

# طلب دخل الضمان التكميلي/برنامج خدمات الطعام والتغذية

□ مؤهل للحصول على الخدمة الطارئة  
إذا كانت الأسرة مؤهلة للحصول على الخدمة الطارئة، فضع علامة أعلاه وأرسل هذا النموذج عبر الفاكس إلى مكتب قسم  
الخدمات الاجتماعية المحلي المناسب.

## □ طلب ما قبل الخروج

التاريخ المتوقع لخروج مقدم الطلب من المؤسسة: \_\_\_\_\_

اسم المؤسسة: \_\_\_\_\_

عنوان المؤسسة: \_\_\_\_\_

هاتف المؤسسة: \_\_\_\_\_ مسؤول الاتصال: \_\_\_\_\_

من: \_\_\_\_\_ مكتب إدارة الضمان الاجتماعي

تاريخ الاستلام من قبل مكتب إدارة الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_

تاريخ الاستلام من قبل قسم الخدمات الاجتماعية: \_\_\_\_\_ طلب الاشتراك في برنامج  
خدمات الطعام والتغذية

## الجزء الأول معلومات حول تقديم طلبك

## ◀ تقديم طلب للاشتراك في برنامج خدمات الطعام والتغذية

لتقديم طلب للاشتراك في برنامج خدمات الطعام والتغذية، يجب عليك تعبئة اسمك وعنوانك أدناه. وقّع باسمك في السطر المحدد التوقيع. قدّم النموذج الموقع إلى موظف برنامج دخل الضمان التكميلي المعني.

الاسم (طباعة)	العنوان:
المدينة:	الولاية:
الرمز البريدي:	رقم الهاتف أو الاتصال
التوقيع:	التاريخ:

يعتمد حجم الإعانات التي تحصل عليها من برنامج خدمات الطعام والتغذية على وقت تقديمك طلباً للحصول عليها. فكلما أسرعت بتوقيع وتقديم هذا الطلب إلى موظف برنامج دخل الضمان التكميلي المعني، قد تستطيع الحصول على إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية. وتستطيع تقديم طلب للحصول على إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية والحصول عليها بالفعل، إذا كنت مؤهلاً، بغض النظر عن عرقك، أو نوعك، أو عمرك، أو إعاقتك، أو دينك، أو منشئك الوطني، أو معتقدك السياسي.

أدرك أن طلبتي المقدم للاشتراك في برنامج خدمات الطعام والتغذية قد تتم معالجته قبل طلبي المقدم للحصول على دخل الضمان التكميلي. أدرك أنه قد يتم تخفيض الإعانات المقدمة من برنامج خدمات الطعام والتغذية دون تقديم إخطار مسبق عند اعتماد طلب دخل الضمان التكميلي الخاص بي.

## ◀ الحقوق المدنية

بحول لك حق الحماية ضد التمييز أو أثر التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو المنشأ الوطني، أو النوع، أو العمر، أو الدين، أو المعتقد السياسي، أو العجز. لتقديم شكوى تمييز إلى برنامج خدمات الطعام والتغذية، اتصل برقم 1- (800) 3272-795 (صوتي) أو 202 (6382-720) (مخصص للطابعات عن بعد) أو أرسل خطاباً إلى:

وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)

مدير مكتب الحقوق المدنية

1400 إنديبيندس أفينيو، جنوب غرب

واشنطن العاصمة 20250-9410

## ◀ إجراء مقابلة

بعد توقيعك على هذا النموذج وتقديمه إلى موظف برنامج دخل الضمان التكميلي، سيتعيّن عليك الإجابة على بعض الأسئلة حول ذلك، وفواتيرك، والأفراد الذين تقطن معهم في أسرتك.

## ◀ تقديم الحقائق

يجب أن تكون جميع البيانات المقدمة إلى موظف برنامج دخل الضمان التكميلي حقيقية، وإلا فقد تتم إقامة دعوى ضدك في محكمة واتهامك بارتكاب جريمة. وفي حالة إدانتك، يجب عليك رد أي إعانات تلقيتها من برنامج خدمات الطعام والتغذية مما كان يجب ألا تحصل عليه. في حالة حدوث ذلك في المرة الأولى، قد يتم إيقاف منحك إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية لمدة عام واحد، وفي المرة الثانية لمدة عامين، وفي المرة الثالثة إلى الأبد.

إذا أدانت المحكمة أي شخص في منزلي بتقديم معلومات زائفة عن هويته أو مكان سكنه للحصول على إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية فيما يزيد عن مكان واحد، فسوف يتم إلغاء أهليته للحصول على إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية لمدة 10 أعوام من تاريخ الإدانة.

إذا تمت إدانة أي شخص في منزلي بأي مما يلي (1) شراء أسلحة، أو متفجرات، أو ذخيرة باستخدام إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية أو (2) إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية بمبلغ 500 دولار أمريكي أو أكثر، فلن يحصل على إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية طوال حياته.

## ◀ إثبات المعلومات التي تقدمها إلينا

يجب عليك إثبات بعض البيانات التي تقدمها إلى موظف برنامج دخل الضمان التكميلي.

### الحصول على إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية

إذا تم اعتماد طلبك، فسوف تحصل على أول إعانات من برنامج خدمات الطعام والتغذية في غضون 30 يومًا من تاريخ توقيعك هذا الطلب وتقديمه إلى موظف برنامج دخل الضمان التكميلي.

إذا كنت بحاجة إلى إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية على الفور وتفي ببعض القواعد المحددة، فسوف يتولى مكتب طابع الطعام استيفاء طلبك في غضون 7 أيام. سوف يُبلغك موظف برنامج دخل الضمان التكميلي بهذه القواعد.

### سوء استخدام إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية

إذا قررت محكمة أنك استخدمت إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية في شراء عقاير غير قانونية، فسوف يتم إيقاف تزويدك بإعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية لمدة عامين في المرة الأولى وإلى الأبد في المرة الثانية. إذا قررت محكمة أنك قد استخدمت إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية في شراء مسدسات، أو ذخيرة، أو متفجرات، فلن تحصل على إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية طوال حياتك.

### المواطنة

يُعد توقيعك على هذا النموذج، بمثابة قَسَم أو إقرار من طرفك بأنك وكل فرد في أسرتك مواطن أمريكي أو مسموح لك بالإقامة في الولايات المتحدة بمقتضى القانون.

### الجزء الثاني من يقطن معك

اسم	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	العرق	النوع	هل تشتري الطعام وتطهوه مع هذا الشخص؟
1. (أنت)	_____	____/____/____	_____	_____	_____
2.	_____	____/____/____	_____	_____	_____
3.	_____	____/____/____	_____	_____	_____
4.	_____	____/____/____	_____	_____	_____

### الجزء الثالث الدخل والموارد

اسرد قائمة بإجمالي الدخل والموارد لكل شخص يتناول الطعام مع مقدم الطلب للشهر الذي تم تقديم الطلب به والشهر التالي إذا كان مختلفًا.

فرد الأسرة عضو	إجمالي الدخل (شهر تقديم الطلب)	إجمالي الدخل (الشهر التالي)		الموارد السائلة	
		المبلغ	المصدر	توقف	المبلغ
		لا	أجل	لا	المصدر
1	\$ _____	_____	_____	_____	\$ _____
2	\$ _____	_____	_____	_____	\$ _____
3	\$ _____	_____	_____	_____	\$ _____
4	\$ _____	_____	_____	_____	\$ _____

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

الإجمالي:

## الجزء الرابع النفقات

اسرد قائمة بالمبلغ الشهري لأيٍّ من النفقات التالية التي تتحمل الأسرة مسؤولية سدادها. (ضع دائرة حول مصدر التدفئة و/أو التبريد)

النفقة	التكلفة	النفقة	التكلفة	النفقة	التكلفة	النفقة	التكلفة
نفقة الطفل الواجبة قانونًا	\$ _____	رعاية الأطفال	\$ _____	الرعاية الطبية	\$ _____	ذوو المهن الحرة	\$ _____
إيجار أو رهن عقاري	\$ _____	الهاتف	\$ _____	الكهرباء	\$ _____	زيت الوقود	\$ _____
الضرائب العقارية	\$ _____	النفقات والقمامة	\$ _____	الكيروسين	\$ _____	الخشب	\$ _____
التأمين على المنازل	\$ _____	المياه والصرف	\$ _____	الغاز (نفطي مسال أو طبيعي)	\$ _____	الفحم	\$ _____
	\$ _____		\$ _____		\$ _____		\$ _____

الإجمالي: \$ \_\_\_\_\_

أقر بأنني تلقيت شرحًا لحقي في الحصول على خصم من الدخل لأيٍّ من البنود التالية: نفقة الطفل الواجبة قانونًا، ونفقات رعاية الطفل، والنفقات الطبية، ونفقات الملجأ، ونفقات المرافق، والنفقات التشغيلية لذوي المهن الحرة. أدرك أن العجز عن الإبلاغ عن أو إثبات أيٍّ من النفقات المدرجة أعلاه يُعتبر إقرارًا من أسرتي بعدم رغبتني في الحصول على خصم للنفقة (النفقات) غير المبلغ عنها. إجمالي النفقات: \$ \_\_\_\_\_

## الجزء الخامس معلومات إضافية حول الأفراد المشمولين في إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية

يُرجى الإجابة على الأسئلة أدناه.

(1) هل يوجد أي شخص في منزلك:

- يحاول تجنب محاكمة جنائية؟
  - يهرب من إنفاذ القانون؟
  - يُحاول تجنب السجن بعد إدانته بجريمة؟
  - انتهك شروط المراقبة المشروطة أو إطلاق السراح المشروط؟
- نعم  أو لا
- نعم  أو لا
- نعم  أو لا
- نعم  أو لا

(2) هل تمت إدانة أي شخص في منزلك بجريمة تتصل بالمخدرات في تاريخ 23 أغسطس 1996 أو بعد ذلك؟ نعم  أو لا

إذا كانت الإجابة نعم، فهل كانت الإدانة في كارولاينا الشمالية؟ نعم  أو لا

إذا كانت الإدانة في كارولاينا الشمالية، فماذا كان تصنيف الجريمة إذا كنت على دراية بها؟ الفئـة: \_\_\_\_\_

إذا وضعت علامة "نعم" على أيٍّ من المربعات أعلاه، يُرجى تدوين اسم (أسماء) الفرد (الأفراد)، وتاريخ الانتهاك، ونوع الانتهاك في المساحة أدناه، ونوع الانتهاك (هذا الشخص غير مؤهل للحصول على إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية ما لم يتم إدانة الشخص بجريمة تتعلق بمادة محظورة فئة ح أو ط في كارولاينا الشمالية):

أدرك أنه إذا طلب مسؤول إنفاذ قانون الحصول على عنوان أي شخص في منزلي، يلزم على هذه الوكالة تزويده به.

## الجزء السادس

## الفرز للحصول على الخدمة الطارئة

استخدم هذا الدليل لتحديد إذا كان مقدم الطلب مؤهلاً للحصول على خدمة طارئة. اطرح الأسئلة التالية. أبلغ مقدم الطلب إذا كان مؤهلاً لمعالجة طلبه بالحصول على خدمات طارئة في غضون 7 أيام.

سؤال	تأثير	إجابة	
		لا	أجل
1 هل يتوافر لديك وجميع من يتناولون الطعام معك نقد في الصندوق وفي البنك بإجمالي يقل عن أو يساوي 100 دولار أمريكي و يقل إجمالي الدخل الشهري حاليًا عن 150 دولارًا أمريكيًا؟	إذا كانت الإجابة نعم، يُعد مقدم الطلب مؤهلاً لمعالجة طلب الحصول على خدمات طارئة. إذا كانت الإجابة لا، 2 فانتقل إلى الجزء أدناه.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 هل إجمالي الدخل والموارد السائلة في الجزء الثالث تقل عن إجمالي مصاريف الملجأ في الجزء الرابع؟	إذا كانت الإجابة نعم، يُعد مقدم الطلب مؤهلاً لمعالجة طلب الحصول على خدمات طارئة. إذا كانت الإجابة لا، 3 فانتقل إلى الجزء أدناه.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 هل أنت أو أي شخص يتناول الطعام معك مهاجر أو عامل مزارع موسمي؟	إذا كانت الإجابة نعم، فانتقل إلى (أ) أدناه. إذا كانت الإجابة لا، يُعد مقدم الطلب غير مؤهل لمعالجة طلب الحصول على خدمات طارئة.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(أ) هل يتوافر لديك وجميع من يتناولون الطعام معك نقد في الصندوق وفي البنك بإجمالي يقل عن أو يساوي 100 دولار أمريكي؟	إذا كانت الإجابة نعم، فانتقل إلى (ب) أدناه. إذا كانت الإجابة لا، يُعد مقدم الطلب غير مؤهل لمعالجة طلب الحصول على خدمات طارئة.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ب) هل توقف دخل أسرتك مؤخرًا؟	إذا كانت الإجابة نعم، فهل تم تلقي آخر أجر؟ إذا كانت الإجابة نعم، فانتقل إلى (ج) أدناه. إذا كانت الإجابة لا، يُعد مقدم الطلب غير مؤهل لمعالجة طلب الحصول على خدمات طارئة.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ج) هل ستحصل أنت أو أي شخص يتناول الطعام معك على ما يزيد عن 25 دولارًا أمريكيًا من مصدر جديد خلال الأيام العشرة القادمة؟	إذا كانت الإجابة نعم، يُعد مقدم الطلب غير مؤهل لمعالجة طلب الحصول على خدمة طارئة. إذا كانت الإجابة لا، يُعد مقدم الطلب مؤهلاً لمعالجة طلب الحصول على خدمة طارئة.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

قم باستيفاء هذا الجزء إذا كان مقدم الطلب مشتركًا في تأمين طبي خاص أو برنامج ميديكير (البرنامج الحكومي الصحي للفقراء) و ميديكير (برنامج الرعاية الطبية لكبار السن والأشخاص العاجزين) أو يتحمل مسؤولية دفع نفقات طبية أخرى.

الفرد الذي يتلقى الخدمة	نوع النفقة	المبلغ بالدولار الأمريكي	عدد المرات

أدرك أنني قد أكون غير مؤهل للحصول على خصم طبي حتى يتم اعتماد دخل الضمان التكميلي الخاص بي . أدرك أيضًا أنني إذا توقعت الحصول على خصم طبي آنذاك، يجب أن أقدم إثبات إلى موظف دخل الضمان التكميلي المعني بكافة النفقات الطبية التي أتحمّل مسؤولية سدادها.

توقيع العميل:

التاريخ:

توقيع مضيف المقابلة:

التاريخ:

توقيع الموظف المسؤول عن الحالة في قسم الخدمات الاجتماعية

التاريخ:

معتمد:  نعم  لا إذا كانت الإجابة لا، فلماذا؟

معتمد من

إلى