

طلب للحصول على الاستحقاقات

يجب عليك تسليم الطلب المكتمل شخصياً أو إرساله عبر الفاكس أو البريد إلى المكتب المحلي في مقاطعتك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في قراءة أو إكمال هذا المستند أو كنت بحاجة إلى مساعدة في التواصل معنا، اسألنا أو اتصل على الرقم **423-4746 (877)** خدماتنا، بما في ذلك المترجمون الفوريون، مجانية. إذا كنت أصم أو ضعيف السمع أو أصم مكفوف أو تواجه صعوبة في التحدث، يمكنك الاتصال بنا على الرقم أعلاه عن طريق الاتصال بالرقم **711** (خدمات جورجيا للترحيل).

ما هي الخدمات التي نقدمها في قسم خدمات الأسرة والأطفال (DFCS)؟

يقدم قسم خدمات الأسرة والأطفال الخدمات التالية:

المساعدة الغذائية

يمكن استخدام استحقاقات قسائم الطعام (SNAP) لشراء الطعام من أي متجر يحتوي على تحويل الاستحقاقات الإلكترونية/علامة Quest. سنطرح سعر شراء الطعام من حساب قسائم الطعام (SNAP) الخاص بك.



المساعدة النقدية/خدمات دعم العمالة

تقدم المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) مساعدة نقدية للأسر التي لديها أطفال معالون لفترة محدودة. يُطلب من أولياء الأمور أو القائمين بالرعاية المشمولين بالمنحة المشاركة في برنامج العمل. يوفر برنامج المساعدة النقدية أيضاً مساعدة مالية للأسر اللاجئيين غير المؤهلة لبرنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة.



- سيقدم برنامج الأجداد لتربية الأحفاد (GRG) الدعم اللازم حتى يمكن رعاية الأطفال في منازل أجدادهم.

المساعدة الطبية

قد يساعد برنامج المساعدة الطبية، لأولئك المؤهلين، في دفع الفواتير الطبية وزيارات الطبيب وأقساط برنامج الرعاية الطبية.



خدمات التواصل مع المجتمع

لمزيد من المعلومات حول خدمات وزارة الخدمات الإنسانية (DHS) الأخرى، يرجى زيارة موقعنا على الإنترنت على <http://dfcs.georgia.gov> أو الاتصال بالرقم 423-4746 (877).

كيف أقدم للحصول على الاستحقاقات؟

الخطوة 1. املأ طلب التقديم.

اقرأ الأسئلة بعناية وقدم معلومات دقيقة. قم بالتوقيع وضع التاريخ على الطلب.

الخطوة 2. قم بتسليم الطلب إلى مكتب المحلي.

ستحتاج إلى تمييز الصفحات 1-2 و 17-20 والاحتفاظ بهم لنفسك.

البريد أو الفاكس أو إحضار الصفحات **16-3** من هذا الطلب إلى مكتب قسم خدمات الأسرة والأطفال المحلي (DFCS). يمكنك تحديد مكان مكتب المحلي على <http://dfcs.georgia.gov/locations>.



الأسئلة الشائعة

كم من الوقت يستغرق الحصول على الاستحقاقات؟

قسائم الطعام (برنامج المساعدة الغذائية التكميلية "SNAP"): حتى 30 يوماً
برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF): حتى 45 يوماً
المساعدة الطبية (Medicaid): من 10 إلى 60 يوماً
قد تتمكن من الحصول على قسائم الطعام (SNAP) في غضون 7 أيام إذا كنت مؤهلاً. راجع الصفحة 6.

كم المبلغ الذي سأحصل عليه؟

يحدد دخلك ومصادر وحجم عائلتك مبالغ الاستحقاقات. سنكون قادرين على إعطائك معلومات محددة بمجرد تحديد أهليتك.

كيف سأحصل على استحقاقي؟

بالنسبة لقسائم الطعام (SNAP)، ستحصل على بطاقة تحويل الاستحقاقات الإلكترونية (EBT) للوصول إلى استحقاقاتك. للحصول على مساعدة مؤقتة للأسر المحتاجة، ستحصل على بطاقة الخصم المباشر EPPIC للوصول إلى استحقاقاتك. بالنسبة إلى المساعدة الطبية، ستلقى بطاقة برنامج المساعدة الطبية لكل عضو مؤهل.

قد يُطلب منك تقديم المعلومات التالية:

- إثبات الهوية لمقدم الطلب إذا تقدم بطلب للحصول على قسائم الطعام (SNAP) و/أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة. بطاقة الهوية (ID) أو رخصة القيادة (DL) أشكال مقبولة من أشكال التحقق. إثبات الهوية غير مطلوب لمقدمي طلبات المساعدة الطبية.
- إثبات الجنسية الأمريكية/حالة المهاجر المؤهل لكل من يطلب الاستحقاقات. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على خدمات طبية عاجلة (EMA) فقط، فلا يتعين عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك أو معلومات حول حالة الهجرة.
- أرقام الضمان الاجتماعي لكل من يطلب المساعدة.
- إثبات الدخل على سبيل المثال، إيصالات الأجور، ومدفوعات دعم الأطفال، وخطابات مكافأة الدخل. لا يلزم إثبات مدفوعات دعم الأطفال لمقدمي طلبات المساعدة الطبية.
- إثبات النفقات مثل إيصالات رعاية الأطفال والفواتير الطبية وتكاليف النقل الطبي وتكاليف الإيجار/الرهن العقاري ومدفوعات دعم الأطفال. تلك المعلومة غير مطلوبة لمقدمي طلبات المساعدة الطبية.

سنحاول أولاً التحقق من حالة الجنسية/الهجرة ومعلومات الدخل من خلال مصادر البيانات الإلكترونية. مستندات التحقق الورقية غير مطلوبة لتقديم طلب؛ ومع ذلك، يمكنك تقديم المستندات مع الطلب. إذا لم تتمكن من التحقق من خلال مصادر البيانات الإلكترونية وتحتاج إلى المساعدة في الحصول على هذه المعلومات، فيرجى إخبارنا بذلك.

طلب للحصول على الاستحقاقات

كيف نستخدم المعلومات الشخصية لمقدم الطلب؟

ما عليك سوى تقديم أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) والجنسية أو حالة الهجرة للأشخاص الذين يرغبون في التقدم بطلب للحصول على الاستحقاقات. سوف نستخدم هذه المعلومات للتحقق من نظام التحقق من الدخل والأهلية (IEVS). سنقوم أيضًا بمطابقة معلوماتك مع الهيئات الفيدرالية والولائية والمحلية الأخرى للتحقق من دخلك وأهليتك ومعلومات عن الأجور والمشاركة في أنشطة العمل. إذا لم يرغب أحد أفراد الأسرة في إعطائنا معلومات حول رقم الضمان الاجتماعي أو الجنسية أو حالة الهجرة، فقد يستمر أفراد الأسرة الآخرون في الحصول على استحقاقات. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على خدمات طبية عاجلة فقط، فلا يتعين عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك أو معلومات حول حالة الهجرة.

هل يمكن لشخص آخر أن يقوم بالتقديم لي؟

بالنسبة إلى قسائم الطعام (SNAP) والمساعدة الطبية، يمكنك الطلب من شخص ما أن يقوم بالتقديم لك. للحصول على مساعدة مؤقتة للأسر المحتاجة، يمكن لأي شخص التقدم بطلب ولكن يجب إجراء مقابلة مع ولي الأمر أو القائم بالرعاية.

إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على قسائم الطعام (SNAP) أو المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة و/أو المساعدة الطبية، فيمكنك تقديم طلب للحصول على الاستحقاقات مع اسمك وعنوانك وتوقيعك فقط. ومع ذلك، قد يساعدنا في معالجة طلبك بشكل أسرع إذا أكملت النموذج بالكامل. يمكنك استخدام هذا النموذج لتقديم طلب مشترك لأكثر من برنامج واحد أو لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) فقط. لن يتم رفض طلب (SNAP) الخاص بك فقط على أساس رفض طلبك لبرنامج آخر. سنقوم بتحديد أهلية منفصل لطلب قسائم الطعام (SNAP). إذا كنت في مؤسسة وتتقدم بطلب للحصول على قسائم الطعام (SNAP) ودخل الضمان التكميلي في نفس الوقت، فإن تاريخ تقديم طلبك هو تاريخ مغادرتك من المؤسسة.

الخطوة 3. تحدث معنا.

قد تحتاج إلى إكمال مقابلة مع موظف. إذا كان الأمر كذلك، فسنعطيك موعدًا. يمكن إكمال هذه المقابلة عبر الهاتف.



طلب للحصول على الاستحقاقات

(أكمل هذا الطلب وأعدّه إلى مكتب قسم خدمات الأسرة والأطفال المحلي التابع للمقاطعة.)

ما الذي أطلب به؟ (ضع علامة بجانب كل ما ينطبق)

قسائم الطعام (برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP))

برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، المعروف سابقاً باسم قسائم الطعام، هو برنامج ممول فيديراليًا يوفر استحقاقات شهرية للأسر ذات الدخل المنخفض للمساعدة في دفع تكلفة الغذاء. يوفر البرنامج أيضاً تثقيفًا غذائيًا للأسر لتلبية احتياجاتها من الغذاء والتغذية ويوفر فرص عمل وتدريب لمساعدة الأسر على الحصول على عمل يؤدي إلى تقليل الاعتماد على برنامج المساعدة الغذائية التكميلية.

المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)

تقدم المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) مدفوعات نقدية شهرية مؤقتة، أو مدفوعات نقدية لمرة واحدة، أو خدمات دعم أخرى، لتعزيز الأسر المؤهلة التي لديها أطفال. إذا كنت ولي أمر الطفل، أو القائم بالرعاية الذي يرغب في أن يتم تضمينه في المنحة، فسنطلب منك المشاركة في برنامج عمل.

برنامج الأجداد لتربية الأحفاد (GRG)

سيوفر برنامج الأجداد لتربية الأحفاد (GRG) مدفوعات نقدية إضافية حتى يمكن رعاية الأطفال في منازل أجدادهم. **يجب على مقدمي الطلبات التقدم بطلب للحصول على المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة ليكونوا مؤهلين للحصول على برنامج الأجداد لتربية الأحفاد.**

المساعدة النقدية للاجئين

يوفر برنامج المساعدة النقدية للاجئين مساعدة مالية لأسر اللاجئين غير المؤهلة لبرنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة. ومصطلح اللاجئ يشمل اللاجئين، الكوبيين/الهايتيين الوافدين، ضحايا الاتجار بالبشر، الأميركيين، طالبو اللجوء، والأفغان أو العراقيين الذين يحملون تأشيرة مهاجر خاصة، أو الأفغان المؤهلين للإفراج المشروط.

المساعدة الطبية

يقدم برنامج المساعدة الطبية تغطية طبية لكبار السن والمكفوفين أو المعاقين والنساء الحوامل والأطفال والأسر. عند التقديم، سننظر في جميع برامج المساعدة الطبية ونقرر البرامج التي قد تكون مؤهلاً لتلقيها.

يرجى ملء الرسم البياني أدناه حول مقدم الطلب.

الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأخير	اللقب
عنوان الشارع حيث تعيش	المنزل		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا)			
رقم الهاتف الرئيسي	رقم الاتصال الآخر		
التواصل الإلكتروني:	عنوان البريد الإلكتروني (اختياري):		
البريد الإلكتروني: نعم _____ أو لا _____ (اختياري)	إرسال الرسائل النصية: نعم _____ أو لا _____ (اختياري)		
ما هي لغتك المفضلة؟	إذا كانت المقابلة مطلوبة، فهل ستحتاج إلى مترجم؟ نعم _____ أو لا _____		

قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة: طلب تعديل معقول أو مساعدة في مجال التواصل (إذا كان ينطبق):

هل لديك إعاقة تتطلب تعديلاً معقولاً أو مساعدة في مجال التواصل؟ نعم _____ لا _____ (إذا كان الجواب نعم، يرجى وصف التعديل المعقول أو المساعدة في مجال التواصل التي تطلبها):

مترجم لغة الإشارة _____؛ المبرقة الكاتبة _____؛ الطباعة بأحرف كبيرة _____؛ التواصل الإلكتروني (البريد الإلكتروني) _____؛ طريقة برايل _____؛ خدمات ترحيل الفيديو _____؛ مترجم تلقين الكلام _____؛ مترجم شفوي _____؛ المترجم للمسي _____؛ المكالمات الهاتفية للتذكير بالمواعيد النهائية للبرنامج _____؛ التوقيع الهاتفي (إن وجد) _____؛ المقابلة وجهاً لوجه (زيارة منزلية) _____؛ غير ذلك: _____ هل تحتاج إلى هذا التعديل المعقول أو مساعدة الاتصال لمرة واحدة _____ أو بشكل مستمر _____؟ إذا أمكن، اشرح بإيجاز متى وإلى متى تحتاج إلى هذا التعديل أو المساعدة؟

طلب للحصول على الاستحقاقات

لجميع المتقدمين للحصول على قسائم الطعام (SNAP) والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة والمساعدة الطبية:

أقر وأتحمّل عقوبة الحنث باليمين على حد علمي واعتقادي أن الشخص (الأشخاص) الذي أتقدم بطلب للحصول على الاستحقاقات من أجلهم هو/هم مواطن (مواطنون) أمريكي أو غير مواطن (مواطنین) موجود بشكل قانوني في الولايات المتحدة. كما أشهد بأن جميع المعلومات المقدمة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمي. أفهم وأوافق على أن قسم خدمات الأسرة والأطفال التابع لوزارة الخدمات الإنسانية (DHS-DFCS) ووزارة الصحة المجتمعية (DCH) والهيئات الفيدرالية المرخصة قد تتحقق من المعلومات التي أقدمها بشأن هذا الطلب. ويمكن الحصول على المعلومات من أصحاب الأعمال السابقين أو الحاليين. أفهم أن معلوماتي ستستخدم لتتبع معلومات الأجور ومشاركتي في أنشطة العمل.

سأبلغ عن أي تغيير في وظيفتي وفقاً لمتطلبات برنامج قسائم الطعام (SNAP) و/أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة. سأبلغ أيضاً إذا تلقى أحد أفراد أسرتي مكاسب من اليانصيب أو المقامرة، إذا كان المبلغ الإجمالي البالغ 4,250 دولاراً أو أكثر (قبل اقتطاع الضرائب أو المبالغ الأخرى). سأبلغ عن هذه المكاسب في غضون 10 أيام من نهاية الشهر الذي استلمت فيه الأسرة المكاسب. أفهم أنه إذا كانت أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم تقليل أو رفض استحقاقي، وقد أتعرض لملاحقة جنائية أو استبعاد من برامج قسم خدمات الأسرة والأطفال التابع لوزارة الخدمات الإنسانية لتقديم معلومات غير صحيحة عن علم. أفهم أنه يمكن مفاضاتي إذا قدمت معلومات خاطئة أو أخفيت معلومات. أفهم أنه إذا فشلت في إخبار قسم خدمات الأسرة والأطفال التابع لوزارة الخدمات الإنسانية ببعض نفقاتي أثناء عملية التقديم أو التجديد و/أو فشلت في التحقق منها، فلن تقوم قسم خدمات الأسرة والأطفال التابع لوزارة الخدمات الإنسانية بتضمين هذه النفقات في حساب مبلغ استحقاقات قسائم الطعام (SNAP) الخاصة بي.

تقوم وزارة الخدمات الإنسانية بولاية جورجيا ("DHS") بجمع معلومات التعريف الشخصية (PII)، مثل الأسماء والعناوين وأرقام الهواتف وعناوين البريد الإلكتروني وتواريخ الميلاد، وما إلى ذلك، أثناء طلبك للحصول على الاستحقاقات. من خلال تقديم أي معلومات شخصية إلينا، فإنك توافق على أنه يجوز لنا جمع واستخدام والكشف عن أي من هذه المعلومات الشخصية وفقاً لسياسات وإجراءات وزارة الخدمات الإنسانية ووفقاً لما يسمح به أو يقتضيه القانون و/أو اللوائح.

التاريخ	التوقيع
التاريخ	توقيع الشاهد إذا تم التوقيع عليه بـ "X"

الممثل المفوض:

أكمل هذا القسم فقط إذا كنت تريد من شخص أو منظمة ملء طلبك، وإكمال مقابلتك، و/أو استخدام بطاقة تحويل الاستحقاقات الإلكترونية الخاصة بك لشراء الطعام عندما لا يمكنك الذهاب إلى المتجر. يرجى اختيار كل برنامج تريد تعيينه كممثل مفوض. يرجى اختيار الواجبت التي تريد أن يحصل عليها الشخص أو المنظمة. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على برنامج المساعدة الطبية، فيمكنك اختيار أكثر من شخص أو منظمة للعمل نيابة عنك.

- أنواع البرامج للممثل المفوض 1: قسائم الطعام (SNAP) المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة المساعدة الطبية
- مهام الممثل المفوض 1: توقيع الطلب نيابة عن مقدم الطلب إكمال وتقديم نموذج التجديد استلام نسخ من الإشعارات وغيرها من الرسائل
- التصرف نيابة عن مقدم الطلب في جميع المسائل الأخرى تلقي بطاقة استحقاقات المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (EPPIC)

اسم الشخص 1: _____

اسم المنظمة 1 (إذا كان ينطبق): _____ الهاتف: _____

العنوان: _____ المنزل: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

التواصل الإلكتروني: البريد الإلكتروني: نعم ___ أو لا ___ (اختياري) إرسال الرسائل النصية: نعم ___ أو لا ___ (اختياري)

عنوان البريد الإلكتروني (اختياري) _____

اللغة المفضلة: _____ هل هناك حاجة إلى مترجم فوري؟ نعم ___ أو لا ___

طلب للحصول على الاستحقاقات

- أنواع البرامج الممثل المفوض 2: قسائم الطعام (SNAP) المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة المساعدة الطبية
- مهام الممثل المفوض 2: توقيع الطلب نيابة عن مقدم الطلب إكمال وتقديم نموذج التجديد استلام نسخ من الإشعارات وغيرها من الرسائل
- التصرف نيابة عن مقدم الطلب في جميع المسائل الأخرى تلقي بطاقة استحقاقات المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (EPPIC)

اسم الشخص 2: _____
 اسم المنظمة 2 (إذا كان ينطبق): _____ الهاتف: _____
 العنوان: _____ المنزل: _____
 المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
 التواصل الإلكتروني: البريد الإلكتروني: نعم ___ أو لا ___ (اختياري) إرسال الرسائل النصية: نعم ___ أو لا ___ (اختياري)
 عنوان البريد الإلكتروني (اختياري) _____
 اللغة المفضلة: _____ هل هناك حاجة إلى مترجم فوري؟ نعم ___ أو لا ___

قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة: طلب تعديل معقول أو مساعدة في مجال التواصل للممثلين المفوضين (إذا كان ينطبق):

هل يعاني الممثل المفوض من إعاقة تتطلب تعديلاً معقولاً أو مساعدة في مجال التواصل؟ نعم ___ لا ___ (إذا كان الجواب نعم، يرجى وصف التعديل المعقول أو المساعدة في مجال التواصل التي تطلبها):

مترجم لغة الإشارة؛ المبرقة الكاتبة؛ الطباعة بأحرف كبيرة؛ التواصل الإلكتروني (البريد الإلكتروني)؛ طريقة برايل؛ خدمات
 ترحيل الفيديو؛ مترجم تلقين الكلام؛ مترجم شفوي؛ المترجم للمسئ؛ المكالمات الهاتفية للتذكير بالمواعيد النهائية للبرنامج؛
 التوقيع الهاتفي (إن وجد)؛ المقابلة وجهاً لوجه (زيارة منزلية)؛ غير ذلك: _____

هل يحتاج الممثل المفوض من التعديل المعقول أو المساعدة في مجال التواصل
 لمرة واحدة ___ أو بشكل مستمر ___؟ إذا أمكن، اشرح بإيجاز متى وإلى متى تحتاج إلى هذا التعديل أو المساعدة؟

لاستخدام المكتب فقط: تاريخ الاستلام: _____

أهلية المسار السريع:

أهلية المسار السريع (ELE) هي عملية تلقائية لتسجيل أو تجديد الأطفال المؤهلين الذين تقل أعمارهم عن 19 عامًا والذين يتلقون استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) في برنامج المساعدة الطبية. إذا كان أطفالك مؤهلين للحصول على برنامج المساعدة الغذائية التكميلية أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة، فإن قسم خدمات الأسرة والأطفال (DFCS) سيستخدم معلومات حجم الأسرة والإقامة والدخل من برنامج المساعدة الغذائية التكميلية أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة، لكن قسم خدمات الأسرة والأطفال سيتحقق من حالة الجنسية أو الهجرة باستخدام قواعد المساعدة الطبية لاتخاذ قرار بشأن أهلية المسار السريع لتسجيل أو تجديد الأطفال في المساعدة الطبية أو برنامج PeachCare® للأطفال. إذا كان أطفالك مؤهلين للحصول على برنامج PeachCare® للأطفال، فقد يخضعون للأقساط. سيرسل لك قسم خدمات الأسرة والأطفال إشعارًا بالقرار، ويسمح لك بإجراء أي تغييرات ويسمح لك بإلغاء الاشتراك في أي وقت.

هل توافق على السماح لقسم خدمات الأسرة والأطفال باستخدام معلوماتك من برنامج المساعدة الغذائية التكميلية أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة لاتخاذ قرار بشأن أهلية المسار السريع للتسجيل أو تجديد أطفالك في المساعدة الطبية أو برنامج PeachCare® للأطفال؟

نعم لا

طلب للحصول على الاستحقاقات

هل أنا مؤهل للحصول على قسائم الطعام (SNAP) بشكل أسرع؟ (هذه المعلومات مطلوبة لمقدمي طلبات قسائم الطعام (SNAP) فقط)

أجب على هذه الأسئلة حول مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة لمعرفة ما إذا كان يمكنك الحصول على قسائم الطعام (SNAP) في غضون 7 أيام.

1. هل أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة مهاجر أو عامل زراعي موسمي؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم،
من _____

2. مجموع إجمالي الدخل المكتسب الذي سيتم استلامه لهذا الشهر: \$ _____ اسم صاحب العمل
تاريخ بدء التوظيف _____ تاريخ الانتهاء _____
معدل الأجر _____ ساعات العمل الأسبوعية _____
عدد المرات التي يتم الدفع لك فيها: أسبوعي/كل أسبوعين/نصف شهري/شهري (اختر واحدة)

3. مجموع إجمالي الدخل غير المكتسب الذي سيتم استلامه لهذا الشهر: \$ _____ نوع الدخل غير المكتسب
المبلغ _____
عدد مرات الاستلام: أسبوعي/كل أسبوعين/نصف شهري/شهري (اختر واحدة)
نوع الدخل غير المكتسب _____ المبلغ _____
عدد مرات الاستلام: أسبوعي/كل أسبوعين/نصف شهري/شهري (اختر واحدة)

4. إجمالي الدخل المكتسب وغير المكتسب لهذا الشهر: \$ _____

5. ما مقدار المال الذي تمتلكه أنت وجميع أفراد الأسرة نقدًا أو في البنك؟ \$ _____

6. ما هو المبلغ الشهري للإيجار والرهن العقاري والضرائب العقارية و/أو تأمين مالك المنزل؟ \$ _____

7. ما هو المبلغ الإجمالي لمرافقك الكهربائية والماء والغاز و/أو غيرها هذا الشهر؟ \$ _____
(قم باستثناء المبالغ السابقة المستحقة والرسوم المتأخرة في المجموع)

a. ما هو مصدر التدفئة أو التبريد الأساسي لأسرتك؟ ضع علامة بجانب كل ما ينطبق
الكهرباء _____ الوقود _____ مكيف هواء نافذة أو مركزي _____ زيت الكيروسين _____ الخشب _____

b. هل تلقيت مساعدة في مجال الطاقة في الأشهر الـ 12 الماضية؟ نعم لا، إذا كانت الإجابة نعم، اكتب المبلغ الذي تم تلقيه \$ _____

طلب للحصول على الاستحقاقات

إذا لم تكن أنت أو غيرك من المتقدمين للأسرة مواطناً أمريكياً أو قوميًا أمريكيًا، أكمل الرسم البياني أدناه:
(يرجى إضافة صفحات إضافية حسب الحاجة)

هل أنت أو شريك أو والدك من قدامى المحاربين أو أحد أفراد الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟	تاريخ التجنس/تاريخ الدخول أو القبول في الولايات المتحدة (إذا كان ينطبق) التنسيق (mm/dd/yy)	هل عشت في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟	أجنبي/شهادة/رقم تعريف الوثيقة	نوع وثيقة الهجرة	الاسم الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط الأخير
(نعم/لا)		(نعم/لا)			

أخبرنا أكثر عن مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة

نحتاج إلى مزيد من المعلومات حول مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة من أجل تحديد من مؤهل للحصول على الاستحقاقات. يرجى الإجابة فقط على الأسئلة المتعلقة بالاستحقاقات التي تريد الحصول عليها في الصفحة أدناه.

1. هل حصل أي شخص على أي استحقاقات في مقاطعة أو ولاية أخرى؟ (لقسائم الطعام (SNAP) والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____
أين: _____
متى: _____

2. هل أدين أي شخص بتقديم معلومات كاذبة حول مكان إقامته ومن هو للحصول على استحقاقات متعددة لقسائم الطعام في أكثر من منطقة بعد 22/8/1996؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____
أين: _____
متى: _____

3. هل ترك أي شخص في منزلك وظيفته بإرادته أو خفض ساعات عمله بإرادته إلى أقل من 30 ساعة في الأسبوع في غضون 30 يومًا من تاريخ التقديم؟ (لقسائم الطعام (SNAP) والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، من ترك وظيفته؟

لماذا ترك/تركت الوظيفة؟ _____

4. هل هناك أحد حامل؟ (لا ينطبق هذا السؤال على المتقدمين لقسائم الطعام (SNAP)) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، ما هو الموعد المقدر للولادة؟ _____؛ وكم عدد الأطفال المتوقعين؟ _____
إذا لم يكن الأمر كذلك، فهل أنجب أي شخص في المنزل أو تم إنهاء الحمل خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، ما هو تاريخ الولادة/إنهاء الحمل؟ _____؛ وكم عدد الأطفال المولودين/المتوقعين؟ _____
اسم المرأة الحامل: _____ اسم والد الجنين: _____
عنوان الأب: _____

طلب للحصول على الاستحقاقات

5. بالنسبة لمتقدمي برنامج المساعدة الطبية، هل لدى أي شخص أي فواتير طبية غير مدفوعة خلال الأشهر 3 الماضية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**، يرجى إرسال الفواتير غير المدفوعة إذا كانت لديك قضية لبرنامج المساعدة الطبية.
6. هل يوجد أي شخص غير مؤهل من برنامج قسائم الطعام (SNAP) أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة؟ (لقسائم الطعام (SNAP) والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____
أين: _____
7. هل يفر أي شخص لتجنب المحاكمة أو السجن لارتكابه جنائية؟ (لقسائم الطعام (SNAP) والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**، من: _____
8. قام أي شخص بانتهاك شروط المراقبة أو الإفراج المشروط؟ (لقسائم الطعام (SNAP) والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**، من: _____
9. هل لدى أي شخص إدانة جنائية بسبب سلوك يتعلق بحيازة أو استخدام أو توزيع مادة مخدرة خاضعة للرقابة (أي مجرم مخدرات) بعد 22/8/1996 (لقسائم الطعام (SNAP) و المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط) أو جنائية عنيفة (للمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط)؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____ متى: _____
- a. هل أنت ملتزم بشروط المراقبة المتعلقة بأي حكم صدر نتيجة إدانة في جنائية مخدرات؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا
- b. هل أنت ملتزم بشروط الإفراج المشروط المتعلقة بأي حكم صادر نتيجة إدانة جنائية مخدرات؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا
- c. هل أكملت بنجاح **جميع** شروط المراقبة أو الإفراج المشروط المتعلقة بأي إدانة تتعلق بالمخدرات؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا
10. هل تمت إدانتك أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة بتهمة التجارة باستحقاقات قسائم الطعام (SNAP) مقابل المواد المخدرة بعد 22/8/1996؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____ متى: _____
11. هل تمت إدانتك أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة بتهمة شراء أو بيع استحقاقات قسائم الطعام (SNAP) مقابل أكثر من 500 دولارًا بعد 22/8/1996؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____
متى: _____
12. هل تمت إدانتك أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة بتهمة التجارة باستحقاقات قسائم الطعام (SNAP) مقابل الأسلحة أو الذخيرة أو المتفجرات بعد 22/8/1996؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____
متى: _____

طلب للحصول على الاستحقاقات

13. هل تمت إدانتك أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك بارتكاب جناية كشخص بالغ بسبب الاعتداء الجنسي المشدد والقتل والاستغلال الجنسي وغير ذلك من الاعتداء على الأطفال، أو جريمة فيدرالية أو ولائية تتضمن اعتداء جنسي، أو جريمة بموجب قانون الولاية يقرر المدعي العام أنها مشابهة إلى حد كبير لمثل هذه الجرائم بعد 7/2/2014؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____

متى: _____

- a. هل أنت ملتزم بشروط المراقبة المتعلقة بأي حكم صدر نتيجة إدانة جنائية؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا
- b. هل أنت ملتزم بشروط الإفراج المشروط المتعلقة بأي حكم صادر نتيجة إدانة جنائية؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا
- c. هل أكملت بنجاح **جميع** شروط المراقبة أو الإفراج المشروط المتعلقة بأي إدانة في جنائية؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا

14. هل تلقيت أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة مكاسب من الياصيب أو المقامرة؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____

متى: المبلغ المستلم: _____

15. هل استخدم أي شخص أموال المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة أو بطاقة EPPIC في المؤسسات التالية، متاجر الخمر، الكازينوهات، غرف البوكر، أعمال الترفيه للبالغين، سندات الكفالة، النوادي الليلية، الصالونات/الحانات، قاعات البغ، مسارات السباق، متاجر الأسلحة/الذخيرة، السفن السياحية، القراء الروحانيين، متاجر التدخين، متاجر الوشم/الثقب، والمنتجات/صالونات التدليك؟ (للمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____

متى: _____

16. هل يحصل أي شخص متقدم بطلب للحصول على استحقاقات، على نفقة حاليًا؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____

المبلغ الشهري المستلم: _____

تاريخ الانتهاء من اتفاق النفقة أو آخر تعديل: _____

أخبرنا عن دخل مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة

هل تحصل أنت أو أي شخص يعيش في أسرتك على أي نوع من الدخل مثل: الأجر أو الإكراميات أو المكافآت أو العمل الحر أو الضمان الاجتماعي/التقاعد لعمال السكك الحديدية أو إعاقة أخرى أو المعاشات التقاعدية أو البطالة أو أي دخل آخر؟ بالنسبة لقسائم الطعام (SNAP) والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة، يرجى أيضاً سرد الدخل مثل: الدخل من شؤون المحاربين القدامى (VA)، دعم الأطفال، أموال من أشخاص آخرين أو تعويضات العمال. إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

اسم فرد الأسرة ذو الدخل	نوع الدخل	اسم صاحب العمل / مصدر الدخل	المبلغ الشهري (قبل الاقطاعات)	عدد المرات التي يتم استلامها (شهرياً، كل أسبوعين، أسبوعاً)	الأجر مقابل ساعات العمل	ساعات العمل في الأسبوع	التاريخ (التواريخ) التي تلقيت فيها الدخل

إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فيرجى إدراج مبلغ نفقات عمالك الشهرية: \$ _____

طلب للحصول على الاستحقاقات

أخبرنا عن مقدم الطلب وجميع مصادر أفراد الأسرة - بالنسبة لمقدمي طلبات المساعدة مؤقتة الأسر المحتاجة، قم بإدراج جميع المصادر لجميع أفراد الأسرة ومقدمي طلبات المساعدة الطبية الذين تبلغ أعمارهم (65 عامًا أو أكبر) أو المكفوفين أو المعاقين (إعاقة دائمة تمنعك من العمل)

هل تتقدم أنت أو أي شخص يطلب للحصول على أي مصادر؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إكمال المعلومات أدناه (قم باختيار جميع الموارد (الأصول) المملوكة لك أو لشريكك أو المعالين أو المملوكة بالاشتراك مع شخص آخر. قم بإرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر).

الحسابات الجارية نعم لا
حسابات التوفير نعم لا
السندات الحكومية نعم لا
الصناديق الاستثمارية نعم لا
الإملاك العقارية/الممتلكات المنزلية؟ نعم لا

خطط الجائزة/عناصر الدفن المدفوعة مسبقاً نعم لا
مواقع الدفن أو العقود نعم لا
الأسهم والسندات نعم لا
غير ذلك (حساب التقاعد الفردي، شهادات الإيداع، وما إلى ذلك) نعم لا

هل تنازلت أنت أو شريكك عن أي أصول بأقل من قيمتها؟ نعم لا
إذا أجبت بنعم على أي من هذه الأسئلة، فيرجى الوصف أدناه.

اسم فرد الأسرة ذو المصدر	أنواع المصادر	الحساب/رقم البوليصا	القيمة	اسم البنك وشركة التأمين، إلخ.

هل تمتلك أنت أو شريكك سيارة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الوصف أدناه.

فرد الأسرة الذي يمتلك سيارة	ماركة السيارة	الموديل	العام	المبلغ المستحق

هل لديك أنت أو شريكك بوليصة تأمين على الحياة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إكمال المعلومات التالية.

صاحب البوليصا	شركة التأمين	رقم البوليصا	القيمة الاسمية	القيمة المالية

أخبرنا عن نفقات مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة (اختياري لمقدمي طلبات المساعدة الطبية)

هل تدفع مقابل رعاية طفل معال أو أحد أفراد الأسرة البالغين المعاقين؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

الشخص الذي يحتاج إلى رعاية	الشخص الذي يدفع مقابل الرعاية	سبب الرعاية	اسم مقدم الرعاية/الرقم	المبلغ المدفوع لمقدم الرعاية	كم مرة يتم الدفع

طلب للحصول على الاستحقاقات

هل تدفع نفقات النقل لطفل معال أو فرد من أفراد الأسرة البالغين المعاقين؟ نعم لا
هل هذه النفقات مدرجة في نفقات رعاية المعالين؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة لا، يرجى الإجابة على هذا السؤال: مجموع الأميال التي يتم قيادتها أسبوعياً:

هل يدفع أي شخص في الأسرة دعم الأطفال لشخص يعيش خارج المنزل؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

عضو الأسرة الملتزم بالدفع	اسم الطفل الذي يدفع له الدعم	المبلغ الملتزم بدفعه	المبلغ الفعلي المدفوع	إلى من يدفع دعم الأطفال؟

أخبرنا أكثر عن نفقات مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة (اختياري لمقدمي طلبات المساعدة الطبية)

هل لدى أي شخص يبلغ من العمر 60 عاماً أو أكثر أو معاق نفقات طبية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

فرد الأسرة الذي لديه نفقات	نوع النفقات (زيارات الطبيب، زيارة المستشفى، الوصفات الطبية، أقساط الرعاية الطبية أو التأمين الصحي، النظارات)	المبلغ المستحق	هل مازال مستحقاً؟ نعم/لا	تاريخ الدفع	هل سيدفع التأمين؟ نعم/لا

هل لدى أي شخص يبلغ من العمر 60 عاماً أو أكثر أو معاق نفقات طبية للنقل؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

سبب الرحلة (زيارة الطبيب أو المستشفى؛ الاستلام من الصيدلية)	مجموع الأميال التي تم قيادتها:	تكلفة سيارات الأجرة أو الحافلات أو مواقف السيارات الإيواء:

هل تتحمل أنت أو أي فرد من أفراد أسرته نفقات المأوى والمرافق؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

النفقة	المبلغ	كم مرة؟	من قام بالدفع؟
الإيجار/الرهن العقاري			
الضرائب العقارية			
التأمين على الممتلكات			
الكهرباء			
الوقود			
القمامة			
الهاتف			
غير ذلك			

طلب للحصول على الاستحقاقات

هل تشارك النفقات المنزلية الشهرية مع أي شخص في المنزل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، من؟ _____

التعليقات/الوثائق

مدفوعة لمن _____ المبلغ المدفوع \$ بواسطة _____

اسم المالك _____

عنوان المالك: _____

هل يدفع لك شخص آخر أي من هذه الفواتير المنزلية؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

من يدفع الفاتورة؟	ما هي الفواتير التي يتم دفعها؟
ما المبلغ المدفوع؟	لمن يدفع هذا الشخص الفواتير؟

يرجى إكمال المعلومات التالية إذا تقدمت بطلب للحصول على برنامج المساعدة الطبية.

معلومات مقدم الإقرارات الضريبية

1. هل يخطط أي شخص في الأسرة لتقديم إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية العام المقبل؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، من؟ (قم بإدراج كل شخص يعترفم التقديم)2. هل سيقوم أي من مقدمي الإقرارات الضريبية المدرجين التقديم بشكل مشترك مع الشريك؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر اسم الشريك:3. هل سيطالب أي من مقدمي الإقرارات الضريبية بأي معالين في إقرارهم الضريبي؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر اسم (أسماء) المعالين4. هل سيتم المطالبة بأي شخص على أنه معال في الإقرار الضريبي لشخص آخر؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر اسم مقدم الإقرار الضريبي والمعال:

(مقدم الإقرار)

(المعال)

ما العلاقة بين المعال في الإقرار الضريبي ومقدم الإقرار الضريبي؟ _____

الاقتطاعات: اختر كل ما ينطبق وقدم المبلغ وعدد المرات التي تقوم بدفعه.

 النفقة المدفوعة \$ _____ كم مرة؟ فائدة قرض الطالب \$ _____ كم مرة؟ أقساط التأمين الصحي، 401 ألف، واقتطاعات أخرى قبل الضرائب \$ _____ كم مرة؟ الاقتطاعات الأخرى \$ _____ كم مرة؟ النوع: _____

تغطية صحية أخرى

1. هل لدى أي شخص تأمين صحي آخر يغطي أي شخص في منزلك؟ نعم لا

إذا أجبت بنعم على السؤال 4 أعلاه، يرجى إكمال المعلومات التالية والمرفق أ:

رقم اليوليصة	تاريخ النفاذ	اسم الأشخاص المشمولين	نوع التغطية (مستشفى، مكمل لبرنامج الرعاية الطبية، أدوية، تأمين طبي رئيسي)	اسم شركة التأمين الصحي وعنوانها ورقم الهاتف	اسم صاحب اليوليصة

2. هل تم تقديم لأي شخص مدرج في هذا الطلب تغطية صحية من وظيفة؟ اختر نعم حتى لو كانت التغطية من وظيفة شخص آخر، مثل أحد الوالدين أو الشريك.

 نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فأنت بحاجة إلى إكمال المرفق أ.هل هذه خطة استحقاق موظف تابعة للولاية؟ نعم لا

طلب للحصول على الاستحقاقات

3. هل فقدت أنت أو أي شخص مدرج في هذا الطلب أي تغطية صحية في الأشهر 2 الماضية؟
- a. نعم إذا كانت الإجابة نعم، لماذا فقدتها؟
- b. لا
4. هل تقدم أي شخص في رعاية التبني في سن 18 بطلب للحصول عليها؟ نعم لا
5. هل أي شخص في منزلك من سكان أمريكا أو ألاسكا الأصليين؟ نعم لا
- إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الملحق ب.

إذا كان أي شخص يبلغ من العمر (65 عامًا أو أكثر) أو أعمى أو معاق (إعاقة دائمة تمنعك من العمل)، يرجى الإجابة على الأسئلة. (اختياري)

1. هل أي شخص يتقدم بطلب للحصول على تغطية صحية أعمى أو معاق؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إدراج الاسم

2. هل أنت أو شريكك مشمولان حاليًا بالرعاية الطبية؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إدراج الاسم

3. هل تتقدم بطلب للحصول على المساعدة الطبية لتغطية الفواتير الطبية غير المدفوعة من الأشهر الثلاثة السابقة لطلب التقديم لدخل الضمان التكميلي (SSI)؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، قم بإدراج تاريخ طلب التقديم لدخل الضمان التكميلي:

4. هل تتقدم بطلب لشخص متوفى الآن ولديه فواتير طبية غير مدفوعة خلال الأشهر الثلاثة (3) الماضية؟

نعم لا

5. هل تتقدم بطلب للحصول على برنامج المساعدة الطبية للمساعدة في دفع تكاليف رعاية شخص موجود في دار لرعاية المسنين؟

نعم لا

6. هل تتقدم بطلب للحصول على برنامج المساعدة الطبية لشخص يزيد عمره عن 18 عامًا توقف شريك دخل الضمان التكميلي الخاص به؟

نعم لا

7. هل تتقدم بطلب للحصول على برنامج المساعدة الطبية للمساعدة في الدفع مقابل خدمات التنازل المجتمعية مثل خدمات الرعاية المجتمعية، برنامج الإعفاء من الفرص الجديدة/برنامج الإعفاء من

الدعم الشامل، رعاية المسنين، الإعفاء من الرعاية المستقلة، أو اعتبار الإعفاء (كاتي بيكيت)؟

نعم لا

طلب للحصول على الاستحقاقات

عقوبات برنامج قسائم الطعام (SNAP)

قد تفقد استحقاقاتك أو تخضع لملاحقة جنائية لتقديمك معلومات خاطئة عن قصد.

- لا تقدم معلومات خاطئة أو تخفي معلومات للحصول على استحقاقات لا ينبغي أن تحصل عليها أسرتك.
- لا تستخدم قسائم الطعام (SNAP) أو بطاقات تحويل الاستحقاقات الإلكترونية التي ليست ملكك ولا تسمح لشخص آخر باستخدام بطاقتك.
- لا تستخدم استحقاقات قسائم الطعام (SNAP) لشراء سلع غير غذائية مثل الكحول أو السجائر أو للدفع على بطاقات الائتمان.
- لا تتاجر أو تباع قسائم الطعام (SNAP) أو بطاقات تحويل الاستحقاقات الإلكترونية للأصناف غير القانونية؛ مثل الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المواد الخاضعة للمراقبة (المخدرات غير المشروعة).

أي فرد من أفراد الأسرة يخالف أيًا من قواعد قسائم الطعام (SNAP) عن قصد يمكن منعه من برنامج قسائم الطعام (SNAP) لمدة عام واحد أو إلى الأبد، دفع غرامة تصل إلى 250 ألف دولار، أو السجن لمدة تصل إلى 20 عام أو كليهما. كما يمكن أن يخضع/تخضع للمقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات الأخرى المنطبقة. قد يُمنع/تُمنع أيضًا من برنامج قسائم الطعام (SNAP) لمدة 18 شهرًا إضافية إذا أمرت المحكمة بذلك.

أي فرد من أفراد الأسرة يخالف القواعد عمدًا قد لا يحصل على قسائم الطعام (SNAP) لمدة عام واحد للمخالفة الأولى، وستتبع للمخالفة الثانية، وبشكل دائم للمخالفة الثالثة.

إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة مذنب باستخدام أو تلقي استحقاقات قسائم الطعام (SNAP) في معاملة تنطوي على بيع مادة خاضعة للرقابة، فلن تكون أنت أو هذا الفرد مؤهلًا للحصول على الاستحقاقات لمدة عامين للمخالفة الأولى، وبشكل دائم للمخالفة الثانية.

إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة مذنب باستخدام أو تلقي الاستحقاقات في صفقة تنطوي على بيع أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات، فستكون أنت أو ذلك الفرد غير مؤهلًا بشكل دائم للمشاركة في برنامج قسائم الطعام (SNAP) عند المخالفة الأولى لهذا الانتهاك.

إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة مذنب بتهمة الاتجار باستحقاقات بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أو أكثر، فستكون أنت أو هذا الفرد من أفراد الأسرة غير مؤهلًا بشكل دائم للمشاركة في برنامج قسائم الطعام (SNAP) عند ارتكاب الجريمة الأولى من هذا الانتهاك.

إذا تبين أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة قد قدمت بيانًا أو تمثيلًا احتياليًا فيما يتعلق بالهوية (ما هم عليه) أو مكان الإقامة (حيث يعيشون) من أجل الحصول على قسائم طعام متعدد (SNAP)، ستكون أنت أو ذلك الفرد غير مؤهلًا للمشاركة في برنامج قسائم الطعام (SNAP) لمدة 10 سنوات.

عقوبات برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة

في برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة، فإن IPV (الانتهاك المتعمد للبرنامج) هو إجراء متعمد من قبل فرد لإنشاء أو الحفاظ على أهلية وحدة المساعدة (AU)، أو لزيادة أو منع انخفاض استحقاقات وحدة المساعدة، من خلال تقديم معلومات خاطئة أو مضللة أو حجب المعلومات.

- أي فرد من أفراد الأسرة يخفي معلومات ولا يبلغ عن تغييرات في الوقت المحدد أو لا يقول الحقيقة سيفقد استحقاقات المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة لمدة ستة أشهر عند المخالفة الأولى، واثنين عشر شهرًا عند المخالفة الثانية وبشكل دائم عند المخالفة الثالثة. إساءة استخدام أموال المساعدة النقدية أو بطاقة الخصم المباشر للمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة لسحب النقود أو إجراء معاملات في الكازينوهات ومتاجر بيع الخمر ومرافق الترفيه المخصصة للبالغين "نوادي التعري" وغرف البوكر وسندات الكفالة والنوادي الليلية/الصالونات/الحنات، قاعات البينغو ومسارات السباق ومؤسسات الألعاب ومخازن الأسلحة/الذخيرة وسفن الرحلات البحرية والقراء الروحانيين ومتاجر التدخين ومتاجر الوشم/الثقب ومنتجعات السبا/صالونات التدليك ممنوعة تمامًا وستؤدي إلى فقدان استحقاقات المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة ستة أشهر للمخالفة الأولى واثنين عشر شهرًا للمخالفة الثانية وبشكل دائم للمخالفة الثالثة.

إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة يخفي معلومات أو لم تبلغ عن تغييرات في الوقت المحدد أو لم تقل الحقيقة وتمت إدانتك، فقد لا تحصل على مساعدة مؤقتة للأسر المحتاجة لمدة 6 أشهر للمخالفة الأولى، و 12 شهرًا للمخالفة الثانية وبشكل دائم للمخالفة الثالثة.

إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة مذنب بتقديم معلومات خاطئة حول المكان الذي تعيش فيه حتى تتمكن من الحصول على استحقاقات في أكثر من ولاية واحدة، فسيتم منعه لمدة 10 سنوات.

إذا أدانتك محكمة بتهمة تتعلق بالمخدرات أو مادة خاضعة للرقابة أو جريمة عنف خطيرة في 1/1/1997 أو بعد ذلك، فلن تكون أنت أو هذا الفرد مؤهلًا و/أو غير مؤهل بشكل دائم.

طلب للحصول على الاستحقاقات

لجميع المتقدمين للحصول على قسائم الطعام (SNAP) والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة والمساعدة الطبية:

أقر وأتحمّل عقوبة الحنث باليمين على حد علمي واعتقادي أن الشخص (الأشخاص) الذي أتقدم بطلب للحصول على الاستحقاقات من أجلهم هو/هم مواطن (مواطنون) أمريكي أو غير مواطن (مواطنین) موجود بشكل قانوني في الولايات المتحدة. كما أشهد بأن جميع المعلومات المقدمة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمي. أفهم وأوافق على أن قسم خدمات الأسرة والأطفال التابع لوزارة الخدمات الإنسانية (DHS-DFCS) ووزارة الصحة المجتمعية (DCH) والهيئات الفيدرالية المرخصة قد تتحقق من المعلومات التي أقدمها بشأن هذا الطلب. ويمكن الحصول على المعلومات من أصحاب الأعمال السابقين أو الحاليين. أفهم أن معلوماتي ستستخدم لتتبع معلومات الأجور ومشاركتي في أنشطة العمل.

سأبلغ عن أي تغيير في وضعي وفقًا لمتطلبات برنامج قسائم الطعام (SNAP) و/أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة. سأبلغ أيضًا إذا تلقى أحد أفراد أسرتي مكاسب من اليانصيب أو المقامرة، إذا كان المبلغ الإجمالي البالغ 4,250 دولارًا أو أكثر (قبل اقتطاع الضرائب أو المبالغ الأخرى). سأبلغ عن هذه المكاسب في غضون 10 أيام من نهاية الشهر الذي استلمت فيه الأسرة المكاسب. أفهم أنه إذا كانت أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم تقليل أو رفض استحقاقاتي، وقد أتعرض لملاحقة جنائية أو استبعاد من برامج قسم خدمات الأسرة والأطفال التابع لوزارة الخدمات الإنسانية لتقديم معلومات غير صحيحة عن علم. أفهم أنه يمكن مفاضاتي إذا قدمت معلومات خاطئة أو أخفيت معلومات. أفهم أنه إذا فشلت في إخبار قسم خدمات الأسرة والأطفال التابع لوزارة الخدمات الإنسانية ببعض نفقاتي أثناء عملية التقديم أو التجديد و/أو فشلت في التحقق منها، فلن تقوم قسم خدمات الأسرة والأطفال التابع لوزارة الخدمات الإنسانية بتضمين هذه النفقات في حساب مبلغ استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية الخاصة بي.

تقوم وزارة الخدمات الإنسانية بولاية جورجيا ("DHS") بجمع معلومات التعريف الشخصية (PII)، مثل الأسماء والعناوين وأرقام الهواتف وعناوين البريد الإلكتروني وتواريخ الميلاد، وما إلى ذلك، أثناء طلبك للحصول على الاستحقاقات. من خلال تقديم أي معلومات شخصية البناء، فإنك توافق على أنه يجوز لنا جمع واستخدام والكشف عن أي من هذه المعلومات الشخصية وفقًا لسياسات وإجراءات وزارة الخدمات الإنسانية ووفقًا لما يسمح به أو يقتضيه القانون و/أو اللوائح.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

التاريخ

توقيع الممثل المفوض

معلومات تسجيل الناخبين

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

نعم _____

لا _____

لا أريد الإجابة على سؤال تسجيل الناخبين

لن يؤثر التقدم للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت على مقدار المساعدة التي ستقدمها لك هذه الهيئة.

إذا كنت ترغب في المساعدة في ملء نموذج طلب تسجيل الناخبين، فسنساعدك. قرار طلب المساعدة أو قبولها هو قرارك. يمكنك ملء نموذج الطلب على انفراد.

إذا كنت تعتقد أن شخصًا ما قد تدخل في حقلك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت، أو حقلك في الخصوصية في اتخاذ قرار بشأن التسجيل أو التقدم للتصويت، أو حقلك في اختيار حزبك السياسي أو أي تفضيل سياسي آخر، فيمكنك تقديم شكوى إلى وزير الخارجية في
802, West Tower, Atlanta, GA 30334 or by calling (404) 656-2871 أو عن طريق الاتصال بالرقم (404) 656-2871

إذا لم تختار أي من الاختيارين، فسيتم اعتبارك قد قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت.

تم تضمين نسخة من طلب تسجيل الناخبين في ولاية جورجيا مع طلبات قسم خدمات الأسرة والأطفال، والتجديدات، ونماذج تغيير العناوين. يمكنك أيضًا طلب نموذج تسجيل الناخبين من المسؤل عن قضيتك. إذا أكملت طلب تسجيل الناخبين، فقدمه إلى مكتب وزير الخارجية ولاية جورجيا وفقًا للتعليمات المقدمة بشأن طلب تسجيل الناخبين.

طلب للحصول على الاستحقاقات

(احتفظ بهذه المستندات لمعلوماتك)

ماذا تعني الكلمات المستخدمة في هذا الطلب؟

يشرح هذا الرسم البياني الكلمات التي استخدمناها في هذا الطلب.

مقدم الطلب	الفرد الذي يتقدم بطلب للحصول على مساعدة أو استحقاقات عامة.
وحدة المساعدة (AU)	تشمل وحدة المساعدة الأفراد المؤهلين الذين يعيشون معًا ويتلقون المساعدة/الاستحقاقات العامة.
القائم بأعمال الرعاية	ولي الأمر أو القريب أو الوصي القانوني الذي يتقدم بطلب للحصول على وتلقي المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة التي لديها أطفال تحت رعايته أو رعايتها.
غير مؤهل	الإجراء المتخذ لإخراج فرد من قضية قسائم الطعام (SNAP) أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة لأنهم لم يقولوا الحقيقة وحصلوا على استحقاقات لم يكن يجب أن يحصلوا عليها.
تحويل الاستحقاقات الإلكترونية (EBT)	النظام المستخدم في ولاية جورجيا لدفع الاستحقاقات للأفراد المؤهلين للحصول على قسائم الطعام (SNAP). يتم إصدار بطاقة الخصم المباشر لتحويل الاستحقاقات الإلكترونية للأفراد الذين يتلقون المساعدة، والتي تُستخدم للوصول إلى حسابات قسائم الطعام (SNAP) الخاصة بهم.
التواصل الإلكتروني	لديك خيار اختيار الطريقة التي ترغب في تلقي إشعارات حول معلوماتك. إذا اخترت تلقي إشعارات بالبريد الإلكتروني أو إرسال رسائل نصية، فستتلقى رسالة تخبرك بأن لديك إشعارًا في إشعاراتي الموجودة في بوابة عملاء GA Gateway. بالنسبة للتواصل عبر البريد الإلكتروني، يجب عليك تزويدنا بعنوان بريدك الإلكتروني وقبول الشروط والأحكام الخاصة بالإشعارات غير الورقية الموجودة في بوابة عملاء GA Gateway بعد إنشاء حساب. يرجى زيارة موقع بوابة عملاء GA Gateway على www.gateway.ga.gov لتحديث إعدادات الإشعارات الخاصة بك. بالنسبة للتواصل عبر الرسائل النصية، يجب أن تزودنا برقم هاتفك. معدلات الرسائل والبيانات القياسية يمكن أن تنطبق. قد يختلف هذا باختلاف الناقلات، يرجى التحقق مع مزود الخدمة الخاص بك.
بطاقة EPPICard للخصم المباشر من ماستر كارد	نفذت ولاية جورجيا خيار دفع "إلكترونيًا" مناسبًا للمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة يسمى بطاقة EPPICard للخصم المباشر من ماستر كارد. بموجب خيار الدفع هذا، يتم إيداع الأموال في حساب المستلم في اليوم التقويمي الأول من الشهر. إذا كان اليوم الأول يقع في عطلة نهاية الأسبوع أو العطلة، يتم توفير الاستحقاقات في آخر يوم عمل من الشهر السابق. يمكن للمستلم الوصول الفوري إلى أمواله لأن الأموال يتم تحميلها إلكترونيًا على بطاقة الخصم المباشر من ماستر كارد.
قريب الحاصل على المنحة	ولي الأمر أو القريب أو الوصي القانوني الذي يتقدم بطلب للحصول على مساعدة مؤقتة للأسر المحتاجة باسمه نيابة عن الأطفال ويتلقى هذه المساعدة.
الدخل الإجمالي	إجمالي دخل الشخص قبل أخذ الضرائب أو الاقطاعات الأخرى في الاعتبار.
أفراد الأسرة	الأفراد الذين يعيشون في منزلك. بالنسبة لقسائم الطعام (SNAP)، يعيش الأفراد معًا ويشترتون وجباتهم ويجهزونها معًا.
الدخل	مدفوعات مثل الأجور والرواتب والعمولات والمكافآت وتعويضات العمال والعجز والمعاش التقاعدي واستحقاقات التقاعد والفوائد ودعم الأطفال أو أي شكل آخر من أشكال الأموال التي تحصل عليها.
قانون الإعفاء الضريبي للطبقة المتوسطة لعام 2012	يحظر هذا القانون استخدام أموال المساعدة النقدية أو بطاقات الخصم المباشر للمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة لسحب النقود أو إجراء المعاملات في الكازينوهات ومتاجر بيع الخمور ومرافق الترفيه المخصصة للبالغين وغرف اليوكر وسندات الكفالة والنادي الليلية/الصالونات/الحانات وقاعات البينغو ومسارات السباق ومؤسسات الألعاب ومتاجر الأسلحة/الذخيرة والسفن السياحية والقراء الروحانيين ومتاجر التخزين ومتاجر الشم/الثقب والمنتجات/صالونات التدليك. سيشكل استخدام أموال المساعدة النقدية أو بطاقة الخصم المباشر للمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة في هذه المؤسسات انتهاكًا متعمدًا للبرنامج (الاحتيال) من جانب المتلقي.
العمال الزراعيين المهاجرين	الأفراد الذين يعملون في المزارع الموسمية والذين ينتقلون من منزل إلى آخر للعمل أو البحث عن عمل في المزرعة.
غير المتقدم	الفرد الذي لا يتقدم بطلب للحصول على مساعدة/استحقاقات عامة أو لا يحصل عليها. لا يُطلب من غير المتقدمين تقديم رقم الضمان الاجتماعي أو الجنسية أو حالة الهجرة.

طلب للحصول على الاستحقاقات

<p>الأجنبي/المهاجر المؤهل هو شخص يقيم بشكل قانوني في الولايات المتحدة ويقع ضمن إحدى الفئات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • شخص مقبول بصفة قانونية للإقامة الدائمة (LPR) بموجب قانون الهجرة والجنسية (INA)؛ • المهاجر الأميركي بموجب البند 584 من قانون العمليات الخارجية وتمويل الصادرات واعتمادات البرامج ذات الصلة لعام 1988؛ • الشخص الذي حصل على حق اللجوء بموجب البند 208 من قانون الهجرة والجنسية؛ • اللاجئين الذين تم قبولهم بموجب البند 207 من قانون الهجرة والجنسية؛ • الشخص الذي تم قبوله كلاجئ أو حاصل على حق اللجوء بموجب البند (d)(5) 212 من قانون الهجرة والجنسية؛ • الشخص الذي يُحجب ترحيله بموجب البند (h) 243 من قانون الهجرة والجنسية كما كان ساريًا قبل 1 أبريل 1997، أو المادة (b)(3) 241 من قانون الهجرة والجنسية، بصيغته المعدلة؛ • الشخص الذي تم منحه دخولًا مشروطًا بموجب البند (a)(7) 203 من قانون الهجرة والجنسية كما كان ساريًا قبل 1 أبريل 1980؛ • المهاجرون الكوبيون والهايتيون على النحو المحدد في البند (e) 501 من قانون مساعدة تعليم اللاجئين لعام 1980؛ • ضحايا الاتجار بالبشر بموجب البند (1)(b) 107 من قانون حماية ضحايا الاتجار بالبشر لعام 2000؛ • المهاجرون الذين يتعرضون للضرب والذين يستوفون الشروط المنصوص عليها في البند (c) 431 من قانون التوفيق بين المسؤولية الشخصية وفرص العمل لعام 1996، بصيغته المعدلة؛ • المهاجرون الأفغان أو العراقيين الذين حصلوا على وضعًا خاصًا كمهاجر بموجب البند (a)(27) 101 من قانون الهجرة والجنسية (وفقًا للشروط المحددة)؛ • الهنود الأمريكيون المولودون في كندا والذين يعيشون في الولايات المتحدة بموجب البند 289 من قانون الهجرة والجنسية أو غير المواطنين من القبيلة الهندية المعترف بها فيدراليًا بموجب القسم (e) 4 من قانون المساعدة في تقرير المصير والتعليم الهندي؛ • الهونغونج أو أفراد القبائل اللاسوسية في المرتفعات الذين قدموا المساعدة للأفراد الأمريكيين من خلال المشاركة في عملية عسكرية أو إنقاذ خلال حقبة حرب فيتنام (07/05/1975 – 05/08/1964) <p>وبالنسبة لمقدمي طلبات المساعدة الطبية فقط، فإن اتفاق الارتباط الحر (COFA) من مواطني ولايات ميكرونيسيا المتحدة وجمهورية جزر مارشال وجمهورية بالاو. لا يتعين على مهاجري اتفاق الارتباط الحر الوفاء بشروط 5 سنوات.</p>	<p>الأجنبي/المهاجر المؤهل</p>
<p>النقد أو الممتلكات أو الأصول مثل الحسابات المصرفية والمركبات والأسهم والسندات والتأمين على الحياة.</p>	<p>المصادر</p>
<p>الأفراد الذين يعملون في أوقات معينة من السنة يزرعون أو يقطفون أو يحزمون المنتجات. يتم توظيفهم على أساس مؤقت عندما تتطلب الوظيفة عددًا من العمال أكثر مما تستخدمه المزرعة على أساس منتظم.</p>	<p>عمال المزارع الموسمية</p>
<p>الاتجار باستحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية يعني: (1) شراء أو بيع أو سرقة أو تبادل استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية التي يتم إصدارها والوصول إليها عبر بطاقات تحويل الاستحقاقات الإلكترونية وأرقام البطاقات وأرقام التعريف الشخصية أو عن طريق القسيمة اليدوية والتوقيع، مقابل النقد أو أي مقابل غير الطعام المؤهل، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر بالتواطؤ أو التورط مع الآخرين أو العمل بمفردهم؛ (2) تبادل الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات أو المواد الخاضعة للرقابة؛ (3) شراء منتج باستحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية التي تحتوي على حاوية تتطلب إيداعًا عائدًا بقصد الحصول على نفود عن طريق التخلص من المنتج وإعادة الحاوية للحصول على مبلغ الإيداع، والتخلص من المنتج عمدًا، وإعادة الحاوية عمدًا مقابل مبلغ الإيداع؛ (4) شراء منتج باستحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية بقصد الحصول على نفود أو مقابل غير الطعام المؤهل عن طريق إعادة بيع المنتج، إعادة بيع المنتج الذي تم شراؤه عن قصد باستحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية مقابل مبالغ نقدية أو مقابل غير الطعام المؤهل؛ (5) الشراء منتجات تم شراؤها أصلاً باستحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية مقابل مبالغ نقدية أو مقابل غير الطعام المؤهل؛ (6) محاولة شراء أو بيع أو سرقة أو التأثير بأي طريقة أخرى على تبادل استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية التي يتم إصدارها والوصول إليها عبر بطاقات تحويل الاستحقاقات الإلكترونية (EBT) وأرقام البطاقات وأرقام التعريف الشخصية (PIN) أو عن طريق القسيمة اليدوية والتوقيعات، مقابل مبالغ نقدية أو مقابل غير الطعام المؤهل، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، بالتواطؤ أو التورط مع الآخرين، أو العمل بمفرده.</p>	<p>الاتجار في برنامج قسائم الطعام (SNAP)</p>

جميع مقدمي طلبات برنامج المساعدة الطبية:

للإبلاغ عن احتيال برنامج المساعدة الطبية المشتبه به على المستلمين أو مقدمي الخدمات، اتصل بوزارة جورجيا للصحة المجتمعية - مكتب المفتش العام على (محلّيًا) 463-7590 (404) أو (الرقم المجاني) 533-0686 (800)؛ عن طريق البريد الإلكتروني على oiganonymous@dch.ga.gov؛ عن طريق البريد إلى وزارة الصحة المجتمعية، مكتب المفتش العام لنزاهة البرامج، 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303؛ أو قم بزيارة <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

طلب للحصول على الاستحقاقات

إخطار لحقوق الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA)/البند 504

مساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة

يطلب من وزارة الخدمات الإنسانية بولاية جورجيا ووزارة الصحة المجتمعية بولاية جورجيا ("الوزارات") بموجب القانون الفيدرالي* توفير فرص متساوية للأشخاص ذوي الإعاقة للمشاركة في برامج الوزارات أو الخدمات أو الأنشطة والتأهل لها. وهذا يشمل برامج مثل برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) والمساعدة الطبية.

تقدم الوزارات تعديلات معقولة عندما تكون التعديلات ضرورية لتجنب التمييز على أساس الإعاقة. على سبيل المثال، قد نقوم بتغيير السياسات أو الممارسات أو الإجراءات لتوفير فرص وصول متساوية. لضمان التواصل الفعال على قدم المساواة، نقدم للأشخاص ذوي الإعاقة أو رفاقهم من ذوي الإعاقة المساعدة في مجال التواصل، مثل مترجمي لغة الإشارة. مساعدتنا مجانية. لا يُطلب من الوزارات إجراء أي تعديل من شأنه أن يؤدي إلى تغيير جوهري في طبيعة الخدمة أو البرنامج أو النشاط أو في الأعباء المالية والإدارية غير المبررة.

كيفية طلب تعديل معقول أو مساعدة في مجال التواصل

يرجى الاتصال المسؤول عن قضيتك إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى تعديل معقول أو مساعدة في مجال التواصل أو مساعدة إضافية. على سبيل المثال، اتصل إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو خدمة للتواصل الفعال، مثل مترجم لغة الإشارة. يمكنك الاتصال بالمسؤول عن قضيتك أو الاتصال بقسم خدمات الأسرة والأطفال (DFCS) على الرقم 423-4746 (877) أو بفريق كاتي بيكيت التابع لوزارة الصحة المجتمعية (DCH) على الرقم 248-7449 (678) لتقديم طلبك. يمكنك أيضًا تقديم طلبك باستخدام نموذج طلب التعديل المعقول لقسم خدمات الأسرة والأطفال بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة، والذي يتوفر في مكتب خدمات الأسرة والأطفال المحلي أو عبر الإنترنت على <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>، أو يمكنك الحصول على نموذج طلب التعديل المعقول لقسم الصحة المجتمعية بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة من مكتب فريق كاتي بيكيت (KB) أو عبر الإنترنت على <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>، لكن ليس عليك استخدام نموذج.

كيفية تقديم شكوى

لديك الحق في تقديم شكوى إذا مارست الوزارات التمييز ضدك بسبب إعاقتك. على سبيل المثال، يمكنك تقديم شكوى تمييز إذا طلبت تعديلاً معقولاً أو مترجم لغة إشارة وتم رفضه أو لم يتم التصرف بناءً عليه في غضون فترة زمنية معقولة. يمكنك تقديم شكوى شفهيًا أو كتابيًا عن طريق الاتصال بالمسؤول عن قضيتك، أو مكتب قسم خدمات الأسرة والأطفال المحلي، أو قسم خدمات الأسرة والأطفال للحقوق المدنية، منسق قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة/البند 504 في 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303، (877) 423-4746، بالنسبة لوزارة الصحة المجتمعية، تواصل مع منسق فريق كاتي بيكيت لقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة/البند 504 على 172, Norcross, GA 30071، أو صندوق بريد 2211 Beaver Run Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071، أو صندوق بريد 172, Norcross, GA 30091، (678) 248-7449. البريد الإلكتروني لوزارة الصحة المجتمعية هو: dch.adarequests@dch.ga.gov.

يمكنك أن تطلب من المسؤول عن قضيتك نسخة من نموذج شكوى الحقوق المدنية الخاص بقسم خدمات الأسرة والأطفال، حقوق الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA)/البند 504. نموذج الشكوى متاح أيضًا على <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم شكوى بشأن التمييز، فيمكنك الاتصال بقسم خدمات الأسرة والأطفال المذكور أعلاه. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين قد يعانون من إعاقات في الكلام الاتصال بالرقم 711 للتواصل معنا. البريد الإلكتروني لشكاوى الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة المجتمعية هو: dch.adarequests@dch.ga.gov. الرابط لإجراءات الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة المجتمعية ونموذج الشكوى موجود على: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى ضد تمييز إلى الهيئة الفيدرالية المناسبة. معلومات الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS) موجودة ضمن "بيان عدم التمييز" المتضمن.

*البند 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973؛ قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 1990؛ وقانون التعديل لقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 2008 يضمن عدم تعرض الأشخاص ذوي الإعاقة للتمييز غير القانوني.

بموجب سياسة وزارة الصحة المجتمعية (DCH)، لا يمكن لبرامج المساعدة الطبية أن تحرمك من الأهلية أو الاستحقاقات بناءً على العرق أو العمر أو الجنس أو الإعاقة أو الأصل القومي أو الدين.

طلب للحصول على الاستحقاقات

لا ترسل طلبات إلى وزارة الزراعة الأمريكية أو وزارة الصحة والخدمات الإنسانية

بيان عدم التمييز

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر التمييز على وزارة الزراعة الأمريكية وهيئاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة الأمريكية أو التي تديرها على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو الثأر من نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تنفذه أو تموله وزارة الزراعة الأمريكية. البرامج التي تتلقى مساعدة مالية فيدرالية من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، مثل المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، والبرامج التي تديرها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية مباشرة محظورة أيضاً من التمييز بموجب قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وزارة الصحة والخدمات الإنسانية.

وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (مثل طريقة برايل، الطباعة بأحرف كبيرة، الأشرطة الصوتية، لغة الإشارة الأمريكية)، الاتصال بالهيئة (الحكومية أو المحلية) حيثما تقدموا بطلبات للحصول على استحقاقات. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

شكاوى الحقوق المدنية المتعلقة ببرامج وزارة الزراعة الأمريكية

تقدم وزارة الزراعة الأمريكية المساعدة المالية الفيدرالية للعديد من برامج الأمن الغذائي والحد من الجوع مثل برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) وبرنامج توزيع الأغذية على المحميات الهندية (FDPIR) وغيرها. لتقديم شكوى ضد التمييز لبرنامج ما، قم بإكمال نموذج شكوى التمييز في البرنامج، (3027-AD) الموجود على الإنترنت على https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf وفي أي مكتب من مكاتب وزارة الزراعة الأمريكية أو اكتب خطاباً موجهاً إلى وزارة الزراعة الأمريكية وقدم في الخطاب جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل بالرقم 632-9992 (866). أرسل النموذج أو الخطاب المكتمل إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

1. البريد: خدمات الغذاء والتغذية، وزارة الزراعة الأمريكية
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314
2. الفاكس: (833) 256-1665 أو (202) 690-7442؛ أو
3. الهاتف: (833) 620-1071؛ أو
4. البريد الإلكتروني: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

للحصول على أي معلومات أخرى تتعلق بقضايا برنامج المساعدة الغذائية التكميلية، يجب على الأشخاص إما الاتصال برقم الخط الساخن لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم 221-5689 (800)، والذي يوجد أيضاً باللغة الإسبانية، أو الاتصال بأرقام معلومات الولاية/الخط الساخن (انقر فوق الرابط للحصول على قائمة بأرقام الخطوط الساخنة حسب الولاية)؛ يمكن الاطلاع عليها على الإنترنت على العنوان التالي: [أرقام الخطوط الساخنة لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية](#).

شكاوى الحقوق المدنية المتعلقة ببرامج وزارة الصحة والخدمات الإنسانية

تقدم وزارة الصحة والخدمات الإنسانية المساعدة المالية الفيدرالية للعديد من البرامج لتعزيز الصحة والرفاهية، بما في ذلك برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة، وبرنامج الاستعداد للمدارس، وبرنامج المساعدة الخاص بطاقة المنزلية لمحدودي الدخل (LIHEAP)، وغيرها. إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز بسبب عرقك أو لونك أو أصلك القومي أو إعاقتك أو عمرك أو جنسك (بما في ذلك الحمل والتوجه الجنسي والهوية الجنسية)، أو الدين في البرامج أو الأنشطة التي تديرها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية مباشرة أو التي تقدم لها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية المساعدة المالية الفيدرالية، يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية (OCR) لنفسك أو لشخص آخر.

لتقديم شكوى ضد التمييز لنفسك أو لشخص آخر فيما يتعلق ببرنامج يتلقى مساعدة مالية فيدرالية من خلال وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، قم بإكمال النموذج عبر الإنترنت من خلال بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr>. يمكنك أيضاً الاتصال بمكتب الحقوق المدنية عبر البريد على: العمليات المركزية لإدارة القضايا، وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201؛ الفاكس:

619-3818 (202)؛ أو البريد الإلكتروني: OCRmail@hhs.gov. للمعالجة بشكل أسرع، نشجعك على استخدام البوابة الإلكترونية لمكتب الحقوق المدنية لتقديم الشكاوى بدلاً من تقديم الشكاوى عبر البريد. يمكن للأشخاص الذين يحتاجون إلى المساعدة في تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية إرسال بريد إلكتروني إلى مكتب الحقوق المدنية عبر OCRMail@hhs.gov أو الاتصال بمكتب الحقوق المدنية مجاناً على الرقم 1-800-368-1019، جهاز الاتصالات للصم 1-800-537-7697. بالنسبة للأشخاص الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من صعوبات في الكلام، يرجى الاتصال بالرقم 1-7-1 للوصول إلى خدمات ترحيل الاتصالات. نوفر أيضاً وسائل بديلة (مثل طريقة برايل والطباعة بأحرف كبيرة) والمساعدات الإضافية وخدمات المساعدة اللغوية مجاناً لتقديم شكوى.

هذه المؤسسة توفر الفرص على قدم المساواة.

تحت إشراف وزارة الخدمات الإنسانية (DHS)، يمكنك تقديم شكوى ضد التمييز عن طريق التواصل مع مكتب قسم خدمات الأسرة والأطفال المحلي، أو قسم خدمات الأسرة والأطفال للحقوق المدنية، منسق قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة/البند 504 في 423-4746 (877) 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303، لتدعي التمييز على أساس الكفاءة المحدودة للغة الإنجليزية، تواصل مع برنامج إتقان اللغة الإنجليزية والإعاقة الحسية التابع لإدارة الخدمات الإنسانية في

2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303 أو اتصل بالرقم 423-4746 (877).

لا ترسل طلبات إلى وزارة الزراعة الأمريكية أو وزارة الصحة والخدمات الإنسانية