

برنامج الإعانة في دفع تكاليف الماء للأسر منخفضة الدخل (LIHWAP) طلب الحصول على المعونة

أرسلوا الطلب مكتملاً وموقعاً إلى: NYS OTDA/LIHWAP, PO Box 1789, Albany, NY, 12201

معلومات مقدم الطلب أو الأسرة (يرجى الكتابة بخط واضح)

يتعين على الشخص الذي يتحمل المسؤولية الأولية والمباشرة عن سداد فاتورة مياه الشرب و/أو مياه الصرف الصحي إكمال هذا الطلب. يجب أن تكون الفاتورة باسم هذا الشخص.

الاسم الأول: _____ الاسم الأخير: _____ الحرف الأول للاسم الأوسط: _____
عنوان الشارع: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف: _____ الهاتف الأرضي الهاتف المحمول _____ مقاطعة الإقامة: _____
العنوان البريدي إذا كان مختلفاً عن المذكور أعلاه: _____
عنوان البريد الإلكتروني (اختياري): _____

مياه الشرب

هل انقطعت الخدمة لديك؟ نعم لا
هل لديكم إخطار بقطع الخدمة؟ نعم لا
أقدم طلباً للحصول على الإعانة في: فاتورة متأخرة. فاتورة حالية.

اسم مقدم الخدمة: _____ رقم الحساب: _____
مدة الخدمة (إذا كانت مدرجة بالفاتورة) من: _____ إلى: _____ المبلغ المستحق: \$ _____

مياه الصرف الصحي

هل انقطعت الخدمة لديك؟ نعم لا
هل لديكم إخطار بقطع الخدمة؟ نعم لا
أقدم طلباً للحصول على الإعانة في: فاتورة متأخرة. فاتورة حالية.

اسم مقدم الخدمة: _____ رقم الحساب: _____
مدة الخدمة (إذا كانت مدرجة بالفاتورة) من: _____ إلى: _____ المبلغ المستحق: \$ _____

الخدمة المُجمعة لمياه الشرب ومياه الصرف الصحي

هل انقطعت الخدمة لديك؟ نعم لا
هل لديكم إخطار بقطع الخدمة؟ نعم لا
أقدم طلباً للحصول على الإعانة في: فاتورة متأخرة. فاتورة حالية.

اسم مقدم الخدمة: _____ رقم الحساب: _____
مدة الخدمة (إذا كانت مدرجة بالفاتورة) من: _____ إلى: _____ المبلغ المستحق: \$ _____

أدرج جميع أفراد أسرتك، بما فيهم نفسك. أرفق الأوراق الإضافية حسب الحاجة.

الاسم الأول	الحرف الأول للاسم الأوسط	الاسم الأخير	الجنس ذ/أ	الهوية الجنسية (اختياري)	تاريخ الميلاد	الصلة بي	رقم الضمان الاجتماعي	مواطن/ حامل جنسية أمريكية أو أجنبي مؤهل
						نفسى		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
								<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
								<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
								<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
								<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

هل يستفيد أي أحد بالأسرة بأي من المعونات التالية؟ برنامج الإعانة في دفع تكاليف الطاقة المنزلية (Home Energy Assistance Program, HEAP)، برنامج المعونة الغذائية التكميلية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)، المعونة المؤقتة (TA)، دخل الضمان التكميلي (SSI Living alone)

إذا كانت الإجابة نعم، فمن يتلقى ذلك؟ أرقام الحالات: _____

هل يوجد أي أحد بالأسرة لديه إعاقة أو كفيف؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فمن؟ _____

الدخل: قدم المعلومات 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. في حالة تلقي برنامج Medicare، يردى إدخال المبلغ الإجمالي وتحديد المبالغ المدفوعة للجزء ب و/ أو د.

المبلغ المدفوع للجزء ب و/ أو د من برنامج Medicare	المبلغ الإجمالي (قبل الخصومات)	الوتيرة (أسبوعياً، شهرياً، كل أسبوعين، إلخ.)	مصدر الدخل (اسم صاحب العمل، الضمان الاجتماعي، الضمان الاجتماعي للإعاقة، إعالة الأطفال، دخل الإيجار، إلخ.)	اسم المستفيد

المعلومات المهمة والموافقات: (يرجى القراءة بعناية قبل التوقيع)

أفهم أنني بإرسال هذا الطلب أؤكد أن كل المعلومات حقيقية وكاملة وصحيحة. وأفهم أن أي إدلاء ببيانات كاذبة أو أي ادعاءات كاذبة أخرى صدرت من طرفي عن قصد بخصوص هذا الطلب للحصول على مزايا برنامج الإعانة في دفع تكاليف المياه للأسر منخفضة الدخل (LIHWAP) قد يؤدي إلى جعلني غير مؤهلاً لتلقي مبلغ الإعانة الذي يُدفع بالنيابة عني إلى مقدم خدمات مياه الشرب ومياه الصرف الصحي أو أي منهما (مقدم الخدمة). 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. قد يُفصح عن المعلومات الواردة في هذا الطلب أو التي اكتشفت عبر عملية التحقق إلى هيئات حكومية وفيدرالية ومحلية أخرى من أجل الفحص الرسمي وإلى مسؤولي إنفاذ القانون بغرض التحقيق في أمور الاحتيال أو المقاضاة في تلك الأمور. إذا نشبت أي ادعاءات ضد أسرتي، فقد تُحال المعلومات الواردة في هذا الطلب، شاملة كل أرقام الضمان الاجتماعي (SSN)، إلى الهيئات الفيدرالية والحكومية، بالإضافة إلى وكالات تحصيل الديون الخاصة، من أجل تحصيل الديون.

أفهم أنني بالتوقيع على هذا الطلب، أوافق على إجراء أي تحقيق بأي وسيلة متاحة لمكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز في ولاية نيويورك (OTDA) للتحقق من المعلومات التي قدمتها في طلبي للحصول على مزايا LIHWAP، أو لتأكيد ما سستستخدم المعلومات والمستندات التي قدمتها في طلب الحصول على مزايا LIHWAP في التحقق من الهوية وقد يُفصح عنها أو يُعاد الإفصاح عنها للتحقق من الدخل المكتسب وغير المكتسب والإعانات الأخرى التي أتلقاها أنا وأي فرد من أفراد أسرتي، ولتحديد إذا كان يمكن للمتقدمين الحصول على مدفوعات أو مساعدات أخرى. أمتنح موافقتي إلى موظفي OTDA أو إلى الموظفين الحكوميين أو الفيدراليين أو المحليين أو غيرهم من الموظفين المصرح لهم، لتسجيل المعلومات الواردة في هذا الطلب وأي مستندات قدمتها وتخزينها والوصول إليها واستخدامها، بالإضافة إلى أي معلومات واردة في أي محادثة أو رسالة نصية أو أي وسيلة تواصل أخرى مع OTDA أو الموظفين الحكوميين أو الفيدراليين أو المحليين أو غيرهم من الموظفين المصرح لهم. أوافق صراحةً على نشر المعلومات الواردة في هذا الطلب أو التي تتعلق بأهليتي للحصول على مزايا LIHWAP، إلى أي جهة ضرورية لإدارة LIHWAP، بما يتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، دوائر الخدمات الاجتماعية والهيئات أو الجهات المحلية ووزارة الخدمات الصحية والإنسانية الأمريكية (HHS). كما أوافق على نشر المعلومات الواردة في هذا الطلب أو التي تتعلق بأهليتي للحصول على مزايا LIHWAP، إلى أي جهة أخرى لتجنب ازدواجية المزايا، وعلى استخدامها. أدرك أن OTDA قد يطلب معلومات إضافية فيما يتعلق بطلبي للحصول على مزايا LIHWAP، وأوافق على تقديم هذه المعلومات في خلال الوقت الذي يحدده OTDA.

أفهم أنه بتقديم رقم الهاتف أو رقم الهاتف المحمول في هذا الطلب، أو إذا طلبت أن يتم التواصل معي عبر الرسائل النصية (SMS/MMS)، أن OTDA قد يستخدم هذا الرقم للاتصال أو إرسال الرسائل النصية أو ترك رسائل صوتية بخصوص LIHWAP، وأوافق على ذلك. قد تُطبق أسعار إرسال الرسائل النصية والبيانات القياسية من شركة الاتصالات اللاسلكية. يتحمل الشخص الذي يتلقى المكالمات أو الرسائل النصية التكاليف المتعلقة بها. لن تتحمل ولاية نيويورك وأي من هيئاتها أي مسؤوليات متعلقة بأضرار أو خسائر أو ادعاءات أو نفقات أو تكاليف بما يتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، تكاليف المكالمات أو الرسائل النصية أو البيانات التي قد تنتج عن طلبك للحصول على مزايا LIHWAP أو تكون ذات صلة به. يرجى الرجوع إلى مقدم خدمة الهاتف الذي تتعامل معه للحصول على التفاصيل اللازمة بخصوص تلقي المكالمات أو الرسائل النصية (SMS/MMS). قد ترسل الرسائل النصية أو تجرى المكالمات باستخدام نظام اتصال هاتفي تلقائي. أفهم أنه بتقديم عنوان بريد إلكتروني، قد يُرسل OTDA المراسلات المتعلقة بـ LIHWAP إلى عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته هذا وأوافق على ذلك.

كما أوافق على السماح باستخدام المعلومات الواردة في هذا الطلب في الحالات إلى برامج إعانات مياه الشرب ومياه الصرف الصحي المتاحة أو أي منهما، وبرامج التكيف مع العوامل الجوية، وبرامج الأسر منخفضة الدخل الخاصة بشركة المرافق التي أتعامل معها. وأفهم أن OTDA سيستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي للتحقق من استلامي لمزايا LIHWAP مع مقدم خدمة مياه الشرب ومياه الصرف الصحي أو أي منهما. كما يتضمن هذا التصريح السماح لأي من مقدمي الخدمات التي أتلقاها (بما يتضمن شركة المرافق) بنشر معلومات إحصائية معينة، بما يتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، استخدامي لمياه الشرب ومياه الصرف الصحي أو أي منهما، واستهلاكها، وتكلفتها السنوية، وسجل المدفوعات، إلى OTDA و HHS بغرض قياس أداء LIHWAP.

لقد قرأت الإخطار الوارد أعلاه وفهمته وأوافق على التصريحات والموافقات الواردة به. أفهم أنه بتوقيعي هذا الطلب وإرساله إلى OTDA أنني أفعل ذلك تحت طائلة عقوبة القسم الكاذب، وأؤكد أن المعلومات التي يتضمنها الطلب حقيقية وكاملة وصحيحة، وأوافق على ذلك.

الاسم (بخط واضح) _____ التوقيع _____ التاريخ: _____

هذا الجزء مخصص لاستخدام الوكالة

تاريخ التلقي: _____ تاريخ إدخال المعلومات: _____

التعليقات: _____

تعليمات لمقدمي الطلبات

أرسلوا الطلب مكتملاً وموقعاً إلى:

NYS OTDA/LIHWAP

PO Box 1789

Albany, NY 12201

ماذا سأحتاج لتقديم طلب؟ يجب على مقدمي الطلبات أن يقدموا المستندات/ المعلومات التالية مع هذا الطلب:

- إثبات هوية مقدم الطلب الأساسي. مستندات الهوية مطلوبة لكل أفراد الأسرة الآخرين، لكنها غير لازمة.
- إثبات إقامة. يجب أن تكون مقيماً في مكان الإقامة الذي تطلب المساعدة بشأنه.
- فاتورة ماء الشرب و/ أو مياه الصرف الصحي تُدرج محل إقامتك الدائم والأساسي. يجب أن تكون الفاتورة باسم الشخص الذي يملأ الطلب.
- مستندات دخل مقدم الطلب الأساسي. يجب إدخال مبلغ دخل جميع أفراد الأسرة الآخرين، لكن المستندات غير لازمة.
- رقم ضمان اجتماعي (SSN) صالح لمقدم الطلب الأساسي. أرقام الضمان الاجتماعي مطلوبة لكل أفراد الأسرة الآخرين، لكنها غير لازمة.

من الذي يتعين عليه إكمال طلب التقدم وتوقيعه؟ يتعين إكمال طلب التقدم من قِبل الشخص الذي يتحمل المسؤولية الأولية والمباشرة عن سداد فاتورة مياه الشرب و/ أو مياه الصرف الصحي.**ما هو العنوان الذي يتعين علي تقديمه؟** يجب عليك تقديم عنوانك الحالي. يجب أن يكون مكان إقامتك الدائم والأساسي.**لماذا تحتاج رقم هاتفي؟** سيساعدك هذا في معالجة طلبك بسرعة في حالة الحاجة إلى معلومات إضافية.**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. أدرج نفسك أولاً في السطر 1.**الهوية الجنسية:** تضمن ولاية نيويورك حقك في الحصول على إعانات و/ أو خدمات الولاية بصرف النظر عن الجنس أو الهوية الجنسية أو التعبير الجنساني. يجب عليك الإبلاغ عن جنسك و/ أو جنسك بالوصف ذكر أو أنثى. الجنس الذي تبلغ عنه هنا يجب أن يكون هو نفسه الجنس المسجل في ملفات إدارة الضمان الاجتماعي بالولايات المتحدة. الجنس المبلغ عنه مطلوب لمعالجة طلبك. ولن يظهر على أي بطاقة منافع قد تحصل عليها أو أي مستندات عامة أخرى. الهوية الجنسية هي كيف تنظر إلى ذاتك ونوع الجنس الذي تصنف به نفسك. هويتك الجنسية قد تكون هي نفسها جنسك المسجل وقت الميلاد أو قد تختلف عنه. الهوية الجنسية غير مطلوبة لهذا الطلب. إذا كانت هويتك الجنسية أو الهوية الجنسية لأي شخص في أسرتك تختلف عن الجنس الذي أبلغت عنه لذلك الشخص، وكنت ترغب في تقديم الهوية الجنسية لذلك الشخص، فاكذب بوضوح "ذكر" أو "أنثى" أو "غير ثنائي الجنس" أو "غير محدد الجنس" أو "متحول جنسياً" أو "هوية مختلفة" في المساحة المتوفرة. إذا كتبت "هوية مختلفة"، فيجوز لك اختيار وصف الهوية الجنسية لذلك الشخص أكثر في المساحة المتوفرة.**معلومات المواطن/ الأجنبي:** للاستفادة من LIHWAP، يجب أن تكون مواطن أمريكي، أو أجنبي أو مواطن غير أمريكي مؤهل. للمزيد من المعلومات حول ما يمثل أجنبي أو مواطن غير أمريكي مؤهل، يرجى التواصل مع مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز في ولاية نيويورك على الرقم 1-800-342-3009 أو زيارة موقع OTDA على <http://www.otda.ny.gov>.**هل يجب أن أقدم رقم الضمان الاجتماعي للجميع؟** يجب تقديم رقم الضمان الاجتماعي الصالح الخاص بمقدم الطلب، وهو مطلوب لجميع أفراد الأسرة الآخرين لكن غير لازم. إذا لم يكن لدى فرد ما رقم ضمان اجتماعي ولكنه تقدم بطلب للحصول عليه، اكتب "تقدم بطلب للحصول عليه" في خانة رقم الضمان الاجتماعي. في حالة ترك هذا القسم فارغاً لمقدم الطلب الأساسي من أفراد الأسرة، فلن تتم معالجة طلبك، بل سيعلق للحصول على المزيد من المعلومات.**كيف علي إكمال قسم الدخل؟ هل سأحتاج لتقديم إثبات؟** أدرج كل الدخل المكتسب وغير المكتسب 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 وغير المكتسب، بما في ذلك دخل العمل الحر والإيجار لمقدم الطلب الأساسي. قد يُطلب منك تقديم إثبات على مصادر الدخل الأخرى. لا تقدم نسخاً 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 Medicare. قدم بشكل منفصل المبالغ التي تدفعها مقابل الجزء ب و/ أو د من برنامج Medicare، تُستبعد المبالغ الخاصة بالجزئين ب و د من برنامج Medicare بصفتها دخل. لا تدخل سوى حصص الفوائد أو أرباح الأسهم من الحسابات المصرفية، أو شهادات الإيداع، أو الأسهم، أو السندات، أو أي دخل استثماري آخر. قدم كل حساب منفصلاً. إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر، فقم بإرفاق أوراق إضافية. أدخل المبلغ المستلم للسنة حتى تاريخه.**تأكد من التوقيع وكتابة التاريخ على الطلب.** يجب توقيع طلب التقدم من قِبل الشخص الذي تحمل فاتورة مياه الشرب و/ أو مياه الصرف الصحي اسمه.**التظلمات:** يجوز طلب التظلم إذا مر أكثر من ثلاثين (30) يوم عمل منذ استلام OTDA لطلبك الموقع والمكتمل ولم يتم إخبارك بقرار الأهلية. قد تُعلّق الطلبات غير المكتملة لمدة تصل إلى عشرة (10) أيام عمل ولا تُحتسب فترة التعليق في الإطار الزمني البالغ ثلاثين (30) يوم عمل لتقديم الإخطار. لدى مقدمو الطلبات الذين لم يستلموا مبلغ الإعانة، الذي تمت الموافقة على حصولهم عليه، أو لم يوافقوا عليه، ستين (60) يوماً بعد تلقي قرارهم بطلب التظلم. يمكن طلب التظلمات بالبريد الإلكتروني على NYSLIHWAP.appeals@otda.ny.gov، أو بالهاتف على (833) 690-0208، أو كتابياً: NYS LIHWAP Floor 11B, 40 N. Pearl St. Albany, NY 12243.

أنواع المستندات المقبولة

<p>مكان الإقامة (المكان الذي تعيش به الآن)</p> <ul style="list-style-type: none"> • إيصال الإيجار الحالي مع اسم وعنوان المستأجر والمالك أو عقد الإيجار مع الاسم والعنوان • فاتورة الماء أو مياه الصرف الصحي أو الضرائب • بوليصة تأمين صاحب المنزل/ المستأجر • فاتورة المرافق • سجلات/ إيصالات مدفوعات الرهن العقاري مع العنوان 	
<p>الهوية</p> <p>يجب عليك تقديم واحد أو أكثر مما يلي لمقدم الطلب الأساسي.</p> <ul style="list-style-type: none"> • رخصة القيادة • هوية عليها صورة • جواز السفر الأمريكي أو شهادة التجنيس • شهادة الميلاد أو شهادة المعمودية* • رقم ضمان اجتماعي تم التحقق منه* • بيان من شخص آخر* <p>*مطلوب شكلين من الإثبات.</p>	
<p>رقم الضمان الاجتماعي</p> <p>يجب عليك تقديم رقم ضمان اجتماعي (SSN) صالح لمقدم الطلب الأساسي. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، فعليك تقديم طلب للحصول عليه إلى إدارة الضمان الاجتماعي (SSA).</p>	
<p>إثبات مياه الشرب و/ أو مياه الصرف الصحي</p> <p>يرجى تقديم نسخة من أحدث فاتورة لمياه الشرب و/ أو مياه الصرف الصحي، أو فاتورة ضريبية حالية تشير إلى رسوم مياه الشرب و/ أو مياه الصرف الصحي أو بيان من مقدم الخدمة. إذا كان لديك فواتير منفصلة لمياه الشرب ومياه الصرف الصحي، فيرجى تقديم نسخ من كلتا الفاتورتين.</p>	
<p>الدخل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • شبكات إعالة الأطفال أو النفقة/ نفقة الزوج(ة) • بيان الفائدة/ البنك/ الأرباح أو الضرائب • بيان من النزلي/ الساكن 	<p>نسخة من خطاب المنح أو المراسلات الرسمية لما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الضمان الاجتماعي/ دخل الضمان التكميلي (SSI) • معونات المحاربين القدامى • المعاشات • تعويض/ إعاقاة العاملين • معونات تأمين البطالة