

## طلب التقديم/ إعادة التأهل للحصول على مخصصات برنامج ( المعونة الغذائية التكميلية SNAP )

إذا كنت كفيفاً أو ضعيف البصر، هل ترغب في تلقي الإشعارات المكتوبة بتنسيق بديل؟  
 نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، علم على نوع التنسيق الذي تريده:

طباعة بالأحرف الكبيرة

قرص مضغوط يحتوي على البيانات

قرص مضغوط صوتي

مستند مكتوب بطريقة برايل، إذا أكدت أن أيًا من التنسيقات البديلة الأخرى لن تكون فعالة بنفس القدر بالنسبة لك.

إذا كنت بحاجة إلى تسهيلات أخرى، فيرجى الاتصال بمنطقة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.

### عند التقدم بطلب للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)

- يمكنك تقديم الطلب في نفس يوم استلامه. يجب أن نقبل طلبك إذا كان يحتوي، على الأقل، على اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان)، وتوقيعك. ستحدد هذه المعلومات تاريخ تقديم الطلب الخاص بك.
- يجب عليك استكمال عملية التقديم، بما في ذلك إجراء مقابلة شخصية وتوقيع بيان الشهادة في الصفحة 2 من طلب التقديم/ إعادة التأهيل لتحديد أهليتك. إذا كنت مؤهلاً، فسيتم تقديم المخصصات بأثر رجعي من تاريخ تقديم طلبك.
- يمكنك التقدم بطلب للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) والحصول عليها لفرد (أفراد) أسرته المؤهل حتى إذا كنت أنت أو بعض أفراد أسرته الآخرين غير مؤهلين للحصول على المخصصات بسبب حالة الهجرة. على سبيل المثال، يمكن للوالدين الأجانب غير المؤهلين التقدم بطلب للحصول على مخصصات برنامج (SNAP) لأطفالهم والحصول على تلك المخصصات لأطفالهم المؤهلين.
- لا يزال بإمكانك التقديم والتأهل للحصول على مخصصات برنامج (SNAP) حتى إذا وصلت إلى الحد الزمني للمعونة المؤقتة الخاصة بك.

### عند التقدم بطلب لإعادة التأهل لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)

- يجب عليك تقديم طلب إعادة التأهل الموقع والمكتمل.

تذكر أن توقع على طلبك.

LDSS-5166-AR (Rev. 9/20)

مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز

### هل تحتاج إلى الحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) على الفور؟ قد تكون مؤهلاً للمعالجة العاجلة لطلب الحصول على مخصصات برنامج (SNAP) الخاص بك:

إذا كان لدى أسرتك دخل قليل أو لا يوجد لديها دخل أو موارد سائلة، أو إذا كانت نفقات الإيجار والمرافق أكثر من دخلك ومواردك السائلة، أو إذا كنت مهاجرًا أو عامل مزرعة موسميًا ولديك القليل من الدخل أو الموارد عند تقديم الطلب، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مخصصات برنامج (SNAP) في غضون 7 أيام تقويمية من تاريخ تقديم طلبك. عندما يتقدم مقيم في مؤسسة بشكل مشترك بطلب للحصول على الدخل التكميلي للضمان الاجتماعي (SSI) ومخصصات برنامج (SNAP) قبل مغادرة المؤسسة، فإن تاريخ التقديم المسجل للطلب هو تاريخ الإفراج عن مقدم الطلب من المؤسسة.

### أين يمكنك التقديم للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)

إذا كنت تعيش خارج مدينة نيويورك، يمكنك تقديم طلب عبر الإنترنت على الرابط [myBenefits.ny.gov](http://myBenefits.ny.gov)، أو عن طريق الاتصال أو زيارة منطقة الخدمات الاجتماعية في المقاطعة التي تعيش فيها وطلب حزمة الطلب، والتي يمكن إعادتها بالبريد أو تقديمها في هذا المكتب المناسب. يمكنك الحصول على عنوان ورقم هاتف منطقة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك من خلال الاتصال على الرقم المجاني **1-800-342-3009**.

إذا كنت تعيش في مدينة نيويورك ولا تتقدم أيضًا بطلب للحصول على المعونات المؤقتة، يمكنك تقديم طلب عبر الإنترنت على موقع Access HRA، أو الاتصال أو زيارة أي مكتب لبرنامج (SNAP) وطلب حزمة الطلب. يمكنك الحصول على العنوان ورقم الهاتف عن طريق الاتصال بالرقم **1-800-342-3009** أو الرقم المجاني **1-718-557-1399**.

**إشعار عدم التمييز -** وفقًا للقانون الفيدرالي للحقوق المدنية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية التابعة لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) أو إدارتها التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو الثأر أو الانتقام بسبب نشاط سابق للحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تم إجراؤه أو تمويله بواسطة وزارة الزراعة الأمريكية (USDA).

يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة بأحرف كبيرة، والشريط الصوتي، ولغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك)، الاتصال بالوكالة (التابعة للولاية أو المحلية) حيث تقدموا للحصول على المخصصات. يستطيع الأشخاص الصم، أو من لديهم إعاقات في السمع أو النطق، الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على رقم الهاتف 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، يمكن إتاحة معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنكليزية.

لتقديم شكوى للتمييز في البرنامج، أكمل نموذج شكوى تمييز البرنامج التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، النموذج (AD-3027) الموجود عبر الإنترنت على الرابط: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)، وفي أي مكتب من مكاتب وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، أو عن طريق كتابة رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) وتضمن جميع المعلومات المطلوبة في النموذج في هذه الرسالة. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل برقم الهاتف 632-9992 (866). أرسل النموذج أو الرسالة المكتملة إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) بواسطة:

(1) البريد: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410;

(2) الفاكس: (202) 690-7442؛ أو

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

هذه المؤسسة تتبع سياسة تكافؤ الفرص. لا ترسل طلبك بالبريد إلى هذا العنوان.

تذكر أن توقع على طلبك.

# طلب التقديم/ إعادة التأهل للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)

## معلومات الطلب

رقم الضمان الاجتماعي (SSN): \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
اسمك (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط): \_\_\_\_\_  
رقم (أرقام) هاتفك أثناء النهار (مع كود المنطقة): \_\_\_\_\_  
عنوان المنزل (الشارع، رقم الشقة): \_\_\_\_\_  
المدينة، الولاية، الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً): \_\_\_\_\_

أصلك الإثني/العرق: \_\_\_\_\_ يتم جمع هذه المعلومات لضمان معاملة الجميع بإنصاف. إجابتك طوعية، ولن تؤثر على أهليتك أو مبلغ المخصصة.

الأصل الإثني: من أصل إسباني أو لاتيني؟  نعم  لا

الأصل العرقي: (علم على كل ما ينطبق)

من الهنود الحمر/ من سكان الأسكا الأصليين  آسيوي  أسود/ أمريكي من أصول إفريقية  
 من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر أخرى بالمحيط الهادي  أبيض

اللغة المتحدث بها: يرجى إخبارنا باللغة التي تتحدثها

هل أنت مواطن أمريكي:  نعم  لا

هل أنت من سكان ولاية نيويورك؟  نعم  لا في أي مقاطعة تسكن؟ \_\_\_\_\_

هل لديك وضعاً خاصاً؟ (علم على كل ما ينطبق عليك.)

ضعف جسدي/ عقلي  ضعف السمع  ضعيف البصر  
 مطلوب مترجم  لغة الإشارة مطلوبة  غير ذلك: \_\_\_\_\_

هل ساعدك شخص ما في إكمال هذا النموذج؟  نعم  لا

اسم الشخص الذي ساعدك: \_\_\_\_\_

رقم هاتفه مع كود المنطقة: \_\_\_\_\_

## معلومات الأسرة:

ادرج الأشخاص الذين يعيشون معك:

الاسم (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط): \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي (SSN): \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

الجنس:  ذكر  أنثى

الهوية الجنسية (اختياري):  ذكر  أنثى  غير ثنائي  غير محدد الجنس  متحول جنسياً  
هوية مختلفة: \_\_\_\_\_ اللغة المتحدث بها: \_\_\_\_\_

الاسم (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط): \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي (SSN): \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

الجنس:  ذكر  أنثى

الهوية الجنسية (اختياري):  ذكر  أنثى  غير ثنائي  غير محدد الجنس  متحول جنسياً  
هوية مختلفة: \_\_\_\_\_ اللغة المتحدث بها: \_\_\_\_\_

الاسم (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط): \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي (SSN): \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

الجنس:  ذكر  أنثى

الهوية الجنسية (اختياري):  ذكر  أنثى  غير ثنائي  غير محدد الجنس  متحول جنسياً  
هوية مختلفة: \_\_\_\_\_ اللغة المتحدث بها: \_\_\_\_\_

هل تتلقى أنت أو أي شخص آخر من أهل بيتك أيًا من أنواع الدخل التالية؟			
نوع الدخل	مقدار الدخل	وتيرة الحصول على الدخل	اسم الشخص الذي يتلقى الدخل
الضمان الاجتماعي			
دخل الضمان الاجتماعي (SSI)			
راتب تقاعد			
مزايا المحاربين القدماء			
تعويضات العمال			
أجور			
غير ذلك			

هل تدفع تكاليف رعاية المعالين؟  نعم  لا  
 هل تدفع أي نفقات طبية أخرى مثل الوصفات الطبية، والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية، ومستلزمات مرضى السكري، والنظارات، ونفقات طب الأسنان، ومعونات السمع وما إلى ذلك؟  نعم  لا  
 كم تدفع للإيجار أو الرهن العقاري الخاص بك كل شهر؟  
 هل تدفع لأي مما يلي: \_\_\_\_\_ دولار/ دولاراً

أدفع تكاليف تدفئة منزلي (المازوت والغاز والكهرباء أو البروبان، وما إلى ذلك) أو أشارك تكاليف التدفئة مع آخرين.  نعم  لا  
 لدي مكيف هواء أستخدمه في الصيف، وأدفع ثمن الكهرباء أو أشارك آخرين في التكلفة.  نعم  لا  
 لدي مكيف هواء أستخدمه في الصيف، وأدفع رسومًا لاستخدامه.  نعم  لا  
 أدفع تكلفة الكهرباء أو الغاز أو أشارك هذه التكلفة مع آخرين.  نعم  لا  
 أدفع مقابل خدمة الهاتف، بما في ذلك خدمة الهاتف المحمول (ليس هاتفًا مدفوعًا مسبقًا).  نعم  لا

**الممثل المفوض** - يمكنك تفويض شخصاً ما يعرف ظروف أسرته لتقديم طلب الحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) لك. يمكنك أيضًا تحويل شخص من خارج أسرته للحصول على بطاقة التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT) للممثل المفوض لشراء الطعام لك. إذا كنت ترغب في تفويض شخص ما، فيجب أن تفعل ذلك كتابةً. يمكنك القيام بذلك عن طريق كتابة اسم الشخص وعنوانه ورقم هاتفه أدناه. عندما يتقدم ممثل مفوض بطلب نيابة عن أسرة تطلب الحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) ولا تقيم في مؤسسة، يجب أن يقوم كل من الممثل المفوض والعضو البالغ المسؤول في الأسرة التي تطلب الحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) بتوقيع أقسام التوقيع وتاريخها في أسفل هذه الصفحة، ما لم يتم تعيين الممثل المفوض من قبل الأسرة كتابةً.

إذا كنت ترغب في تفويض شخص ما، فم بكتابة اسم الشخص وعنوانه ورقم هاتفه، وم بالتوقيع أدناه.

الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

علم على هذا المربع إذا كنت تريد أن يحصل ممثلك المفوض على بطاقة التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT) لشراء الطعام لك.

لكي تتمكن من قبول طلبك، يجب عليك التوقيع والتاريخ أدناه

**إقرار:** من خلال توقيعني على هذا الطلب، أقر بموجبه تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين بأنني قد قرأت "الحقوق والمسؤوليات" (أو تمت قراءتها لي) وأنا أفهما وأوافق عليها، تلك الموضحة في الصفحات 4 - 6 من هذا الطلب، وأن الإجابات الواردة في هذا الطلب وأي وثيقة إضافية أقدمها للإدارة في المستقبل دقيقة وكاملة لأقصى حدود علمي. لقد قرأت "تحذير عقوبات برنامج (SNAP)" بلغتي الأساسية، أو تمت قراءته لي أو تمت ترجمته لي. أقر أيضًا بأن جميع أفراد أسرتي المدرجين على طلب الحصول على مخصصات برنامج (SNAP) والذين يطلبون الحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) هم إما مواطنون أمريكيون أو غير مواطنين في حالة هجرة مرضية.

يرجى الاطلاع على الصفحات 4 - 6 التي تحتوي على "تحذير عقوبات برنامج (SNAP)" و"الحقوق والمسؤوليات".

توقيعك مطلوب أدناه لإكمال عملية التقديم.

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

توقيع الممثل المفوض: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

## إرشادات تعبئة نموذج الطلب

- حاول الإجابة عن أكبر عدد ممكن من الأسئلة.
- في الصفحة 1 من نموذج الطلب، ضع رقم هاتفك حيث يمكنك الاتصال بك خلال أيام الأسبوع أو حيث يمكن ترك رسالة لك.
- تذكر أن توقع اسمك قبل إرسال نموذج الطلب الخاص بك.
- تأكد من قراءة إشعار الحقوق والمسؤوليات المتضمن وتحذير عقوبات برنامج (SNAP) على الصفحات التالية.
- يمكنك تقديم طلب غير مكتمل عن طريق ملء اسمك وعنوانك في الأمام وتوقيعك على ظهره وإكمال باقي الطلب لاحقاً. سيحدد هذا الحد الأدنى من المعلومات تاريخ تقديم الطلب الخاص بك.
- ستصبح مخصصات برنامج (SNAP) سارية المفعول بأثر رجعي من التاريخ الذي قدمت فيه الطلب.

**يجب أن تخضع لمقابلة شخصية:** سنقوم بمراجعة طلبك عند استلامه وستصل بك لمناقشة المعلومات التي قدمتها في طلبك.

**ملحوظة:** إذا لم تتمكن من الوصول إليك، فسوف تتلقى رسالة لإجراء مقابلة هاتفية مجدولة.

**يجب عليك تقديم إثباتات:** أثناء مقابلتك الشخصية، سنشرح ما هي الإثباتات والمعلومات التي ستحتاج إلى تقديمها لتلقي مخصصات برنامج (SNAP). سنرسل لك قائمة مرجعية بالإثباتات مدرجاً بها العناصر التي تحتاج إلى تقديمها. لديك 30 يوماً من تاريخ استلام طلبك لتزويدنا بالإثبات الذي نحتاجه. تأكد من أن تطلب منا المساعدة إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على هذه المستندات.

**القرار:** سنتلقى قراراً بشأن طلبك في غضون 30 يوماً.

### ما نوع الإثبات الذي سأحتاج إلى تقديمه؟

هذه هي معظم العناصر التي ستحتاجها عند التقدم للحصول على مخصصات برنامج (SNAP):

- بطاقة هوية تحمل اسمك وعنوانك:
- إذا لم يكن لديك عنوان، نرجو منك إخبارنا بذلك.
- إثبات الدخل.
- خطاب منح الدخل أو بيان إيداع مباشر للدخل غير المكتسب بما في ذلك مبالغ دخل الفوائد ووتيرة المدفوعات. إذا كنت تعمل، فأرسل إيصال استلام الراتب لأخر أربعة أسابيع أو كشوف الإيداع المباشر أو نسخ الشيكات.
- أرقام الضمان الاجتماعي لجميع الأفراد المتقدمين.
- إثبات حالة غير المواطن - إذا لم تكن مواطناً، قدم إثباتاً على الوضع القانوني لغير المواطن.
- إثبات نفقات معينة: على الرغم من كونها اختيارية، إذا قدمت دليلاً على أي مما يلي، فقد تكون مخصصات برنامج (SNAP) الخاصة بك أعلى.
  - النفقات الطبية - إذا كنت أنت أو أي شخص في أسرتك يبلغ من العمر 60 عاماً أو أكثر أو يعاني من إعاقة موثقة، يجب إثبات النفقات الطبية المدفوعة من الجيب مع إيصال للمدفوعات المشتركة أو أقساط التأمين الصحي، أو إيصال لأطعم الأسنان، أو النظارات، أو أجهزة المساعدة السمعية، أو بطاريات أجهزة المساعدة السمعية، أو مصاريف النقل من وإلى مكان تقديم الخدمات الطبية.
  - مدفوعات نفقة الطفل - إثبات، مثل مستندات المحكمة، لمدفوعات نفقة الطفل التي تدفعها لشخص لا يعيش معك، ومقدار المبلغ المدفوع.

أخبرنا أيضاً إذا كان لديك أي من النفقات أدناه (هذا أمر اختياري، ولكن ذلك يمكن أن يجعل مخصصات برنامج (SNAP) الخاصة بك أعلى):

1. تكاليف السكن: مدفوعات الإيجار أو الرهن العقاري أو الضرائب العقارية أو تأمين أصحاب المنازل.
2. المرافق: تكاليف تكييف الهواء، زيت تدفئة المنزل، أو غاز التدفئة، أو خشب أو فحم التدفئة، أو غاز الطهي، أو الكهرباء، أو الهاتف (بما في ذلك الهواتف المحمولة)، أو مصاريف خدمات أخرى مثل المياه، أو الصرف الصحي، أو خدمة التخلص من القمامة.
3. نفقات رعاية المعال: الرعاية في المنزل أو خارج المنزل.

## اقرأ المعلومات الهامة أدناه

**الجنس والهوية الجنسية:** تضمن ولاية نيويورك حقك في الوصول إلى المخصصات و/ أو الخدمات بغض النظر عن الجنس أو الهوية الجنسية أو التعبير. يجب عليك الإبلاغ عن جنسك وجميع أفراد الأسرة كذكر أو أنثى. يجب أن يكون الجنس الذي تبلغ عنه هنا هو نفسه الموجود حاليًا في الملف لدى إدارة الضمان الاجتماعي بالولايات المتحدة. الجنس الذي تبلغ عنه مطلوب لمعالجة طلبك. لن يظهر ذلك على أي بطاقة مخصصات قد تتلقاها أو أي وثيقة عامة أخرى.

الهوية الجنسية هي كيف تنظر إلى نفسك وما تطلقه على نفسك. يمكن أن تكون الهوية الجنسية هي نفسها جنسك المحدد عند الولادة أو تختلف عنه. الهوية الجنسية غير مطلوبة لهذا الطلب. إذا كانت هويتك الجنسية، أو الهوية الجنسية لأي شخص في أسرتك، مختلفة عن الجنس الذي تبلغ عنه لهذا الشخص وترغب في تقديم هوية جنس ذلك الشخص، أكتب "Male" (ذكر)، أو "Female" (أنثى)، أو "Non-Binary" (غير ثنائي)، أو "X" (غير محدد الجنس)، أو "Transgender" (متحول جنسيًا)، أو "Different Identity" (هوية مختلفة) في المساحة المتوفرة. إذا قمت بكتابة "Different Identity" (هوية مختلفة)، يمكنك اختيار وصف هوية هذا الشخص بشكل أكبر في المساحة المتوفرة. تقديم هذه المعلومات هو أمر طوعي. لن يؤثر ذلك على أهلية الأشخاص المتقدمين أو مستوى المخصصات المتلقاة.

**تحذير عقوبات برنامج (SNAP) -** ستخضع أي معلومات تقدمها فيما يتعلق بطلبك للحصول على مخصصات برنامج (SNAP) إلى التحقق من قبل المسؤولين الفيدراليين ومسؤولي الولاية والمسؤولين المحليين. إذا كانت أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم رفض طلبك للحصول على مخصصات برنامج (SNAP). قد تخضع للملاحقة الجنائية إذا قدمت عن علم معلومات غير صحيحة تؤثر على الأهلية أو مقدار المخصصات. أي شخص يخالف شرط المراقبة أو الإفراج المشروط أو أي شخص يفر لتجنب المقاضاة أو الحضانة أو الحبس في جنائية، ويتم متابعته بنشاط من قبل سلطات إنفاذ القانون، هو غير مؤهل لتلقي مخصصات برنامج (SNAP).

إذا تبين أن أحد أفراد الأسرة المتقدمين للحصول على مخصصات برنامج (SNAP) قد ارتكب انتهاكًا متعمدًا للبرنامج (IPV)، فلن يتمكن هذا الفرد من الحصول على مخصصات برنامج (SNAP) لفترة:

- 12 شهرًا لأول إنتهاك متعمد لبرنامج سناب (SNAP-IPV)؛
- 24 شهرًا لثاني إنتهاك متعمد لبرنامج سناب (SNAP-IPV)؛
- 24 شهرًا لأول إنتهاك متعمد لبرنامج سناب (SNAP-IPV)، والذي يعتمد على قرار المحكمة بأن الفرد استخدم أو تلقى مخصصات برنامج (SNAP) في معاملة تنطوي على بيع مادة خاضعة للرقابة. (المخدرات غير المشروعة أو بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبية من الطبيب.)
- 120 شهرًا إذا ثبتت إدانتك لكتابة بيان كاذب عن هويتك أو محل إقامتك من أجل الحصول على مخصصات برنامج (SNAP) متعددة في وقت واحد، ما لم يتم استبعادك بشكل دائم مقابل الانتهاك المتعمد الثالث للبرنامج (IPV).
- بالإضافة إلى ذلك، يجوز للمحكمة أن تمنع الفرد من المشاركة في برنامج سناب (SNAP) لمدة 18 شهرًا إضافة.
- فقدان الأهلية الدائم للفرد بسبب:
- أول إنتهاك متعمد لبرنامج سناب (SNAP-IPV)، والذي يعتمد على قرار المحكمة بأن الفرد استخدم أو تلقى مخصصات برنامج (SNAP) في معاملة تنطوي على بيع أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات.
- أول إنتهاك متعمد لبرنامج سناب (SNAP-IPV) استنادًا إلى إدانة قضائية للاتجار في مخصصات برنامج (SNAP) بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أو أكثر (يشمل الاتجار الاستخدام غير القانوني لبطاقات تفويض الحصول على مخصصات برنامج (SNAP) أو أجهزة الوصول أو نقلها أو الاستحواذ عليها أو تغييرها أو حيازتها).
- ثاني إنتهاك متعمد لبرنامج سناب (SNAP-IPV)، والذي يعتمد على قرار المحكمة بأن الفرد استخدم أو تلقى مخصصات برنامج (SNAP) في معاملة تنطوي على بيع مواد خاضعة للرقابة. (المخدرات غير المشروعة أو بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبية من الطبيب.)
- جميع الانتهاكات المتعمدة للبرنامج (SNAP-IPV) للمرة الثالثة.

قد يتم تغريم أي شخص مدان بجناية لقيامه عمداً باستخدام بطاقات تفويض الحصول على مخصصات برنامج (SNAP) أو أجهزة الوصول إليها، أو نقلها أو الاستحواذ عليها أو تعديلها أو حيازتها، بغرامة تصل إلى 250,000 دولار، أو سجن لمدة تصل إلى 20 عامًا أو كليهما. قد يخضع الفرد أيضًا للمقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها.

قد تكون غير مؤهل للحصول على مخصصات برنامج (SNAP) أو وجد أنك ارتكبت إنتهاك متعمد للبرنامج (IPV) إذا:

- قُمت بتقديم بيانًا كاذبًا أو مضللًا، أو قُمت بتحريف الحقائق أو إخفاءها أو حجبها من أجل التأهل للحصول على المخصصات أو تلقي المزيد من المخصصات؛ أو
- شراء منتج باستخدام مخصصات برنامج (SNAP) بقصد الحصول على النقد عن طريق التخلص من المنتج عن قصد وإعادة الحاوية للحصول على مبلغ الإيداع؛ أو
- قُمت بارتكاب أو محاولة ارتكاب فعل يشكل انتهاكًا للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية لغرض استخدام أو تقديم أو نقل أو الاستحواذ على أو تلقي أو امتلاك أو نقل مخصصات برنامج (SNAP) أو بطاقات التفويض أو المستندات القابلة لإعادة الاستخدام المستخدمة كجزء من نظام التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT).
- بالإضافة إلى ذلك، لا يُسمح بما يلي، وقد يتم استبعادك من تلقي مخصصات برنامج (SNAP) و/ أو إخضاعك لعقوبات على الإجراءات التي تشمل:
- استخدام أو حيازة بطاقات التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT) التي لا تخصك بدون موافقة مالك البطاقة؛ أو
- استخدام مخصصات برنامج (SNAP) لشراء عناصر غير غذائية، مثل الكحول أو السجائر، أو لدفع ثمن الطعام الذي تم شراؤه مسبقًا عن طريق الاستدانة؛ أو
- السماح لشخص آخر باستخدام بطاقة التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT) مقابل النقد أو الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات أو المخدرات، أو شراء الطعام للأفراد الذين ليسوا أعضاء في أسرة برنامج مخصصات برنامج (SNAP).

**المدفوعات الزائدة** - إذا حصلت على مخصصات برنامج (SNAP) أكثر مما يجب أن تحصل عليه (مدفوعات زائدة)، فيجب عليك سدادها. إذا كانت حالتك نشطة، فستسترد مبلغ الدفعة الزائدة من مخصصات برنامج (SNAP) المستقبلية التي تحصل عليها. إذا تم إغلاق حالتك، فيمكنك سداد المدفوعات الزائدة من خلال أي مخصصات برنامج (SNAP) غير مستخدمة متبقية في حسابك، أو يمكنك الدفع نقدًا.

إذا كانت لديك مدفوعات زائدة لم يتم ردها، فستتم إحالتها للتحويل، بما في ذلك التحصيل التلقائي بواسطة الحكومة الفيدرالية. قد يتم أخذ المزايا الفيدرالية (مثل الضمان الاجتماعي) واسترداد الضرائب التي يحق لك الحصول عليها لتسديد المدفوعات الزائدة. كما سيخضع الدين لرسوم المعالجة.

سيتم استخدام أي مخصصات برنامج (SNAP) محذوفة من حساب التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT) الخاص بك لتقليل المدفوعات الزائدة الحالية. إذا تقدمت بطلب للحصول على مخصصات برنامج (SNAP) مرة أخرى، ولم تقم بسداد المبلغ المستحق عليك، فسيتم تخفيض مخصصات برنامج (SNAP) الخاصة بك إذا بدأت في الحصول عليها مرة أخرى. سيتم إعلامك، في ذلك الوقت، بمقدار المخصصات المخفضة التي ستحصل عليها.

**الموافقة** - أفهم أنه من خلال التوقيع على نموذج الطلب هذا، فإنني أوافق على أي تحقيق أجراه مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز أو منطقة الخدمات الاجتماعية المحلية لإثبات أو تأكيد المعلومات التي قدمتها أو أي تحقيق آخر قام به فيما يتعلق بطلبي للحصول على مخصصات برنامج (SNAP). إذا طُلب مني تقديم معلومات إضافية، فسأقوم بتقديمها. سوف أتعاون أيضًا مع موظفي الولاية والموظفين الفيدراليين في مراجعة مراقبة الجودة لبرنامج (SNAP).

أدرك أنه من خلال التوقيع على هذا الطلب/الإقرار، فإنني أوافق على إجراء تحقيق لإثبات من المعلومات التي قدمتها أو التحقق منها، كما أوافق على أي تحقيق آخر من قبل أي وكالة حكومية مخولة فيما يتعلق بمخصصات برنامج المساعدة في الطاقة المنزلية (HEAP). أوافق أيضًا على السماح باستخدام المعلومات المقدمة في هذا الطلب في الحالات إلى برامج مساعدة الطقس المتاحة والبرامج المخصص لذوي الدخل المنخفض لشركة المرافق الخاصة بي. أدرك أن الولاية ستستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي للتحقق لدى موردي الطاقة لمنزلي من استلام مخصصات برنامج المساعدة في الطاقة المنزلية (HEAP). يتضمن هذا التفويض أيضًا إذنًا لأي من موردي الطاقة لمنزلي (بما في ذلك المرافق الخاصة بي) للكشف عن معلومات إحصائية معينة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، استخدامي السنوي للكهرباء وتكلفة الكهرباء واستهلاك 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 المساعدة في الطاقة المنزلية لمنخفضي الدخل (LIHEAP).

**الموافقة على الإفصاح عن المعلومات السرية المتعلقة بالتأمين ضد البطالة** - أفوض إدارة العمل لولاية نيويورك (DOL) بالكشف عن أي معلومات سرية، تحتفظ بها إدارة العمل (DOL) لأغراض التأمين ضد البطالة (UI)، إلى مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA). تتضمن هذه المعلومات مطالبات معونة التأمين ضد البطالة (UI) وسجلات الأجور. أدرك أن مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA)، إلى جانب موظفي الوكالات التابعة للولاية والوكالات المحلية الذين يعملون في مكاتب الخدمات الاجتماعية المحلية، سيستخدمون معلومات التأمين ضد البطالة (UI) لتحديد الأهلية أو التحقق من الأهلية، ومقدار مخصصات برنامج (SNAP) التي تم التقدم للحصول عليها في هذا الطلب وللتحقيقات لتحديد ما إذا كنت قد تلقيت مخصصات لم يكن يحق لي الحصول عليها.

**الإفصاح عن المعلومات لمقدمي الخدمة -** أُنحَ إذنًا لمنطقة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك لمشاركة المعلومات المتعلقة بمخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية التي تلقيتها أنا أو أي فرد من أفراد أسرتي الذين يمكنني الحصول على إذن قانوني منهم، من أجل التحقق من أهليتي للخدمات والمدفوعات المتعلقة بإدارة البرنامج الذي يقدمه مقاول تابع للولاية أو مقاول محلي. قد تشمل هذه الخدمات، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات التوظيف أو التدريب المقدمة لمساعدتي أو أفراد أسرتي في الحصول على عمل والاحتفاظ به.

**معلومات بدل المرافق القياسي (SUA) -** أفهم أن مستلمي مخصصات برنامج (SNAP) مؤهلون حسب تصنيف الدخل لبرنامج مساعدة الطاقة المنزلية (HEAP). إذا لم أحصل على مخصصات من برنامج مساعدة الطاقة المنزلية (HEAP) التي تزيد عن 20 دولارًا في الشهر الحالي أو الأشهر الـ 12 السابقة، أو مزايا برنامج مساعدة طاقة مماثل آخر، فيجب أن أدفع بشكل منفصل مقابل التدفئة أو تكييف الهواء أو نفقة المرافق من أجل الحصول على بدل المرافق القياسي.

**التغييرات -** أوافق على إبلاغ الوكالة فوراً بأي تغيير في احتياجاتي، أو دخلي، أو ملكيتي، أو ترتيب معيشي، أو وضعية الشخص البالغ القادر على العمل بدون معالين (ABAWD)، بما في ذلك إذا كانت ساعات عملي تقل عن 80 ساعة في الشهر، أو حالة الحمل أو العنوان، على حد علمي أو اعتقادي وفقاً لمتطلبات الإبلاغ الخاصة بي.

**شرط الإبلاغ عن نفقات الأسرة والتحقق منها -** أفهم أنه يجب على أسرتي الإبلاغ عن نفقات رعاية الأطفال ونفقات المرافق من أجل الحصول على خصم من مخصصات برنامج (SNAP) لهذه النفقات. أفهم أيضاً أنه يجب على أسرتي الإبلاغ عن دفعات الإيجار/ الرهن العقاري، والضرائب العقارية، والتأمين، والنفقات الطبية، ونفقات إعالة الطفل المدفوعة لأفراد من خارج الأسرة للحصول على خصم من مخصصات برنامج (SNAP) لهذه النفقات وإثباتها. أفهم أن الفشل في الإبلاغ عن/ إثبات النفقات المذكورة أعلاه سيعتبر بياناً من أسرتي بأنني/ أننا لا نريد الحصول على خصم لتلك النفقات غير المبلغ عنها/ التي لم يتم إثباتها. إن خصم هذه النفقات قد يجعلني مؤهلاً للحصول على مخصصات برنامج (SNAP) أو قد يزيد من مخصصات برنامج (SNAP) الخاصة بي. أدرك أنه يجوز لي الإبلاغ عن/ إثبات هذه النفقات في أي وقت في المستقبل. سيتم بعد ذلك تطبيق هذا الخصم لحساب مخصصات برنامج (SNAP) في الأشهر المقبلة وفقاً لقواعد الإبلاغ عن التغييرات ومعالجة التغييرات.

عند التقدم بطلب للحصول على مخصصات برنامج (SNAP)، أفهم أن دائرة الخدمات الاجتماعية ستطلب وتستخدم المعلومات المتاحة من خلال نظام التحقق من الدخل والأهلية للتحقيق في طلبي، ويمكنها التحقق من هذه المعلومات من خلال جهات الاتصال الجانبية إذا تم العثور على تناقضات. أفهم أيضاً أن هذه المعلومات قد تؤثر على أهليتي للحصول على مخصصات برنامج (SNAP) و/ أو مستوى مخصصات برنامج (SNAP) التي أحصل عليها.

**بيان قانون الخصوصية - الحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN) واستخدامه -** يُسمح بالحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لكل فرد من أفراد الأسرة فيما يتعلق بطلب الحصول على مخصصات برنامج (SNAP) وفقاً لقانون الغذاء والتغذية لعام 2008. سيتم استخدام المعلومات التي نجمها لتحديد ما إذا كانت أسرتك مؤهلة أو لا تزال مؤهلة للحصول على المساعدة أو المعونات. سوف نتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج المطابقة بالكمبيوتر. ستستخدم هذه المعلومات أيضاً لمراقبة الامتثال للوائح البرنامج ولأغراض إدارة البرنامج. قد يتم الكشف عن هذه المعلومات إلى وكالات تابعة للولاية ووكالات فيدرالية أخرى للفحص الرسمي ولموظفي إنفاذ القانون بغرض القبض على الأشخاص الفارين لتجنب تطبيق القانون. سيتم استخدام المعلومات للتحقق من الهوية والتحقق من الدخل المكتسب وغير المكتسب.

إذا ظهرت مطالبة خاصة بمعونات برنامج (SNAP) ضد أسرتك، فقد تتم إحالة المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك جميع أرقام الضمان الاجتماعي (SSN)، إلى الوكالات الفيدرالية والوكالات التابعة للولاية، بالإضافة إلى وكالات تحصيل المطالبات الخاصة، للقيام بتحصيل المطالبات. يجب على أي شخص يتقدم بطلب للحصول على مخصصات برنامج (SNAP) تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN). سيتم أيضاً استخدام أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) للأعضاء غير المؤهلين والكشف عنها بالطريقة أعلاه. إذا لم يكن لديك أنت أو أي شخص يتقدم بطلب/ يعيد التصديق رقمياً للضمان الاجتماعي (SSN)، يجب التقدم بطلب للحصول على رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لدى إدارة الضمان الاجتماعي (SSA.gov).

إلى جانب استخدام المعلومات التي قدمتها لنا بهذه الطريقة، تستخدم الولاية أيضاً المعلومات لإعداد إحصاءات حول جميع الأشخاص الذين يتلقون مخصصات من برنامج مساعدة الطاقة المنزلية. يتم استخدام المعلومات لمراقبة الجودة من قبل الولاية للتأكد من أن المناطق المحلية تقوم بأفضل ما في وسعها. يتم استخدامها للتحقق من هوية مورد الطاقة الخاص بك ولإجراء مدفوعات معينة لهؤلاء الموردين.

**حالة المواطنة/ الهجرة -** أقسم و/ أو أؤكد تحت عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات التي قدمتها عن حالة المواطنة والهجرة لنفسك وكل من يعيشون معي حقيقية وصحيحة. أفهم أن أي معلومات أقدمها للتحقق من حالة الهجرة لأي شخص يتقدم بطلب للحصول على مخصصات برنامج (SNAP) قد يتم التحقق من صحتها مع إدارة خدمات المواطنة والهجرة في الولايات المتحدة.

**فيما يتعلق بمخصصات برنامج (SNAP)،** يجب توثيق المواطنة فقط إذا كانت موضع شك.

تذكر أن توقع على طلبك.





# 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

<b>1</b>	<b>Are you a U.S. citizen?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form</small>	<b>2</b>	<b>Will you be 18 years old on or before election day?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year</small>	<b>For Board Use Only</b>		
<b>3</b>	Last Name _____		First Name _____	Middle Initial _____	Suffix _____	
<b>4</b>	Address where you live (do not give P.O. box) _____		Apt. No. _____	City/Town/Village _____	Zip Code _____ County _____	
<b>5</b>	Address where you get your mail (if different than above) _____		P.O. Box, Star Route, etc. _____	Post Office _____	Zip Code _____	
<b>6</b>	Date of Birth _____	<b>7</b>	Gender (optional) _____	<b>8</b>	Telephone (optional) _____ Email (optional) _____	
<b>10</b>	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		<b>9</b>	<b>ID Number</b> (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number — — — — — <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number — — — — <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number	
	In county/state _____	Under the name (if different from your name now) _____				
<b>11</b>	<b>Political Party</b> <b>I wish to enroll in a political party</b> <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Libertarian party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Independence party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> SAM party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Green party <b>I do not want to enroll in any political party and wish to be an independent voter</b> <input type="checkbox"/> No party			<b>12</b>	<b>Affidavit: I swear or affirm that</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• I am a citizen of the United States.</li><li>• I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.</li><li>• I will meet all requirements to register to vote in New York State.</li><li>• This is my signature or mark on the line below.</li><li>• 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.</li></ul> _____ 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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.



\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## Qualifications for Registration

## Important!

### 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.

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](http://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.

---