# طلب التقدم للحصول على مخصصات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية

**إذا كنت كفيفًا أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة وتحتاج إلى هذا الطلب بتنسيق بديل، فيمكنك طلب الحصول على طلب من منطقة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك. للحصول على معلومات إضافية بخصوص أنواع التنسيقات المتاحة وكيف يمكنك طلب الحصول على طلب بتنسيق بديل، يُرجى مراجعة الإرشادات المرفقة أو زيارة www.otda.ny.gov.**

**إذا كنت كفيفًا أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، هل ترغب في تلقي إشعارات مكتوبة بتنسيق بديل؟ _____ نعم _____ لا**

**إذا كانت الإجابة "نعم"، فتحقق من نوع التنسيق الذي تريده:**

**____ طباعة بحجم كبير ____ قرص بيانات مضغوط ____ قرص صوتي مضغوط**

**____بطريقة برايل، إذا أكدت أن أيًا من التنسيقات البديلة الأخرى لن تكون فعالة بالنسبة لك.**

**إذا كنت بحاجة إلى تنسيق آخر، فيرجى الاتصال بمنطقة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.**

# طلب التقدم للحصول على مخصصات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية

يرجى قراءة التعليمات المرفقة بالجزء الخلفي من الطلب. يُرجى الإجابة على جميع الأسئلة. يرجى **الكتابة** بحروف واضحة والتوقيع على النموذج في القسم 9.

| تواصل مع الوكالة أعلاه إذا كنت بحاجة إلى مساعدة | Agency Use Only | |
|---|---|---|
| | **DSS** | **OFA/Alternate Certifier** |
| | **Date Received** | **Date Received** |

**Agency Use Only**

| Application Date | Office | Unit ID | Worker ID | Case Type | Case Number | Registry Number | Vers. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

| Case Name | | | |
|---|---|---|---|
| | ☐ Regular | ☐ Heating Eqpt | ☐ Cooling |
| | ☐ Emergency | ☐ Clean & Tune | ☐ Other_________ |

## القسم 1: معلومات مقدم الطلب

الهوية الجنسية، الإثنية و العرق اختياري. للهوية الجنسية ، يرجى استخدام ما يلي: ذكر، أنثى، غير ثنائي، X، متحول جنسيًا، يفضل عدم القول، هوية مختلفة (يرجى الوصف) لتحديد العرق ، يرجى استخدام ما يلي: أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين (I), آسيوي (A), أسود أو أمريكي من أصل إفريقي (B), متعدد الأعراق (M) ، مواطن أصلي من هاواي أو من أي جزيرة أخرى في المحيط الهادي (P), أبيض (W), غير ذلك (O).

1. الاسم الأول:______________________ الاسم الوسط:________ اللقب:______________________

تاريخ الميلاد:__________________ الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ X الهوية الجنسية (اختياري):__________

رقم الضمان الاجتماعي :____________________ : مواطن / أمريكي أو غير مواطن مؤهل ☐ نعم ☐ لا

الإثنية: أسباني، لاتيني أو من أصول إسبانية (اختياري) ☐ نعم ☐ لا العرق: (اختياري) ______________________

2. عنوان الشارع:______________________________ المقاطعة (كاونتي): ______________

المدينة: ____________________ الولاية: ________ رمز البريد:__________ مدة الاقامة في هذا العنوان:________

3. عنوان البريدي إذا كان مختلفًا عما وارد أعلاه: ______________________________________________

4. رقم الهاتف النهاري:______________________________ أفضل وقت للاتصال:____________________

5. أسماء أخرى عرفت بها: ____________________________________________________

6. هل سبق لك تقديم طلب للحصول على برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية HEAP ؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم ، فما هو تاريخ طلبك الأخير؟______________

7. إذا كانت المقابلة مطلوبة ، فيرجى تحديد ما تفضله: ☐ مقابلة هاتفية ☐ مقابلة شخصية

8. ما هي اللغة التي تفضل التحدث بها: ____________________ ما هي اللغة التي تفضل قراءتها:________________

9. هل تحتاج إلى مترجم مجاني؟ ☐ نعم ☐ لا

10. هل حصلت أنت أو أي شخص يعيش في منزلك أو تقدمتم بطلب للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) أو المعونة المؤقتة (TA)؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، فمن؟______________________

رقم الحالة: ______________________

11. هل يوجد شخص معاق أو كفيف في الأسرة؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، فمن؟____________________

12. هل يوجد نباتي شخص في أسرتك ؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، فمن؟____________________

## القسم 2: معلومات الأسرة

أذكر الأشخاص الذين يقيمون معك. أرفق الأوراق الإضافية حسب الحاجة. الهوية الجنسية الإثنية و العرق اختياري. للهوية الجنسية ، يرجى استخدام ما يلي: ذكر، أنثى، غير ثنائي، X، متحول جنسيًا، يفضل عدم القول، هوية مختلفة (يرجى الوصف) لتحديد العرق ، يرجى استخدام ما يلي: أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين (I), آسيوي (A), أسود أو أمريكي من أصل إفريقي (B), متعدد الأعراق (M) ، مواطن أصلي من هاواي أو من أي جزيرة أخرى في المحيط الهادي (P), أبيض (W), غير ذلك (O).

الاسم الأول:________________ الاسم الأوسط:____ اللقب:________________ تاريخ الميلاد: __________

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ X الهوية الجنسية (اختياري):__________ العلاقة بمقدم الطلب:__________

رقم الضمان الاجتماعي :____________________ مواطن / أمريكي أو غير مواطن مؤهل ☐ نعم ☐ لا

الإثنية: أسباني، لاتيني أو من أصول إسبانية (اختياري) ☐ نعم ☐ لا العرق: (اختياري) ____________________

الاسم الأول:________________ الاسم الأوسط:____ اللقب:________________ تاريخ الميلاد: __________

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ X الهوية الجنسية (اختياري):__________ العلاقة بمقدم الطلب:__________

رقم الضمان الاجتماعي :____________________ مواطن / أمريكي أو غير مواطن مؤهل ☐ نعم ☐ لا

الإثنية: أسباني، لاتيني أو من أصول إسبانية (اختياري) ☐ نعم ☐ لا العرق: (اختياري) ____________________

الاسم الأول:________________ الاسم الأوسط:____ اللقب:________________ تاريخ الميلاد: __________

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ X الهوية الجنسية (اختياري):__________ العلاقة بمقدم الطلب:__________

رقم الضمان الاجتماعي :____________________ مواطن / أمريكي أو غير مواطن مؤهل ☐ نعم ☐ لا

الإثنية: أسباني، لاتيني أو من أصول إسبانية (اختياري) ☐ نعم ☐ لا العرق: (اختياري) ____________________

الاسم الأول:________________ الاسم الأوسط:____ اللقب:________________ تاريخ الميلاد: __________

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ X الهوية الجنسية (اختياري):__________ العلاقة بمقدم الطلب:__________

رقم الضمان الاجتماعي :____________________ مواطن / أمريكي أو غير مواطن مؤهل ☐ نعم ☐ لا

الإثنية: أسباني، لاتيني أو من أصول إسبانية (اختياري) ☐ نعم ☐ لا العرق: (اختياري) ____________________

الاسم الأول:________________ الاسم الأوسط:____ اللقب:________________ تاريخ الميلاد: __________

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ X الهوية الجنسية (اختياري):__________ العلاقة بمقدم الطلب:__________

رقم الضمان الاجتماعي :____________________ مواطن / أمريكي أو غير مواطن مؤهل ☐ نعم ☐ لا

الإثنية: أسباني، لاتيني أو من أصول إسبانية (اختياري) ☐ نعم ☐ لا العرق: (اختياري) ____________________

الاسم الأول:________________ الاسم الأوسط:____ اللقب:________________ تاريخ الميلاد: __________

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ X الهوية الجنسية (اختياري):__________ العلاقة بمقدم الطلب:__________

رقم الضمان الاجتماعي :____________________ مواطن / أمريكي أو غير مواطن مؤهل ☐ نعم ☐ لا

الإثنية: أسباني، لاتيني أو من أصول إسبانية (اختياري) ☐ نعم ☐ لا العرق: (اختياري) ____________________

إجمالي عدد أفراد الأسرة : __________

## القسم 3: معلومات السكن

1. يرجى تحديد المربع الذي يمثل وضعك السكني بأكبر قدر من الدقة.

**مالك المنزل**

☐ منزل عائلي أو منزل متنقل منفرد
☐ منزل متعدد الأسر؛ قائمة بعدد الوحدات ______
☐ أصحاب التعاونيات الشقق/السكنية
☐ العقارات / الاستخدام

**المستأجر**

☐ منزل، شقة أو منزل متنقل خاص

**إيجار مُدعم**

☐ الإسكان المدعوم الخاص
☐ مشروع إسكان عام أو إسكان كبار السن
☐ الإسكان العام المدعوم

**أخرى**

☐ أعيش مع شخص آخر وأشارك النفقات
☐ أدفع مقابل الإقامة في غرفة
☐ أنا أدفع مقابل الغرفة والمأكل
☐ فندق دائم/ موتيل
☐ أوضاع معيشية أخرى : ____________________________

2. إيجاري الشهري أو مدفوعات القرض العقاري هي:______________دولار أمريكي، ☐ لا يوجد

3. إذا كان ذلك ينطبق، اسم العمارة أو التجمع السكني الذي تقع به الشقة التي تعيش فيها:______________________________

## القسم 4: معلومات عن التدفئة والمرافق

1. هل تدفع مقابل التدفئة؟ ☐ نعم - يرجى استكمال المعلومات أدناه ☐ لا

مصدري الرئيسي للتدفئة هو:

☐ الغاز الطبيعي ☐ زيت الوقود ☐ الكهرباء ☐ الفحم أو الحبوب
☐ الكريات الخشبية / الخشب ☐ الكيروسين ☐ البروبان أو زجاجة غاز ☐ أخرى ____________

خزان الوقود الخاص بي هو: ☐ الخزان الفردي ☐ خزان مزود بعداد

هل فاتورة التدفئة باسمك؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "لا"، فُيرجى كتابة الاسم الموجود على الفاتورة:____________________ علاقته بك: ________________

هل أنت مسؤول بشكل مباشر عن دفع الفاتورة؟ ☐ نعم ☐ لا

رقم حساب التدفئة الخاص بك هو: ____________________________ اسم شركة التدفئة الخاصة بك:________________

عنوان الشركة التدفئة الخاصة بك: ______________________________________________

2. هل تدفع فاتورة كهربائية منفصلة لمرافق أخرى غير التدفئة؟ ☐ نعم - يرجى استكمال المعلومات أدناه ☐ لا

هل فاتورة الكهرباء باسمك؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة "لا"، فالفاتورة باسم من؟ ______________________

رقم حساب الكهرباء الخاص بك هو: ________________________ اسم شركة الكهرباء الخاصة بك: ______________________

عنوان شركة الكهرباء الخاصة بك: ______________________________________________

هل الكهرباء ضرورية لتشغيل الفرن؟ ☐ نعم ☐ لا

هل الكهرباء ضرورية لتشغيل منظم الحرارة في شقتك: ☐ نعم ☐ لا

3. هل التدفئة مشمولة في الإيجار الخاص بك؟ ☐ نعم ☐ لا

4. هل الكهرباء مشمولة في الإيجار الخاص بك؟ ☐ نعم ☐ لا

## القسم 5: دخل الأسرة

قدم معلومات عن الدخل لكل أفراد الأسرة، بما فيهم نفسك، للشهر السابق. يجب على مقدم الطلب تقديم إثبات الدخل. يجوز لمقدم الطلب الإقرار بالمعلومات عن الدخل بالنيابة عن أفراد الأسرة الآخرين. مصدر الدخل هو اسم صاحب العمل ، والضمان الاجتماعي ، وإعاقة الضمان الاجتماعي ودعم الطفل ، ودخل الإيجار ، والبطالة ، وما إلى ذلك. الوتيرة هو عدد المرات التي يتم فيها الدفع لك: أسبوعيًا، شهريًا، كل أسبوعين، إلخ. المبلغ الإجمالي هو المبلغ المدفوع لك قبل الخصومات. في حالة تلقي ميديكار Medicare ، يرجى إدخال المبلغ الإجمالي والإشارة إلى المبالغ المدفوعة للجزء B و / أو D..

| اسم من يتلقى | مصدر الدخل | التردد | المبلغ الاجمالي | Medicare الجزء أو/و D |
|---|---|---|---|---|
| | | | $ | $ |
| | | | $ | $ |
| | | | $ | $ |
| | | | $ | $ |
| | | | $ | $ |
| | | | $ | $ |
| | | | $ | $ |
| | | | $ | $ |
| | | | $ | $ |

هل يوجد أي شخص في أسرتك يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكبر **وليس لديه** أي دخل من أي مصدر؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم ، فقم بإدراج جميع الأعضاء الذين ليس لديهم دخل:____________________

هل يوجد أي فرد في أسرتك في المدرسة الثانوية أو طالب في الكلية ويتم إعالته كليًا؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم ، فقم بإدراج الأعضاء ____________________

## القسم 6: أنواع أخرى من الدخل

1. هل تحصل على دخل إيجار؟ ☐نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة "نعم"، ما هو المبلغ الشهري الإجمالي؟ __________دولار أمريكي
2. هل تحصل على غرفة / مجلس؟ ☐نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة "نعم"، ما هو المبلغ الشهري الإجمالي؟ ________دولار أمريكي
3. هل تحصل على دخل العمل الحر؟ ☐ نعم ☐ لا نوع العمل ؟____________________

إذا كانت الإجابة بنعم ، فيمكنك اختيار حساب دخل الإيجار و / أو العمل الحر بناء على إقرارك الضريبي الفيدرالي المقدم للسنة الحالية أو السنة الضريبية السابقة إذا لم تكن قد قدمت بعد للسنة الحالية ، بما في ذلك جميع الجداول المعمول بها ، أو بناء على الأشهر الثلاثة (3) السابقة لطلبك.

**الرجاء اختيار طريقة واحدة:** ☐الإقرار الضريبي الفيدرالي المقدم ☐ثلاثة أشهر

4. هل تلقت أسرتك أي فائدة أو دخل استثماري من المدخرات ، الشيكات ، الأقراص المدمجة ، حسابات سوق المال ،الأسهم ، السندات ، الأوراق المالية ، التوزيعات من الجيش الجمهوري الايرلندي ، 401 ألف أو المعاشات السنوية ، وما إلى ذلك؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إدخال ما يلي. أدرج كل حساب منفصلاً.

| نوع الحساب | المبلغ المُستلم منذ بداية العام حتى تاريخه | اسم البنك / مصدر توزيعات الأرباح أو التوزيع |
|---|---|---|
| ________ | ________ دولار أمريكي | ________ |
| ________ | ________ دولار أمريكي | ________ |
| ________ | ________ دولار أمريكي | ________ |

5. هل هناك أي دخل آخر من أي مصدر آخر؟ ☐ نعم ☐ لا

المصدر: ________ من يتلقى؟ ________ ما هو المبلغ الشهري الإجمالي؟ ________ دولار أمريكي

## القسم 7: ملاحظات مهمة

**ملاحظة مهمة**

من الضروري إدراك أن هناك أموالًا محدودة متاحة لمدفوعات مخصصات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP). بمجرد استنفاد الأموال المتاحة ، لن يتم إصدار أي مخصصات ، لذلك ، يوصى بشدة إستكمال وتقديم طلبك في أقرب وقت ممكن.

**قانون الخصوصية الشخصية - إخطار العملاء**

ينص قانون حماية الخصوصية الشخصية للولاية ، الذي دخل حيز التنفيذ في 1 سبتمبر/ أيلول 1984 ، على أنه يجب علينا إخبارك بما ستفعله الولاية بالمعلومات التي تقدمها لنا عن نفسك وأسرتك. نستخدم المعلومات لمعرفة ما إذا كنت مؤهلًا للحصول على مخصصات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP)، وإذا كان الأمر كذلك، فما مقدار المعونة المقدمة. قسم القانون الذي يمنحنا الحق في جمع المعلومات عنك هو القسم 21 من قانون الخدمات الاجتماعية. للتأكد من حصولك على كل المعونة التي يحق لك ولعائلتك الحصول عليها قانونا ، نتحقق من مصادر أخرى لمعرفة المزيد عن المعلومات التي قدمتها لنا. فعلى سبيل المثال:

- قد نتحقق لمعرفة ما إذا كنت أنت أو أي شخص في منزلك يعمل. نقوم بذلك عن طريق إرسال اسمك ورقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إلى إدارة الضرائب والإحالة المالية بالولاية، وكذلك إلى أصحاب العمل المعروفين، لإخبارنا إذا كنت قد عملت، وإذا كان الأمر كذلك، فكم جنيت.
- قد نطلب من الولاية مراجعة قسم التأمين ضد البطالة لمعرفة ما إذا كنت أنت أو أي شخص في أسرتك يحصل على معونات البطالة.
- قد نتحقق مع البنوك للتأكد من علمنا بأي دخل قد تحصل عليه أنت أو أي شخص في أسرتك.

إلى جانب استخدام المعلومات التي تزودنا بها في هذا الطلب ، تستخدم الولاية أيضًا المعلومات لإعداد إحصاءات حول جميع الأشخاص الذين يتلقون مخصصات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية. تُستخدم هذه المعلومات لتخطيط البرنامج وإدارته. تستخدم الولاية المعلومات لمراقبة الجودة من أجل ضمان أن المناطق المحلية تقوم بأفضل عمل ممكن. وتُستخدم للتحقق من هوية مورد الطاقة الخاص بك ولإجراء مدفوعات معينة لهؤلاء الموردين. قد يمنعنا إخفاقك في تزويدنا بالمعلومات التي نحتاجها من معرفة ما إذا كنت مؤهلًا للحصول على المعونة وقد نضطر إذناً إلى رفض طلبك. يتم الاحتفاظ بهذه المعلومات من قبل المفوض، بمكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز ، 40 North Pearl Street, Albany, New York 12243-0001. **لا ترسل طلبك إلى هذا العنوان.**

## القسم 8: ممثل مفوض

يمكنك تعيين شخص يعرف ظروف أسرتك ليكون ممثلك المفوض. يجوز لممثلك المفوض: إكمال وتقديم طلب برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) من أجلك، والتواصل مع الوكالة والتحدث مع العامل المعنّي بك، والوصول إلى معلومات الأهلية الواردة في ملف الحالة الخاص بك، وإكمال جميع النماذج نيابةً عنك، وتقديم الوثائق، واستئناف قرارات الوكالة. لا يزال يتعين عليك التوقيع على هذا الطلب. سيظل تعيين الممثل المفوض ساري المفعول للسنة الحالية لبرنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) مالم تقم بإلغاؤه. في كل فترة سنوية لبرنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) ، سيتم سؤالك عما إذا كنت تريد تعيين ممثل مفوض.

أود تعيين ممثل مفوض. ☐نعم - يُرجى إكمال المعلومات أدناه ☐لا

اسم الممثل المفوض:______________________

العنوان: ______________________ رقم الهاتف:______________________

## القسم 9: الموافقة والتوقيع

**يُرجى قراءة المعلومات المهمة أدناه**

أقسم و/أو أؤكد أن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة. أدرك أن أي إدلاء ببيانات كاذبة أو أي إدعاءات كاذبة أخرى صدرت من طرفي عن قصد فيما يتعلق بهذا الطلب والطلبات اللاحقة للحصول على مخصصات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) قد يؤدي إلى عدم أهليتي للحصول على المعونة المدفوعة لي أو نيابة عني. بالإضافة إلى ذلك، أفهم أن أي إدلاء ببيانات كاذبة أو أي ادعاءات كاذبة أخرى صدرت من طرفي عن قصد بغرض الحصول على الإعانة بموجب هذا البرنامج قد يؤدي إلى اتخاذ إجراءات قانونية ضدي قد تعرضني لعقوبات مدنية وجنائية أو أي منهما.

**الموافقة**

أفهم أنني بالتوقيع على هذا الطلب/الشهادة، فأنا أوافق على إجراء أي تحقيق للتحقق أو تأكيد المعلومات التي قدمتها و إجراء أي تحقيقات أخرى من قبل أي وكالة حكومية معتمدة فيما يتعلق بهذا الطلب وأي طلبات أخرى للحصول على معونات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP). أوافق أيضًا على السماح باستخدام المعلومات الواردة في هذا الطلب في الإحالات إلى برامج التكيف مع العوامل الجوية، وبرامج الأسر منخفضة الدخل الخاصة بشركة المرافق التي أتعامل معها.

وأفهم أن الولاية ستستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي للتحقق من استلامي لمخصصات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) مع موردي خدمات الطاقة المنزلية المعنّيين بي. يتضمن هذا التصريح أيضًا السماح لأي من موردي الطاقة المنزلية (بما يتضمن شركة المرافق) بنشر معلومات إحصائية معينة، بما يتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، إستخدامي للكهرباء وتكلفة الكهرباء وإستهلاك الوقود ونوع الوقود وتكلفة الوقود السنوية وسجل الدفع إلى مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز، ومنطقة الخدمات الاجتماعية المحلية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة لأغراض قياس أداء برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض.

**للحصول على مخصصات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP)- يُرجى الإجابة عن جميع الأسئلة والتوقيع وكتابة التاريخ على طلبك أدناه.**

الإسم(بحروف كبيرة وواضحة) ______________________

التوقيع: ______________________ التاريخ:______________________

اسم الشخص الذي ساعدك، إن وجد: ______________________ رقم الهاتف :______________________

| **Agency Use Only** | | | |
|---|---|---|---|
| Application Type: ☐ Full Documentation ☐ Simplified | | | |
| Vendor | Account Number | Vendor Code | Vendor Relationship:<br>☐ Current Bill/Vendor Statement<br>☐ Collateral Contact |

| **Identity of Household Members** | |
|---|---|
| **Household Member's Name** | **Documentation** |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Is anyone in the household vulnerable? ☐ Under age 6 ☐ Age 60 or older ☐ Permanently Disabled
Who: ________________________________ Documentation: ________________________________

**Residence – Check type of documentation obtained**

☐ Current Rent Receipt w/Name & Address
☐ Mortgage Payment Book/Receipts w/Address
☐ Copy of Lease w/Address
☐ Water, Sewage, or Tax Bill
☐ Homeowner's/Renter's Insurance Policy
☐ Utility Bill
☐ Other ________________

**Income Documentation/Calculation**

Categorically Income Eligible: ☐ TA ☐ SNAP ☐ Code A SSI

Comments, resolution activities, income calculation/documentation, verification of emergency for expedited regular benefit, vendor contract, etc. Show all calculations. Use next page if necessary.

**Gross Bi-Weekly** Income x 2.166666
**Gross Weekly** Income x 4.333333

**Total Monthly Income $**

☐ **Separate Heat (check one)**
☐ Oil ☐ Kerosene ☐ LP Gas ☐ Natural Gas
☐ Wood ☐ Wood Pellets ☐ Coal/Corn ☐ PSC Electric
☐ Municipal Electric

☐ **Heat Included in Rent**
☐ Payment to Household
☐ Payment to Utility

Interview Completed: ☐ Yes, Date____________ ☐ No ☐ N/A
☐ Application compared to previous information
☐ No prior application ☐ No Changes ☐ WMS Inquiry ☐ Changes verified How: ________________

| Pended:<br>☐ Yes ☐ No | Pend Start Date: | Pend End Date: |
|---|---|---|

| ☐ Approved, Benefit $ | ☐ Denied, Reason |
|---|---|
| Certifying Agency | |
| Worker's Signature | Date: |
| Supervisor's Signature | Date: |

| **Agency Use Only** |
|---|
| **Notes and Income Calculation** |

| **Federal Reporting Status of Home Energy Service** |
|---|
| **The household has one or more of the following - Check all that apply** |
| ☐ A disconnect notice. Company Name: ____________________ |
| ☐ Disconnection from service. Company Name: ____________________ |
| ☐ Less than ¼ tank of fuel. Company Name: ____________________ |
| ☐ Less than a 10-day supply of fuel. Company Name: ____________________ |
| ☐ Out of fuel. Company Name: ____________________ |
| ☐ A non-working furnace/boiler/heat system that needs replacement. |
| ☐ Electricity as supplemented heating fuel. |
| ☐ Wood as supplemental heating fuel. |
| ☐ Other supplemental heating fuel. |
| ☐ Central air conditioning. |
| ☐ A window or wall air conditioner. |

| **الموافقة على سحب الطلب** |
|---|
| **قم بالتوقيع هنا فقط إذا كنت ترغب في سحب طلبك ولا تريد التقدم بطلب للحصول على HEAP.** |
| **أوافق على سحب طلبي.** |
| **التوقيع**____________________ |
| أفهم أنه يجوز لي إعادة التقدم بطلب للحصول على مخصصاتHEAP في أي وقت خلال الفترة التي يتم فيها قبول طلبات HEAP. |

## ولايــة نيـويـورك برنامج المعونة في دفع نفقات الطاقة المنزلية (HEAP)
## تعليمات الطلب

إذا كنت كفيفًا أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة وتحتاج إلى طلب أو هذه التعليمات بتنسيق بديل، فيمكنك طلبها من منطقة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك Social Services District (SSD). التنسيقات البديلة التالية متوفرة:

- الطباعة بخط كبير؛
- تنسيق البيانات (ملف إلكتروني يمكن الوصول إليه من خلال قارئ الشاشة)؛
- تنسيق الصوت (نسخة صوتية من التعليمات أو أسئلة الطلب)؛ و
- بطريقة برايل، إذا أكدت أن أيًا من التنسيقات البديلة المذكورة أعلاه لن يكون فعالًا بنفس القدر بالنسبة لك.

تتوفر الطلبات والتعليمات أيضًا للتنزيل بأحرف كبيرة، وتنسيق البيانات وتنسيق الصوت من خلال otda.ny.gov. يرجى ملاحظة أن الطلبات متوفرة في تنسيق صوتي وبلغة برايل للأغراض الإعلامية فقط. من أجل التقديم، يجب عليك تقديم طلب بتنسيق مكتوب وغير بديل.

إذا كانت لديك أي إعاقات تمنعك من إكمال هذا الطلب و/أو الانتظار حتى يتم إجراء مقابلة معك، فيرجى إخطار منطقة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك (SSD). ستبذل منطقة الخدمات الاجتماعية (SSD) قصارى جهدها لتوفير ترتيبات تيسيرية معقولة لتلبية احتياجاتك.

إذا كنت بحاجة إلى ترتيب تيسيري آخر ، أو كنت بحاجة إلى مساعدة أخرى لإكمال هذا الطلب، فيرجى التواصل مع منطقة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك (SSD). إننا ملتزمون بمساعدتك ودعمك بطريقة مهنية ومحترمة.

**صيغ بديلة:**
ضع علامة على "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كنت كفيفًا أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة وترغب في تلقي إخطارات مكتوبة بتنسيق بديل. إذا كانت الإجابة "نعم"، فتحقق من نوع التنسيق الذي تريده. تتوفر التنسيقات البديلة بأحرف كبيرة أو قرص بيانات مضغوط أو قرص صوتي مضغوط أو بطريقة برايل، إذا أكدت عدم فعالية أي من التنسيقات البديلة الأخرى بشكل متساوٍ بالنسبة لك. إذا كنت بحاجة إلى ترتيب تيسيري ، أو كنت بحاجة إلى مساعدة أخرى لإستكمال هذا الطلب، فيرجى التواصل مع منطقة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك (SSD).

## معلومات هامة حول تاريخ البرنامج

لا تتوفر معونات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) إلا عندما يكون البرنامج مفتوحًا. يتم تحديد مواعيد الافتتاح والإغلاق لكل سنة من سنوات البرنامج. قد تختلف مواعيد الافتتاح للمخصصات العادية ومكونات المخصصات الطارئة. يمكن العثور على معلومات حول مواعيد الافتتاح والإغلاق لبرنامج هذا العام على موقع مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA) على الويب على otda.ny.gov أو عن طريق الاتصال برقمنا المجاني على الرقم 1-800-342-3009.

## تعليمات لاستكمال الطلب:

أكمل الأقسام من 1 إلى 9 وأجب عن جميع الأسئلة.

## مَنْ الذي يتعين عليه إستكمال طلب التقدم وتوقيعه؟

يتعين إستكمال طلب التقدم من قِبل الشخص الذي يتحمل المسؤولية الأولية والمباشرة عن سداد فاتورة التدفئة أو المستأجر الأساسي إذا كانت فاتورة التدفئة مدرجة ضمن رسوم الإيجار.

## ما هو العنوان الذي يتعين علي تقديمه؟

يجب عليك تقديم عنوانك الحالي. يجب أن يكون مكان إقامتك الدائم والأساسي.

## لماذا تحتاج رقم الهاتف النهاري الخاص بي؟

من المهم كتابة رقم هاتف يمكننا الوصول إليك من خلاله. سيساعدك هذا في معالجة طلبك بسرعة في حالة الحاجة إلى معلومات إضافية.

## هل سأحتاج إلى إجراء مقابلة؟

قد يُطلب من بعض المتقدمين إجراء مقابلة. يمكنك اختيار إجراء مقابلة هاتفية أو إجراء مقابلة شخصية. يرجى الإشارة إلى تفضيلات المقابلة الخاصة بك في القسم 1. لا يعني إكمال هذا القسم أنه سيُطلب منك إجراء مقابلة.

## من الذين يجب أن أدرجهم بصفتهم أفراد أسرة؟

أدرج جميع الذين يعيشون في منزلك، حتى لو لم يكونوا من أقاربك أو لم يشاركوا ماليًا في أسرتك. قد يُطلب منك تقديم إثبات هوية لجميع أفراد الأسرة. أدرج نفسك أولا في القسم 1. يجب إدراج جميع أفراد الأسرة الإضافيين في القسم 2. إذا كانت الخانات غير كافية لإضافة جميع أفراد أسرتك، يرجى إرفاق ورقة منفصلة. إذا كنت تعيش بمفردك ، فانتقل إلى القسم 3.

## الهوية الجنسية (اختياري):

تضمن ولاية نيويورك حقك في الحصول على مخصصات و/ أو خدمات بصرف النظر عن الجنس ، الهوية الجنسانية أو التعبير الجنساني. يجب عليك الإبلاغ عن جنسك وجنس جميع أفراد الأسرة كذكر أو أنثى أو X. يجب أن يكون الجنس الذي تبلغ عنه هنا هو نفسه الموجود حاليا في ملف إدارة الضمان الاجتماعي بالولايات المتحدة. الجنس المبلغ عنه مطلوب لمعالجة طلبك. ولن يظهر على أي بطاقة مخصصات قد تحصل عليها أو أي مستندات عامة أخرى.

الهوية الجنسانية هي كيف تنظر إلى ذاتك ونوع الجنس الذي تصنف به نفسك. هويتك الجنسانية قد تكون هي نفسها جنسك المسجل وقت الميلاد أو قد تختلف عنه. الهوية الجنسانية غير مطلوبة لهذا الطلب. إذا كانت هويتك الجنسانية أو الهوية الجنسانية لأي شخص في أسرتك تختلف عن الجنس الذي أبلغت عنه لذلك الشخص، وكنت ترغب في تقديم الهوية الجنسانية لذلك الشخص، فاكتب بخطٍ واضح "ذكر" أو "أنثى" أو "غير ثنائي الجنس" أو "غير محدد الجنس" أو "متحول جنسيًا" أو "أفضل عدم القول" أو "هوية مختلفة" في المساحة المتوفرة. إذا كتبت "هوية مختلفة"، فيجوز لك اختيار وصف الهوية الجنسانية لذلك الشخص في المساحة المتوفرة.

## معلومات الإثنية / العرق (اختياري):

تقديم هذه المعلومات طوعي. لن يؤثر ذلك على أهلية الأشخاص المتقدمين بالطلب أو مستوى المخصصات المستلمة. الهدف من طلب هذه المعلومات هو ضمان توزيع مخصصات البرنامج بغض النظر عن العرق أو اللون أو الأصل القومي. لتحديد العرق ، يرجى استخدام ما يلي: أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين (I), آسيوي (A), أسود أو أمريكي من أصل إفريقي (B), متعدد الأعراق (M) ، مواطن أصلي من هاواي أو من أي جزيرة أخرى في المحيط الهادي (P), أبيض (W), غير ذلك (O).

## معلومات المواطن / غير المواطن المؤهل:

من أجل الحصول على HEAP ، يجب أن يكون أحد أفراد أسرتك مواطنا أمريكيا، غير مواطن مؤهل أو أمريكي غير مواطن وطني. للحصول على معلومات إضافية حول ما يشكل غير مواطن مؤهل أو أمريكي غير مواطن وطني ، يرجى الاتصال بالخط الساخن لمكتب ولاية نيويورك للمساعدة المؤقتة والإعاقة على الرقم 1-800-342-3009 أو زيارة موقع OTDA على otda.ny.gov.

## لماذا أحتاج إلى تقديم أرقام الضمان الاجتماعي؟

يجب إدراج أرقام الضمان الاجتماعي لجميع أفراد الأسرة الذين لديهم رقم ضمان اجتماعي. يتم التحقق من صحة المعلومات عبر استخدام البيانات المستمدة من إدارة الضمان الاجتماعي. إذا لم يكن لدى فرد ما رقم ضمان اجتماعي ولكنه تقدم بطلب للحصول عليه، اكتب "تقدم بطلب للحصول عليه" في خانة رقم الضمان الاجتماعي. إذا لم يكن لدى أي فرد من أفراد الأسرة رقم ضمان اجتماعي، اكتب "لا يوجد" في خانة رقم الضمان الاجتماعي. يمكن استخدام هذه المعلومات لإجراء مطابقات البيانات مع الوكالات الحكومية والفيدرالية الأخرى لأغراض التحقق من أهلية أسرتك لبرنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP).

## معلومات السكن:

يرجى تحديد المربع الذي يمثل وضعك السكني بأكبر قدر من الدقة.

## حالة التدفئة:

تأكد من الإجابة عن جميع الأسئلة الأربعة (4)

## كيف عليّ إستكمال قسم الدخل؟ هل سأحتاج لتقديم إثبات؟

أدرج كل الدخل لكل أفراد الأسرة. يجب إدخال جميع المبالغ كدخل إجمالي قبل أي خصومات. تشمل الخصومات، على سبيل المثال لا الحصر: ضرائب الدخل وإعالة الأطفال والحجوزات والتأمين الصحي ومستحقات النقابات. يجب عليك تقديم مستندات جميع الدخل المكتسب، بما في ذلك دخل العمل الحر والإيجار. قد يُطلب منك تقديم إثبات على مصادر الدخل الأخرى. يرجى الرجوع إلى الصفحة 15 من تعليمات الطلب لمعرفة أنواع الوثائق المقبولة. لا تقدم نسخًا أصلية، فلن ترجع لك. تعتمد الأهلية على الدخل الشهري الإجمالي لأسرتك في شهر تقديم الطلب.

يرجى إدخال مبلغ الضمان الاجتماعي الخاص بك قبل اقتطاع أي خصومات لبرنامج ميديكار Medicare . قدم بشكل منفصل المبالغ التي تدفعها مقابل الجزء ب و/ أو د من برنامج Medicare، تُستبعَد المبالغ الخاصة بالجزئيين B و D من برنامج Medicare بصفتها دخل.

لا تُدخل سوى حصص الفوائد أو أرباح الأسهم من الحسابات المصرفية، أو شهادات الإيداع، أو الأسهم، أو السندات، أو أي دخل استثماري آخر. أدرج كل حساب منفصلاً. إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر، فقم بإرفاق أوراق إضافية. أدخل المبلغ المستلم للسنة حتى تاريخه.

## ماذا يعني الممثل المفوض؟

الممثل المفوض هو الشخص الذي قد يعمل كوكيل لك لأغراض HEAP كما هو مدرج في القسم 8 في الطلب. وضع الممثل المفوض خاص بالبرنامج الحالي فقط ويمكنك إبطاله في أي وقت أثناء البرنامج عن طريق إرسال بيان إلى منطقة الخدمات الاجتماعية المحلية الخاصة بك. نظرًا لأن هذا الشخص قد يقدم معلومات نيابة عنك، فيجب أن يكون شخصًا يعرف ظروفك.

## تسجيل الناخبين الحاصلين على رخصة قيادة(اختياري)

يرجى إرفاق نموذج الناخبين الحاصلين على رخصة قيادة مع طلبك. يُرجى إستكمال هذا النموذج إذا لم تكن مسجلًا للتصويت وتريد التسجيل. لا يؤثر هذا على أهليتك لبرنامج HEAP أو مبلغ الاستحقاق.

## ماذا سأحتاج لتقديم طلب؟

سيحتاج المتقدمون الجدد إلى تضمين الوثائق التالية مع طلبك:

- إثبات هوية كل فرد من أفراد الأسرة
- رقم ضمان اجتماعي صالح لكل فرد من أفراد الأسرة لديه رقم ضمان اجتماعي
- إثبات إقامة
- فاتورة وقود و/أو مرافق إذا دفعت مقابل التدفئة أو إثبات أنك تدفع إيجارًا يشمل التدفئة
- توثيق الدخل لجميع أفراد الأسرة

يرجى الرجوع إلى الصفحة 15 من تعليمات الطلب للحصول على أنواع محددة من الوثائق المقبولة. بالإضافة إلى ذلك ، سيحتاج المتقدمون الجدد أيضا إلى إجراء مقابلة ؛ ويمكنك اختيار إما مقابلة هاتفية أو مقابلة شخصية. ومع ذلك، إذا اخترت إجراء مقابلة عبر الهاتف، فيرجى إدراج رقم هاتف يعمل لديك وأفضل وقت للاتصال بك لإجراء مقابلة عبر الهاتف في القسم 1 من طلبك.

## أين يمكنني تقديم الطلب؟

يجب عليك التقديم في المقاطعة التي تقيم فيها حاليًا. يمكنك تقديم طلبك شخصيًا أو عبر البريد على العنوان المختوم أعلى الطلب أو يمكنك العثور على جهات اعتماد محلية أخرى عن طريق الاطلاع على موقعنا الإلكتروني التالي: otda.ny.gov.

## صفحة myBenefits:

يمكنك التقدم بطلب للحصول على HEAP عبر الإنترنت من خلال الذهاب إلى mybenefits.ny.gov. بمجرد تقديم طلبك للحصول على مخصصات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP)، يمكنك التحقق من وضع طلبك عبر الإنترنت باستخدام حسابك الآمن عبر الإنترنت على mybenefits.ny.gov. إذا تمت الموافقة على طلبك، فسيتم تقديم مبلغ المعونة. قد تكون مؤهلاً للحصول على المعونة الغذائية. تحقق من أهليتك وتقدم بطلب للحصول على برنامج المعونة الغذائية التكميلية SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program) على mybenefits.ny.gov. يمكن العثور على معلومات إضافية حول برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) وبرامج الخدمات البشرية الأخرى عبر mybenefits.ny.gov.

## كيف سيتم دفع المخصصات الخاصة بي؟

إذا تمت الموافقة على طلبك ودفعت مقابل التدفئة، فسيتم إرسال دفعتك إلى مزود وقود التدفئة الخاص بك. سيتضمن إخطار الأهلية الخاص بك اسم المورد. إذا كان المورد المدرج غير صحيح ، فأبلغ منطقة الخدمات الاجتماعية المحلية على الفور. في بعض الحالات، سيتم دفع معونتك إلى شركة الكهرباء الخاصة بك إذا كانت التدفئة مشمولة في إيجارك. سيوضح لك الإخطار مبلغ المخصصات وكيف سيتم دفعها وكيف تم حسابها.

لا يُسمح للموردين بإجراء عمليات التسليم حتى يتم استلام الدفع أو حتى يُطلب من منطقة الخدمات الاجتماعية المحلية القيام بذلك. قد لا يتم تطبيق المعونات على عمليات التسليم السابقة لمصادر الوقود القابلة للتسليم. إذا كنت بحاجة إلى وقود قبل أن يتلقى المورد إشعارًا أو دفعة، فعليك الاتصال بمنطقة الخدمات الاجتماعية المحلية.

تهدف معونات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) المنتظمة لتكون مبلغ تكميلي يُدفع لمرة واحدة لتكاليف الطاقة السنوية الخاصة بك وليس الغرض منها أن تحل محل مدفوعاتك الشخصية. يجب أن تستمر في دفع فواتير الطاقة الخاصة بك.

## ما هو برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) في حالات الطوارئ؟

- نفد الوقود أو لديك أقل من ربع (¼) خزان من الزيت أو الكيروسين أو البروبان، أو إمداد وقود التدفئة القابل للتسليم لمدة أقل من عشرة (10) أيام.
- تم إيقاف تشغيل الغاز الطبيعي أو التدفئة الكهربائية الخاصة بك أو من المقرر إيقاف تشغيلها.
- معدات التدفئة المملوكة لمقدم الطلب لا تعمل.

## ماذا لو واجهت حالة طارئة؟

يمكن أن تساعد مخصصات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) في حالات الطوارئ التالية:

- نفد الوقود أو لديك أقل من ربع (¼) خزان من الزيت أو الكيروسين أو البروبان، أو إمداد وقود التدفئة القابل للتسليم لمدة أقل من عشرة (10) أيام.
- تم إيقاف تشغيل الغاز الطبيعي أو التدفئة الكهربائية الخاصة بك أو من المقرر إيقاف تشغيلها.
- معدات التدفئة المملوكة لمقدم الطلب لا تعمل.

إذا كانت لديك حالة طوارئ متعلقة بالتدفئة وتقدمت بطلب للحصول على مخصصاتك العادية، ولكنك لم تتلقَّها، فعليك الاتصال بمنطقة الخدمات الاجتماعية المحلية بعد فتح البرنامج. كلما كان ذلك ممكنًا، يتم استخدام معونات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية العادية أولاً لحل حالة الطوارئ المتعلقة بالطاقة.

**لا تنتظر حتى نفاد وقود التدفئة أو إيقاف تشغيل خدمة الغاز/الكهرباء لطلب المساعدة. إذا تم إنهاء خدمة المرافق الخاصة بك، فلن تكون شركة المرافق الخاصة بك مطالبة باستعادة الخدمة حتى إذا كنت مؤهلاً للحصول على مخصصات برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP).**

## جلسات الإنصاف:

لديك حقوق معينة عند تقديم طلب برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP). لديك الحق في أن يتم إخبارك سواء تمت الموافقة على طلبك أو رفضه في غضون ثلاثين (30) يوم عمل من تاريخ استلام جهة اعتماد برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) لطلبك المكتمل والموقع.

لن يبدأ وقت معالجة الطلبات حتى فتح البرنامج على الرغم من أنك ربما تكون قد تلقيت طلبًا قبل تاريخ فتح البرنامج كجزء من جهود التوعية التي نبذلها. لديك الحق في طلب عقد جلسة و/أو جلسة إنصاف إذا مضى أكثر من ثلاثين (30) يوم عمل منذ أن تلقت جهة اعتماد برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) طلبك الموقع والمكتمل (أو مر أكثر من ثلاثين (30) يوم عمل منذ فتح البرنامج إذا استلمت جهة الاعتماد طلبك قبل افتتاح البرنامج) ولم يتم إخبارك بقرار الأهلية.

إذا كنت ترغب في عقد جلسة، يجب أن تطلب ذلك في أسرع وقت ممكن. إذا تبين أثناء الجلسة أنه تم اتخاذ قرار خاطئ أو إذا غيّر القرار قرارنا الأصلي بسبب المعلومات التي قدمتها، فسيتم اتخاذ الإجراء التصحيحي.

إذا كنت ترغب في عقد جلسة، فاتصل بمنطقة الخدمات الاجتماعية المحلية على otda.ny.gov/programs/heap/contacts. هذا فقط لطلب عقد جلسة. لكنها ليست الطريقة التي تطلب بها جلسة إنصاف. إذا طلبت عقد جلسة أو عقدت جلسة، فلا يزال يحق لك طلب الحصول على جلسة إنصاف.

يتم نشر إصدارات وأدلة سياسة مكتب المعونات المؤقتة و معونة العجز (OTDA) على موقع OTDA على الويب في otda.ny.gov/legal. هذه الإصدارات والأدلة متاحة لك أو لممثلك لتحديد ما إذا كان ينبغي طلب أو تحضير جلسة إنصاف. بالإضافة إلى ذلك ، بناءاً على طلب إلى منطقة الخدمات الاجتماعية المحلية ، ستتوفر أيضا إصدارات وأدلة محددة لسياسة OTDA لمساعدتك أو مساعدة ممثلك.

إذا كنت تعيش في أي مكان في ولاية نيويورك، فيمكنك طلب جلسة إنصاف عبر الهاتف أو الفاكس أو عبر الإنترنت أو عن طريق إرسال خطاب إلى العنوان أدناه:

**الهاتف:** رقم الطلب المجاني في جميع أنحاء الولاية هو 800-342-3334. يرجى أخذ الإخطار معك، إن وجد، عند الاتصال.

**فاكس:** طلب جلسة إنصاف خاصة بك على: 518-473-6735

**عبر الإنترنت:** أكمل نموذج الطلب عبر الإنترنت من خلال otda.ny.gov/oah/

**كتابيًا:** للإخطارات، املأ المساحة المتوفرة وأرسل نسخة من الإخطار، أو أكتب إلى:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

إذا طلبت عقد جلسة إنصاف ، فسوف ترسل لك ولاية نيويورك إخطارًا بوقت ومكان جلسة الإنصاف . لديك الحق في أن يتم تمثيلك من قبل مستشار قانوني أو قريب أو صديق أو أي شخص آخر أو أن تمثل نفسك. في جلسة الإنصاف ، ستتاح لمحاميك أو ممثلك الآخر الفرصة لتقديم أدلة مكتوبة وشفوية، بالإضافة إلى فرصة استجواب أي شخص يظهر في جلسة الإنصاف. كما يحق لك أيضًا إحضار شهود للشهادة لصالحك. عليك إحضار أي مستندات إلى جلسة الإنصاف قد تكون مفيدة في عرض قضيتك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة قانونية مجانية، فقد تتمكن من الحصول على هذه المساعدة عن طريق الاتصال بجمعية المساعدة القانونية المحلية أو مجموعة محاماة قانونية أخرى. يمكنك تحديد موقع أقرب جمعية مساعدة قانونية أو مجموعة محاماة عن طريق التحقق من الصفحات الصفراء تحت عنوان "محامون".

لديك الحق في مراجعة سجل الحالة الخاص بك. بناءً على طلبك، يحق لك الحصول على نسخ مجانية من المستندات التي تقدمها إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية كدليل في جلسة الإنصاف. أيضًا، عند الطلب، يحق لك الحصول على نسخ مجانية من المستندات الأخرى من سجل قضيتك التي تحتاجها لجلسة الإنصاف. لطلب الحصول على مثل هذه المستندات أو لمعرفة كيف يمكنك مراجعة سجل حالتك، تواصل مع منطقة الخدمات الاجتماعية المحلية على otda.ny.gov/programs/heap/contacts.

إذا كنت بحاجة إلى شخص يتحدث الإسبانية، فاتصل بالخط الساخن لمكتب ولاية نيويورك المعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA) على 1-800-342-3009.

## البرامج الأخرى التي قد تكون مؤهلًا لها:

### برنامج الإعانات في مقاومة العوامل الجوية

قد تكون مؤهلاً أيضًا لبرنامج الإعانات في مقاومة العوامل الجوية من خلال هيئة تطوير المنازل والمجتمعات في ولاية نيويورك أو هيئة أبحاث وتطوير الطاقة بولاية نيويورك (New York State Energy Research and Development Authority, NYSERDA). يمكن الحصول على قائمة بجهات الاتصال الخاصة بالجهات الفرعية المانحة المحلية لمقاومة العوامل الجوية عبر: hcr.ny.gov/weatherization-providers لمزيد من المعلومات حول خدمات الطاقة التي توفرها هيئة أبحاث وتطوير الطاقة بولاية نيويورك NYSERDA، يرجى زيارة nyserda.ny.gov يسمح توقيعك على طلب التقدم لبرنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية بإحالة وتبادل المعلومات إلى برامج الإعانات في مقاومة العوامل الجوية نيابة عنك.

### برنامج المرافق لذوي الدخل المنخفض

قد تكون مؤهلاً أيضًا للتسجيل في برنامج ذوي الدخل المنخفض التابع لشركة المرافق. توقيعك على طلب التقدم لبرنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية يسمح بالإحالة إلى شركة المرافق نيابة عنك.

**أنواع المستندات المقبولة**

**مكان الإقامة (المكان الذي تعيش به الآن)**

- إيصال الإيجار الحالي مع اسم وعنوان المستأجر والمالك أو عقد الإيجار مع الاسم والعنوان
- فاتورة الماء أو الصرف الصحي أو الضرائب
- بوليصة تأمين صاحب المنزل/ المستأجر
- فاتورة المرافق
- سجلات/ إيصالات مدفوعات القرض العقاري مع العنوان

**الهوية**

عليك تقديم مستند واحد أو أكثر مما يلي لكل شخص في منزلك:

- رخصة القيادة
- هوية عليها صورة
- جواز السفر الأمريكي أو شهادة التجنيس
- سجلات المستشفى أو الطبيب
- أوراق الاعتماد
- السجلات المدرسية

*مطلوب شكلين من الإثبات

- شهادة الميلاد أو شهادة المعمودية*
- رقم ضمان اجتماعي تم التحقق منه*
- بيان من شخص آخر*

**رقم الضمان الاجتماعي**

يجب تقديم أرقام ضمان اجتماعي صالحة لجميع أفراد الأسرة الذين لديهم رقم ضمان اجتماعي.

**الضعف**

عليك تقديم واحد مما يلي لإثبات ضعف فرد من أفراد أسرتك (الأطفال دون سن 6 سنوات، والبالغون الذين تبلغ أعمارهم 60 عامًا أو أكبر، أو أي شخص يعاني من إعاقة):

- شهادة ميلاد
- شهادة التعميد مع تاريخ الميلاد
- خطاب الترسية من إدارة الضمان الاجتماعي
- جواز السفر
- رخصة القيادة
- بيان مكتوب للإقرار بالأهلية للحصول على المخصصات

**وضعية التدفئة**

إذا كنت تدفع فاتورة وقود أو مرافق، فقدم نسخة من أحدث فاتورة وقود/مرافق أو بيان من المورد.

إذا كنت لا تدفع مقابل التدفئة، فقدم إيصال إيجار حالي يحمل اسم وعنوان المستأجر والمالك، أو عقد الإيجار بالاسم والعنوان، أو بيان من مالك العقار يشير إلى تضمين ثمن وقود التدفئة في إيجارك.

**الدخل**

- إيصالات استلام الراتب عن آخر أربعة (4) أسابيع
- إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، سجلات الأعمال لآخر ثلاثة (3) أشهر أو إقرارك الضريبي الفيدرالي المقدم للسنة الحالية، بما في ذلك جميع الجداول المعمول بها.
- إيرادات/ نفقات الإيجار للأشهر الثلاثة (3) السابقة أو إقرارك الضريبي الفيدرالي المقدم للسنة الحالية، بما في ذلك جميع الجداول المعمول بها.
- شيكات إعالة الأطفال أو النفقة/ نفقة الزوج(ة)
- بيان الفائدة/ البنك/ الأرباح أو الضرائب
- بيان من النزيل/ الساكن

نسخة من خطاب المنح أو المراسلات الرسمية لما يلي:

- الضمان الاجتماعي/ دخل الضمان التكميلي (SSI)
- مخصصات المحاربين القدامى
- المعاشات
- تعويض/ إعاقة العاملين
- معونات تأمين البطالة

**طلبات قد تستلزم وثائق إضافية. سوف تحصل على قائمة منفصلة بالوثائق التي تحتاج إلى تقديمها.**

# تعليمات استمارة تسجيل الناخبين

# 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

---

## VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

☐ I need an application for a mail ballot — **Please print or type in blue or black ink** — ☐ I would like to be an Election Day worker

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | **Are you a U.S. citizen?** ☐ **YES** ☐ **NO**<br>If you answered **NO**, do not complete this form | 2 | **A) Will you be 18 years old on or before election day?** ☐ **YES** ☐ **NO**<br>**B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election?** ☐ **YES** ☐ **NO**<br>If you answered **NO** to both of the prior questions, you cannot register to vote. |
| | **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)<br>☐ New York State DMV number _ _ _ _ _ _ _ _ _<br>☐ Last four digits of your Social Security number _ _ _ _<br>☐ 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
- ☐ Other ____________

**I do not wish 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 hospitals upon your death.

DONATE LIFE New York State

Signature ______________________ Date ___ / ___ / ___

Rev. 04/25/2025

**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;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- 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.