودائرة الخدمات الاجتماعية لأي حقوق للدعم من أي شخص آخر الذي قد يكون مقدم الطلب أو قد المتلقي حقه أو حقها أو نيابة عن أي فرد من أفراد الأسرة الآخرين الذين يقدم مقدم الطلب أو المتلقي نيابة عنهم أو التلقي والمعونة (قانون الخدمات الاجتماعية، الأقسام 158 و 348). تقتصر هذه المهمة على حالات معينة. تتضمن الأقسام الأخرى من تجديد الأهلية هذا مهام إضافية.

تعيين حقوق الدعم – أسند إلى الولاية ودائرة الخدمات الاجتماعية أي حقوق لدي للدعم من أشخاص لديهم مسؤولية قانونية لدعمي وأي حقوق لدي للدعم بالنيابة عن أي فرد من أفراد الأسرة الذين أقدم لهم طلبًا للمعونة أو اتلقاها عنهم. عند تقديم طلبًا أو تلقي معونة الأسرة أو معونة شبكة الأمان، يقتصر تعييني لحقوق الدعم على الدعم المستحق خلال الفترة التي اتلقى فيها و/أو أي فرد من أفراد الأسرة المساعدة. ومع ذلك، فإن أي حقوق دعم قمت بتعيينها للولاية نيابة عن نفسي أو أي فرد من أفراد الأسرة قبل 1 أكتوبر 2009، لا تزال تعين إلى الولاية.

برنامج معونة الطاقة المنزلية – أتفهم أنه بتوقعي هذا الطلب/ الأهلية، أوافق على إجراء أي تحقيق للتحقق أو تأكيد المعلومات التي أعطيتها وتحقيق الآخرين من خلال أي وكالة حكومية مصرح لها بالاتصال مع مخصصات برنامج معونة الطاقة المنزلية (HEAP). كما أوافق على السماح باستخدام المعلومات المقدمة في هذه الأهلية في الإحالة إلى برامج المعونة في تخفيض استهلاك الطاقة المتاح وبرامج مرافق شركتي ذات الدخل المنخفض.

أتفهم أن الولاية ستستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي لتحقق من استلام موردي طاقة منزلي لبرنامج معونة الطاقة المنزلية. كما يشمل هذا التصريح السماح لأي من موردي الطاقة المنزلية (بما فيها مرافقي) بنشر معلومات احصائية معينة, بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر, التقرير السنوي لاستهلاك الكهرباء وتكلفة الكهرباء واستهلاك الوقود ونوع الوقود وتكلفة الوقود السنوية وتاريخ الدفع إلى مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة ومعونة العجز ودائرة الاجتماعية المحلية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة لأغراض قياس أداء برنامج المعونة في الطاقة للمنازل ذات الدخل المنخفض.

معلومات الاعتداء الجنسي - إذا كنت ضحية لاعتداء جنسي، فلديك الحق في طلب معلومات الإحالة من دائرة الخدمات الاجتماعية. إذا طلبت معلومات الإحالة، فيجب على دائرة الخدمات الاجتماعية إمدادك بعناوين وأرقام هواتف أي: 1) المستشفيات المحلية التي تقدم خدمات الفاحص الشرعي للاعتداء الجنسي المصدقة من قبل وزارة الصحة في ولاية نيويورك. 2) مراكز أزمات الاغتصاب المحلية؛ و3) خدمات المناصرة والاستشارة والخط الساخن المحلية المناسبة لضحايا الاعتداء الجنسي. بالإضافة إلى ذلك، يجب على دائرة الخدمات الاجتماعية إمدادك بالخط الساخن لولاية نيويورك الخاص بالاعتداء الجنسي وأرقام العنف الأسري: 942-6906 (800) و 818-0656 (800) (TTY).

شهادة المعونة في رعاية الأطفال - إذا قدمت طلبًا للحصول على المعونة في رعاية الأطفال ، فأنني أشهد أن موارد أسرتي لا تتجاوز 1,000,000 دولار.

لقد قرأت وفهمت الملاحظات أعلاه. أفهم وأوافق على التعيينات والتفويضات والموافقات أعلاه. أقسم و/أو أكد تحت عقوبات قسم الزور بأن المعلومات التي أعطيتها أو سأعطيها إلى دائرة الخدمات الاجتماعية كاملة وصحيحة.			
توقيع مقدم الطلب x	**تاريخ التوقيع**	**توقيع شريك الحياة أو الممثل الحارس** x	**تاريخ التوقيع**
توقيع الممثل المفوض x	**تاريخ التوقيع**		

لا تُكمِل ما يلي إلا إذا كنت تريد إغلاقَ ملفك من أجل برنامج واحد أو أكثر من برنامج.

إنني أطلب إغلاق ملفي:

☐ **المعونة العامة** ☐ **مخصصات برنامج المعونة الغذائية** ☐ **المعونة الطبية**

أدرك أنه يمكنني إعادة التقديم في أي وقت.

اعط سببًا: _____

التوقيع x _____ **التاريخ** _____

NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- ☐ **YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- ☐ **NO** because I choose not to register ***OR***
- ☐ I am already registered at my current address ***OR***
- ☐ I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

Signature _____ Date ___ / ___ / ___

Please Print Name _____

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料:若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

Rev. 01/2019

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

☐ Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** ☐ Yes, I would like to be an Election Day worker

1	**Are you a U.S. citizen?** ☐ **YES** ☐ **NO** If you answered **NO**, do not complete this form	2	**Will you be 18 years old on or before election day?** ☐ **YES** ☐ **NO** If you answered **NO**, do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year	**For Board Use Only**
3	Last Name / First Name / Middle Initial / Suffix			
4	Address where you live (do not give P.O. box) / Apt. No. / City/Town/Village / Zip Code / County			
5	Address where you get your mail (if different than above) / P.O. Box, Star Route, etc. / Post Office / Zip Code			
6	Date of Birth	7	Gender (optional)	8 Telephone (optional) / Email (optional)
10	The last year you voted / Your address was (give house number, street and city) / In county/state / Under the name (if different from your name now)			9 **ID Number** (Check the applicable box and provide your number) ☐ New York State DMV number — — — — — — — — — ☐ Last four digits of your Social Security number — — — — ☐ I do not have a New York State DMV or Social Security number
11	**Political Party** **I wish to enroll in a political party** ☐ Democratic party ☐ Republican party ☐ Conservative party ☐ Working Families party ☐ Green party ☐ Libertarian party ☐ Independence party ☐ SAM party ☐ Other _____ **I do not want to enroll in any political party and wish to be an independent voter** ☐ No party			12 **Affidavit: I swear or affirm that** • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I will meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to $5,000 and/or jailed for up to four years. Signature or Mark in ink _____ Date ___ / ___ / ___

(Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name		
First Name	Middle Initial	Suffix
Address		
Apt Number / City/Town/Village		Zip Code
Birth Date	Gender ☐ M ☐ F	
Eye Color	Height Ft. In.	
Email	DMV or ID NYC Number	

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health upon your death.

DONATE LIFE New York State

Signature _____ Date ___ / ___ / ___

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:
- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment.

To Register You Must:
- be a U.S. citizen;
- be 18 years old by December 31 of the year in which you file this form (note: You must be 18 years old by the date of the general, primary, or other election in which you want to vote.);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison or on parole for a felony conviction (unless parole pardoned or restored rights of citizenship);
- not claim the right to vote elsewhere;
- not found to be incompetent by a court.

Important!

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729
Telephone: 1-800-469-6872;
TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;
or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.