

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، فسوف تحتاج فقط 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.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في استيفاء هذا النموذج، فاتصل برقم \_\_\_\_\_ أو اتصل بمركز خدمة 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 ظروف 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. لن نشارك أرقام الضمان الاجتماعي مع دائرة الهجرة والجنسية (INS). 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 لتفقد 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 طلب التسجيل للتصويت هنا اليوم؟

نعم  لا  لا إذا لم تختار أيًا من المربعين، فسوف يتم اعتبارك قد قررت ألا تسجل للتصويت في الوقت الحالي.

## يرجى تزويدنا بمعلومات عن فواتير أسرته

1. دُونَ عنوان الإقامة والمراسلات البريدية.

عنوان المراسلات البريدية	عنوان الإقامة (إذا كان مختلفاً 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).

<input type="checkbox"/> التدفئة	<input type="checkbox"/> الكهرباء	<input type="checkbox"/> الغاز الطبيعي	<input type="checkbox"/> المياه/الصرف	<input type="checkbox"/> الهاتف/الهاتف الخليوي	<input type="checkbox"/> المرافق الإضافية (الإسكان الحكومي)	<input type="checkbox"/> الفحم	<input type="checkbox"/> زيت الوقود	<input type="checkbox"/> 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 شيئاً من برنامج معونة الطاقة لمحدودي الدخل على مقر سكنك الحالي خلال الاثني عشر شهراً الماضية؟  نعم  لا

7. هل تتحمل أسرته 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/جلس الأطفال

نفقات انتقالات رعاية الطفل/البالغين بالدولار الأمريكي

8. هل هناك أي شخص يبلغ من العمر 60 عاماً أو ما يزيد، أو هل يتلقى أي شخص إعانات عجز أو يتكبد مصاريف طبية نثرية تتجاوز 35 دولاراً أمريكياً 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 أسرته نفقة طفل بامر 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)

هل يتم الشراء والطهي سوياً؟	*اختياري العرق (انظر أدناه)	*اختياري إسباني الأصل (نعم/لا)	*اختياري هل أنت مواطن أمريكي؟ (نعم/لا)	*اختياري رقم الضمان الاجتماعي	يُقدم طلب؟ (نعم/لا)	العمر النوع	تاريخ الميلاد	العلاقة بك ذاتياً	الاسم (الاسم الأول، والحرثف الأول من الاسم الأوسط، والاسم الأخير)
<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 تحديد العرق أو الجنس. عندما لا يتم توفير المعلومات، فسوف تجمع الوكالة المعلومات عن طريق الملاحظة أثناء المقابلة. سيساعد 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 رقماً واحداً أو أكثر مما يسري وأدخله أعلاه 1- أمريكي هندي/مواطن من الإسكا 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 أسرته؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فقم باستيفاء ما يرد أدناه.  
هل يستعد أي فرد في أسرته 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 جميع 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 تتوفر النماذج الضريبية للعام الماضي، فأرفق سجلات العمل الخاصة بك والإيصالات لنفقات الأعمال للثلاثي عشر شهراً الماضية.

إذا لم تتوفر 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؟					
تاريخ استلام الأجر			إجمالي			تاريخ استلام الأجر			إجمالي		
الشهر	اليوم	العام	الساعات	النصائح	إجمالي	الشهر	اليوم	العام	الساعات	النصائح	إجمالي
1						1					
2						2					
3						3					
4						4					
5						5					
توقيع جهة العمل التاريخ						توقيع جهة العمل التاريخ					

12. هل يحصل أي فرد في أسرته على مال من مصادر بخلاف العمل؟ أمثلة: المساعدة النقدية 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 دليلاً عن الشهر المدرج على الصفحة 1. يرجى إدخال المعلومات إلى الجدول أدناه.

إذا كنت تتلقى نقداً، 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 أسرته؟

13. اختر نعم أو لا في الأصول المدرجة أدناه والتي تملكها أنت أو شخص آخر في أسرته أو ملكيتها مشتركة بينك وبين فرد من خارج الأسرة. سوف نحدد ما إذا كان الدليل مطلوباً وما إذا كنت تستطيع الوصول إليه. (قم برفاق ورقة أخرى إذا اقتضت الضرورة ذلك)

نوع الأصل	نعم	لا	الميزانية أو الفأ	من المالك؟	أين تحتفظ بهذا الأصل وما هو رقم الحساب؟
النقد بالصدوق					
الحساب الجاري					
حساب الادخار					
أخرى					

**يرجى 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 يتوقف عن أو يبدأ العمل أو الدراسة في مدرسة 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 الإدانة ونوعها ومكانها:

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 أنت أو أي فرد في أسرتك بتبادل مزايا مقابل مخدرات بعد 22 أغسطس 1996؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى إبلاغنا باسمه/اسمها، وتاريخ الإدانة ونوعها ومكانها:

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

20. هل تمت إدانتك أنت أو أي من أفراد أسرتك بالحصول على مزايا مكررة بطريقة مخادعة في أية ولاية بعد 22 أغسطس 1996؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى إبلاغنا باسمه/اسمها، وتاريخ الإدانة ونوعها ومكانها:

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

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

هل تحتاج إلى شخص لمساعدتك في الحصول على و/أو استخدام إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى إدخال اسم ذلك الشخص:

إذا وضعت علامة أمام نعم أعلاه، فسوف نسلم لك أو نُرسل إليك بالبريد نموذجًا. 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. أقر بأنني قدمت معلومات صحيحة حول حالة المواطنة/الهجرة لجميع من تقدمت بطلب لهم. 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 عن عمد أيًا من القواعد أو يبيع أيًا من المواد الخاضعة للتحكم قد لا يتمكن من الحصول على خدمات الطعام والتغذية لمدة عام بعد أول انتهاك وعامين بعد ثاني انتهاك وللايد بعد ثالث انتهاك. كما أنك قد تتعرض لغرامة تصل إلى 250,000 دولار أو السجن لمدة تصل إلى 20 سنة أو كليهما. وقد لا تتأهل أيضًا للحصول على خدمات الطعام والتغذية لمدة 18 شهرًا إضافيين إذا أمرت المحكمة بذلك. إذا وجدت محكمة أنك مذنب في الحصول على مزايا مهربة بقيمة 500 دولار أو أكثر أو بيع أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات، فسوف تفقد أهليتك للحصول على خدمات الطعام والتغذية للأبد.

أقر بأنني تلقيت توضحًا 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.