

## طلب الاشتراك في برنامج خدمات الطعام والتغذية

### ما هي خدمات الطعام والتغذية؟

تُساعد خدمات الطعام والتغذية الأسر على شراء الطعام المؤهل في متاجر بيع الأغذية بالتجزئة المخولة. سوف يُساعد ذلك على زيادة قدرة شراء الطعام للأسر محدودة الدخل بحيث يستطيعون الحصول على عدد أكبر من الوجبات المغذية.

### كيف أقدم طلباً للاشتراك في خدمات الطعام والتغذية؟

**الخطوة الأولى.** قم بتعبئة هذا الطلب: لك الحق في تلقي نموذج عند طلبه. وإذا لم تستطع تعبئة الطلب بأكمله اليوم، فسيتم قبوله طالما ملأت الجزء السفلي من هذه الصفحة ببيانات اسمك، وعنوانك، وتوقيعك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تعبئة هذا النموذج، يُرجى إبلاغنا لكي نستطيع مساعدتك.

**الخطوة الثانية.** سلّم الطلب إلى قسم الخدمات الاجتماعية المحلي الذي تتبعه في أقرب وقت ممكن: تستطيع تقديم طلبك عبر البريد، أو الفاكس، أو شخصياً إلى مكتب قسم الخدمات الاجتماعية المحلي الذي تتبعه. ويُعد اليوم الذي نتسلم به طلبك الذي يحتوي على اسمك، وعنوانك، وتوقيعك هو تاريخ بدء معالجة طلبك للاشتراك في برنامج خدمات الطعام والتغذية. وإذا كنت مؤهلاً للاشتراك في برنامج خدمات الطعام والتغذية في الشهر الذي قدمت طلبك خلاله، فسوف يعتمد قدر ما تحصل عليه من خدمات من برنامج خدمات الطعام والتغذية لهذا الشهر على تاريخ تسليم طلبك. ومن ثم، فكلما أبكرت في تقديم هذا الطلب، تستطيع أن تعرف سريعاً إذا كنت مؤهلاً للاشتراك في برنامج خدمات الطعام والتغذية أم لا.

**الخطوة الثالثة.** تحدث معنا: يجب أن يُجري الموظف المسؤول عن الحالة مقابلة معك أو مع شخص تختاره يُمتلك. والهدف من ذلك هو تحديد أهليتك للاشتراك في برنامج خدمات الطعام والتغذية. فإذا لم تكن قادراً على البقاء لإجراء المقابلة معك اليوم، يُرجى إبلاغ موظف الاستقبال أو الموظف المسؤول عن الحالة لكي تحدد موعداً لإجراء مقابلة لك.

### معلومات حول أرقام الضمان الاجتماعي، وحالة الهجرة والمواطنة الأمريكية

تستطيع أن تختار تقديم طلب لنفسك أو لأفراد عائلتك وليس مطلوباً منك الإجابة على أسئلة خاصة بأرقام الضمان الاجتماعي (SSN) ومعلومات المواطنة/الهجرة للأفراد الذين تختار عدم تقديم طلب لهم. لكل فرد تقدم طلباً له، يجب عليك تقديم معلومات حول أرقام الضمان الاجتماعي وحالة المواطنة/الهجرة. يُعد تقديم رقم الضمان الاجتماعي مطلباً بمقتضى قانون الطعام والتغذية لمقدمي طلبات الحصول على إعانات. لن نشارك أرقام الضمان الاجتماعي مع مصلحة الهجرة والجنسية (INS). لن نستخدم أرقام الضمان الاجتماعي التي تقدمها لنا إلا لمطابقة ما أبلغت به باستخدام الكمبيوتر مع نظام التحقق من الدخل والتأهل في الوكالات الفيدرالية وعلى مستوى الولاية (IEVS) والأنظمة الأخرى للمطابقة بالكمبيوتر ومراجعات البرامج وتدقيقها. يمكن التحقق من هذه المعلومات من خلال مصادر أخرى عندما تظهر اختلافات قد تؤثر على تأهل أسرنا ومستوى المزايا التي تحصل عليها. يجب أن تكون مواطناً أمريكياً أو أجنبيّاً مؤهلاً، وتفي أيضاً بقواعد برنامج خدمات الطعام والتغذية للحصول على إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية. سوف نتصل بدائرة المواطنة والهجرة الأمريكية لتفقد حالة الهجرة بالنسبة إلى أفراد الأسرة ممن قدموا إلينا مستندات المهاجرين الخاصة بهم. إذا لم يوفر مقدم الطلب هذه المعلومات، فسيُعتبر غير مؤهل للحصول على الإعانات. ويجب على أفراد الأسرة تقديم معلوماتهم المالية؛ نظراً لأنها مطلوبة في تحديد أهلية الأفراد ممن يتقدمون بطلبات. سيتمكن أفراد الأسرة المؤهلين ممن يتقدمون بطلب للحصول على إعانات حتى لو لم يتقدم بعض الأفراد في الأسرة بطلب للحصول على إعانات. يعتمد مبلغ الإعانات على عدد الأفراد ممن يطلبون الحصول على الإعانات.

### هل تحتاج إلى مساعدة في تعبئة هذا النموذج؟

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تعبئة هذا الطلب لتقديم طلب للاشتراك في برنامج خدمات الطعام والتغذية، يُرجى إبلاغنا لكي نستطيع مساعدتك. هل تحتاج إلى مساعدة في ملء هذا الطلب؟  نعم  لا

### هل تحتاج إلى مترجم فوري لمساعدتك على تقديم طلب للاشتراك في برنامج خدمات الطعام والتغذية؟

يُمكن تعيين مترجم فوري دون مقابل إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم طلب للاشتراك في برنامج خدمات الطعام والتغذية. هل ترغب في الاستعانة بمترجم فوري لمساعدتك؟  نعم  لا

Si usted necesita ayuda al solicitar los beneficios de Cupones de Alimentos, se le puede otorgar los servicios gratuitos de un intérprete, ¿ Quisiera que un intérprete lo ayude?  Sí  No

### زودنا بمعلومات عن أسرنا

الاسم:			
الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأخير	الاسم المستعار
عنوان إقامتك: ما هو تاريخ بدء إقامتك في هذا العنوان؟			
شارع	مدينة	ولاية	الرمز البريدي
العنوان البريدي إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه:			
شارع	مدينة	ولاية	الرمز البريدي
ما اللغة التي تتحدثها؟ كيف يمكننا الاتصال بك؟			
رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف الخليوي	رقم هاتف العمل	رقم هاتف آخر
التوقيع	الميلاد	توقيع الشاهد (إذا كان التوقيع X)	

## هل تحتاج إلى أن يقدم شخص طلباً أو يستخدم اشتراكك في برنامج خدمات الطعام والتغذية؟

إذا كنت ترغب في أن يقوم شخص آخر بتقديم طلب، أو استخدام، أو الحصول على معلومات حول الإعانات المخولة لك، يُرجى وضع علامة أمام نعم أدناه. إذا وضعت علامة أمام نعم، فسوف نسلم لك أو نُرسَل إليك بالبريد نموذجاً. تستطيع أنت والشخص الذي ترغب في الحصول على مساعدته استيفاء النموذج وإعادته إلى مكتبنا. سوف يستلم هذا الشخص - بناءً على اختيارك - بطاقة تحويل الإعانة الإلكترونية ويستطيع الحصول على خدمات برنامج خدمات الطعام والتغذية. بطاقة تحويل الإعانة الإلكترونية (EBT) هي بطاقة بلاستيكية تستخدمها في المتجر لشراء الطعام. هل تحتاج إلى شخص (مثل مفوض) لمساعدتك في الحصول على و/أو استخدام خدمات برنامج خدمات الطعام والتغذية؟  نعم  لا

## متى سأحصل على خدمات الطعام والتغذية؟

إذا كنت مؤهلاً للحصول على خدمات برنامج خدمات الطعام والتغذية، فستحصل عليها في غضون **30 يوماً ميلادياً** من تاريخ تسليم طلبك الذي يضم اسمك، وعنوانك، وتوقيعك. إذا كنت تقدم طلباً للحصول على خدمات الطعام والتغذية ودخل الضمان الاجتماعي التكميلي في نفس الوقت من مؤسسة، يتم تحديد تاريخ الملء عند تقديم الطلب للوكالة. وقد تستطيع الحصول على خدمات برنامج خدمات الطعام والتغذية في غضون **7 أيام ميلادية** إذا كنت مؤهلاً للحصول على إعانة معجلة. لكي يتم تقييمك لتحديد أهليتك للحصول على إعانة معجلة، تأكد من تزويدنا بالمعلومات الضرورية عن طريق الإجابة على الأسئلة المتصلة بدخل، وأصول، ونفقات أسرتك وإذا كان أي فرد يعمل مزارعاً موسميًا/ مهاجرًا. قد يُصنف وضع أسرتك باعتبارها حالة طارئة في الحالات التالية:

- يقل إجمالي الدخل الشهري لمنزلك عن 150 دولارًا ويبلغ النقد أو المال لدى أسرتك في البنك 100 دولار أو أقل، أو تزيد قيمة إيجار أسرتك ورهنها العقاري وقواتير منافعها على إجمالي الدخل الشهري للأسرة ونقدها أو مالها في البنك أو
- إذا كنت أنت أو أحد أفراد أسرتك عاملاً مهاجرًا/مزارعاً موسميًا.

## الإعانات المعجلة

المبلغ	سوف تساعدنا المعلومات التالية على تحديد ما إذا كان مقدم الطلب وأفراد منزله مؤهلين للاشتراك في برنامج الخدمة المعجلة للمعونة الغذائية أم لا.
	ما هو إجمالي الدخل الشهري المحسوب للأسرة؟
	ما هو إجمالي مخرجات/نقد الأسرة؟
	ما هو إجمالي تكاليف الملجأ الشهرية (إيجار أو رهن عقاري) الذي تدفعه الأسرة؟
	ما هو معيار المرافق المناسب - إن وجد - (إعانة المرافق المعيارية/الإعانة الأساسية/إعانة مرافق الهاتف)؟
	هل يضم أفراد المنزل عاملاً مزارعاً موسميًا أو مهاجرًا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فقم باستيفاء الأقسام أ - د، وإذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى القسم التالي
	أ. هل تم إنهاء عمله/عملها حديثاً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	ب. هل نفذ الدخل الوحيد الذي تم الحصول عليه لشهر تقديم الطلب قبل اليوم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	ج. هل سيحصل/ستحصل على 25 دولارًا أمريكيًا أو ما يقل من جهة عمل جديدة في غضون 10 أيام؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	د. هل ستبلغ موارد/مواردها السائلة مثل النقد، أو الحساب الجاري/المحدرات 100 دولار أمريكي أو أقل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

## زودنا بمعلومات عن أفراد أسرتك

أسرتك تتكون منك ومن أي شخص يقطن معك حتى لو لم يكن أحد أقاربك. قم بتعبئة الجدول أدناه لجميع الأفراد في أسرتك وحدد ما إذا كنت تتقدم بطلب نيابة عنهم. أرفق ورقة إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر لاستيفاء هذا القسم. سوف نحدد من يجب إدخاله في حالة اشتراكك في برنامج خدمات الطعام والتغذية.

الاسم (الاسم الأول، والحرف الأول من الاسم الأوسط، والاسم الأخير)	قربته منك	الحالة الاجتماعية	تاريخ الميلاد	النوع ذكر/أنثى	من يُقدم طلباً؟ (نعم/ لا)	*اختياري رقم الضمان الاجتماعي	*اختياري مواطن أمريكي؟ (نعم/لا)	*اختياري إسباني أو لاتيني (نعم/لا)	*اختياري العرق (انظر أدناه)
	ذاتياً								

\*أرقام الضمان الاجتماعي ومعلومات المواطنة غير ضرورية بالنسبة للأفراد غير المتقدمين بطلب للحصول على إعانات.

\*لا تتأثر المزايا أو مستواها إذا لم يتم تحديد العرق أو الجنس. عندما لا يتم توفير المعلومات، فسوف تجمع الوكالة المعلومات عن طريق الملاحظة أثناء المقابلة. وسيساعد تقديم هذه المعلومة على ضمان توزيع مزايا البرنامج بدون النظر إلى العرق أو اللون أو الأصل القومي (يتم استخدام هذه المعلومة لأغراض إحصائية فقط).

\*العرق: اختر رقمًا أو أكثر حسبما ينطبق وأدخله أعلاه للتعبير عن العرق: 1 - مواطن أمريكي هندي/الأسكي  
2 - آسيوي 3 - زنجي/ إفريقي أمريكي 4 - مواطن هاواي/جزيرة أخرى في المحيط الهادي 5 - أبيض

هل أنت مقيم في هذه الولاية؟  نعم  لا

هل تقطن هنا: بصفة دائمة  أم مؤقتة؟

يُرجى وضع علامة على حالة المعيشة المثلى التي تصف أسرتك. نحن/أنا نقطن في: منزل

دار رعاية البالغين  مركز علاج إدمان الكحوليات و/أو المخدرات  منزل مشترك  منزل انتقالي  فندق،

مؤسسة  منشأة سكنية للعلاج  ملجأ للنساء والأطفال المعتدى عليهم بالضرب،

أخرى  ما هو تاريخ بدء حالتك المعيشية؟ \_\_\_\_\_

هل كل من في منزلك يشترون الطعام ويطهون الوجبات سوياً؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة لا، فمن يقوم بالشراء بصورة مستقلة؟

اسم الشخص (الأشخاص) المستقل \_\_\_\_\_

هل يملك أي فرد في أسرتك بطاقة تحويل الإعانة الإلكترونية؟  نعم  لا من؟ \_\_\_\_\_

ما هي الولاية التي أصدرت هذه البطاقة؟ \_\_\_\_\_ إذا كانت الإجابة نعم، فما هو تاريخ آخر استخدام لها؟ \_\_\_\_\_

هل يحصل أي فرد على خدمات الطعام والتغذية، أو طوابع طعام، أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية في هذه الدولة أو الولاية أو دولة أو ولاية أخرى؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو؟ \_\_\_\_\_ ما هي الدولة أو الولاية؟ \_\_\_\_\_

متى بدأ تقديم المزايا؟ \_\_\_\_\_ متى ينتهي تقديم المزايا؟ \_\_\_\_\_ كم المبلغ الذي حصلت عليه؟ \_\_\_\_\_

هل يُشارك أي فرد في برنامج توزيع الطعام في محمية هندية؟  نعم  لا

هل ينطبق أحد المواقف أدناه على أي فرد في أسرتك؟

يُرجى وضع علامة أمام ما ينطبق.

أحد أفراد أسرتي هو:

طفل في نظام الرعاية البديلة هل ترغب في إدخال هذا الطفل في الحالة؟  نعم  لا من؟ \_\_\_\_\_

حامل تاريخ الولادة المتوقع \_\_\_\_\_ من؟ \_\_\_\_\_

في برنامج علاج إدمان المخدرات/الكحوليات \_\_\_\_\_ من؟ \_\_\_\_\_

شخص مقيم لديك (مرافق) يتولى رعاية أحد الأفراد في أسرتك \_\_\_\_\_ من؟ \_\_\_\_\_

يستأجر منك غرفة \_\_\_\_\_ من؟ \_\_\_\_\_

يدفع مقابل الطعام ومكان للإقامة \_\_\_\_\_ من؟ \_\_\_\_\_

غير مؤهل للاشتراك في برنامج خدمات الطعام والتغذية في كارولينا الشمالية أو في ولاية أخرى \_\_\_\_\_ من؟ \_\_\_\_\_

يُحاول أن يتجنب دعوى قضائية جنائية أو هارب من القانون \_\_\_\_\_ من؟ \_\_\_\_\_

يُحاول تجنب السجن بعد إدانته بجريمة \_\_\_\_\_ من؟ \_\_\_\_\_

ينتهك شروط المراقبة المشروطة أو إطلاق السراح المشروط \_\_\_\_\_ من؟ \_\_\_\_\_

شخص مدان بجريمة متصلة بالمخدرات ارتكبها بعد تاريخ 22 أغسطس 1996 \_\_\_\_\_ من؟ \_\_\_\_\_

شخص مدان بالحصول على مزايا مكررة بشكل مخادع \_\_\_\_\_ من؟ \_\_\_\_\_

في أية ولاية بعد 22 أغسطس 1996 \_\_\_\_\_

شخص مدان بمبادلة مزايا مقابل أسلحة أو مخدرات أو ذخيرة أو متفجرات \_\_\_\_\_ من؟ \_\_\_\_\_

بعد 22 أغسطس 1996 \_\_\_\_\_

شخص مدان بشراء مزايا تزيد قيمتها على 500 دولار أو أكثر أو بيعها \_\_\_\_\_ من؟ \_\_\_\_\_

بعد 22 أغسطس 1996 \_\_\_\_\_

في الكلية أو مدرسة مهنية أو تجارية أو فنية بنظام الدوام النصفى على الأقل \_\_\_\_\_ من؟ \_\_\_\_\_

اسم المدرسة \_\_\_\_\_

إذا كنت غير مسجل للتصويت حيث تعيش الآن، فهل ترغب

في التقدم للتسجيل للتصويت هنا اليوم؟  نعم  لا إذا لم تختار أيًا من المرشحين، فسوف يتم اعتبارك قد قررت ألا تسجل للتصويت في الوقت الحالي.

**ما هي الأصول التي يملكها الأشخاص في أسرته؟**

الأصول هي بنود قيمة تملكها مثل النقد أو الحسابات المصرفية. سنحدد ما إذا كان التحقق مطلوباً وما إذا كنت تستطيع الحصول عليه. يرجى اختيار كل الأصول التي تملكها أنت أو شخص آخر في أسرتك أو ملكيتها مشتركة بينك وبين فرد من خارج الأسرة. بالنسبة إلى جميع البنود التي تم وضع علامة أمامها أعلاه، قم بتعبئة المربعات أدناه:

اسم المؤسسة التجارية و رقم الحساب	القيمة	إلى من تعود ملكية هذا؟	نوع الأصل
			<input type="checkbox"/> نقد
			<input type="checkbox"/> حساب جار و/أو حساب ادخار
			<input type="checkbox"/> حسابات التقاعد
			<input type="checkbox"/> الصناديق التعاونية أو صناديق الائتمان
			<input type="checkbox"/> عقود الدفن المدفوعة مسبقاً
			<input type="checkbox"/> شهادات إيداع (CD's)
			<input type="checkbox"/> أسهم أو سندات

لا تملك أسرتي أيًا من الأصول المدرجة

هل قام أي من الأفراد في أسرتك بنقل ملكية أصول خلال فترة الأشهر الثلاثة الماضية بهدف الحصول على خدمات الطعام والتغذية؟  نعم  لا

**ما المبلغ الذي يتقاضاه أفراد أسرتك من العمل؟**

يتضمن ذلك الدوام الكامل، والدوام الجزئي، والعمل باليومية، والعمل المؤقت، ودراسات العمل للكلية، والعمل مقابل نصائح. هل يعمل أي من الأفراد في أسرتك؟  نعم  لا

الاسم	جهة العمل (الاسم، والعنوان، ورقم الهاتف، إذا كان متوافراً)	تاريخ البدء الميلاد	إجمالي الأجر (الأجر قبل الضرائب)	ما هو عدد مرات تلقي الأجر؟	آخر تاريخ تم تلقي أجر به؟	اليوم من الأسبوع الذي تم تلقي الأجر به؟	الساعات في كل أسبوع؟	أيام العمل في كل أسبوع؟

يُرجى تقديم ما يُثبت للشهر السابق. مثال: إذا كان الوقت حاليًا في يونيو، فسوف نحتاج إلى إثباتات لكافة الأجر التي تم تلقيها في شهر مايو. ويجب عليك عدم تأجيل تسليم طلبك إذا لم يتوافر لديك الإثبات؛ لأنك تستطيع تقديمه لاحقًا.

هل يوجد أي شخص في أسرتك من ذوي المهن الحرة؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فقم باستيفاء ما يرد أدناه. تتضمن الأمثلة مجالسة الأطفال، أو بيع منتجات إيفون أو منتجات أخرى، أو الزراعة، أو تصفيف الشعر، أو تأجير منازل، أو مزاوله أعمال الحدائق لأشخاص آخرين أو الأعمال الوقتية.

الاسم	تاريخ البدء الميلاد	اسم المؤسسة التجارية	نوع العمل	إجمالي الدخل الشهري	المصاريف الشهرية

يُرجى تقديم إثبات للسجلات الضريبية للعام السابق. وإذا لم تتوافر سجلات ضريبية، يُرجى تقديم إثبات بالدخل وإيصالات مصاريف العمل خلال الاثني عشر عامًا السابقة. يجب عليك عدم تأجيل تقديم طلبك إذا لم يتوافر لديك إثبات؛ لأنك تستطيع تقديمه لاحقًا.

هل يستعد أي شخص لبدء وظيفة جديدة؟  نعم  لا، وإذا كانت الإجابة نعم، فقم باستيفاء ما يرد أدناه.

الاسم	جهة العمل (الاسم، والعنوان، ورقم الهاتف، إذا كان متوافراً)	تاريخ البدء الميلاد	إجمالي الأجر (الأجر قبل الضرائب)	ما هو عدد مرات تلقي الأجر؟	تاريخ أول أجر تم تلقيه؟	اليوم من الأسبوع الذي تم تلقي الأجر به؟	الساعات في كل أسبوع؟	أيام العمل أسبوعياً؟

هل توقف أي شخص عن العمل خلال الثلاثين يوماً الماضية؟  نعم  لا، إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى استيفاء ما يرد أدناه.

الاسم	جهة العمل (الاسم، والعنوان، ورقم الهاتف، إذا كان متوافراً)	تاريخ الانتهاء	تاريخ استلام آخر أجر أو التاريخ الذي سوف يتم استلامه به؟	إجمالي مبلغ الأجر الأخير	سبب التوقف عن العمل؟

هل يوجد أي فرد عامل مزارع موسمي أو مهاجر؟  نعم  لا، إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو؟  
تاريخ بدء العمل؟  
مكان العمل ورقم الهاتف؟

هل أعلن أحد الإضراب؟  نعم  لا، إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو؟  
آخر تاريخ عمل؟  
مكان العمل ورقم الهاتف؟

#### ما المبلغ الذي يتقاضاه أفراد أسرته من أماكن أخرى؟

- من الضروري أن نعرف ما تحصل عليه من مال أو شيكات من مصادر أخرى بخلاف العمل. يُرجى وضع علامة على كافة ما ينطبق من وسائل الحصول على المال التالية.
- |                          |  |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | الضمان الاجتماعي                                   | <input type="checkbox"/> | التنبي، أو الرعاية البديلة، أو مدفوعات الوصاية                         |
| <input type="checkbox"/> | معونة خاصة (SA)                                    | <input type="checkbox"/> | الدخول السنوية، أو المعاشات، أو التقاعد                                |
| <input type="checkbox"/> | دخل الضمان التكميلي (SSI)                          | <input type="checkbox"/> | نفقة الزوجة المطلقة  |
| <input type="checkbox"/> | إعانات البطالة                                     | <input type="checkbox"/> | نفقة الطفل من الوالد <input type="checkbox"/> أو نفقة الطفل من المحكمة |
| <input type="checkbox"/> | إعانات المحاربين القدامى                           | <input type="checkbox"/> | المنح التعليمية  |
| <input type="checkbox"/> | برنامج "العمل أولاً"/المعونة المؤقتة للأسر الفقيرة | <input type="checkbox"/> | المخصص العسكري   |
| <input type="checkbox"/> | الفوائد وتوزيعات الأرباح                           | <input type="checkbox"/> | مال تم الحصول عليه من أصدقاء أو أقارب وليس قرضاً ولست مضطراً لرده      |
| <input type="checkbox"/> | أجور العاملين                                      | <input type="checkbox"/> | مدفوعات لبيع أصل (مثل سيارة، أو مركب، أو منزل أو بيت متنقل)            |
| <input type="checkbox"/> | أخرى   | <input type="checkbox"/> | العجز الخاص  |
| <input type="checkbox"/> | لا تحصل أسرتي على أي مال آخر                       |                          |  |

بالنسبة إلى جميع البنود التي تم وضع علامة أمامها أعلاه، قم بتعبئة المربعات أدناه:

نوع المال	من يحصل على المال؟	من يقدم المال؟	رقم هاتف وعنوان الشخص/المنظمة التي تزودك بمال؟	ما هو المبلغ؟	كم عدد المرات؟	تاريخ استلام آخر دفعة؟

هل يندرج أي من الدخل أعلاه تحت بند نفقة الطفل؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فهل صدرت نفقة الطفل بموجب أمر من المحكمة؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة نعم، فما هو رقم أمر المحكمة \_\_\_\_\_ تاريخ التنفيذ \_\_\_\_\_ المبلغ الواجب \_\_\_\_\_

يُرجى استيفاء هذا القسم لكافة النفقات التي تتحمل أسرتك مسؤولية سدادها.

نوع النفقة	اسم، وعنوان، ورقم هاتف الطرف المدفوع له	المبلغ المقيد في الفاتورة	كم عدد مرات الدفع؟	من يدفع الفاتورة؟
إيجار أو رهن عقاري				
إيجار قطعة أرض				
الضرائب العقارية (إذا لم تكن مشمولة في الرهن العقاري)				
تأمين ملاك المنازل (إذا لم يكن مشمولاً في الرهن العقاري)				
مستحقات ملاك المنازل				

ضع علامة أمام المربعات المقابلة لتكلفة المرافق التي تتكدها أسرتك.

[ ] تكاليف المرافق الإضافية (الإسكان الحكومي) [ ] الكهرباء [ ] الغاز النفطي المسال/الطبيعي  
[ ] المياه/الصرف [ ] النفايات/القمامة

[ ] الهاتف/الهاتف الخليوي اسم شركة الهاتف؟ \_\_\_\_\_

هل تتحمل مسؤولية دفع رسوم التدفئة أو التبريد في منزلك؟ [ ] نعم [ ] لا  
كيف تزود منزلك بالتدفئة؟ (ضع علامة أمام/أحد ما يلي)

[ ] الخشب [ ] الكيروسين [ ] الغاز [ ] الكهرباء  
[ ] أخرى \_\_\_\_\_ [ ] النفط [ ] الطبيعي [ ] المسال  
[ ] الفحم

هل كنت أحد أفراد أسرة تلقت شيكاً من برنامج معونة الطاقة لمحدودي الدخل على عنوانك الحالي خلال الاثني عشر شهراً الماضية؟ [ ] نعم [ ] لا

هل تتلقى معونة بموجب القسم 8 أو من وزارة الإسكان والتنمية الحضرية؟ [ ] نعم [ ] لا

#### مساعدة في سداد الفواتير

هل تحصل على مساعدة من أي وكالة، أو منظمة، أو شخص (بما في ذلك القسم 8) من خارج أسرتك في سداد أي إيجار أو رسوم مرافق؟ [ ] نعم [ ] لا، وإذا كانت الإجابة نعم، فقم بالإجابة عن الأسئلة أدناه.

ما هي الفاتورة التي تم سدادها؟	اسم، وعنوان، ورقم هاتف الشخص الذي سدد الفاتورة؟	هل تم تقديم المال لك؟	المبلغ المسدد؟	كم عدد مرات الدفع؟	تاريخ آخر دفعة؟
		[ ] نعم [ ] لا			
		[ ] نعم [ ] لا			
		[ ] نعم [ ] لا			
		[ ] نعم [ ] لا			

هل تقوم أنت أو أي شخص في أسرتك بدفع تكاليف رعاية أطفال أو رعاية بالغيين عاجزين؟ [ ] نعم [ ] لا، وإذا كانت الإجابة نعم، فقم بالإجابة عن الأسئلة أدناه.

من يحصل على الرعاية؟	من يدفع رسوم الرعاية؟	اسم، وعنوان ورقم هاتف مقدم الرعاية/جليس الأطفال	المبلغ المسدد؟	كم مرة؟	تاريخ البدء؟	سبب الحاجة إلى ذلك؟	تاريخ آخر دفعة؟	عدد الساعات أسبوعياً

هل تحصل على مساعدة من أي وكالة، أو منظمة أو شخص (بما في ذلك الخدمات الاجتماعية) من خارج أسرتك في سداد أي من نفقات رعاية الأطفال؟  نعم  لا، وإذا كانت الإجابة نعم، فقم بالإجابة عن الأسئلة أدناه.

ما هي الفاتورة التي تم سدادها؟	اسم، وعنوان ورقم هاتف الشخص الذي سدد الفاتورة؟	المبلغ المسدد؟	ما هي عدد مرات الدفع؟	تاريخ آخر دفعة؟

### نفقة الطفل بموجب أمر محكمة

هل تدفع أسرتك نفقة طفل بموجب أمر محكمة لأطفال خارج منزلك؟ أدخل دفعات التأمين الصحي الصادرة بأمر محكمة  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة أدناه.

من يدفع نفقة الطفل؟	اسم الطفل؟	اسم، وعنوان ورقم هاتف الشخص الذي يدفع نفقة الطفل؟	المبلغ المسدد؟	تاريخ البدء؟	كم عدد مرات الدفع؟	تاريخ آخر دفعة؟

### الفواتير الطبية للعاجزين أو البالغين من العمر 60 عامًا أو ما يزيد

(يحصل الشخص العاجز على دفعات عجز من وكالة حكومية مثل الضمان الاجتماعي، أو دخل الضمان التكميلي، أو إعانات المحاربين القدامى عن العجز الكامل بنسبة 100%، أو البرنامج الحكومي الصحي للقراء للأشخاص العاجزين (ميديكير))

هل يبلغ أي فرد من العمر 60 عامًا أو هل هناك أي شخص عاجز؟  نعم  لا، إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو؟ \_\_\_\_\_ . متى بدأت الإصاية بالعجز؟ \_\_\_\_\_ . من قام بتحديد الإصاية بالعجز؟ \_\_\_\_\_ . إذا كانت الإجابة نعم، فنحن بحاجة إلى أن نعرف الفواتير الطبية التي قمت بسدادها أو تتحمل مسؤولية سدادها. تتضمن الفواتير الطبية - على سبيل المثال وليس الحصر - ما يلي:

أدوية تصرف بوصفة طبية وأدوية تصرف دون وصفة طبية وإمدادات طبية مثل الأسبرين، وإمدادات المصابين بداء البول السكري ونظارات العينين.  
تأجير أو شراء الإمدادات والمعدات الطبية  
العدسات اللاصقة ونظارات النظر  
أطقم الأسنان الصناعية، وسماعات الصم، والجراحات الترقيعية مدفوعات المساعدين، والمرافقين، والمرضات

أقساط التأمين الصحي والمستشفيات أو الدفعات المشتركة  
الطعام و/أو رعاية المحاربين القدامى لحيوانات المساعدة المدربة  
الانتقال والإقامة للحصول على العلاج الطبي  
أقساط برنامج الرعاية الطبية لكبار السن والأشخاص العاجزين (ميديكير)  
فواتير المستشفيات والأطباء  
الرعاية الطبية ورعاية الأسنان

نوع النفقة؟	متى بدأ دفع النفقة؟	اسم، وعنوان، ورقم هاتف مقدم الرعاية الطبية؟	المبلغ المسدد؟	كم عدد مرات الدفع؟	تاريخ آخر دفعة؟

هل تحصل على مساعدة من أي وكالة أو منظمة أو شخص (بما في ذلك الخدمات الاجتماعية) من خارج أسرتك في سداد أي من فواتيرك الطبية؟  نعم  لا، وإذا كانت الإجابة نعم، فقم باستيفاء ما يرد أدناه.

من يدفع الفاتورة؟ \_\_\_\_\_ ما هي الفاتورة التي تم سدادها؟ \_\_\_\_\_ المبلغ الشهري؟ \_\_\_\_\_  
من يدفع الفاتورة؟ \_\_\_\_\_ ما هي الفاتورة التي تم سدادها؟ \_\_\_\_\_ المبلغ الشهري؟ \_\_\_\_\_

1. أنني قدمت بيانات حقيقية في هذا النموذج.
  2. أنني على دراية بقواعد برنامج خدمات الطعام والتغذية والإجراءات التي يجب عليّ اتخاذها للحصول على خدمات الطعام والتغذية.
  3. أنني أوافق على تقديم معلومات عما قدمته من بيانات بحيث يُمكن معالجة الطلب الذي قدمته. أدرك أن المعلومات التي أقدمها قد تصل إلى وكالات أخرى فيدرالية أو على مستوى الولاية لفحصها رسمياً وإلى موظفي فرض القانون بغرض القبض على الأشخاص الفارين من تنفيذ القانون.
  4. أنا أعطي الإذن للخدمات الاجتماعية بأن تحصل على دليل على ما قلته من أي شخص أو وكالة أو عمل، ويشمل الأشخاص أو الوكالات أو الأعمال الأخرى - دون حصر: أصحاب الأعمال والبنوك ومؤسسات الادخار والقروض وأصحاب العقارات وما إلى ذلك.
  5. أقر بأنني قدمت معلومات صحيحة حول حالة المواطنة/الهجرة لجميع من تقدمت بطلب لهم.
  6. أنني أدرك أنه قد يتم استخدام نفقاتي لتحديد المبلغ المخصص لي من برنامج خدمات الطعام والتغذية. إذا لم أقدم معلومات عن بعض نفقاتي و/أو لم أقدم إثباتاً عليها، فقد لا يتم استخدامها في الموازنة لحساب مبلغ الإعانات.
  7. أنني قرأت، واستوعبت، وتلقيت معلومات البرنامج ونموذج الحقوق والمسؤوليات.
  8. أدرك عقوبات الانتهاكات العمدية للبرنامج الأطفال الذين يتبين ارتكابهم لانتهاك عمدي للبرنامج إما من خلال جلسة محاكمة إدارية لإلغاء التأهل أو من خلال محكمة فيدرالية أو في الولاية أو محلية لا يتأهلون للمشاركة في برنامج خدمات الطعام والتغذية:  
لمدة اثني عشر شهراً عن أول انتهاك عمدي للبرنامج وأربعة وعشرين شهراً في المرة الثانية وللأبد في المرة الثالثة لحدوث أي انتهاك عمدي للبرنامج.
- الانتهاكات الإضافية للبرنامج:**
- . إذا استخدمت مزايا المساعدات الغذائية الخاصة بك في شراء مواد غير غذائية مثل الخمر أو السجائر، أو في سداد حسابات الأرصد، فسوف تفقد مزاياك. قد يؤدي أيضاً تقديم معلومات خاطئة عن عمد إلى تقليل مزاياك أو قد تضطر إلى رد المزايا أو قد تخضع لإجراء جنائي أو قد لا تتمكن من الحصول على المزايا لمدة أربعة وعشرين شهراً.
- . وإذا أدانتك محكمة بالاتجار في إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية للحصول على مواد محظورة، فسوف تفقد إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية لمدة عامين في المرة الأولى.
- . إذا أدانتك محكمة بشراء مزايا بقيمة تزيد على 500 دولار أو بيعها أو مبادلتها أو بمبادلة مزايا مقابل 500 أسلحة نارية أو تهريب مخدرات أو ذخيرة أو متفجرات بعد 22 أغسطس 1996، فقد تخسر خدمات الطعام والتغذية للأبد.
- . لن تحصل على إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية لمدة 10 أعوام إذا تمت إدانتك بالحصول أو محاولة الحصول على إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية في أكثر من أسرة واحدة في المرة الواحدة. يقع هذا الجزاء إذا تقدمت بمعلومات خاطئة حول هويتك أو مكان إقامتك.
- . وإذا أدانتك محكمة بالاتجار في إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية للحصول على مواد محظورة، فسوف تفقد إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية لمدة عامين في المرة الأولى وللأبد في المرة الثانية.
- . إذا انتهكت أيًا من القواعد الواردة أعلاه عن عمد، فقد لا تتمكن من الحصول على أي إعانة أخرى من برنامج خدمات الطعام والتغذية بصفة دائمة، وقد تتكبد غرامة تصل إلى 250 ألف دولار أمريكي أو تتعرض للسجن لمدة تصل إلى عشرين عاماً أو كليهما. وقد لا تتأهل أيضاً للحصول على خدمات الطعام والتغذية لمدة 18 شهراً إضافية إذا أمرت المحكمة بذلك.

الميلاد	التوقيع
الميلاد	توقيع الشاهد (إذا كان التوقيع "x")
الميلاد	رقم منطقة وتوقيع الموظف المسؤول عن الحالة