

طلب للحصول على الاستحقاقات

يجب عليك تسليم الطلب المكتمل شخصيًا 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 4746-423 (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 الترجمة الفورية بلغة الإشارة في جورجيا).

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

يقدم قسم DFCS التالية:

المساعدة الغذائية

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



المساعدة النقدية/خدمات دعم العمالة

المساعدة النقدية/خدمات دعم العمالة تقدم المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) مساعدة نقدية للأسر التي لديها أطفال معالون والنساء الحوامل لفترة محددة. يُطلب من أولياء الأمور أو القائمين بالرعاية أو الأفراد الحوامل المشمولين بالمنحة المشاركة في برنامج العمل. يوفر برنامج المساعدة النقدية أيضًا مساعدة مالية للأسر اللاجئيين غير المؤهلة لبرنامج TANF.



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

المساعدة الطبية

قد يساعد برنامج Medicaid، لأولئك المؤهلين، في دفع الفواتير الطبية وزيارات الطبيب وأقساط برنامج الرعاية الطبية (Medicare). وهذا يشمل برنامج المساعدة الطبية



Pathways (Pathways Medical Assistance)

Pathways Medical Assistance هو برنامج يوفر تغطية مجانية أو مخفضة التكلفة لبرنامج Medicaid للأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 19 و 64 عامًا، والذين لديهم دخل أسري يصل إلى 100% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)، وغير مؤهلين للحصول على برنامج Medicaid والذين يستوفون متطلبات الأهلية. إذا كنت ترغب في أن يتم النظر في برنامج Pathways، فيرجى أيضًا إكمال الملحق د (D).

خدمات التوعية المجتمعية

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 طلب للحصول على الاستحقاقات؟

الخطوة 1. املا طلب التقديم.

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

الخطوة 2. قم بتسليم الطلب إلى مكتبك المحلي.

ستحتاج إلى تمزيق الصفحات من 1 إلى 2، من 17 إلى 20 والاحتفاظ بهم لنفسك.

الأسئلة الشائعة

كم من الوقت يستغرق الحصول على الاستحقاقات؟

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

كم المبلغ الذي سأحصل عليه؟

يتم تحديد مبالغ الاستحقاقات من خلال دخلك ومواردك وحجم أسرتك. سنكون قادرين على إعطائك معلومات محددة بمجرد تحديد أهليتك.

كيف سأحصل على استحقاقي؟

بالنسبة لقسائم الطعام (SNAP)، ستحصل على بطاقة التحويل الإلكتروني للاستحقاقات (EBT) للوصول إلى استحقاقتك. للحصول على استحقاقات برنامج TANF، ستحصل على بطاقة الخصم المباشر EPPIC للوصول إلى استحقاقتك. بالنسبة إلى برنامج Medicaid، ستنتقل بطاقة برنامج Medicaid لكل عضو مؤهل.

قد يُطلب منك تقديم المعلومات التالية:

- إثبات الهوية لمقدم الطلب إذا تقدم بطلب للحصول على استحقاقات برنامج قسائم الطعام (SNAP) وأو برنامج TANF. بطاقة الهوية (ID) أو رخصة القيادة (DL) أشكال مقبولة من أشكال إثبات الهوية. إثبات الهوية غير مطلوب لمقدمي الطلبات لبرامج 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 (SSN) الخاص بك أو معلومات حول حالة الهجرة.
- أرقام الضمان الاجتماعي لكل من يطلب المساعدة.
- إثبات الدخل على سبيل المثال، إيصالات الأجور، ومدفوعات إعالة الأطفال، وخطابات الدخل من المساعدات المالية. لا يلزم إثبات مدفوعات إعالة الأطفال لمقدمي طلبات المساعدة الطبية.
- إثبات النفقات مثل إيصالات رعاية الأطفال والفواتير الطبية وتكاليف النقل الطبي وتكاليف الإيجار/الرهن العقاري ومدفوعات إعالة الأطفال. تلك المعلومة غير مطلوبة لمقدمي طلبات المساعدة الطبية.

سنحاول أولاً التحقق من الجنسية/حالة الهجرة ومعلومات الدخل من خلال مصادر البيانات الإلكترونية. مستندات التحقق من الهوية 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 تقديم طلب 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 SSN أو الجنسية أو حالة الهجرة، فقد يستمر أفراد الأسرة الآخرون في الحصول على استحقاقات. إذا كنت تقدم طلب للحصول على خدمات طبية عاجلة فقط، فلا يتعين عليك تقديم رقم SSN الخاص بك أو معلومات حول حالة الهجرة.

هل يمكن لشخص آخر أن يقوم بتقديم طلب نيابة عني؟

بالنسبة إلى برنامج قسائم الطعام (SNAP) وبرنامج Medicaid، يمكنك الطلب من شخص ما أن يقوم بالتقديم نيابة عنك. بالنسبة لبرنامج TANF، يمكن لأي شخص تقديم طلب ولكن يجب مقابلة ولي الأمر أو القائم بالرعاية أو الفرد الحامل.

أرسل بريدًا أو فاكسًا أو أضر الصفحات من 3 إلى 16 من هذا الطلب إلى مكتب قسم خدمات الأسرة والأطفال المحلي (DFCS). يمكنك تحديد موقع مكتبك المحلي على <http://dfcs.georgia.gov/locations>

إذا كنت أنت أو الشخص الذي تتقدم نيابة عنه مؤهلاً للحصول على استحقاقات، فسيتم توفير استحقاقات قسائم الطعام (SNAP) من تاريخ تلقي الطلب مع اسمك وعنوانك وتوقيعك عليه. وستقدم استحقاقات برنامج TANF اعتبارًا من تاريخ الموافقة على الطلب.

إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على برنامج قسائم الطعام (SNAP) أو برنامج TANF و/أو برنامج Medicaid، 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 استحقاقات برنامج قسائم الطعام (SNAP) ودخل الضمان التكميلي (SSI) 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 DFCS التابع للمقاطعة.)

ما الذي أتقدم بطلب من أجله؟ (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 فيديراً يوفر استحقاقات شهرية للأسر ذات الدخل المنخفض للمساعدة في دفع تكلفة الغذاء. يوفر البرنامج أيضاً تنقيفاً غذائياً للأسر لتلبية احتياجاتها من الغذاء والتغذية ويوفر فرص عمل وتدريب لمساعدة الأسر على الحصول على عمل يؤدي إلى تقليل الاعتماد على برنامج SNAP.

المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)

تقدم المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) مدفوعات نقدية شهرية مؤقتة، أو مدفوعات نقدية لمرة واحدة، أو خدمات دعم أخرى، لتدعيم الأسر المؤهلة التي لديها أطفال أو الأفراد الحوامل. إذا كنت ولي أمر الطفل، أو القائم بالرعاية أو الفرد الحامل الذي يرغب في الانضمام إلى المنحة، فسوف نطلب 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 استحقاقات برنامج TANF ليكونوا مؤهلين للحصول على استحقاقات برنامج الأجداد لتربية الأحفاد.**

المساعدة النقدية للاجئين

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

برنامج Medicaid

يقدم برنامج المساعدة الطبية تغطية طبية لكبار السن والمكفوفين أو البالغين ذوي الاحتياجات الخاصة والنساء الحوامل والأطفال والأسر. عند التقديم، سننظر في جميع برامج Medicaid 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	
هل أنت بلا مأوى؟ نعم ___ أو لا ___			
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً)			
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 اللغة التي تفضلها؟	إذا كانت المقابلة مطلوبة، فهل ستحتاج إلى مترجم؟ نعم ___ أو لا ___		

قانون الأمريكيين ذوي الاحتياجات الخاصة: 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 ___؛ الهاتف النصي ___؛ الطباعة بأحرف كبيرة ___؛ التواصل الإلكتروني (البريد الإلكتروني) ___؛ طريقة برايل ___؛ خدمات ترحيل الفيديو ___؛ مترجم تلقين الكلام ___؛ المترجم شفوي ___؛ المترجم عن طريق اللمس ___؛ المكالمات الهاتفية للتذكير بالمواعيد النهائية للبرنامج ___؛ التوقيع الهاتفي (إن وجد) ___؛ المقابلة وجهاً لوجه (زيارة منزلية) ___؛ غير ذلك: ___
 هل تحتاج إلى هذا التعديل المعقول أو المساعدة في مجال التواصل لمرة واحدة ___ أو بشكل مستمر ___؟
 إذا أمكن، اشرح بإيجاز متى وإلى متى ستحتاج إلى هذا التعديل أو المساعدة؟

طلب للحصول على الاستحقاقات

لجميع مقدمي الطلبات للحصول على استحقاقات برنامج قسائم الطعام (SNAP) وبرنامج TANF وبرنامج Medicaid:

أقر وأحمل 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 وفقاً لمتطلبات برنامج قسائم الطعام (SNAP) و/أو برنامج TANF. سأبلغ أيضاً إذا تلقى أحد أفراد أسرتي مكاسب من البانصيب أو المقامرة، إذا كان المبلغ الإجمالي البالغ 4,250 دولاراً أو أكثر (قبل استقطاع 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 DFCS التابع لوزارة DHS لتقديم معلومات غير صحيحة عن علم. أفهم أنه يمكن مفاضاتي إذا قدمت معلومات خاطئة أو أخفيت معلومات. أفهم أنه إذا فشلت في إخبار قسم DFCS التابع لوزارة DHS ببعض نفقاتي أثناء عملية التقديم أو التجديد و/أو فشلت في التحقق منها، فلن يقوم قسم DFCS التابع لوزارة DHS بتضمين هذه النفقات في حساب مبلغ استحقاقات برنامج قسائم الطعام (SNAP) الخاصة بي.

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

التاريخ	التوقيع
التاريخ	توقيع الشاهد إذا تم التوقيع باستخدام "X"

الممثل المفوض:

أكمل هذا القسم فقط إذا كنت تريد من شخص أو منظمة ملء طلبك، وإكمال مقابلتك، و/أو استخدام بطاقة EBT الخاصة بك لشراء الطعام عندما لا يمكنك الذهاب إلى المتجر. يرجى اختيار لكل نوع من البرامج من الذي تريد تعيينه كممثل مفوض. يرجى اختيار الواجبات التي تريد أن يقوم بها الشخص أو المنظمة. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid، فيمكنك اختيار أكثر من شخص أو منظمة للعمل نيابة عنك.

- أنواع البرامج للممثل المفوض 1: قسائم الطعام (SNAP) برنامج TANF 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 برنامج TANF (EPPIC)

اسم الشخص 1: _____

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

العنوان: _____ المنزل: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

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

عنوان البريد الإلكتروني (اختياري) _____ هل هناك حاجة إلى مترجم فوري؟ نعم أو لا

اللغة المفضلة: _____

طلب للحصول على الاستحقاقات

- أنواع البرامج الممثل المفوض 2: قسائم الطعام (SNAP) برنامج TANF 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
- تلقى بطاقة استحقاقات برنامج TANF (EPPIC)

اسم الشخص 2: _____

اسم المنظمة 2 (إذا كان ينطبق): _____

الهاتف: _____

العنوان: _____

المنزل: _____

المدينة: _____

الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

التواصل الإلكتروني: البريد الإلكتروني: نعم لا (اختياري)

إرسال الرسائل النصية: نعم لا (اختياري)

عنوان البريد الإلكتروني (اختياري) _____

اللغة المفضلة: _____

هل هناك حاجة إلى مترجم فوري؟ نعم أو لا

قانون الأمريكيين ذوي الاحتياجات الخاصة: 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 _____؛ الهاتف النصي _____؛ الطباعة بأحرف كبيرة _____؛ التواصل الإلكتروني (البريد الإلكتروني) _____؛ طريقة برايل _____؛
خدمات ترحيل الفيديو _____؛ مترجم تلقين الكلام _____؛ مترجم شفوي _____؛ المترجم عن طريق اللمس _____؛ المكالمات الهاتفية للتذكير بالمواعيد النهائية
للبرنامج _____؛ التوقيع الهاتفي (إن وجد) _____؛ المقابلة وجهاً لوجه (زيارة منزلية) _____؛ غير ذلك: _____

هل يحتاج الممثل المفوض هذا التعديل المعقول أو المساعدة في مجال التواصل

لمرة واحدة _____ أو بشكل مستمر _____؟ إذا أمكن، اشرح بياضات 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 SNAP أو برنامج TANF، فإن قسم خدمات الأسرة والأطفال (DFCS) سيستخدم معلومات حجم الأسرة والإقامة والدخل من برنامج SNAP أو برنامج TANF، لكن قسم DFCS سيتحقق من حالة المواطنة أو الهجرة باستخدام قواعد المساعدة الطبية لاتخاذ قرار بشأن أهلية ELE لتسجيل أو تجديد تسجيل الأطفال في برنامج المساعدة الطبية أو برنامج PeachCare® للأطفال. إذا كان أطفالك مؤهلين للحصول على برنامج PeachCare® للأطفال، فقد يخضعون للأقساط. سيرسل لك قسم DFCS إشعارًا بالقرار، ويسمح لك بإجراء أي تغييرات ويسمح لك بإلغاء الاشتراك في أي وقت.

هل توافق على السماح لقسم DFCS باستخدام معلوماتك من برنامج SNAP أو برنامج TANF لاتخاذ قرار بشأن أهلية ELE للتسجيل أو تجديد لأطفالك في برنامج Medicaid 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 هو _____

2. مجموع إجمالي الدخل المكتسب الذي سيتم استلامه لهذا الشهر: _____ \$

اسم صاحب العمل _____

تاريخ بدء التوظيف _____ تاريخ انتهاء التوظيف _____

معدل الأجور _____ 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 لمرافق الكهرباء، الماء، الغاز 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 _____ الغاز _____ مكيف الهواء النافذة أو المركزي _____ زيت الكيروسين _____ الخشب _____

b. هل تلقيت مساعدة في مجال الطاقة في الأشهر الـ 12 الماضية؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، المبلغ المستلم \$ _____

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 حياتك 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) الصيغة (شهر/يوم/سنة)	هل عشت في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟	رقم تعريف الأجنبي/الشهادة/الوثيقة	نوع وثيقة الهجرة	الاسم الاسم الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط الاسم 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؟ (لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) وبرنامج TANF 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 1996/22/8؟ (لبرنامج قسائم 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؟ (لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) وبرنامج TANF فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، من ترك وظيفته؟ _____
لماذا ترك/تركت الوظيفة؟ _____

4. هل هناك امرأة حامل؟ (لا ينطبق هذا السؤال على المتقدمين لبرنامج قسائم الطعام (SNAP)) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم،

اسم المرأة الحامل: _____
ما هو الموعد المقدر للولادة؟ _____؛ وكم عدد الأطفال المتوقعين؟ _____

إذا كانت الإجابة لا، فهل أنجب أي شخص في المنزل أو تم إنهاء الحمل خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم،

اسم المرأة الحامل: _____
ما هو تاريخ الولادة/إنهاء الحمل؟ _____؛ وكم عدد الأطفال المولودين/المتوقعين؟ _____

* بالنسبة لمقدمي الطلبات لبرنامج TANF فقط، يرجى تقديم ما يلي:

اسم والد الجنين: _____ عنوان الأب: _____

طلب للحصول على الاستحقاقات

5. بالنسبة لمقدمي الطلبات لبرنامج Medicaid، 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 Medicaid.
6. هل تم استبعاد أي شخص من برنامج قسائم الطعام (SNAP) أو برنامج TANF؟ (لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) وبرنامج TANF فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____
أين: _____
7. هل يفر أي شخص لتجنب المحاكمة أو السجن لارتكابه جنائية؟ (لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) وبرنامج TANF برنامج) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**، من: _____
8. قام أي شخص بانتهاك شروط المراقبة أو الإفراج المشروط؟ (لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) وبرنامج TANF 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 1996/22/8 (لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) وبرنامج TANF فقط) أو جنائية عنف (لبرنامج TANF فقط)؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____ متى: _____
- a. هل أنت ملتزم بشروط المراقبة المتعلقة بأي حكم صدر نتيجة إدانة في جنائية مخدرات؟ (لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا
- b. هل أنت ملتزم بشروط الإفراج المشروط المتعلقة بأي حكم صادر نتيجة إدانة بجنائية مخدرات؟ (لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا
- c. هل أكملت بنجاح **جميع** شروط المراقبة أو الإفراج المشروط المتعلقة بأي إدانة تتعلق بالمخدرات؟ (لبرنامج قسائم 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 1996/22/8؟ (لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____ متى: _____
11. هل تمت إدانتك أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة بشراء أو بيع استحقاقات قسائم الطعام (SNAP) أكثر من 500 دولار بعد 1996/22/8؟ (لبرنامج قسائم 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 برنامج قسائم الطعام (SNAP) مقابل أسلحة، أو ذخيرة، أو متفجرات بعد 1996/22/8؟ (لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____
متى: _____

طلب للحصول على الاستحقاقات

13. هل تمت إدانتك أو أي فرد من أفراد أسرتك كشخص بالغ بتهمة الاعتداء الجنسي المشدد، القتل والاستغلال الجنسي وغير ذلك من أشكال إساءة معاملة الأطفال، وهي جريمة فيدرالية أو تابعة للولاية تنطوي على الاعتداء الجنسي، أو جريمة بموجب قانون الولاية يقرر المدعي العام أنها متشابهة إلى حد كبير لمثل هذه الجريمة، بعد 2014/7/2؟ (لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____ متى: _____

- a. هل تلتزم بشروط الاختبار المتعلقة بأي عقوبة يتم تلقيها نتيجة للإدانة بجناية؟ (لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا
- b. هل أنت ملتزم بشروط الإفراج المشروط المتعلقة بأي حكم صادر نتيجة إدانة جنائية؟ (لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا
- c. هل أكملت بنجاح جميع شروط المراقبة أو الإفراج المشروط المتعلقة بأي إدانة جنائية؟ (لبرنامج قسائم 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 برنامج TANF أو بطاقة EPPIC في المؤسسات التالية، متاجر الخمر، الكازينوهات، غرف البوكر، أعمال الترفيه للبالغين، سندات الكفالة، النوادي الليلية، الصلونات/الحانات، قاعات البينغو، مسارات السباق، متاجر الأسلحة/الذخيرة، السفن السياحية، القراء الروحانيين، متاجر التدخين، متاجر الوشم/الثقب، والمنتجات/صالونات التدليك؟ (لبرنامج TANF 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/التقاعدي لعمال السكك الحديدية أو إعاقة أخرى أو المعاشات التقاعدية أو البطالة أو أي دخل آخر؟ بالنسبة لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) وبرنامج TANF، يرجى أيضًا سرد الدخل مثل: الدخل من شؤون المحاربين القدامى (VA)، إعالة الأطفال، أموال من أشخاص آخرين أو تعويضات العمل. إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

اسم فرد الأسرة ذو الدخل	نوع الدخل	اسم صاحب العمل/مصدر الدخل	المبلغ الشهري (قبل الاقتطاعات)	عدد مرات الاستلام (شهريًا، كل أسبوعين، أسبوعيًا)	الأجر مقابل ساعات العمل	ساعات العمل في الأسبوع	تاريخ الدفع (تواريخ)

هل هناك أي شخص في حالة إضراب حاليًا؟ نعم لا

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 برنامج TANF، قم بإدراج جميع المصادر لجميع أفراد الأسرة ومقدمي طلبات برنامج Medicaid الذين تبلغ أعمارهم (65 عامًا أو أكبر) أو المكفوفين أو المعاقين (إعاقاة دائمة تمنعك من العمل)

هل تمتلك أنت أو أي شخص تتقدم بطلب من أجله أي مصادر؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إكمال المعلومات أدناه (قم باختيار جميع الموارد (الأصول) المملوكة لك أو لشريك حياتك أو المعالين أو المملوكة بالاشتراك مع شخص آخر. قم بإرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر).

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | خطط الجنازة/عناصر الدفن المدفوعة مسبقًا | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | الحسابات الجارية |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | مواقع الدفن أو العقود | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | حسابات التوفير |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | الأسهم والسندات | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | السندات الحكومية |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | غير ذلك (حساب التقاعد الفردي (IRA)، شهادات الإيداع (CD)، وما إلى ذلك) | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | الصناديق الاستثمارية |
| | | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | الأماكن العقارية/ملكية أراضي المنازل؟ |

هل تملك أنت أو شريك حياتك 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 البوليصة	القيمة	اسم البنك، شركة التأمين، إلخ.

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

فرد الأسرة الذي يمتلك مركبة	العلامة التجارية للمركبة	الطراز	العام	المبلغ المستحق

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

صاحب البوليصة	شركة التأمين	رقم البوليصة	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 ذوي الاحتياجات الخاصة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

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

هل تدفع نفقات وسائل النقل لطفل معال أو فرد من أفراد الأسرة البالغين ذوي الاحتياجات الخاصة؟ نعم لا

هل هذه النفقات مدرجة في نفقات رعاية المعالين؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة لا، يرجى الإجابة على هذا السؤال: مجموع الأيام التي يتم قيادتها أسبوعيًا: _____

طلب للحصول على الاستحقاقات

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

عضو الأسرة الملتزم بالدفع	اسم الطفل الذي يتم دفع الإعالة من أجله	المبلغ الملتزم بدفعه	المبلغ الفعلي المدفوع	إلى من يُدفع إعالة الأطفال؟

أخبرنا أكثر عن نفقات مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة (اختياري لمقدمي الطلبات لبرنامج Medicaid)

هل لدى أي شخص يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر أو ذو احتياجات خاصة 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 المبلغ مستحقًا؟ نعم/لا	تاريخ الدفع	هل سيغطيها التأمين؟ نعم/لا

هل لدى أي شخص يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر أو ذو احتياجات خاصة نفقات طبية لوسائل النقل؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

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

هل تتحمل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك 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 Medicaid.

معلومات مقدم الإقرارات الضريبية

1. هل يخطط أي شخص في الأسرة لتقديم إقرار ضريبية الدخل الفيدرالية العام المقبل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فمن؟ (قم بإدراج كل شخص يعتزم التقديم).

2. هل سيقوم أي من مقدمي الإقرارات الضريبية المدرجين بالتقديم المشترك مع شريك الحياة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر اسم شريك الحياة:

3. هل سيطالب أي من مقدمي الإقرارات الضريبية بأي معالين في إقرارهم الضريبي؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر اسم (أسماء) المعالين:

4. 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 الدفع.

النفقة المدفوعة \$ _____ كم مرة؟ فائدة قرض الطالب \$ _____ كم مرة؟

أقساط التأمين الصحي، خطة K401، واقتطاعات أخرى قبل خصم 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 كانت الإجابة نعم على السؤال 4 أعلاه، يرجى إكمال المعلومات التالية والملحق أ (A):

اسم صاحب البوليصة	اسم شركة التأمين الصحي وعنوانها ورقم الهاتف	نوع التغطية (مستشفى، مكمل لبرنامج Medicare، أدوية، تأمين طبي رئيسي)	أسماء الأشخاص المشمولين	تاريخ السريان	رقم البوليصة

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 ولي الأمر أو شريك الحياة.

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فأنت بحاجة إلى إكمال الملحق أ (A).

هل هذه خطة استحقاقات 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. إذا كانت الإجابة نعم، لماذا فقدت؟ _____

b. لا

4. هل تقدم أي شخص في رعاية التبني في سن 18 بطلب لبرنامج Medicaid؟ نعم لا

5. هل أي شخص في منزلك من سكان أمريكا أو ألاسكا الأصليين؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الملحق ب (B).

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

1. هل أي شخص يتقدم بطلب للحصول على تغطية صحية أعمى أو ذو احتياجات خاصة؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إدراج الاسم: _____

2. هل أنت أو شريك حياتك مشمولان حاليًا في برنامج Medicare؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر الاسم: _____

3. هل تتقدم بطلب لبرنامج Medicaid 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 SSI: _____

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

نعم لا

5. هل تتقدم بطلب لبرنامج Medicaid للمساعدة في دفع تكاليف الرعاية لشخص موجود في دار لرعاية المسنين؟

نعم لا

6. هل تتقدم بطلب لبرنامج Medicaid لشخص يزيد عمره عن 18 عامًا توقف شريك دخل SSI الخاص به؟

نعم لا

7. هل تتقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid للمساعدة في الدفع مقابل خدمات الإغفاء المجتمعية مثل خدمات الرعاية المجتمعية (Community Care Services)، برنامج الإغفاء من

الفرص الجديدة (NOW)/برنامج الإغفاء من الدعم الشامل (COMP)، الرعاية في مرحلة الاحتضار (Hospice Care)، الإغفاء من رعاية المستقلين (Independent Care Waiver)، أو

ترجيح الإغفاء (Katie Beckett) (Deeming Waiver)؟

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 أسرته.
- لا تستخدم قسائم الطعام (SNAP) أو بطاقات EBT 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 EBT من أجل الأصناف 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 **250,000** 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، وستين للمخالفة الثانية، وبشكل دائم للمخالفة الثالثة.

إذا وجدت المحكمة القانونية 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 القانونية 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 القانونية 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 استحقاقات متعددة لبرنامج قسائم طعام (SNAP)، ستكون أنت أو ذلك الفرد غير مؤهلًا للمشاركة في برنامج قسائم الطعام (SNAP) لمدة **10** سنوات.

عقوبات برنامج TANF

في برنامج TANF، 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 TANF لمدة ستة أشهر عند المخالفة الأولى، واثني عشر شهرًا عند المخالفة الثانية وبشكل دائم عند المخالفة الثالثة. إساءة استخدام أموال المساعدة النقدية أو بطاقة الخصم المباشر لبرنامج TANF لسحب النقود أو إجراء معاملات في الكازينوهات ومتاجر بيع الخمر ومرافق الترفيه المخصصة للبالغين "نوادي التعري" وغرف البوكر وسندات الكفالة والنوادي الليلية/الصالونات/الحانات، قاعات البينغو ومسارات السباق ومؤسسات الألعاب ومخازن الأسلحة/الذخيرة وسفن الرحلات البحرية والقراء الروحانيين ومتاجر التدخين ومتاجر الوشم/الثقب ومنتجات السبا/صالونات التدليك ممنوعة تمامًا وستؤدي إلى فقدان استحقاقات برنامج TANF ستة أشهر للمخالفة الأولى واثني 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 استحقاقات برنامج TANF لمدة **6** أشهر للمخالفة الأولى، و **12** شهرًا للمخالفة الثانية وبشكل دائم للمخالفة الثالثة.
- إذا وجدت المحكمة القانونية 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 منعك لمدة **10** سنوات.
- إذا أدانتك محكمة بتهمة متعلقة بالمخدرات أو مادة خاضعة للرقابة أو جريمة عنف خطيرة في 1997/1/1 أو بعد ذلك، فلن تكون أنت أو هذا الفرد مؤهلًا و/أو غير مؤهل بشكل دائم.

لجميع مقدمي الطلبات لبرنامج Medicaid:

للإبلاغ عن الاحتيال في برنامج Medicaid المشتبه به على المستلمين أو مقدمي الخدمات، اتصل بوزارة الصحة المجتمعية لولاية جورجيا - مكتب المفتش العام على (محلّيًا) 463-7590 (404) أو (الرقم المجاني) 533-0686 (800)؛ عن طريق البريد الإلكتروني على oiqanonymous@dch.ga.gov؛ عن طريق البريد إلى (وزارة الصحة المجتمعية، مكتب المفتش العام لنزاهة البرامج) Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334، أو قم بزيارة <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

طلب للحصول على الاستحقاقات

لجميع مقدمي الطلبات للحصول على استحقاقات برنامج قسائم الطعام (SNAP) وبرنامج TANF وبرنامج Medicaid:

أقر وأتأمل 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 (مواطنين) 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 وفقاً لمتطلبات برنامج قسائم الطعام (SNAP) و/أو برنامج TANF. سأبلغ أيضاً إذا تلقى أحد أفراد أسرتي مكاسب من البانصيب أو المقامرة، إذا كان المبلغ الإجمالي البالغ 4,250 دولارًا أو أكثر (قبل استقطاع 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 استحقاقات، وقد أتعرض لملاحقة جنائية أو استبعاد من برامج قسم DFCS التابع لوزارة DHS لتقديم معلومات غير صحيحة عن علم. أفهم أنه يمكن مقاضاتي إذا قدمت معلومات خاطئة أو أخفيت معلومات. أفهم أنه إذا فشلت في إخبار قسم DFCS التابع لوزارة DHS ببعض نفقاتي أثناء عملية التقديم أو التجديد و/أو فشلت في التحقق منها، فلن يقوم قسم DFCS التابع لوزارة DHS بتضمين هذه النفقات في حساب مبلغ استحقاقات لبرنامج SNAP.

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

التاريخ	توقيع مقدم الطلب
التاريخ	توقيع الممثل المفوض

معلومات تسجيل الناخبين

إذا لم تكن مسجلاً 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 شخصاً ما قد تدخل في حقك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت، أو حقك في الخصوصية في اتخاذ قرار بشأن التسجيل أو التقدم للتصويت، أو حقك في اختيار حزبك السياسي أو أي تفضيل سياسي آخر، فيمكنك تقديم شكوى إلى وزير الخارجية في 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 أو عن طريق الاتصال بالرقم 656-2871 (404).

إذا لم تختَر 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 DFCS، والتجديدات، ونماذج تغيير العناوين. يمكنك أيضاً طلب نموذج تسجيل الناخبين من المسؤول عن ملفك. إذا أكملت طلب تسجيل الناخبين، فقدمه إلى مكتب وزير الخارجية في ولاية جورجيا وفقاً 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 طلب التقديم.

مقدم الطلب	الفرد الذي يتقدم بطلب للحصول على مساعدة أو استحقاقات عامة.
وحدة المساعدة (AU)	تضم وحدة المساعدة الأفراد المؤهلين الذين يعيشون معاً، بما في ذلك الفرد الحامل والطفل الذي لم يولد بعد، ويتلقون المساعدة/الاستحقاقات العامة.
القائم بأعمال الرعاية	ولي الأمر أو الفرد الحامل أو القريب أو الوصي القانوني الذي يتقدم بطلب لبرنامج TANF ويتلقى الاستحقاقات مع أطفال في رعايته، بما في ذلك الطفل الذي لم يولد بعد.
غير مؤهل	الإجراء المتخذ لإخراج فرد من ملف قضية برنامج قسائم الطعام (SNAP) أو برنامج TANF لأنهم لم يقولوا الحقيقة وحصلوا على استحقاقات لم يكن يجب أن يحصلوا عليها.
التحويل الإلكتروني للاستحقاقات (EBT)	النظام المستخدم في ولاية جورجيا لدفع الاستحقاقات للأفراد المؤهلين للحصول على قسائم الطعام (SNAP). يتم إصدار بطاقة الخصم المباشر EBT 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 إشعاراً في إشعاراتي (My Notices) الموجودة في بوابة العملاء الإلكترونية GA Gateway. بالنسبة للتواصل عبر البريد الإلكتروني، يجب عليك تزويدنا بعنوان بريدك الإلكتروني وقبول الشروط والأحكام الخاصة بالإشعارات غير الورقية الموجودة في بوابة العملاء الإلكترونية GA Gateway بعد إنشاء حساب. يرجى زيارة موقع بوابة العملاء الإلكترونية GA Gateway على www.gateway.ga.gov لتحديث إعدادات الإشعارات الخاصة بك. بالنسبة للتواصل عبر الرسائل النصية، يجب أن تزودنا برقم هاتفك. الرسائل القياسية ومعدلات البيانات يمكن أن تتطبق. قد يختلف هذا باختلاف الناقلات، يرجى التحقق مع مقدم الخدمة الخاص بك.
بطاقة EPPICard للخصم المباشر من ماستر كارد	نفذت ولاية جورجيا خيار دفع "إلكترونيًا" مناسبًا للواصلين على استحقاقات برنامج TANF 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 لمتلقي الاستحقاقات الوصول الفوري إلى أمواله لأن الأموال يتم إرسالها إلكترونياً على بطاقة الخصم المباشر من ماستر كارد.
قريب الحاصل على المنحة	ولي الأمر أو الفرد الحامل أو القريب أو الوصي القانوني الذي يتقدم بطلب لبرنامج TANF ويحصل على الاستحقاقات باسمه نيابة عن الأطفال، بما في ذلك الطفل الذي لم يولد بعد.
الدخل الإجمالي	إجمالي دخل الشخص قبل أخذ الضرائب أو الاقطاعات الأخرى في الاعتبار.
فرد بلا مأوى	الفرد الذي يفترق إلى إقامة ليلية ثابتة ومنتظمة أو الفرد الذي تكون إقامته الليلية الأساسية هي: <ul style="list-style-type: none"> • مأوى خاضع للإشراف مصمم لتوفير أماكن إقامة مؤقتة (مثل فندق الرعاية الاجتماعية أو المأوى الجماعي)؛ • منزل انتقالي أو مؤسسة مماثلة توفر الإقامة المؤقتة للأفراد الذين يمكن احتجازهم في مؤسسة؛ • إقامة مؤقتة لمدة لا تزيد عن 90 يوماً في منزل فرد آخر؛ أو • مكان غير مصمم، أو لا يُستخدم عادة كمسكن منتظم للبشر (ممر أو محطة حافلات أو ردهة أو أماكن مماثلة).
أفراد الأسرة	الأفراد الذين يعيشون في منزل. بالنسبة لبرنامج قسائم الطعام (SNAP)، يعيش الأفراد معاً ويشتركون وجباتهم ويجهزونها معاً.
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 لبرنامج TANF لسحب النقود أو إجراء المعاملات في الكازينوهات ومتاجر بيع الخمور ومرافق الترفيه المخصصة للبالغين وغرف البوكر وسندات الكفالة والنوادي الليلية/الصالونات/الحدائق وقاعات البنغو ومسارات السباق ومؤسسات الألعاب ومتاجر الأسلحة/الذخيرة والسفن السياحية والقراء الروحانيين ومتاجر التدخين ومتاجر الوشم/الثقب والمنتجات/صالونات التديك. سيشكل استخدام أموال المساعدة النقدية أو بطاقة الخصم المباشر لبرنامج TANF في هذه المؤسسات انتهاكاً متعمداً للبرنامج (الاحتيايل) من جانب متلقي الاستحقاقات.
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

الأجنبي/المهاجر المؤهل	الأجنبي/المهاجر المؤهل
<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)؛ • مهاجر من أصل أمريكي واسيوي 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 INA؛ • اللاجئون الذين تم قبولهم بموجب البند 207 من قانون INA؛ • الشخص الذي تم قبوله كلاجئ أو حاصل على حق اللجوء بموجب البند (d)(5) 212 من قانون INA؛ • الشخص الذي يُحجب ترحيله بموجب البند (h) 243 من قانون INA كما كان ساريًا قبل 1 أبريل 1997، أو البند (b)(3) 241 من قانون INA، بصيغته المعدلة؛ • الشخص الذي تم منحه دخولًا مشروطًا بموجب البند (a)(7) 203 من قانون INA كما كان ساريًا قبل 1 أبريل 1980؛ • المهاجرون الكوبيون أو الهايتيون على النحو المحدد في البند (e) 501 من قانون مساعدة تعليم اللاجئين لعام 1980؛ • ضحايا الاتجار بالبشر بموجب البند (1) 107(b) 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 العراقيون الذين حصلوا على وضعًا خاصًا كمهاجر بموجب البند (a)(27) 101 من قانون INA (وفقًا للشروط المحددة)؛ • الهنود الأمريكيون المولودون في كندا والذين يعيشون في الولايات المتحدة بموجب البند 289 من قانون INA أو غير المواطنين من القبيلة الهندية المعترف بها فيدراليًا بموجب البند (e) 4 من قانون المساعدة في تقرير المصير والتعليم الهندي؛ • الهونغونج أو أفراد القبائل اللاوسية في المرتفعات الذين قدموا المساعدة للأفراد الأمريكيين من خلال المشاركة في عملية عسكرية أو إنقاذ خلال حقبة حرب فيتنام (1964/05/8 – 1975/07/5). <p>وبالنسبة لمقدمي الطلبات للمساعدة الطبية فقط، فإن اتفاق الارتباط الحر (COFA) من مواطني ولايات ميكرونيسيا المتحدة وجمهورية جزر مارشال وجمهورية بالاو. لا يتعين على مهاجري COFA الوفاء بشروط الـ 5 سنوات.</p>	<p>النقد أو الممتلكات أو الأصول مثل الحسابات المصرفية والمركبات والأسهم والسندات والتأمين على الحياة.</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 SNAP يعني: (1) شراء أو بيع أو سرقة أو تبادل استحقاقات برنامج SNAP التي يتم إصدارها والوصول إليها عبر بطاقات EBT 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 النخيرة أو المتفجرات أو المواد الخاضعة للرقابة؛ (3) شراء منتج باستحقاقات برنامج SNAP 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 SNAP بقصد الحصول على نفود أو مقابل غير الطعام المؤهل عن طريق إعادة بيع المنتج، وإعادة بيع المنتج الذي تم شراؤه عن قصد باستحقاقات برنامج SNAP مقابل مبالغ نقدية أو مقابل غير الطعام المؤهل؛ (5) الشراء منتجات تم شراؤها أصلاً باستحقاقات برنامج SNAP مقابل مبالغ نقدية أو مقابل غير الطعام المؤهل؛ (6) محاولة شراء أو بيع أو سرقة أو التأثير بأي طريقة أخرى على تبادل استحقاقات برنامج SNAP التي يتم إصدارها والوصول إليها عبر بطاقات التحويل الإلكتروني للاستحقاقات (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>

إخطار بحقوق الأمريكيين ذوي الاحتياجات الخاصة (ADA)/البند 504

المساعدة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة

يُطلب من وزارة الخدمات الإنسانية بولاية جورجيا ووزارة الصحة المجتمعية بولاية جورجيا ("الوزارات") بموجب القانون الفيدرالي* توفير فرص متساوية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة للمشاركة في برامج الوزارات أو الخدمات أو الأنشطة والتأهل لها. وهذا يشمل البرامج مثل برنامج SNAP، وبرنامج 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 الاحتياجات الخاصة أو رفاقهم من ذوي الاحتياجات الخاصة المساعدة في مجال التواصل، مثل مترجمي لغة الإشارة. مساعدتنا مجانية. لا يُطلب من الوزارات إجراء أي تعديل من شأنه أن يؤدي إلى تغيير جوهرى 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 بالمسؤول عن ملفك 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 ملفك أو الاتصال بقسم DFCS على الرقم 423-4746 (877) أو بفريق Katie Beckett (KB) التابع لوزارة DCH على الرقم 678-248-7449 لتقديم طلبك. يمكنك أيضًا تقديم طلبك باستخدام نموذج طلب التعديل المعقول لقسم DFCS بموجب قانون ADA، والذي يتوفر في مكتب DFCS أو عبر الإنترنت على <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>، أو يمكنك الحصول على نموذج طلب التعديل المعقول في مكتب فريق KB التابع لوزارة DCH بموجب قانون ADA أو عبر الإنترنت على <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programmes/tefrakatie-beckett.DCH.ADAassistance@dch.ga.gov>.

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 ملفك، أو مكتب DFCS المحلي، أو مكتب DFCS للحقوق المدنية، منسق قانون ADA/البند 504 في 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334، الرقم 423-4746 (877). بالنسبة لوزارة DCH، اتصل بمنسق قانون ADA/البند 504 لفريق KB على 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071، الرقم 172، Norcross, GA 30091، البريد الإلكتروني لوزارة DCH هو: dch.adarequests@dch.ga.gov.

يمكنك أن تطلب من المسؤول عن ملفك نسخة من نموذج شكوى الحقوق المدنية الخاص بقسم DFCS. 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 بموظفي قسم DFCS 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 DCH هو: dch.adarequests@dch.ga.gov. الرابط لإجراءات الحقوق المدنية التابع لوزارة DCH ونموذج الشكوى موجود على: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى ضد التمييز 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 الاحتياجات الخاصة لعام 1990؛ وقانون التعديل لقانون الأمريكيين ذوي الاحتياجات الخاصة لعام 2008 يضمن عدم تعرض الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة 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.

بيان عدم التمييز

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر التمييز على وزارة الزراعة USDA وهيئاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة USDA 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 USDA. البرامج التي تتلقى مساعدة مالية فيدرالية من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، مثل المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، والبرامج التي تديرها وزارة HHS مباشرة محظورة أيضاً من التمييز بموجب قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وزارة HHS.

وينبغي للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة 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 USDA 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 USDA

تقدم وزارة USDA 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، (AD-3027) الموجود على الإنترنت على USDA 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 USDA عن طريق:

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

للحصول على أي معلومات أخرى تتعلق بمشكلات برنامج SNAP، يجب على الأشخاص إما الاتصال برقم الخط الساخن لبرنامج SNAP التابع لوزارة USDA على الرقم 221-5689 (800)، والذي يوجد أيضاً باللغة الإسبانية، أو الاتصال [بأرقام معلومات الولاية/الخط الساخن](http://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf) (انقر فوق الرابط للحصول على قائمة بأرقام الخطوط الساخنة حسب الولاية)؛ يمكن الاطلاع عليها على الإنترنت على العنوان التالي: [أرقام الخطوط الساخنة لبرنامج SNAP](http://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf).

شكاوى الحقوق المدنية المتعلقة ببرامج وزارة HHS

تقدم وزارة HHS المساعدة المالية الفيدرالية للعديد من البرامج لتعزيز الصحة والرفاهية، بما في ذلك برنامج TANF، وبرنامج الاستعداد للمدارس (Head Start)، وبرنامج المساعدة الخاص بالطاقة 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 HHS مباشرة أو التي تقدم لها وزارة HHS 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 HHS، قم بإكمال النموذج عبر الإنترنت من خلال بوابة شكاوى مكتب OCR على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. يمكنك أيضاً التواصل مع مكتب OCR عبر البريد على: (العمليات المركزية لإدارة القضايا، وزارة والخدمات الإنسانية الأمريكية) Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201؛ أو البريد الإلكتروني: OCRmail@hhs.gov. للمعالجة بشكل أسرع، نشجعك على استخدام البوابة الإلكترونية لمكتب OCR 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 OCR عبر OCRMail@hhs.gov أو الاتصال بمكتب OCR مجاناً على الرقم 1-800-368-1019، جهاز الاتصالات للمدني 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 DFCS المحلي، أو قسم DFCS للحقوق المدنية، منسق قانون ADA/البند 504 في (وزارة الخدمات الإنسانية في جورجيا، مكتب المستشار العام) Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334. بالنسبة للشكاوى التي تدعي التمييز على أساس الكفاءة المحدودة للغة الإنجليزية، اتصل ببرنامج الإلتقان المحدود للغة الإنجليزية والضعف الحسي لوزارة DHS في (وزارة الخدمات الإنسانية في جورجيا، مكتب المستشار العام) Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334. الرقم 423-4746 (877).

لا ترسل طلبات إلى وزارة USDA أو وزارة HHS