وزارة الخدمات الإنسانية في ولاية جورجيا
نموذج التجديد لبرامج SNAP/MEDICAID/TANF

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 ومكفوف أو تواجه صعوبة في التحدث، يمكنك الاتصال بنا على الرقم أعلاه عن طريق الاتصال بالرقم 711 (خدمات ترحيل الاتصالات في جورجيا).

للاستخدام المكتبي فقط: تاريخ الاستلام _____ رقم تعريف العميل _____ تاريخ البدء: _____ البرامج التي بدأت: ☐ برنامج TANF ☐ برنامج SNAP ☐ برنامج Medicaid

إذا كنت تقوم بإعادة التقديم للحصول على إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو تجديد إعانات برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو برنامج المساعدة الطبية (Medicaid)، فيمكنك تقديم نموذج التجديد/الطلب هذا باسمك وعنوانك وتوقيعك فقط. **ومع ذلك، سوف يساعدنا في معالجة طلبك وإعادة التصديق/التجديد بسرعة أكبر إذا قمت بإكمال النموذج بأكمله وتوفير إثبات للمعلومات، إذا طُلب ذلك.** يمكنك استخدام هذا النموذج لتقديم طلب تجديد/طلب مشترك لبرامج SNAP/Medicaid و/أو برنامج TANF أو لبرنامج SNAP فقط. لن يتم إنهاء تجديد برنامج SNAP الخاص بك فقط على أساس رفض/إنهاء تجديدك/طلبك لبرنامج آخر. سنقوم باتخاذ قرار منفصل بشأن أهليتك لتجديد برنامج SNAP.

يرجى كتابة اسم وعنوان الشخص الذي يعيد التقدم بطلب للحصول على الإعانات في المساحة أدناه:

اسم العميل:	تاريخ الميلاد:	رقم الضمان الاجتماعي: (اختياري لغير مقدمي الطلبات*)
هل أنت بلا مأوى؟ نعم _____ لا _____		*راجع حالة الهجرة والمواطنة وأرقام الضمان الاجتماعي أدناه.
عنوان الشارع:		
العنوان البريدي:		
رقم الهاتف الرئيسي:		رقم الاتصال الآخر:
التواصل الإلكتروني: البريد الإلكتروني: نعم _أو لا _____(اختياري) إرسال الرسائل النصية: نعم _____أو لا _____ _____(اختياري)		عنوان البريد الإلكتروني: (اختياري)
ما اللغة التي تفضلها؟		إذا كانت المقابلة مطلوبة، فهل ستحتاج إلى مترجم فوري؟ 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 كانت الإجابة نعم، يرجى وصف التعديل المعقول أو المساعدة في الاتصال التي تطلبها):

مترجم لغة الإشارة_____؛ الهاتف النصي (TTY)_____؛ الكتابة بأحرف كبيرة_____؛ التواصل الإلكتروني (البريد الإلكتروني)_____؛ طريقة برايل_____؛ خدمات الترحيل للفيديو_____؛ مترجم تلقين الكلام_____؛ مترجم شفوي_____؛ مترجم لمسي_____؛ المكالمات الهاتفية للتذكير بالمواعيد النهائية للبرنامج_____؛ التوقيع الهاتفي (إن أمكن)_____؛ مقابلة وجهًا 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؟

أقر وأتحمل عقوبة الحنث باليمين على حد علمي واعتقادي أن الشخص (الأشخاص) الذي أتقدم بطلب للحصول على الإعانات من أجلهم هو/هم مواطن أمريكي (مواطنون أمريكيون) 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 (DFCS) التابع لوزارة الخدمات الإنسانية (DHS) ووزارة الصحة المجتمعية (DCH) والهيئات الفيدرالية المرخصة قد تتحقق من المعلومات التي أقدمها بشأن هذا الطلب. ويمكن الحصول على المعلومات من أرباب الأعمال السابقين أو الحاليين. أفهم أن معلوماتي ستُستخدم لتتبع معلومات الأجور ومشاركتي في أنشطة العمل.

سأبلغ عن أي تغيير في وضعي وفقًا لمتطلبات برنامج SNAP/برنامج Medicaid و/أو برنامج TANF. سأبلغ أيضًا إذا تلقى أحد أفراد أسرتي مكاسب من اليانصيب أو المقامرة، إذا كان المبلغ الإجمالي البالغ 4500 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 إعاناتي، 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 تأكيد صحتها، فلن يقوم قسم DFCS التابع لوزارة DHS بتضمين هذه النفقات في حساب مبلغ إعاناتي 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 الإعانات. من خلال تقديم أي معلومات شخصية إلينا، فإنك توافق على أنه يجوز لنا جمع واستخدام والكشف عن أي من هذه المعلومات الشخصية وفقًا لسياسات وإجراءات وزارة DHS ووفقًا لما يسمح به أو يقتضيه القانون و/أو اللوائح.

التوقيع: التاريخ

توقيع الشاهد إذا تم التوقيع باستخدام "X" التاريخ

برنامج Pathways للمساعدة الطبية (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 إعانات برنامج Medicaid والذين يستوفون متطلبات الأهلية. إذا كنت ترغب في أن تؤخذ في الاعتبار لبرنامج Pathways، فيرجى أيضًا إكمال الملحق د (D).

الممثل المفوض:

أكمل هذا القسم فقط إذا كنت تريد أن يقوم شخص أو منظمة بملء طلبك/تجديده، أو استكمال مقابلتك للحصول على برنامج SNAP أو برنامج TANF، و/أو استخدام بطاقة التحويل الإلكتروني للإعانات (EBT) لبرنامج SNAP لشراء الطعام عندما لا تتمكن من 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 إعانات برنامج Medicaid، فيمكنك اختيار أكثر من شخص أو منظمة للتقديم على المساعدة الطبية نيابة عنك.

أنواع البرامج للممثل المفوض 1: برنامج SNAP ❑ برنامج TANF ❑ المساعدة الطبية ❑
مهام الممثل المفوض 1: التوقيع على الطلب نيابة عن مقدم الطلب ❑ إكمال نموذج التجديد وإرساله ❑ استلام نسخًا من الإشعارات ووسائل الاتصال الأخرى ❑
التصرف نيابة عن مقدم الطلب في جميع الأمور الأخرى ❑ استلام بطاقة إعانات برنامج TANF (بطاقة الخصم المباشر Way2Go) ❑

اسم الشخص 1: _____
اسم المؤسسة 1 (إن أمكن): _____ 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 التي تفضلها: _____ هل هناك حاجة إلى مترجم فوري؟ نعم _____ أو لا _____

أنواع البرامج للممثل المفوض 2: برنامج SNAP ❑ برنامج TANF ❑ المساعدة الطبية ❑
مهام الممثل المفوض 2: التوقيع على الطلب نيابة عن مقدم الطلب ❑ إكمال نموذج التجديد وإرساله ❑ استلام نسخًا من الإشعارات ووسائل الاتصال الأخرى ❑
التصرف نيابة عن مقدم الطلب في جميع الأمور الأخرى ❑ استلام بطاقة إعانات برنامج TANF (بطاقة الخصم المباشر Way2Go) ❑

اسم الشخص 2: _____
اسم المؤسسة 2 (إن أمكن): _____ 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 التي تفضلها: _____ 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 كانت الإجابة نعم، يرجى وصف التعديل المعقول أو المساعدة في الاتصال التي تطلبها):
مترجم لغة الإشارة_____؛ الهاتف النصي (TTY)_____؛ الكتابة بأحرف كبيرة_____؛ التواصل الإلكتروني (البريد الإلكتروني)_____؛
طريقة برايل_____؛ خدمات الترحيل للفيديو_____مترجم تلقين الكلام_____؛ مترجم شفوي_____؛ مترجم لمسي_____؛ المكالمات الهاتفية للتذكير
بالمواعيد النهائية للبرنامج_____؛ التوقيع الهاتفي (إن أمكن)_____ ؛ مقابلة وجهًا 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 بإيجاز متى وإلى متى ستحتاج إلى هذا التعديل أو المساعدة؟ _____

لبرنامج Medicaid فقط:

هل تتوقع تقديم إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية في العام المقبل؟ (لا يزال بإمكانك التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي، حتى لو لم تقدم إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية.)

❑ نعم ❑ لا إذا كانت الإجابة **نعم**، يرجى الإجابة على الأسئلة أ، ب، ج. إذا كانت الإجابة لا، يرجى الإجابة على السؤال ج.

أ. هل ستقوم التقديم المشترك مع شريك الحياة؟ ❑ نعم ❑ لا إذا كانت الإجابة **نعم**، اذكر اسم الزوج/الزوجة: _____
ب. هل ستطالب بأية معالين في إقرارك الضريبي؟ ❑ نعم ❑ لا
إذا كانت الإجابة **نعم**، أدرج اسم (أسماء) المعالين: _____
ج. هل سيتم المطالبة بأي شخص على أنه معال في الإقرار الضريبي لشخص آخر؟ ❑ نعم ❑ لا
إذا كانت الإجابة **نعم**، فأدرج اسم مقدم الإقرار الضريبي والمعالين الضريبيين: _____
ما العلاقة بين المعال في الإقرار الضريبي ومقدم الإقرار الضريبي؟ _____

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).
يرجى الإجابة على جميع الأسئلة وتقديم دليل على الدخل بأكمله وأي نفقات على النحو المطلوب.

حالة الهجرة والجنسية وأرقام الضمان الاجتماعي:

يرجى ملء الرسم البياني أدناه حول مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة. القوانين واللوائح الفيدرالية التالية: قانون الغذاء والتغذية لعام 2008، 7 من قانون الولايات المتحدة البنود 2036-2011، 7 من قانون اللوائح الفيدرالية البند 273.2، 45 من قانون اللوائح الفيدرالية البند 205.52، 42 من قانون اللوائح الفيدرالية البند 435.910 و42 من قانون اللوائح الفيدرالية البند 435.920، يأذن لقسم DFCS أن يطلب منك أنت وأفراد أسرتك رقم (أرقام) الضمان الاجتماعي. يمكن معاملة أي شخص يعيش في منزلك ولا يتقدم بطلب للحصول على إعانات على أنه **غير متقدم**. لا يتعين على غير المتقدمين إعطائنا معلومات حول رقم الضمان الاجتماعي أو الجنسية أو حالة الهجرة وغير المؤهلين للحصول على الإعانات. قد يظل أفراد الأسرة الآخرين قادرين على الحصول على الإعانات إذا كانوا مؤهلين بخلاف ذلك. إذا كنت تريد منا أن نقرر ما إذا كان أي من أفراد الأسرة مؤهلين للحصول على إعانات، فستظل بحاجة إلى إخبارنا عن الجنسية أو حالة الهجرة ومنحنا رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بهم. ستظل بحاجة إلى إخبارنا عن **دخلهم ومصادرهم** لتحديد مستوى الأهلية والإعانات للأسرة. لن نقوم بالإبلاغ عن أي من أفراد الأسرة غير المتقدمين بطلب إلى نظام التحقق المنهجي من الأجانب للحصول على الإعانات (SAVE) التابع لخدمات الجنسية والهجرة الأمريكية (USCIS) إذا لم يخبرونا عن حالتهم من الجنسية أو الهجرة. ومع ذلك، إذا تم تقديم معلومات عن حالة الهجرة في طلبك، فقد تخضع هذه المعلومات للتحقق من خلال نظام SAVE للحصول على الإعانات وقد تؤثر على أهلية الأسرة ومستوى الإعانات. سنقوم بمطابقة معلوماتك مع الهيئات الفيدرالية والولائية والمحلية الأخرى للتحقق من دخلك وأهليتك. يمكن أيضًا تقديم هذه المعلومات إلى مسؤولي إنفاذ القانون لاستخدامها في القبض على الأشخاص الذين يتهربون من القانون. إذا كان لدى أسرتك مطالبة ببرنامج SNAP، فقد يتم تقديم المعلومات الموجودة في هذا الطلب، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي، إلى الهيئات الفيدرالية والولائية وهيئات تحصيل المطالبات الخاصة لاستخدامها في تحصيل المطالبة. لن نرفض الإعانات لأفراد الأسرة المتقدمين لأن أفراد الأسرة الآخرين فشلوا في تقديم رقم SSN أو الجنسية أو حالة الهجرة. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على خدمات طبية عاجلة فقط، فلا يتعين عليك تقديم رقم SSN أو معلومات حول حالة الهجرة.

الاسم الأول	الأحرف الأولى من الاسم الأوسط	الاسم الأخير	من أصل إسباني أو لاتيني؟ (اختياري)	العرق (اختياري)	الجنس ذكر/أنثى	تاريخ الميلاد الصيغة (سنة/يوم/شهر)	العلاقة بك	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري لغير المتقدمين)	هل أنت مواطنًا أمريكيًا، قوميًا أمريكيًا، مهاجرًا مؤهلًا، أو في حالة هجرة مقبولة؟ (لمقدمي الطلبات فقط) (نعم/لا)	هل تعيش أم هذا الطفل في المنزل؟ (نعم/لا)	هل يعيش والد هذا الطفل في المنزل؟ (نعم/لا)	هل تريد إعانات برنامج Medicaid؟ (نعم/لا)
			نعم/لا				النفس		نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا
			نعم/لا						نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا
			نعم/لا						نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا
			نعم/لا						نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا
			نعم/لا						نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا
			نعم/لا						نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا
			نعم/لا						نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا

رموز العرق (اختر كل ما ينطبق):
AI - الهنود الأمريكيون أو سكان ألاسكا الأصليين **AS** - الآسيويون **BL** - الأمريكيون ذوي البشرة السوداء أو من أصل أفريقي
HP - سكان هاواي الأصليون أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ **WH** - ذوي البشرة البيضاء

من خلال توفير معلومات عن العرق/الأصل القومي، ستساعدنا في إدارة برامجنا بطريقة غير تمييزية. لا يُطلب من أسرتك تزويدنا بهذه المعلومات ولن تؤثر على أهليتك أو مستوى الإعانات. ومع ذلك، إذا لم تقدم هذه المعلومات، فسيتم تحديد العرق والأصل القومي مرئيًا أثناء المقابلة الأولى وجهًا لوجه.

إذا كنت أنت أو أي متقدم آخر من أفراد الأسرة مواطنًا مُجنسًا، أو أجنبيًا/مهاجرًا مؤهلًا، أكمل الرسم البياني التالي:
(يرجى إضافة صفحات إضافية حسب الحاجة)

الاسم الأول الأحرف الأولى من الاسم الأوسط الأخير	نوع وثيقة الهجرة	رقم تعريف الأجنبي/الشهادة/الوثيقة	هل عشت في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ (نعم/لا)	تاريخ التجنس/تاريخ الدخول أو القبول في الولايات المتحدة (إن أمكن) الصيغة (سنة/يوم/شهر)	هل أنت أو شريك حياتك أو ولي أمرك من قدامى المحاربين أو أحد أفراد الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟ (نعم/لا)

لبرنامج Medicaid فقط:

هل كان هناك أي شخص في أسرتك في رعاية التبني في سن 18 عامًا؟ ☐ **نعم** ☐ **لا**
إذا كان لديك معالون في إقرارك الضريبي لا يعيشون معك في المنزل، فيرجى إدراج أسمائهم أدناه.

الاسم: _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ الجنس: ذكر أنثى (يرجى وضع دائرة حول الاختيار)
تاريخ الميلاد: _____ المواطنة: _____
العلاقة بك: _____(يرجى إضافة صفحات إضافية حسب الحاجة)

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 الإعانات. يرجى الإجابة فقط على الأسئلة المتعلقة بالإعانات التي تريد الحصول عليها في الصفحة أدناه.

1. هل حصل أي شخص على أي إعانات في مقاطعة أو ولاية أخرى؟ (لبرنامج SNAP وبرنامج TANF فقط)
☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____
أين: _____
متى: _____

2. هل أدين أي شخص بتقديم معلومات كاذبة حول مكان إقامته وهويتهم للحصول على إعانات متعددة لبرنامج SNAP في أكثر من منطقة بعد 8/22/1996؟
(لبرنامج 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 SNAP وبرنامج TANF فقط) ☐ نعم ☐ لا

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

4. هل هناك امرأة حامل؟ (هذا السؤال لا ينطبق على مقدمي الطلبات لبرنامج SNAP) ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**، اذكر اسم المرأة الحامل: _____
ما هو تاريخ الولادة المتوقع؟ _____ وكم عدد الأطفال المتوقعين؟ _____

إذا كانت الإجابة لا، فهل أنجب أي شخص في المنزل أو تم إنهاء الحمل خلال الـ12 شهرًا الماضية؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**، اذكر اسم المرأة الحامل: _____
ما هو تاريخ الولادة/إنهاء الحمل؟ _____؛ وكم عدد الأطفال المولودين/المتوقع ولادتهم؟ _____

*بالنسبة لمقدمي الطلبات لبرنامج TANF فقط، يرجى تقديم ما يلي:
اسم والد الجنين: _____ عنوان الأب: _____

5. لمقدمي الطلبات لبرنامج Medicaid، هل لدى أي شخص أي فواتير طبية غير مدفوعة خلال الأشهر الثلاثة 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 SNAP أو برنامج TANF؟ (لبرنامج SNAP وبرنامج TANF فقط) ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____
أين: _____

7. هل يفر أي شخص لتجنب المحاكمة أو السجن لارتكابه جناية؟ (بالنسبة لبرنامج SNAP وبرنامج TANF فقط) ❑ نعم ❑ لا
إذا كانت الإجابة **نعم**، من: _____

8. قام أي شخص بانتهاك شروط المراقبة أو الإفراج المشروط؟ (بالنسبة لبرنامج 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 متهم في جناية مواد مخدرة) بعد 8/22/1996 (لبرنامج SNAP وبرنامج TANF فقط) أو جناية 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 جناية مواد مخدرة؟ (لبرنامج SNAP فقط) ❑ نعم ❑ لا

b. هل أنت ملتزم بشروط الإفراج المشروط المتعلقة بأي حكم صادر نتيجة إدانة بجناية مواد مخدرة؟ (لبرنامج SNAP فقط) ❑ نعم ❑ لا

c. هل أكملت بنجاح **<u>جميع</u> شروط المراقبة أو الإفراج المشروط** المتعلقة بأي إدانة تتعلق بالمواد المخدرة؟ (لبرنامج SNAP فقط) ❑ نعم ❑ لا

10. هل تمت إدانة أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك بتهمة تداول إعانات برنامج SNAP مقابل المواد المخدرة بعد 8/22/1996؟ (لبرنامج SNAP فقط)
❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____ متى: _____

11. هل تمت إدانة أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك بشراء أو بيع إعانات برنامج SNAP بقيمة تزيد عن 500 دولار بعد 8/22/1996؟ (لبرنامج SNAP فقط)
❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____
متى: _____

12. هل تمت إدانة أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك بتهمة تداول إعانات برنامج SNAP مقابل أسلحة أو ذخيرة أو متفجرات بعد 8/22/1996؟
(لبرنامج SNAP فقط) ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____
متى: _____

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 2/7/2014؟ (لبرنامج SNAP فقط) ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____
متى: _____

أ. هل أنت ملتزم بشروط المراقبة المتعلقة بأي حكم صدر نتيجة إدانة جنائية؟ (لبرنامج SNAP فقط) ❑ نعم ❑ لا

ب. هل أنت ملتزم بشروط الإفراج المشروط المتعلقة بأي حكم صادر نتيجة إدانة جنائية؟ (لبرنامج SNAP فقط) ❑ نعم ❑ لا

ج. هل أكملت بنجاح **<u>جميع</u> شروط المراقبة أو الإفراج المشروط المتعلقة بأي إدانة** جنائية؟ (لبرنامج SNAP فقط) ❑ نعم ❑ لا

14. هل حصلت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك على مكاسب في اليانصيب أو المقامرة؟ ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____ متى: _____ المبلغ المستلم: _____

15. هل استخدم أي شخص أموال برنامج TANF أو بطاقة Way2Go في المؤسسات التالية: متاجر الخمور، والكازينوهات، وغرف البوكر، والمرافق الترفيهية للبالغين، وسندات الكفالة، والنوادي الليلية، والصالونات/الحانات، وقاعات البنغو، ومسارات السباق، ومتاجر الأسلحة/الذخيرة، والسفن السياحية، والقراء الروحانيين، ومتاجر التدخين، ومتاجر الوشم/الثقب، وصالونات السبا/التدليك؟ (لبرنامج TANF فقط) ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____ متى: _____

16. هل هناك من يتقدم بطلب للحصول على إعانات ويتلقى حاليًا نفقة؟ ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____
المبلغ الشهري المستلم: _____
تاريخ الانتهاء من اتفاق النفقة أو آخر تعديل: _____

لبرنامج SNAP وبرنامج TANF فقط:

الطلاب في التعليم العالي: هل يلتحق أي شخص في منزلك بنصف الوقت على الأقل في كلية أو جامعة أو مدرسة مهنية أو تقنية؟ ❑ نعم ❑ لا إذا كانت **الإجابة نعم**، من: _____
اسم المدرسة: _____ الصف/الوضع: _____ تاريخ التخرج: _____
هل الطالب موظف؟ ❑ نعم ❑ لا مسجل في برنامج الدراسة والعمل؟ ❑ نعم ❑ لا
إذا كانت الإجابة **نعم**، أذكر عدد ساعات العمل في الأسبوع (يرجى إكمال قسم التوظيف أدناه أيضًا.)

لبرنامج SNAP فقط:

هل لدى أي شخص يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر أو ذو إعاقة نفقات طبية؟ ❑ نعم ❑ لا
هل تغيرت نفقاتك الطبية مثل أقساط برنامج الرعاية الطبية (Medicare) أو تكلفة الأدوية الموصوفة أو فواتير المستشفى؟ ❑ نعم ❑ لا
إذا كانت الإجابة نعم، قم بإدراج النفقات في الرسم البياني أدناه وإرفاق الفواتير الخاصة بالشهر الأخير (الأشهر الأخيرة).

فرد الأسرة صحاب الفواتير	نوع النفقة (طبيب، مستشفى، وصفة طبية)	المبلغ المستحق	تاريخ الفاتورة	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، يرجى تقديم المعلومات أدناه. إذا كنت تتلقى إعانات برنامج Medicaid، فقم بتقديم دليل:

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

هل يدفع شخص آخر أيًا من هذه النفقات الطبية نيابة عنك؟ ❑ نعم ❑ لا
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تقديم المعلومات أدناه:

ما هي النفقات المدفوعة؟	من يدفع الفواتير؟
لمن يدفع هذا الشخص الفواتير؟	العنوان:

لبرنامج Medicaid فقط:

تغطية صحية أخرى

هل يوجد أي شخص مسجل الآن في التأمين الصحي مما يلي؟

☐ وزارة الخدمات الإنسانية في ولاية جورجيا برنامج Medicaid ☐ برنامج PeachCare للأطفال® ☐ برنامج Medicare

☐ برامج الرعاية الصحية لشؤون المحاربين القدامى ☐ برنامج TRICARE (لا تقم بالاختيار إذا كان لديك رعاية مباشرة أو أثناء الخدمة الفعلية)

☐ تأمين رب العمل: اسم التأمين_____ رقم البوليصة_____

☐ غير ذلك: اسم التأمين_____ رقم البوليصة_____

هل لديك أي تأمين صحي **آخر بخلاف برنامج** Medicaid؟ ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة نعم، أرسل لنا نسخة من بطاقة التأمين الخاصة بك.

المصادر:

(غير مطلوب من أجل برنامج Medicaid المعتمد على الدخل الإجمالي المعدل بعد التعديل (MAGI)): هل يمتلك أي شخص في أسرتك أيًا من المصادر التالية؟

❑ نعم ❑ لا (إذا كانت الإجابة نعم، قم بتقديم المعلومات أدناه. إذا كنت تتلقى إعانات برنامج Medicaid للمسنين أو المكفوفين أو ذوي الإعاقة (بخلاف خطط الادخار لبرنامج Medicare، مثل المستفيد المؤهل من الرعاية الطبية (QMB) أو المستفيد المحدد منخفض الدخل (SLMB) أو الفرد المؤهل (QI-1) فقط) فقدم دليلاً.

نوع المصدر	المالك	رقم الحساب/البوليصة (لا تكمل إذا كان حسابك/البوليصة هو (نفس رقم SSN الخاص بك)	القيمة	اسم البنك، شركة التأمين، إلخ.
نقدًا				
حساب جاري/توفير				
اتحاد ائتماني				
مستحقات سنوية				
أسهم أو سندات				
صندوق الإيداع الآمن				
حساب التقاعد (غير المعتمد على MAGI)				
المركبات (غير المعتمد على MAGI)				
شهادات الإيداع/مستحقات سنوية (غير المعتمد على MAGI)				
خطط الجنازة مسبقة الدفع				
أماكن القبور (غير المعتمد على MAGI)				
الصناديق الاستئمانية (غير المعتمد على MAGI)				
بخلاف ملكية أراضي المنازل				
ملكية اراضي المنازل (غير المعتمد على MAGI)				
التأمين على الحياة (غير المعتمد على MAGI)				
غير ذلك				

للمسنين أو المكفوفين أو ذوي الإعاقة في برنامج Medicaid فقط:

هل قمت أنت أو شريك حياتك أو أي شخص تتقدم بطلب بالنيابة عنه ببيع مصدر أو تداوله أو التخلي عنه في آخر 60 شهرًا. ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**، ما هو؟ _____ متى؟ _____

لبرنامج SNAP وبرنامج TANF وبرنامج Medicaid:

التوظيف: هل يعمل أي شخص في منزلك؟ ❑ **نعم** ❑ **لا**

إذا كانت الإجابة نعم، فقم بإدراج معلومات حول رواتب الموظف من الوظيفة مثل الأجور والمكافآت والإكراميات، وأرفق دليلًا على إجمالي الدخل الذي تم تلقيه في الأسابيع الـ4 الماضية.

الشخص العامل	رب العمل	الدفع لكل ساعة	ساعات لكل أسبوع	كم مرة مدفوع	تاريخ (تواريخ) استلام الأجر	المكافآت	الإكراميات

هل هناك أي شخص في حالة إضراب حاليًا؟ ❑ نعم ❑ لا

لبرنامج Medicaid فقط:

نفقات ما قبل الضريبة:

☐ التأمين الصحي _____ دولار كم مرة؟ _____ ☐ التأمين على الرؤية _____ دولار كم مرة؟ _____
☐ التأمين على الأسنان _____ دولار كم مرة؟ _____ ☐ نوع الاقتطاع الآخر _____ دولار كم مرة؟ _____
☐ نوع الاقتطاع الآخر _____ دولار كم مرة؟ _____ ☐ نوع الاقتطاع الآخر _____ دولار كم مرة؟ _____
☐ نوع الاقتطاع الآخر _____ دولار كم مرة؟ _____
المزيد؟ يرجى الإرفاق على ورقة منفصلة.

نفقات ما قبل الضريبة هي اقتطاعات مأخوذة من دخلك قبل تطبيق الضرائب. ليست كل الاقتطاعات نفقات ما قبل الضرائب.

اقتطاعات الإقرار الضريبي:
اختر كل ما ينطبق وقدم المبلغ وعدد مرات الدفع.

ملحوظة: يجب ألا تُدرج التكلفة التي أخذتها في الاعتبار بالفعل في إجابتك عن سؤال العمل الحر.
☐ النفقة المدفوعة _____ دولار كم مرة؟ _____ ☐ فائدة قرض الطالب _____ دولار كم مرة؟ _____
☐ نوع الاقتطاع الآخر _____ دولار كم مرة؟ _____ ☐ نوع الاقتطاع الآخر _____ دولار كم مرة؟ _____

لبرنامج SNAP وبرنامج TANF وبرنامج Medicaid:

هل توقف أحد عن العمل؟ ❑ **نعم** ❑ **لا** **إذا كانت الإجابة نعم، أكمل ما يلي وقدم الدليل:**

ما الوظيفة المتروكة؟	اسم فرد الأسرة الذي توقف عن العمل:	
مكان الوظيفة:		
تاريخ توقف الأجر:	تاريخ الشيك النهائي:	مبلغ الأجر النهائي (الإجمالي):

هل بدأ أحد في العمل؟ ❑ **نعم** ❑ **لا** **إذا كانت الإجابة نعم، أكمل ما يلي وقدم الدليل:**

اسم الشخص الذي بدأ العمل:	تاريخ البدء:	رقم الهاتف:
اسم رب العمل/النشاط التجاري:	معدل الأجور: دولار	تاريخ استلام أول شيك/سيتم استلامه:
كم مرة يتم الدفع (يرجى تحديد اختيار واحد): ☐ أسبوعيًا ☐ كل أسبوعين ☐ مرتين في الشهر ☐ شهريا ☐ غير ذلك		

العمل الحر:

هل يوجد أي شخص يعمل لحسابه الخاص: ❑ نعم ❑ لا (إذا كانت الإجابة **نعم**، من؟) _____

يرجى تقديم دليل على الدخل من العمل الحر من خلال الملفات الضريبية أو السجلات التجارية أو الإيصالات أو الفواتير أو التصريحات من عملاء شركة قائمة..

هل هذه الشركة مسجلة؟ ❑ نعم ❑ لا

هل يتحمل هذا الشخص أي نفقات للعمل الحر؟ ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**، فما نوع النفقات التي يتحملها هذا الشخص؟ _____

لبرنامج Medicaid وبرنامج TANF فقط: قم بتقديم دليلًا على نفقات العمل الحر.

الدخل غير المكتسب:

هل يتلقى أي فرد في أسرتك أموالًا من المساهمات أو الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان الإضافي (SSI) أو شؤون المحاربين القدامى (VA) أو دعم الأطفال أو البطالة أو التقاعد أو أي دخل آخر؟ ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**، أكمل المعلومات أدناه وقدم دليلًا على جميع الدخل الذي تم استلامه في الأسابيع الأربعة الماضية أو أحدث خطاب عن الدخل من المساعدات المالية.

الاسم	المصدر	المبلغ	كم مرة؟

لبرنامج Medicaid المعتمد على MAGI: لن يتم احتساب الدخل من دعم الأطفال أو مدفوعات المحاربين القدامى أو دخل الضمان الإضافي (SSI) أو إعانات تعويض العمال.

تكاليف رعاية المُعالين:

هل تدفع مقابل رعاية طفل معال أو أحد أفراد الأسرة البالغين ذوي الإعاقة؟ ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**، أكمل الأسئلة أدناه.

الشخص الذي يحتاج إلى رعاية:	الشخص الذي يدفع مقابل الرعاية:	
أسم مقدم الرعاية:	كم يتقاضى مقدم الرعاية:	كم مرة يتم الدفع:
رقم هاتف مقدم الرعاية:	سبب الرعاية:	

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

هل هذه النفقات مدرجة في نفقات رعاية المعالين؟ ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **لا**، يرجى الإجابة على هذا السؤال: **مجموع الأميال التي تم قيادتها أسبوعيًا:** _____

تكاليف المأوى:

هل بدأت أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة في دفع تكاليف المأوى أو هل تغيرت تكاليف المأوى الخاصة بك؟ ❑ 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			
زيت الوقود/الخشب/ الكيروسين			
بئر/صرف صحي خزان/مياه/صرف صحي			
القمامة			
الهاتف			
غير ذلك			

ما هو المصدر الأساسي للتدفئة أو التبريد في المنزل؟ (الكهرباء، الغاز، أو كليهما)

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؟

هل حصلت على مساعدة في مجال الطاقة (LIHEAP) خلال الأشهر الـ12 عشر الماضية؟ ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**، المبلغ المستلم دولار _____

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

إذا كانت الإجابة **نعم**، من؟ _____

التعليقات/الوثائق_____

مدفوعة لمن_____المبلغ المدفوع_____دولار بواسطة _____

اسم المالك_____عنوان المالك _____

مدفوعات دعم الأطفال:

هل تقوم أنت أو أحد أفراد أسرتك بدفع دعم الأطفال لشخص يعيش خارج المنزل؟ ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**، أكمل الرسم البياني أدناه:

من ملزم بالدفع؟	كم المبلغ الملتزم به؟
من أجل من تُدفع مدفوعات دعم الأطفال؟	كم المبلغ الفعلي المدفوع؟
إلى من تُدفع مدفوعات دعم الأطفال؟	كم مرة تُدفع مدفوعات دعم الأطفال؟

لبرنامج SNAP فقط: يرجى تقديم إثبات للمبلغ المدفوع خلال الأشهر الثلاثة الماضية والمبلغ الملزم قانونًا بدفعه.

هذا القسم مخصص لمتلقي إعانات برنامج TANF فقط - يجب عليك إكمال ما يلي:

سجلات التطعيمات:

هل هناك طفل تحت سن السابعة لم يلتحق بالمدرسة بعد؟ (صفوف ما قبل رياض الأطفال **لا** تعتبر "مدرسة.")

❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**؛ أرسل نموذج -3231 نموذج التطعيم لرعاية الأطفال لكل طفل دون سن السابعة.

متطلبات المدرسة:

هل جميع الأطفال (من عمر 6 إلى 18 سنة) يذهبون إلى المدرسة؟ ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**، اذكر اسم (أسماء) الطفل (الأطفال) _____

اسم المدرسة (المدارس) _____

الصف (الصفوف) _____

هل يوجد طفل يبلغ من العمر 16 عامًا أو أكثر **غير** موجود في المدرسة؟ ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**، اذكر اسم الطفل/الأطفال؟ _____

_____

يرجى تقديم نسخة من كعب الشيك الحالي إذا كان هذا الطفل **يعمل** أو بيان من مقدم الخدمة إذا كان مشاركًا **في أي نشاط آخر متعلق بالعمل.**

العنف المنزلي:

هل أنت أو أي شخص في أسرتك ضحية للعنف المنزلي أو التحرش الجنسي أو الاعتداء الجنسي أو المطاردة؟ ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**، فيرجى إخبارنا باسم الضحية _____

بعد التقييم، إذا كانت أسرتك مؤهلة، فيمكننا التنازل عن بعض متطلبات البرنامج، مثل، المشاركة في أنشطة العمل أو الإحالة إلى قسم خدمات دعم الأطفال.

نفقات السيارات:

هل أنت ولي أمر أو أحد أقارب الطفل (أو الأطفال) وهل تم تضمينك في وحدة المساعدة (AU) لبرنامج TANF مع الطفل (أو مع الأطفال)؟

❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**؛ أجب عن الأسئلة التالية:

هل تمتلك أنت أو أي عضو بالغ من أعضاء وحدة المساعدة سيارة أو ستشتريها؟ ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**، من؟ (اسم المالك) _____

_____

سنة صنع السيارة والعلامة التجارية والطراز: _____

يرجى إدراج المدفوعات المجدولة للسيارات والتأمين والصيانة والمصروفات الأخرى ذات الصلة:

_____ _____ _____ _____

هل لديك أي نفقات متكررة أخرى (على سبيل المثال فواتير بطاقات الائتمان) تدفعها؟ ❑ نعم ❑ لا

إذا كانت الإجابة **نعم**، يرجى الإدراج: _____

أهلية المسار السريع:

أهلية المسار السريع (ELE) هي عملية تلقائية لتسجيل أو تجديد الأطفال المؤهلين الذين تقل أعمارهم عن 19 عامًا والذين يتلقون إعانات برنامج مساعدة التغذية التكميلية (SNAP)، أو برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، أو برنامج المساعدة النقدية للاجئين (RCA)، أو برنامج خدمات رعاية الأطفال وأولياء الأمور (CAPS)، أو برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) في برنامج المساعدة الطبية.

سوف يستخدم قسم خدمات الأسرة والأطفال (DFCS) معلومات حجم الأسرة والإقامة والدخل من برامج SNAP أو برنامج TANF أو برنامج RCA أو برنامج CAPS أو برنامج WIC، ولكن قسم DFCS سوف يتحقق من حالة المواطنة أو الهجرة باستخدام قواعد المساعدة الطبية لاتخاذ قرار بشأن أهلية ELE لتسجيل الأطفال تلقائيًا أو تجديدهم في برنامج Medicaid أو برنامج PeachCare للأطفال®. سوف يرسل قسم DFCS إشعارًا بالقرار بمجرد اكتماله، وسيسمح للأعضاء بإجراء أي تغييرات ويسمح لهم بالانسحاب من عملية أهلية ELE أو إنهاء قضية المساعدة الطبية في أي وقت.

الحقوق والمسؤوليات لجميع البرامج

لديك الحق في:

- **طلب المساعدة في ملء هذا النموذج وخدمات المساعدة اللغوية المجانية** (المترجمون الفوريون أو المواد المترجمة أو الخدمات اللغوية المباشرة) إذا كنت تواجه مشكلة في القراءة أو الكتابة أو التحدث أو فهم اللغة الإنجليزية.
- **طلب مساعدات إضافية وخدمات وتعديلات معقولة** إذا كنت أنت أو أحد أفراد أسرتك يعاني من إعاقة.

إشعار جلسة الاستماع: في جميع البرامج، يحق لك طلب جلسة استماع عادلة كتابيًا أو شخصيًا. يمكنك طلب جلسة استماع عن طريق الاتصال بالرقم 1-877-423-4746 أو يمكنك طلب جلسة استماع أمام مسؤول جلسات الاستماع في الولاية إذا كنت لا توافق على هذا القرار. قد يتم تمثيلك في جلسة الاستماع من قبل محامٍ أو قريب أو صديق أو أي شخص تختاره. إذا كنت تريد المطالبة بجلسة استماع، يجب أن تطالب بجلسة الاستماع كتابيًا أو عن طريق الاتصال بالهيئة في غضون:

- **90 يومًا** من تاريخ هذا الإشعار **لبرنامج SNAP**
- **30 يومًا** من تاريخ هذا الإشعار **لبرنامج Medicaid وبرنامج TANF**

أنت مسؤول عن:

- إعطاء الموظف المعلومات الصحيحة وتقديم دليل على البيانات اللازمة لتلقي الإعانات. عندما توقع على هذا النموذج، فإنك تمنح الموظف إذنًا بالحصول على معلومات من رب العمل أو البنك أو الجار أو غيرهم حتى نتمكن من التأكد من حصولك على المبلغ الصحيح من الإعانات.
- قول الحقيقة في جميع الأوقات. إذا قدمت أنت أو أي شخص يتقدم بطلب للحصول على معلومات غير صحيحة، فقد ترتكب جريمة، وقد تذهب إلى السجن.
- تقديم دليل على أنك أنت أو أي شخص في أسرتك يتقدم بطلب للحصول على الإعانات مواطن أمريكي أو مهاجر مؤهل.
- التعاون مع موظفي الولاية والموظفين الفيدراليين الذين يعملون في منع الاحتيال أو مكتب خدمات التحقيق والذين يقومون بمراجعات القضايا الخاصة. إذا لم تتعاون ولم نتمكن من تحديد ما إذا كنت لا تزال مؤهلاً للحصول على إعانات برنامج SNAP، فقد يتم رفض قضيتك أو إغلاقها.
- (لبرنامج SNAP) التعاون مع مراجعي مراقبة الجودة عندما يتصلون بك أو يأتون إلى منزلك لمقابلتك حول المعلومات التي قدمتها للموظف المسؤول عن ملفك. إذا لم تتعاون معهم، فقد يتم رفض قضيتك أو إغلاقها.
- (لبرنامج SNAP وبرنامج TANF) سداد الإعانات التي لم يكن من المفترض أن تتلقاها.
- (لبرنامج Medicaid) التعاون مع مراجعي مراقبة الجودة عندما يتصلون أو يأتون إلى منزلك لمقابلتك حول المعلومات التي قدمتها للموظف المسؤول عن ملفك.
- (لبرنامج Medicaid) الأعضاء الموجودون في دار رعاية المسنين، أو منشآت الرعاية المتوسطة، أو الخدمة المجتمعية، أو المسجلين في الخدمات ويتلقونها من خلال برنامج الإعفاء، التعاون مع برنامج استرداد الأموال من التركة.

إذا كنت تتلقى **إعانات برنامج SNAP**، فيجب عليك الإبلاغ عندما يكون مجموع الدخل الشهري الإجمالي لأسرتك أكثر من 130% من مستوى الفقر الفيدرالي لحجم أسرتك. يجب عليك الإبلاغ عن التغيير في الدخل في موعد لا يتجاوز 10 أيام من نهاية الشهر الذي حدث فيه التغيير.

إذا كنت بالغًا عاملاً وليس لديك أطفال، فيجب عليك الإبلاغ عندما تكون ساعات عملك أقل من 20 ساعة في الأسبوع أو 80 ساعة في الشهر. يجب عليك الإبلاغ عن هذه التغييرات في موعد لا يتجاوز 10 أيام من نهاية الشهر الذي حدث فيه التغيير.

يجب عليك أيضًا الإبلاغ عندما تتلقى أسرتك مكاسب كبيرة من اليانصيب والمقامرة. وهي جائزة نقدية فزت بها في لعبة واحدة. إذا تلقيت أنت أو أحد أفراد أسرتك مكاسب من اليانصيب أو المقامرة، فإن المبلغ الإجمالي البالغ 4500 دولارًا أو أكثر (قبل حجب الضرائب أو المبالغ الأخرى)، يجب عليك الإبلاغ عن هذه المكاسب في غضون 10 أيام من نهاية الشهر الذي استلمت فيه الأسرة المكاسب.

إذا تلقيت إعانات **برنامج TANF أو برنامج Medicaid**، فيجب عليك الإبلاغ عن **جميع التغييرات** في وضعك في غضون 10 أيام من حدوث التغيير.

أفهم أن أي مبلغ إجمالي أو "دفعة غير متوقعة" يتلقاها أي شخص في قضية برنامج Medicaid الخاصة بي يجب أن تكون مدرجة في الميزانية، إلى جانب أي دخل آخر قد نحصل عليه، لتحديد الأهلية.

في برنامج **Medicaid**، لديك الحق في:

- الحصول على إعانات برنامج Medicaid حتى لو كان لديك تأمين صحي آخر.
- اختيار طبيبك أو مقدم الخدمات لبرنامج Medicaid.
- الموافقة على طلب برنامج Medicaid الخاص بك أو رفضه في غضون 10 أو 45 أو 90 يومًا من تاريخ تقديمك، اعتمادًا على نوع برنامج Medicaid.

كشرط من شروط أهليتي لبرنامج Medicaid:

- أوافق على منح الولاية جميع حقوق الدعم الطبي ودفع تكاليف الرعاية الطبية من أي طرف ثالث (المستشفيات والإعانات الطبية).
- أوافق على التعاون مع الولاية في تحديد المعلومات وتقديمها لمساعدة الولاية في متابعة أي طرف ثالث قد يكون مسؤولاً عن دفع تكاليف الرعاية والخدمات. أفهم أنني يجب أن أبلغ عن أي مدفوعات تلقيتها للرعاية الطبية في غضون عشرة أيام. (إذا كنت تكمل هذا النموذج نيابة عن فرد آخر وليس لديك السلطة لتنفيذ المهمة المكلفة لذلك الفرد، فسيحتاج الفرد إلى تنفيذ المهمة المكلفة بالحقوق الموضحة أعلاه كشرط لأهليته للحصول على إعانات برنامج Medicaid).
- أوافق على منح الولاية الحق في مطالبة الوالد الغائب بتوفير التأمين الطبي، إن أمكن. أدرك أنني يجب أن أحصل على دعم طبي من الوالد الغائب إذا كان متاحًا ويجب أن أتعاون مع قسم خدمات دعم الأطفال في الحصول على هذا الدعم. إذا **لم** أتعاون، أفهم أنني قد أفقد إعانات برنامج Medicaid الخاصة بي وسيحصل أطفالي فقط على الإعانات ما لم يثبت سبب وجيه.

تحذيرات بشأن عقوبات برنامج SNAP: قد تفقد إعاناتك أو تخضع لملاحقة جنائية لتقديمك معلومات خاطئة عن قصد.

- لا تقدم معلومات خاطئة أو تخفي معلومات للحصول على إعانات لا ينبغي أن تحصل عليها أسرتك.
- لا تستخدم بطاقات برنامج SNAP أو بطاقات EBT التي ليست ملكك ولا تسمح لشخص آخر باستخدام بطاقتك.
- لا تستخدم إعانات برنامج SNAP لشراء سلع غير غذائية مثل الكحول أو السجائر أو للدفع على بطاقات الائتمان.
- لا تقم بتداول أو بيع بطاقات SNAP أو بطاقات EBT مقابل أشياء غير قانونية، مثل الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المواد الخاضعة للرقابة (المواد المخدرة غير القانونية).

يمكن منع أي شخص في منزلك يخالف أيًا من هذه القواعد عمدًا من الحصول على إعانات برنامج SNAP لمدة تتراوح من عام واحد إلى دائمًا، أو تغريمه بما يصل إلى 250,000 دولار، أو سجنه لمدة 20 عامًا، أو كليهما. قد يخضع/تخضع للملاحقة القضائية بموجب قوانين فيدرالية وحكومية أخرى سارية، وقد يُمنع/تُمنع أيضًا من الحصول على إعانات برنامج SNAP لمدة 18 شهرًا إضافيًا إذا أمرت المحكمة بذلك.

أي فرد من أفراد الأسرة يخالف القواعد قد لا يحصل على إعانات برنامج SNAP لمدة عام واحد للمخالفة الأولى، وسنتين للمخالفة الثانية، وبشكل دائم للمخالفة الثالثة.

إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة مذنب باستخدام أو تلقي إعانات برنامج SNAP في معاملة تنطوي على بيع مادة خاضعة للرقابة، فلن تكون أنت أو هذا الفرد مؤهلاً للحصول على الإعانات لمدة عامين للمخالفة الأولى، وبشكل دائم للمخالفة الثانية.

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

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

إذا ثبت أنك أو أي فرد من أفراد أسرتك قدمت بيانًا أوتمثيلاً احتياليًا فيما يتعلق بالهوية (ما هم عليه) أو مكان الإقامة (حيث يعيشون) من أجل الحصول على إعانات متعددة لبرنامج SNAP، فلن تكون أنت أو هذا العضو في الأسرة مؤهلاً للمشاركة في برنامج SNAP لمدة 10 سنوات.

أفهم أنه إذا أعطيت معلومات خاطئة أو حجبت معلومات، فقد أحاكم بتهمة الاحتيال.

تحذيرات عقوبات برنامج TANF: في برنامج TANF، الإجراء المتعمد من خلال تقديم معلومات خاطئة أو مضللة لإثبات الأهلية لوحدة المساعدة أو الحفاظ عليها، أو زيادة الإعانات، أو منع حدوث انخفاض في الإعانات، أو حجب المعلومات لتجنب إجراء سلبي أو استخدام المساعدة النقدية في الأماكن المحظورة يعتبر انتهاكًا مقصودًا للبرنامج.

يمكن إحالتك إلى مكتب المفتش العام لتحديد العقوبة بناءً على خطورة الجريمة إذا:

- لم تبلغ عن التغييرات في الوقت المحدد أو لم تقول الحقيقة أو استخدمت أموال المساعدة النقدية أو بطاقة الخصم المباشر لبرنامج TANF لسحب النقود أو إجراء معاملات في الكازينوهات ومتاجر بيع الخمور ومرافق الترفيه المخصصة للبالغين "نوادي التعري" وغرف البوكر وسندات الكفالة والنوادي الليلية/الصالونات/الحانات، قاعات البنغو ومسارات السباق ومؤسسات الألعاب ومخازن الأسلحة/الذخيرة والسفن السياحية والقراء الروحانيين ومتاجر التدخين ومتاجر الوشم/الثقب والمنتجعات/صالونات التدليك ممنوعة تمامًا، إعطاء معلومات خاطئة عن المكان الذي تعيش فيه حتى تتمكن من الحصول على إعانات في أكثر من ولاية وإدانتك بتهمة تتعلق بالمواد المخدرة أو جناية عنيفة وخطيرة، في أو بعد 1/1/97.

يمكن منع أي شخص في أسرتك يخالف هذه القواعد عمدًا من برنامج TANF من ستة أشهر إلى دائمًا.

لبرنامج MEDICAID، يعتبر ارتكاب الاحتيال أو الإساءة مخالفًا للقانون. قد تتم إحالتك إلى وحدة النزاهة لبرنامج Medicaid وبرنامج ®PeachCare للأطفال. قد يقتصر المخالفون على استخدام مقدم خدمة واحد، أو يتم فصلهم من البرنامج، أو قد يُطلب منهم تعويض وزارة الصحة المجتمعية عن الخدمات الطبية المقدمة. الاحتيال هو عمل غير نزيه يتم عن قصد. الإساءة فعل لا يتبع الممارسات الجيدة.

أمثلة على احتيال المشاركين وإساءة استخدامهم هي:

- السماح لشخص آخر باستخدام بطاقة التأمين الصحي لبرنامج Medicaid، وبرنامج ®PeachCare للأطفال أو لمنظمات إدارة الرعاية (CMO)
- الحصول على وصفات طبية بقصد إساءة استعمال الأدوية أو بيعها
- استخدام المستندات المزورة للحصول على الخدمات
- إساءة استخدام أو استغلال المعدات التي يوفرها برنامج Medicaid أو برنامج ®PeachCare للأطفال
- تقديم معلومات غير صحيحة أو السماح للآخرين بالقيام بذلك من أجل الحصول على أهلية برنامج Medicaid أو برنامج ®PeachCare للأطفال
- عدم الإبلاغ عن التغييرات التي تحدث في الدخل أو ترتيبات المعيشة أو المصادر

للإبلاغ عن احتيال مشتبه به في برنامج Medicaid على المستلمين أو مقدمي الخدمات، اتصل بوزارة الصحة المجتمعية لولاية جورجيا - مكتب المفتش العام (محليًا) على الرقم 463-7590 (404) أو (الرقم المجاني) 533-0686 (800)؛ أو عن طريق البريد الإلكتروني على oiganonymous@dch.ga.gov؛ أو عن طريق إرسال بريد إلى Department of Community Health, OIG PI Section (وزارة الصحة المجتمعية، مكتب المفتش العام لنزاهة البرامج)، 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.

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 شخصًا 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 تختر 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 أيضًا طلب نموذج تسجيل الناخبين من الموظف المسؤول عن ملفك. إذا أكملت طلب تسجيل الناخبين، فقدمه إلى مكتب وزير الخارجية في ولاية جورجيا وفقًا للتعليمات المقدمة بشأن طلب تسجيل الناخبين.

إذا كنت تقوم بتجديد برنامج MEDICAID وبرنامج SNAP أو برنامج TANF، فيجب عليك التوقيع وكتابة التاريخ في الخانة التي تناسب حالتك بشكل أفضل.

يرجى إعادة هذا النموذج قبل تاريخ انتهاء التصديق لبدء عملية التجديد.

- **لبرنامج Medicaid فقط - وقع هنا عندما يكمل مقدم الطلب/العضو/الوصي القانوني:**

إذا كنت أتقدم بطلب تقديم/تجديد لبرنامج Medicaid لنفسي، فأنا أقر وأتحمل عقوبة الحنث باليمين بأنني مواطنًا أمريكيًا أو قوميًا أمريكيًا و/أو مهاجرًا مؤهلًا مقيم في الولايات المتحدة. إذا كنت ولي أمرًا أو وصيًا قانونيًا، فأنا أقر بأن مقدم الطلب (المتقدمون) مواطنًا أمريكيًا أو قوميًا أمريكيًا و/أو مهاجرًا مؤهلًا مقيم في الولايات المتحدة. كما أشهد بأن جميع المعلومات المقدمة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمي.

(التوقيع) (التاريخ)

- **لبرنامج Medicaid فقط - قم بالتوقيع هنا عندما يقوم شخص آخر غير مقدم الطلب/العضو/ولي الأمر/الوصي القانوني بإكمال:**

أشهد على حد علمي واعتقادي أن الشخص (الأشخاص) الذي أتقدم بطلب/أجدد برنامج Medicaid من أجله هو مواطن أمريكي (مواطنين أمريكيين)، قومي أمريكي (قوميين أمريكيين) و/أو مهاجر مؤهل أو موجود بشكل قانوني في الولايات المتحدة. كما أشهد بأن جميع المعلومات المقدمة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمي.

(التوقيع) (التاريخ)

رقم الهاتف حيث يمكن الوصول إليك _____

إذا أراد مقدم الطلب/العضو/ولي الأمر/الوصي القانوني أن يكون هذا الشخص هو الممثل الشخصي، فيجب عليه أو عليها وضع علامة هنا والتوقيع أدناه ☐ نعم ☐ لا

(مقدم الطلب/العضو/ولي الأمر/الوصي القانوني) (التاريخ)

- **بالنسبة لبرنامج SNAP و/أو برنامج TANF - عندما يقوم مقدم الطلب/المستفيد/الوصي القانوني بإكمال:**

أقر وأتحمل عقوبة الحنث باليمين على حد علمي واعتقادي أن الشخص (الأشخاص) الذي أتقدم بطلب للحصول على الإعانات 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 (DFCS) التابع لوزارة الخدمات الإنسانية (DHS) ووزارة الصحة المجتمعية (DCH) والهيئات الفيدرالية المرخصة قد تتحقق من المعلومات التي أقدمها بشأن هذا الطلب. ويمكن الحصول على المعلومات من أرباب الأعمال السابقين أو الحاليين. أفهم أن معلوماتي ستُستخدم لتتبع معلومات الأجور ومشاركتي في أنشطة العمل.

سأقوم بالإبلاغ عن أي تغيير في وضعي وفقًا لمتطلبات برنامج SNAP و/أو برنامج TANF. سأبلغ أيضًا إذا تلقى أحد أفراد أسرتي مكاسب من اليانصيب أو المقامرة، إذا كان المبلغ الإجمالي البالغ 4500 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 إعاناتي، 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 تقوم قسم DFCS التابع لوزارة DHS بتضمين هذه النفقات في حساب مبلغ إعاناتي 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 الإعانات. من خلال تقديم أي معلومات شخصية إلينا، فإنك توافق على أنه يجوز لنا جمع واستخدام والكشف عن أي من هذه المعلومات الشخصية وفقًا لسياسات وإجراءات وزارة DHS ووفقًا لما يسمح به أو يقتضيه القانون و/أو اللوائح.

(التوقيع) (التاريخ)

(احتفظ بهذه المستندات لمعلوماتك)

يوضح هذا الرسم البياني بعض المصطلحات المستخدمة في هذا النموذج.

مقدم الطلب	الفرد الذي يتقدم بطلب للحصول على مساعدة أو إعانات عامة.
وحدة المساعدة (AU)	تضم وحدة المساعدة الأفراد المؤهلين الذين يعيشون معًا، بما في ذلك الفرد الحامل والطفل الذي لم يولد بعد، ويتلقون المساعدة/الإعانات العامة.
القائم بأعمال الرعاية	ولي الأمر أو المرأة الحامل أو القريب أو الوصي القانوني الذي يتقدم بطلب لبرنامج TANF ويتلقى الإعانات مع أطفال في رعايته، بما في ذلك الطفل الذي لم يولد بعد.
رقم هوية العميل	رقم فريد مخصص للفرد الذي يتلقى المساعدة/الإعانات العامة.
غير المؤهل	الإجراء المتخذ لإخراج فرد من ملف قضية برنامج SNAP أو برنامج TANF لأنهم لم يقولوا الحقيقة وحصلوا على إعانات لم يكن يجب أن يحصلوا عليها.
العنف المنزلي	العنف المنزلي يمكن أن يشمل التعرض للصفع أو الركل أو الضرب أو الاغتصاب أو الخنق أو التهديد أو السيطرة أو الحرمان من الحصول على ما تحتاجه للعيش (مثل الطعام أو الدواء أو المنزل) من قبل شريك الحياة أو الحبيب أو الشريك الحميم أو "الحبيب السابق."
التحويل الإلكتروني للإعانات (EBT)	النظام المستخدم في جورجيا لدفع الإعانات للأفراد المؤهلين للحصول على برنامج SNAP. يتم إصدار بطاقة الخصم المباشر EBT للأفراد الذين يتلقون المساعدة، والتي يتم استخدامها للوصول إلى حسابات برنامج 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 تخطرك بأن لديك إشعارًا 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. الأسعار القياسية للرسائل والبيانات يمكن أن تنطبق. قد يختلف هذا باختلاف الناقلات، يرجى التحقق مع مقدم الخدمة الخاص بك.
قريب الحاصل على المنحة	ولي الأمر أو المرأة الحامل أو القريب أو الوصي القانوني الذي يتقدم بطلب لبرنامج TANF ويحصل على الإعانات باسمه/باسمها نيابة عن الأطفال، بما في ذلك الطفل الذي لم يولد بعد.
الدخل الإجمالي	إجمالي دخل الشخص قبل أخذ الضرائب أو الاقتطاعات الأخرى في الاعتبار.
فرد بلا مأوى	الفرد الذي يفتقر إلى إقامة ليلية ثابتة ومنتظمة أو الفرد الذي تكون إقامته الليلية الأساسية عبارة عن: • 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 يومًا في منزل شخص آخر؛ أو مكان غير مصمم أو يستخدم عادة كمسكن منتظم لنوم البشر (ممر أو محطة حافلات أو ردهة أو أماكن مماثلة).
أفراد الأسرة	الأفراد الذين يعيشون في منزلك. لبرنامج SNAP، فإن الأفراد الذين يعيشون معًا ويشترون وجباتهم ويعدونها معًا.
الدخل	مدفوعات مثل الأجور والرواتب والعمولات والمكافآت وتعويضات العمال والعجز والمعاش التقاعدي وإعانات 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/الحانات وقاعات البنغو ومسارات السباق ومؤسسات الألعاب ومتاجر الأسلحة/الذخيرة والسفن السياحية والقراء الروحانيين ومتاجر التدخين ومتاجر الوشم/الثقب والمنتجعات/صالونات التدليك. سيشكل استخدام أموال المساعدة النقدية أو بطاقة الخصم المباشر لبرنامج TANF في هذه المؤسسات انتهاكًا متعمدًا للبرنامج (الاحتيال) من جانب متلقي الإعانات.
غير المتقدم	الفرد الذي لا يتقدم بطلب للحصول على مساعدة/إعانات عامة أو لا يحصل عليها. لا يُطلب من غير المتقدمين تقديم رقم الضمان الاجتماعي أو الجنسية أو حالة الهجرة.
المستفيد	المستفيد هو فرد يقبل مسؤولية تلقي المساعدة النقدية وإنفاق الأموال نيابة عن وحدة AU. قد يكون المستفيد عضوًا في وحدة AU وقد لا يكون.
نفقات ما قبل الضريبة	**نفقات ما قبل الضريبة هي اقتطاعات مأخوذة من دخلك قبل تطبيق الضرائب.** ليست كل الاقتطاعات نفقات ما قبل الضرائب. أكثر الاقتطاعات شيوعًا قبل الضرائب هي التأمين الصحي، التأمين على الأسنان، التأمين على الرؤية، وما إلى ذلك. http://www.irs.gov

الأجنبي/المهاجر المؤهل	*الأجنبي/المهاجر المؤهل* هو شخص يقيم بشكل قانوني في الولايات المتحدة ويقع ضمن إحدى الفئات التالية: • شخص *مقبول بصفة قانونية للإقامة الدائمة* (LPR) بموجب قانون الهجرة والجنسية (INA)؛ • مهاجر *من أصل أمريكي وآسيوي* 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 (5)(d) 212 من قانون INA؛ • الشخص الذي يُحجب *ترحيله* بموجب البند (243(h من قانون INA كما كان ساريًا قبل 1 أبريل 1997، أو البند (3)(b)241 من قانون INA، بصيغته المعدلة؛ • الشخص الذي تم *منحه دخولًا مشروطًا* بموجب البند (7)(a)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)(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 العراقيون* الذين حصلوا على وضعًا خاصًا كمهاجر بموجب البند (27)(a)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؛ • *الهمونغ أو أفراد القبائل اللاوسية في المرتفعات* الذين قدموا المساعدة للأفراد الأمريكيين من خلال المشاركة في عملية عسكرية أو إنقاذ خلال حقبة حرب فيتنام (5/07/1975 - 8/05/1964). 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 الـ5 سنوات.
المصادر	النقد أو الممتلكات أو الأصول مثل الحسابات المصرفية والمركبات والأسهم والسندات والتأمين على الحياة.
الاعتداء الجنسي	الفعل الجنسي غير الرضائي المحظور بموجب القانون الفيدرالي أو القبلي أو قانون الولاية، بما في ذلك عندما تفتقر الضحية إلى القدرة على الموافقة.
التحرش الجنسي	سلوك معادي أو مخيف أو قمعي بناءً على الجنس الذي يخلق بيئة عمل هجومية.
المطاردة	الفعل أو الجريمة المتمثلة في اتباع أو مضايقة شخص آخر بشكل متعمد ومتكرر في ظروف من شأنها أن تجعل الشخص العاقل يخشى الإصابة أو الموت خاصة بسبب التهديدات الصريحة أو الضمنية.
الدخل الخاضع للضريبة	المدفوعات مثل الأجور والرواتب والعمولات والمكافآت والعجز والمعاشات التقاعدية وإعانات التقاعد والفوائد أو أي شكل آخر من أشكال الأموال المستلمة.
المعال الضريبي	الفرد الذي يتوقع أن تتم المطالبة به على الإقرار الضريبي لمقدم الإقرار الضريبي. http://www.irs.gov
مقدم الإقرار الضريبي	الفرد الذي يتوقع تقديم إقرار ضريبي. http://www.irs.gov
اقتطاعات الإقرار الضريبي	اقتطاعات الإقرار الضريبي هي اقتطاعات مصلحة الضرائب (IRS) المسموح بها والموجودة في نموذج الإقرار الضريبي 1040، بدءًا من السطر 23 حتى السطر 35. ويشمل ما يلي: نفقات المعلم؛ النموذج 2106؛ نموذج الادخار الصحي 8889؛ نموذج مصاريف الانتقال 3909؛ العقوبة/السحب المبكر للمدخرات؛ النفقة المدفوعة؛ الاقتطاعات لترتيبات التقاعد الفردية (IRA)؛ فائدة قرض الطالب؛ نموذج الرسوم الدراسية والمصروفات 8917؛ نموذج أنشطة الإنتاج المحلي 8903. http://www.irs.gov
الاتجار في برنامج SNAP	*الاتجار* بإعانات برنامج SNAP يعني: (1) شراء أو بيع أو سرقة أو استبدال إعانات برنامج SNAP الصادرة والوصول إليها من خلال بطاقات EBT وأرقام البطاقات وأرقام التعريف الشخصية أو عن طريق القسيمة اليدوية والتوقيع، مقابل نقود أو مقابل آخر غير الطعام المؤهل، إما بشكل مباشر أو غير مباشر أو بالتواطؤ أو التورط مع الآخرين أو بالعمل بمفرده؛ (2) تبادل الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات أو المواد الخاضعة للرقابة؛ (3) شراء منتج بإعانات برنامج SNAP يحتوي على حاوية تتطلب وديعة استرداد بقصد الحصول على نقود عن طريق التخلص من المنتج وإعادة الحاوية مقابل مبلغ الوديعة، والتخلص من المنتج عمدًا، وإعادة الحاوية عمدًا مقابل مبلغ الوديعة؛ (4) شراء منتج بإعانات برنامج SNAP بقصد الحصول على نقود أو مقابل آخر غير الطعام المؤهل عن طريق إعادة بيع المنتج، ثم إعادة بيع المنتج الذي تم شراؤه بإعانات برنامج SNAP عمدًا مقابل نقود أو مقابل آخر غير الطعام المؤهل؛ (5) شراء المنتجات التي تم شراؤها في الأصل بإعانات برنامج SNAP عمدًا مقابل نقود أو مقابل آخر غير الطعام المؤهل. (6) محاولة شراء أو بيع أو سرقة أو التأثير بأي طريقة أخرى على تبادل إعانات برنامج SNAP التي يتم إصدارها والوصول إليها عبر بطاقات التحويل الإلكتروني للإعانات (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.
بطاقة الخصم المباشر Way2Go Debit MasterCard	نفذت ولاية جورجيا خيار دفع "إلكترونيًا" مناسبًا للحاصلين على إعانات برنامج TANF يسمى Way2Go Debit MasterCard. 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 الإعانات في آخر يوم عمل من الشهر السابق. يمكن لمتلقي الإعانات الوصول الفوري إلى أمواله لأن الأموال يتم إرسالها إلكترونيًا على بطاقة الخصم المباشر Debit MasterCard.

إخطار لحقوق الأمريكيين ذوي الاعاقة (ADA)/البند 504

المساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة

يُطلب 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 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 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 بالموظف المسؤول 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 بالموظف المسؤول 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، أو يمكنك إرسال طلب التعديل إلى 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 بالموظف المسؤول 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 أو صندوق بريد 172, Norcross, GA 30091، الرقم 248-7449 (678). البريد الإلكتروني لوزارة DCH هو: dch.adarequests@dch.ga.gov.

يمكنك أن تطلب من الموظف 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 لوزارة DCH هو: dch.civilrights@dch.ga.gov. يوجد الرابط الخاص بإجراءات الحقوق المدنية التابع لوزارة DCH ونموذج الشكوى 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 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 الإعانات بناءً على العرق أو العمر أو الجنس أو الإعاقة أو الأصل القومي أو الدين.

لا ترسل طلبات إلى وزارة USDA أو وزارة HHS

بيان عدم التمييز

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر التمييز على وزارة USDA وهيئاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة USDA أو التي تديرها على أساس العرق أو لون البشرة 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 برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، والبرامج التي تديرها وزارة HHS مباشرة محظورة أيضًا من التمييز بموجب قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وزارة HHS.

وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (مثل طريقة برايل، الطباعة بأحرف الكبيرة، الأشرطة الصوتية، لغة الإشارة الأمريكية)، الاتصال بالهيئة (الحكومية أو المحلية) حيثما تقدموا بطلبات للحصول على إعانات.
يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة USDA من خلال خدمة ترحيل الاتصالات 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: https://www.usda.gov.us/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf، وفي أي مكتب من مكاتب وزارة USDA أو اكتب خطابًا موجهًا إلى وزارة 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:** Food and Nutrition Service, USDA (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:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@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 أيضًا 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 SNAP.

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 لون بشرتك 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 أيضًا التواصل مع مكتب OCR عبر البريد على: Centralized Case Management Operations (العمليات المركزية لإدارة القضايا)، U.S. Department of Health and Human Services (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 OCR لتقديم الشكاوى بدلاً من تقديم الشكاوى عبر البريد.
يمكن للأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدة في تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إرسال بريد إلكتروني إلى OCR على OCRMail@hhs.gov أو الاتصال بـ OCR مجانًا على الرقم 1019-368-800-1، جهاز الاتصالات للصم (TDD) 7697-537-800-1. بالنسبة للأشخاص الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من صعوبات في الكلام، يرجى الاتصال بالرقم 1-1-7 للوصول إلى خدمات ترحيل الاتصالات. نوفر أيضًا وسائل بديلة (مثل طريقة برايل والكتابة بأحرف كبيرة) والمساعدات الإضافية وخدمات المساعدة اللغوية مجانًا لتقديم شكوى.

هذه المؤسسة توفر الفرص على قدم المساواة.

تحت إشراف وزارة الخدمات الإنسانية (DHS)، يمكنك تقديم شكاوى 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، الرقم 423-4746 (877). بالنسبة للشكاوى التي تدعي التمييز على أساس الكفاءة المحدودة للغة الإنجليزية، اتصل برنامج الإتقان المحدود للغة الإنجليزية والضعف الحسي لوزارة DHS في Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel(وزارة الخدمات الإنسانية في جورجيا، مكتب المستشار العام)، 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334، الرقم 423-4746 (877).

لا ترسل طلبات إلى وزارة USDA أو وزارة HHS