

قسم الخدمات الاجتماعية بولاية كارولينا الشمالية
إشعار بانتهاء السريان ونموذج إعادة اعتماد المقابلة لبرنامج خدمات الطعام والتغذية (FNS)

نسخة	اسم العامل	رقم العامل	رقم الحالة	رقم تسليم المنتج	تاريخ الإرسال بالبريد

سوف تتوقف الإعانات التي تحصل عليها من برنامج خدمات الطعام والتغذية في _____ . قد تتمكن من مواصلة الحصول على إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية بعد ذلك التاريخ إذا ما قمت بتعبئة هذا النموذج وأعدته إلينا في موعد غايته _____ .

(عنوان الأسرة)

(عنوان قسم الخدمات الاجتماعية المحلي)

ما الإجراء الواجب عليّ اتخاذه بصدد هذا النموذج؟

يجب عليك أو على ممثلك المفوض استيفاء هذا النموذج، وتوقيعه وتدوين التاريخ في آخر صفحة. يُرجى الإجابة على كافة الأسئلة بصورة تامة. إذا كنت لا تستطيع استكمال هذا النموذج، فلن تحتاج إلا إلى تقديم توقيع واسم مقروء وعنوان. أحضره إلينا، أو أرسله بالبريد أو عبر الفاكس على العنوان الموضح أعلاه. إذا كان النموذج الموقع غير مكتمل، فسوف يتصل بك موظف برنامج خدمات الطعام والتغذية للحصول على مزيد من المعلومات. إذا ساورتك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بالموظف المسؤول عن حالتك أو مركز خدمة العملاء في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية على رقم 1-800-662-7030 أو 1-877-452-2514 (مخصص للطابعات عن بعد).

تُعد أنت مسؤولاً عن تقديم معلومات التحقق المطلوبة. قد تتسبب المعلومات الواردة في هذا النموذج والمعلومات التي تم الحصول عليها من مصادر أخرى في إيقاف أو تغيير الإعانات المقدمة لك.

يجب إجراء مقابلة معك. لن يتم إصدار الإعانات دون إجراء مقابلة. سيحدد الموظف المسؤول عن حالتك موعداً لإجراء مقابلة معك. تُعد أنت مسؤولاً عن تحديد موعد آخر في حالة عدم حضور المقابلة.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في استيفاء هذا النموذج، فاتصل برقم _____ أو اتصل بمركز خدمات العملاء بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على رقم 1-800-662-7030 أو 1-877-452-2514 (مخصص للطابعات عن بعد).

- يُمكن توفير مترجم فوري دون مقابل إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم الطلب
- يُرجى التأكد من وضوح عنوان قسم الخدمات الاجتماعية المحلي من خلال نافذة مظروف الرد المغلق.
- يجب إعادة هذا النموذج قبل أول يوم من _____ .
- أرفق إثباتات التحقق لشهر _____ .

معلومات حول أرقام الضمان الاجتماعي وحالة الهجرة والمواطنة الأمريكية

يمكنك اختيار تقديم عدم طلب لنفسك أو لأفراد أسرتك للحصول على إعانات، وليس مطلوباً منك الإجابة على أسئلة خاصة بأرقام الضمان الاجتماعي 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. سوف نستخدم فقط أرقام الضمان الاجتماعي التي تقدمها إلينا لإجراء مقارنات باستخدام الكمبيوتر، وكذلك مراجعة المعلومات التي أبلغتنا بها مع الوكالات الفيدرالية ووكالات الولاية. يجب أن تكون مواطناً أمريكياً أو أجنبياً مؤهلاً، وتقي أيضاً بقواعد برنامج خدمات الطعام والتغذية للحصول على إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية. سوف نتصل بدائرة المواطنة والهجرة الأمريكية لتتأكد حالة الهجرة بالنسبة إلى أفراد الأسرة ممن قدموا إلينا مستندات المهاجرين الخاصة بهم. إذا لم يوفر مقدم الطلب هذه المعلومات، فسُيعتبر غير مؤهل للحصول على الإعانات.

يجب على أفراد الأسرة تقديم معلوماتهم المالية؛ نظراً لأنها مطلوبة في تحديد أهلية الأفراد ممن يتقدمون بطلبات. سيتمكن أفراد الأسرة المؤهلين ممن يتقدمون بطلب الحصول 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.

إذا لم تكن مسجلاً للتصويت حيث تعيش الآن، فهل ترغب في التقدم للتسجيل للتصويت هنا اليوم؟

نعم لا إذا لم تختَر أيًا من المرشحين، فسوف يتم اعتبار أنك قد قررت عدم التسجيل للتصويت في الوقت الحالي.

يرجى تزويدنا بمعلومات عن فواتير أسرتك

1. دُونَ عنوان الإقامة والمراسلات البريدية.

عنوان المراسلات البريدية	عنوان الإقامة (إذا كان مختلفًا عن عنوان المراسلات البريدية)
المدينة، والولاية، والرمز البريدي	المدينة، والولاية، والرمز البريدي
رقم الهاتف	شركة الهاتف

تقديم إثبات بأي فواتير جديدة أو متغيرة منذ آخر إعادة اعتماد لك

2. كم المبلغ الذي تدفعه للإيجار في المكان الذي تقطن به؟
 ضع دائرة حول ما تتلقاه: وزارة الإسكان والتنمية الحضرية القسم 8 الإسكان الحكومي ما هو نصيبك من الإيجار؟
 كم المبلغ الذي تدفعه للإيجار الأرض في المكان الذي تقطن به؟
 3. كم المبلغ الذي تدفعه للرهن العقاري على منزلك؟
 الضرائب العقارية: (إذا كان يتم دفعه بصورة منفصلة) فكم المبلغ المسدد؟
 تأمين ملاك المنازل: (إذا كان يتم دفعه بصورة منفصلة) فكم المبلغ المسدد؟
 مستحقات ملاك المنازل (إذا كانت تُدفع بصورة منفصلة)

4. ما هي فواتير المرافق التي تتحمل مسؤولية سدادها؟ (ضع علامة أمام كل ما ينطبق).

- التدفئة الكيروسين المياه/الصرف الفحم
 الكهرباء الغاز النقطي المسال الهاتف الثابت/الهاتف المتحرك زيت الوقود
 النفايات/القمامة الغاز الطبيعي المرافق الإضافية (الإسكان الحكومي) الخشب

كيف تزود منزلك بالتدفئة؟ كيف تزود منزلك بالتبريد؟

5. هل يُساعد أي شخص في دفع فواتيرك؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فمن يُساعدك؟

6. هل تلقيت شيئًا من برنامج معونة الطاقة لمحدودي الدخل على مقر سكنك الحالي خلال الاثني عشر شهرًا الماضية؟ نعم لا

7. هل تتحمل أسرتك مسؤولية دفع أي نفقات رعاية أطفال أو رعاية البالغين العاجزين؟ نعم لا

من يتلقى الرعاية

من يدفع المقابل؟ المبلغ كل شهر أو رسوم أولياء الأمور بالدولار الأمريكي

اسم ورقم هاتف مقدم الرعاية/جليس الأطفال

نفقات انتقالات رعاية الأطفال/البالغين بالدولار الأمريكي

8. هل هناك أي شخص يبلغ من العمر 60 عامًا أو ما يزيد، أو هل يتلقى أي شخص إعانات عجز أو يتكبد مصاريف طبية نثرية تتجاوز 35 دولارًا أمريكيًا في الشهر؟ يتضمن ذلك تكلفة الانتقال للحصول على الرعاية الطبية. نعم لا وإذا كانت الإجابة نعم، فهل ترغب في المطالبة بخصم لهذه النفقات؟
 نعم لا للحصول على هذا الخصم، يجب عليك إرفاق الإيصالات أو نسخة من نفقاتك.

9. هل تدفع أسرتك نفقة أطفال بأمر محكمة لأطفال خارج منزلك (بما في ذلك مدفوعات التأمين الصحي بموجب أمر من المحكمة)؟ نعم لا

من يدفع نفقة الطفل؟ إلى من يتم الدفع؟

اسم الطفل؟ المبلغ الذي تدفعه دولار أمريكي كم مرة؟

زودنا بمعلومات حول الأفراد الذين يقطنون معك

10. اسرد أدناه قائمة بجميع الأشخاص القاطنين معك. (قم بإرفاق ورقة أخرى إذا اقتضت الضرورة ذلك)

الاسم (الاسم الأول، والحرثف الأول من الاسم الأوسط، والاسم الأخير)	العلاقة بك ذاتيًا	تاريخ الميلاد	العمر النوع	يُقدم طلب؟ (نعم/ لا	*اختياري رقم الضمان الاجتماعي	*اختياري هل أنت مواطن أمريكي؟ (نعم/لا)	*اختياري إسباني الأصل (نعم/لا)	*اختياري العرق (انظر أدناه)	هل يتم الشراء والطهي سويًا؟
									<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
									<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
									<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

* تعتبر أرقام الضمان الاجتماعي ومعلومات المواطنة غير مطلوبة بالنسبة للأفراد غير المتقدمين بطلب للحصول على إعانات.

*لا تتأثر المزايا أو مستواها إذا لم يتم الرد على سؤال العرق أو السلالة. عندما لا يتم تقديم المعلومات، سوف تجمع الوكالة المعلومات عن طريق الملاحظة أثناء المقابلة الشخصية. وتقديم هذه المعلومات سوف يساعد على ضمان توزيع مزايا البرنامج بدون النظر إلى العرق أو اللون أو الأصل القومي (يتم استخدام هذه المعلومة لأغراض إحصائية فقط).

العرق: اختر رقمًا واحدًا أو أكثر مما يسري وأدخله أعلاه 1- أمريكي هندي/مواطن من ألاسكا 2- آسيوي
 3- زنجي/إفريقي أمريكي 4- مواطن من هاواي/جزيرة أخرى في المحيط الهادي 5- أبيض

ما مبلغ ما يتقاضاه أفراد أسرته من العمل أو أماكن أخرى؟

11. هل يعمل أي من الأفراد في أسرتك؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فقم باستيفاء ما يرد أدناه.
هل يستعد أي فرد في أسرتك لبدء وظيفة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى إدخال تاريخ البدء
وقم باستيفاء ما يرد أدناه.

اسم الشخص _____ جهة العمل _____ كم عدد مرات الدفع؟ _____
اسم الشخص _____ جهة العمل _____ كم عدد مرات الدفع؟ _____

أرفق كل كعوب الشيكات للشهر المدرج في الصفحة 1. وإذا حصلت على مدفوعات شهرية، فأرفق كعوب الشيكات أو إثباتات التحقق من الدخل للشهر المدرج في الصفحة 1 والشهر السابق لذلك الشهر. إذا كنت من ذوي المهن الحرة، فأرفق النماذج الضريبية الفيدرالية للأعوام السابقة وأدرج كافة الملاحق. إذا لم تتوافر النماذج الضريبية للعام الماضي، فأرفق سجلات العمل الخاصة بك والإيصالات لنفقات الأعمال للثلاثي عشر شهرًا الماضية.

إذا لم تتوافر لديك كافة كعوب الشيكات، يجوز لك أن تطلب من جهة العمل استيفاء وتوقيع القسم أدناه.

أ - اسم الشخص العامل:			ب - اسم الشخص العامل:		
جهة العمل:			جهة العمل:		
العنوان:			العنوان:		
رقم هاتف جهة العمل:			رقم هاتف جهة العمل:		
كم عدد مرات الدفع؟			كم عدد مرات الدفع؟		
إجمالي الساعات	نصائح	إجمالي الأجر	تاريخ استلام الأجر	إجمالي الساعات	نصائح
			الشهر		
			اليوم		
			العام		
			1		
			2		
			3		
			4		
			5		
توقيع جهة العمل التاريخ			توقيع جهة العمل التاريخ		

12. هل يحصل أي فرد في أسرتك على مال من مصادر بخلاف العمل؟ أمثلة: النقد، والمساهمات، وبرنامج العمل أولاً، ونفقة الطفل، وإعانات البطالة، والضمان الاجتماعي، ودخل الضمان التكميلي، وتعويض العمال، والقيمة المضافة، وغير ذلك. نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فأرفق دليل الإثبات للشهر المدرج في الصفحة 1. يرجى إدخال المعلومات في الجدول أدناه.

إذا كنت تتلقى نقدًا، أو مساهمات، أو نفقة طفل، فأرفق إثبات التحقق للشهر المدرج في الصفحة 1 والشهر السابق لذلك الشهر. (أرفق ورقة أخرى إذا اقتضت الضرورة ذلك)

نوع المال	من يحصل على المال؟	من يقدم المال؟	رقم الهاتف وعنوان الشخص/المنظمة التي تزودك بمال؟	ما هو المبلغ؟	كم عدد المرات؟

ما الأصول التي يملكها الأشخاص في أسرتك؟

13. ضع علامة نعم أو لا للأصول المدرجة أدناه والتي تمتلكها أنت أو فرد آخر في أسرتك أو ملكيتها مشتركة بينك وبين شخص ليس فردًا في أسرتك. سنحدد ما إذا كان دليل الإثبات مطلوبًا وما إذا كان يمكنك الوصول إليه. (قم بإرفاق ورقة أخرى إذا اقتضت الضرورة ذلك)

نوع الأصل	نعم	لا	الرصيد أو القيمة	من المالك؟	أين تحتفظ بهذا الأصل وما هو رقم الحساب؟
النقد بالصندوق					
الحساب الجاري					
حساب الادخار					
أخرى					

يُرجى إخبارنا بمزيد من المعلومات حول أفراد الأسرة المشتركة في برنامج خدمات الطعام والتغذية

14. هل لديك أي معلومات عن أي تغيير في أسرتك، مثل أي شخص توقف عن العمل أو الدراسة أو بدأ في العمل أو الدراسة خلال آخر 6 أشهر؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى إدراج التغييرات:

15. هل يبلغ أي شخص في أسرتك من العمر 16 عامًا أو أكثر ويحضر في المدرسة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فأدخل أسماء الأشخاص والمدرسة التي يذهبون إليها:

16. هل أدين أي شخص في أسرتك بجريمة مخدرات بعد 22 أغسطس 1996؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى إبلاغنا باسمه/اسمها، وتاريخ ونوع ومكان الإدانة:

17. هل ينتهك أي شخص في أسرتك شروط المراقبة المشروطة أو إطلاق السراح المشروط أو هارب من القانون لتجنب محاكمته عن جريمة ارتكبتها؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى إبلاغنا باسمه/اسمها وتاريخ ونوع الانتهاك:

18. هل تمت إدانتك أو إدانة أي فرد في أسرتك بمبادلة مزايا مقابل عقاقير بعد 22 أغسطس 1996؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى إبلاغنا باسمه/اسمها، وتاريخ الإدانة ونوعها ومكانها:

19. هل تمت إدانتك أو إدانة أي من أفراد أسرتك بشراء مزايا أو بيعها بقيمة 500 دولار أو أكثر بعد 22 أغسطس 1996؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى إبلاغنا باسمه/اسمها، وتاريخ الإدانة:

20. هل تمت إدانتك أو إدانة أي من أفراد أسرتك بتلقي مزايا مضاعفة من أي بلد بعد 22 أغسطس 1996؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى إبلاغنا باسمه/اسمها، وتاريخ الإدانة ونوعها ومكانها:

21. هل تمت إدانتك أو إدانة أي أحد من أفراد أسرتك بمبادلة مزايا مقابل أسلحة أو ذخيرة أو متفجرات بعد 22 أغسطس 1996؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى إبلاغنا باسمه/اسمها، وتاريخ الإدانة ونوعها ومكانها:

□

هل تحتاج إلى شخص يقدم طلبًا للحصول على إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية المقدمة لك أو لاستخدامها؟

هل تحتاج إلى شخص يساعدك في الحصول على إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية المقدمة لك أو في استخدامها؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى إدخال اسم ذلك الشخص: _____ وضعت علامة أمام نعم أعلاه، فسوف نسلم لك نموذجًا أو نرسله إليك بالبريد. تستطيع أنت والشخص الذي ترغب في الحصول على مساعدته استيفاء النموذج وإعادته إلى مكتبنا.

سوف يستلم هذا الشخص بطاقة تحويل الإعانة الإلكترونية ويستطيع الحصول على خدمات برنامج خدمات الطعام والتغذية. إذا كان ثمة ممثل مفوض وارد في الصفحة 1 فهل ترغب في أن يواصل؟ نعم لا

توقيعك وبيان الإدراك

أدرك أن توقيعني يفوض المسؤولين الفيدراليين، ومسؤولي الولاية، والمسؤولين المحليين بالاتصال بأشخاص أو منظمات أخرى للتحقق من صحة المعلومات التي قدمتها. إذا طلب ضابط تطبيق القانون عنوانًا، أو أرقام الضمان الاجتماعي، أو صورًا في ملفك للمساعدة في تحديد موقع مجرمين هاربين أو منتهكي شروط إطلاق السراح المشروط/المراقبة المشروطة، يجب على وزارة الخدمات الاجتماعية تقديم هذه المعلومات. أي عضو ينتهك عمدًا أيًا من القواعد أو المواد المحظور بيعها، فقد لا يتمكن من الحصول على خدمات الطعام والتغذية لمدة عام في أول انتهاك ولمدة عامين في ثاني انتهاك وللأبد في ثالث انتهاك. كما يمكن أيضًا فرض غرامة عليك تصل إلى 250,000 دولار أو سجنك لمدة تصل إلى 20 عامًا أو كليهما.

وقد لا تتأهل أيضًا للحصول على خدمات الطعام والتغذية لمدة 18 شهرًا إضافية إذا أمرت المحكمة بذلك. إذا وجدت المحكمة مذنبًا بالاتجار في مزايا مقابل 500 دولار أو أكثر أو بيع أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات، فسوف تخسر تأهلك نهائيًا لخدمات الطعام والتغذية. أقر بأنني تلقيت توضيحًا لحقي في الحصول على خصم من الدخل لإعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية لأي من البنود التالية: نفقات رعاية الطفل/البالغين، والنفقات الطبية، ونفقات الإيواء، ونفقات المرافق، والنفقات التشغيلية لذوي المهن الحرة. أدرك أنه إذا لم أبلغ أو أقدم إثباتًا لأي من النفقات الواردة أعلاه، فقد أتنازل عن حقي في الحصول على خصم لهذه النفقة (النفقات).

توقيعك: تاريخ التوقيع: _____

توقيع الشاهد أو الممثل المفوض (إذا كان ذلك ساريًا): تاريخ التوقيع: _____

رقم هاتفك: _____
ضع علامة أمام ما ينطبق: المنزل الهاتف الخليوي العمل رقم الرسائل

استخدام الوكالة فقط

تاريخ المقابلة _____ الهاتف زيارة المكتب

للحصول على معلومات بخصوص مبادرة الوقاية من حمل المراهقين، اتصل بقسم الصحة المحلية الذي تتبعه أو اتصل بمركز خدمة عملاء وزارة الصحة والخدمات الإنسانية على 1 800 662 7030. للحصول على معلومات بخصوص الخدمات المقدمة عن الزيجات الصحية، اتصل بقسم الخدمات الاجتماعية الإقليمي المحلي الذي تتبعه.