

وزارة الخدمات الإنسانية في ولاية جورجيا
نموذج تجديد برنامج قسائم الطعام (SNAP)/المساعدة الطبية (Medicaid)/المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (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 مكفوف أو تواجه صعوبة في التحدث، يمكنك الاتصال بنا على الرقم أعلاه عن طريق الاتصال بالرقم 711 (خدمات جورجيا للترحيل).

إستخدام المكتب فقط: تاريخ الاستلام	رقم هوية العميل	تاريخ البدء
المساعدة الطبية	البرامج التي بدأتها: المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة • قسائم الطعام (SNAP)	

إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على قسائم الطعام (SNAP) أو تقوم بتجديد المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة أو المساعدة الطبية، فيمكنك تقديم تجديد/طلب الاستحقاقات مع اسمك وعنوانك وتوقيعك. ومع ذلك، سوف يساعدنا في معالجة طلبك وإعادة التصديق/التجديد بسرعة أكبر إذا قمت بإكمال النموذج بأكمله وتوفير إثباتات للمعلومات، إذا طلب ذلك. يمكنك استخدام هذا النموذج لتقديم تجديد/طلب مشترك لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) /المساعدة الطبية و/أو برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة أو لبرنامج قسائم الطعام (SNAP) فقط. لن يتم إنهاء تجديد قسائم الطعام (SNAP) الخاص بك فقط على أساس رفض/إنهاء تجديد/طلبك لبرنامج آخر. سنقوم بتحديد أهلية منفصل لطلب تجديد برنامج قسائم الطعام (SNAP).

يرجى كتابة اسم وعنوان الشخص الذي يعيد التقدم بطلب للحصول على الاستحقاقات في الحيز أدناه:

اسم العميل:	تاريخ الميلاد:	رقم الضمان الاجتماعي: (اختياري لغير المتقدمين*)
*راجع حالة الهجرة والجنسية وأرقام الضمان الاجتماعي أدناه.		
عنوان الشارع:		
العنوان البريدي:		
رقم هاتف الرئيسي:	رقم الاتصال الآخر:	
التواصل الإلكتروني: البريد الإلكتروني: نعم ___ أو لا ___ (اختياري) إرسال الرسائل النصية: نعم ___ أو لا ___ (اختياري)	عنوان البريد الإلكتروني: (اختياري)	
ما هي اللغة المفضلة؟	إذا كانت المقابلة مطلوبة، فهل ستحتاج إلى مترجم؟	نعم ___ أم لا ___

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

هل لديك إعاقة تتطلب تعديلاً معقولاً أو مساعدة في مجال التواصل؟ نعم _____ لا _____ (إذا كان

الجواب نعم، يرجى وصف التعديل المعقول أو المساعدة في مجال التواصل التي تطلبها):

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

هل تحتاج إلى هذا التعديل المعقول أو المساعدة في مجال التواصل لمرة واحدة _____ أو بشكل مستمر _____؟
إذا أمكن، اشرح بإيجاز متى وإلى متى تحتاج إلى هذا التعديل أو المساعدة؟

أقر وأتحمّل عقوبة الحنث باليمين على حد علمي واعتقادي أن الشخص (الأشخاص) الذي أتقدم بطلب للحصول على الاستحقاقات من أجلهم هو/هم مواطن (مواطنون) أمريكي أو غير مواطن (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 المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة. سأبلغ أيضاً إذا تلقى أحد أفراد أسرتي مكاسب من اليانصيب أو المقامرة، إذا كان المبلغ الإجمالي البالغ 4,250 دولاراً أو أكثر (قبل اقتطاع الضرائب أو المبالغ الأخرى). سأبلغ عن هذه المكاسب في غضون 10 أيام من نهاية الشهر الذي استلمت فيه الأسرة المكاسب. أفهم أنه إذا كانت أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم تقليل أو رفض استحقاقاتى، وقد أتعرض لملاحقة جنائية أو استبعاد من برامج قسم خدمات الأسرة والأطفال التابع لوزارة الخدمات الإنسانية لتقديم معلومات غير صحيحة عن علم. أفهم أنه يمكن مفاضاتي إذا قدمت معلومات خاطئة أو أخفيت معلومات. أفهم أنه إذا فشلت في إخبار قسم خدمات الأسرة والأطفال التابع لوزارة الخدمات الإنسانية ببعض نفقاتي أثناء عملية التقديم أو التجديد و/أو فشلت في التحقق منها، فلن تقوم قسم خدمات الأسرة والأطفال التابع لوزارة الخدمات الإنسانية بتضمين هذه النفقات في حساب مبلغ استحقاقات قسائم الطعام (SNAP) الخاصة بي.

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

التاريخ

التوقيع:

التاريخ

توقيع الشاهد إذا تم التوقيع عليه بـ "X"

أهلية المسار السريع:

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

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

نعم لا

الممثل المفوض:

أكمل هذا القسم فقط إذا كنت تريد من شخص أو منظمة ملء الطلب التقديم/التجديد، وإكمال مقابلتك لقوائم الطعام (SNAP) أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة، و/أو استخدام بطاقة تحويل الاستحقاقات الإلكترونية التابعة لقوائم الطعام (SNAP) الخاصة بك لشراء الطعام عندما لا يمكنك الذهاب إلى المتجر. يرجى اختيار كل برنامج تريد تعيينه كممثل مفوض. يرجى اختيار الواجبات التي تريد أن يحصل عليها الشخص أو المنظمة. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على برنامج المساعدة الطبية، فيمكنك اختيار أكثر من شخص أو منظمة للتقديم على المساعدة الطبية نيابة عنك.

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

اسم الشخص 1: _____
 اسم المنظمة 1 (إذا كان ينطبق): _____ الهاتف: _____
 العنوان: _____ المنزل: _____
 المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

التواصل الإلكتروني: البريد الإلكتروني: نعم ___ لا ___ (اختياري) إرسال الرسائل النصية: نعم ___ لا ___ (اختياري)
 عنوان البريد الإلكتروني (اختياري) _____ هل هناك حاجة إلى مترجم فوري؟ نعم ___ أو لا ___
 اللغة المفضلة: _____

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

اسم الشخص 2: _____
 اسم المنظمة 2 (إذا كان ينطبق): _____ الهاتف: _____
 العنوان: _____ المنزل: _____
 المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

التواصل الإلكتروني: البريد الإلكتروني: نعم ___ لا ___ (اختياري) إرسال الرسائل النصية: نعم ___ لا ___ (اختياري)
 عنوان البريد الإلكتروني (اختياري) _____ هل هناك حاجة إلى مترجم فوري؟ نعم ___ أو لا ___
 اللغة المفضلة: _____

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

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

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

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

للمساعدة الطبية 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 كان الجواب نعم، يرجى الإجابة على الأسئلة أ، ب، ج. إذا كان الجواب لا، يرجى الإجابة على السؤال ج.

- a. سوف تقدم بالاشتراك مع شريكك؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، اسم شريكك: _____
 هل ستطالب بأي معالين في إقرارك الضريبي؟ نعم لا
 إذا كان الجواب نعم، أدرج اسم (أسماء) المعالين: _____
 c. هل سيتم المطالبة بأي شخص كمعال تعتمد في الإقرار الضريبي لشخص آخر؟ نعم لا
 إذا كان الجواب نعم، فاذكر اسم مقدم الإقرار الضريبي والمعالين الضريبيين: _____
 ما العلاقة بين المعال في الإقرار الضريبي ومقدم الإقرار الضريبي؟ _____

خدمات التواصل مع المجتمع:

لمزيد من المعلومات حول خدمات وزارة الخدمات الإنسانية (DHS) الأخرى، يرجى زيارة موقعنا على الإنترنت على <http://dfcs.georgia.gov> أو الاتصال بالرقم 4746-423 (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 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R.

§ 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, and 42 C.F.R. § 435.920

الضمان الاجتماعي. يمكن معاملة أي شخص يعيش في منزلك ولا يتقدم بطلب للحصول على استحقاقات على أنه غير متقدم. لا يتعين على غير المتقدمين إعطائنا معلومات حول رقم الضمان الاجتماعي أو الجنسية أو حالة الهجرة الخاصة بهم وهم غير مؤهلين للحصول على الاستحقاقات. قد يظل أفراد الأسرة الآخرين قادرين على الحصول على الاستحقاقات إذا كانوا مؤهلين بخلاف ذلك. إذا كنت تريد منا أن نقرر ما إذا كان أي من أفراد الأسرة مؤهلين للحصول على استحقاقات، فستظل بحاجة إلى إخبارنا عن الجنسية أو حالة الهجرة ومنحنا رقم الضمان الاجتماعي (SSN). ستظل بحاجة إلى إخبارنا عن الدخل والمصادر الخاصة بهم لتحديد مستوى الأهلية والاستحقاقات للأسرة. لن نقوم بالإبلاغ عن أي من أفراد الأسرة غير المتقدمين بطلب إلى نظام التحقق المنهجي من الأجانب للحصول على الاستحقاقات (SAVE) التابع لخدمات الجنسية والهجرة الأمريكية (USCIS) إذا لم يخبرونا عن حالة الجنسية أو الهجرة. ومع ذلك، إذا تم تقديم معلومات عن حالة الهجرة في طلبك، فقد تخضع هذه المعلومات للتحقق من خلال نظام التحقق المنهجي من الأجانب للحصول على الاستحقاقات وقد تؤثر على أهلية الأسرة ومستوى الاستحقاقات. 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 بقسائم الطعام (برنامج المساعدة الغذائية التكميلية "SNAP")، فيمكن تقديم المعلومات على طلب التقديم هذا بما في ذلك أرقام الضمان الاجتماعي، إلى الهيئات الفيدرالية والولائية وهيئات جمع المطالبات الخاصة لكي يستخدموها في استلام المطالبة. لن نرفض الاستحقاقات لأفراد الأسرة المتقدمين لأن أفراد الأسرة الآخرين يفشلون في تقديم رقم الضمان الاجتماعي أو الجنسية أو حالة الهجرة. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على خدمات طبية عاجلة فقط، فلا يتعين عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك أو معلومات حول حالة الهجرة.

هل تريد المساعدة الطبية؟ (نعم/لا)	هل والد هذا الطفل تعيش في المنزل؟ (نعم/لا)	هل أم هذا الطفل تعيش في المنزل؟ (نعم/لا)	هل أنت مواطنًا أمريكيًا، قوميًا أمريكيًا، مهاجرًا مؤهلًا أو في حالة هجرة مؤقتة؟ (نعم/لا)	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري لغير المتقدمين)	العلاقة بك	تاريخ الميلاد	التنسيق (mm/dd/yy)	الجنس ذكر/أ	العرق (اختياري)	من أصل إسباني أو لاتيني؟ (اختياري)	الاسم الأخير	الاسم الأول
نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا	نعم/لا		ذاتيًا					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):

BL - الأمريكيون ذوي البشرة السوداء أو من أصل أفريقي

AS - الآسيويون

AI - الهنود الأمريكيون أو سكان الاسكا الأصليين

HP - سكان هاواي الأصليون أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ WH - ذوي البشرة البيضاء

من خلال توفير معلومات العرق/الأصل القومي، ستساعدنا في إدارة برامجنا بطريقة غير تمييزية. لا يُطلب من أسرتك تزويدنا بهذه المعلومات ولن تؤثر على أهليتك أو مستوى الاستحقاقات. ومع ذلك، إذا لم تقدم هذه المعلومات، فسيتم تحديد العرق والأصل القومي مرتبًا 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)

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

للمساعدة الطبية فقط:

هل كان أي شخص في أسرتك في رعاية التبني في سن 18 عامًا؟ نعم لا
إذا كان لديك معالون ضريبيون لا يعيشون معك في المنزل، فيرجى إدراجهم 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 الاستحقاقات. يرجى الإجابة فقط على الأسئلة المتعلقة بالاستحقاقات التي تريد الحصول عليها في الصفحة أدناه.

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

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____
أين: _____
متى: _____

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

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____
أين: _____
متى: _____

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

إذا كانت الإجابة نعم، من ترك وظيفته؟

لماذا ترك/تركت الوظيفة؟ _____

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

إذا كانت الإجابة نعم، ما هو الموعد المقدر للولادة؟ _____؛ وكم عدد الأطفال المتوقعين؟ _____

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

إذا كانت الإجابة نعم، ما هو تاريخ الولادة/إنهاء الحمل؟ _____؛ وكم عدد الأطفال المولودين/المتوقعين؟ _____

اسم المرأة الحامل: _____ اسم والد الجنين: _____

عنوان الأب: _____

5. بالنسبة لمتقدمي برنامج المساعدة الطبية، هل لدى أي شخص أي فواتير طبية غير مدفوعة خلال الأشهر 3 الماضية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إرسال الفواتير غير المدفوعة إذا كانت لديك قضية لبرنامج المساعدة الطبية.

6. هل يوجد أي شخص غير مؤهل من برنامج قسائم الطعام (SNAP) أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة؟ (لقسائم الطعام (SNAP) والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة **نعم**:

من:

أين:

7. هل يقوم أي شخص بالفرار لتجنب المحاكمة أو السجن لارتكابه جنائية؟ (لقسائم الطعام (SNAP) والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**، من هو:

8. قام أي شخص بانتهاك شروط المراقبة أو الإفراج المشروط؟ (لقسائم الطعام (SNAP) والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**، من هو؟

9. هل لدى أي شخص إدانة جنائية بسبب سلوك يتعلق بحيازة أو استخدام أو توزيع مادة مخدرة خاضعة للرقابة (أي مجرم مخدرات) بعد 22/8/1996 (لقسائم الطعام (SNAP) و المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط) أو جنائية عنيفة (للمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط)؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة **نعم**:

من:

متى:

a. هل أنت ملتزم بشروط المراقبة المتعلقة بأي حكم صدر نتيجة إدانة في جنائية مخدرات؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا

b. هل أنت ملتزم بشروط الإفراج المشروط المتعلقة بأي حكم صادر نتيجة إدانة بجنائية مخدرات؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا

c. هل أكملت بنجاح **جميع** شروط المراقبة أو الإفراج المشروط المتعلقة بأي إدانة تتعلق بالمخدرات؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا

10. هل تمت إدانتك أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة بتهمة التجارة باستحقاقات قسائم الطعام (SNAP) مقابل المواد المخدرة بعد 22/8/1996؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة **نعم**:

من:

متى:

11. هل تمت إدانتك أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة بتهمة شراء أو بيع استحقاقات قسائم الطعام (SNAP) مقابل أكثر من 500 دولارًا بعد 22/8/1996؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة **نعم**:

من:

متى:

12. هل تمت إدانتك أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة بتهمة التجارة باستحقاقات قسائم الطعام (SNAP) مقابل الأسلحة أو الذخيرة أو المتفجرات بعد 22/8/1996؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة **نعم**:

من:

متى:

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

إذا كانت الإجابة **نعم**:

من:

متى:

a. هل أنت ملتزم بشروط المراقبة المتعلقة بأي حكم صدر نتيجة إدانة جنائية؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا

b. هل أنت ملتزم بشروط الإفراج المشروط المتعلقة بأي حكم صادر نتيجة إدانة جنائية؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا

c. هل أكملت بنجاح جميع شروط المراقبة أو الإفراج المشروط المتعلقة بأي إدانة في جنائية؟ (لقسائم الطعام (SNAP) فقط) نعم لا

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

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____ متى: _____ المبلغ المستلم: _____

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

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____ متى: _____

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

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____

المبلغ الشهري المستلم: _____

تاريخ الانتهاء من اتفاق النفقة أو آخر تعديل: _____

لقسائم الطعام (SNAP) والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط:

طلاب التعليم العالي: هل يلتحق أي شخص في منزلك بنصف الوقت على الأقل في كلية أو جامعة أو مدرسة مهنية أو تقنية؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو:

اسم المدرسة: _____

الصف/الحالة _ تاريخ التخرج: _

مسجل في برنامج الدراسة والعمل؟ نعم لا

هل الطالب موظف؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، ساعات العمل في الأسبوع _____ (يرجى إكمال قسم التوظيف أدناه أيضًا).

لقسائم الطعام (SNAP) فقط:

هل لدى أي شخص يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر أو معاق نفقات طبية؟ نعم لا

هل تغيرت نفقاتك الطبية مثل أقساط الرعاية الطبية أو تكلفة الأدوية الموصوفة أو فواتير المستشفى؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فقم بإدراج النفقات في الرسم البياني أدناه. قم بإرفاق الفواتير، الأدوية الموصوفة لآخر شهر (أشهر).

هل سيدفع التأمين؟ نعم/لا	تاريخ الفاتورة	المبلغ المستحق	نوع النفقات (طبيب، مستشفى، وصفة طبية)	فواتير فرد الأسرة

هل لدى أي شخص يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر أو معاق نفقات طبية للتنقل؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تقديم المعلومات أدناه. إذا كنت تتلقى استحقاقات برنامج المساعدة الطبية، فقم بتقديم دليل:

الهدف 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 أياً من هذه النفقات الطبية نيابةً عنك؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تقديم المعلومات أدناه:

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

للمساعدة الطبية فقط:

تغطية صحية أخرى

هل يوجد أي شخص مسجل الآن في التأمين الصحي من ما يلي؟

- وزارة الخدمات الإنسانية في ولاية جورجيا
 برامج الرعاية الصحية لشؤون المحاربين القدامى برنامج TRICARE (لا تقم بالاختيار إذا كان لديك رعاية مباشرة أو يقومون بتأديتها واجبيهم)
 تأمين صاحب العمل: اسم التأمين _____ رقم البوليصا _____
 غير ذلك: اسم التأمين _____ رقم البوليصا _____

هل لديك أي تأمين صحي بخلاف المساعدة الطبية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أرسل لنا نسخة من بطاقة التأمين الخاصة بك.

المصادر:

(غير مطلوب من أجل الدخل الإجمالي المعدل بعد التعديل للحصول على المساعدة الطبية): هل يمتلك أي شخص في أسرته أيًا من المصادر التالية؟

نعم لا (إذا كانت الإجابة نعم، قم بتقديم المعلومات أدناه. إذا كنت تتلقى برنامج المساعدة الطبية للمسنين أو المكفوفين أو المعاقين (بخلاف خطط توفير الرعاية الطبية، مثل المستفيد المؤهل من الرعاية الطبية (QMB) أو المستفيد المحدد منخفض الدخل (SLMB) أو الفرد المؤهل-1 (QI-1) فقط) فقدم دليلاً.

موقع المصدر	المالك	رقم الحساب/البوليصة (لا تكمل إذا كان حسابك/البوليصة هو نفس رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك)	القيمة	اسم البنك وشركة التأمين، إلخ.
نقدًا				
جاري/توفير				
اتحاد انتمائي				
مستحقات سنوية				
أسهم أو سندات				
صندوق الإيداع الآمن				
حساب التقاعد (لغير الدخل الإجمالي المعدل بعد التعديل للحصول				
سيارات (لغير الدخل الإجمالي المعدل بعد التعديل للحصول				
شهادات الإيداع/مستحقات سنوية (لغير الدخل الإجمالي المعدل بعد التعديل للحصول				
خطط الجائزة مسبقاً الدفع (لغير الدخل الإجمالي المعدل بعد التعديل للحصول				
أماكن القبور (لغير الدخل الإجمالي المعدل بعد التعديل للحصول				
الصناديق الاستثمارية (لغير الدخل الإجمالي المعدل بعد التعديل للحصول				
الممتلكات غير المنزلية (لغير الدخل الإجمالي المعدل بعد التعديل للحصول				
الممتلكات المنزلية (لغير الدخل الإجمالي المعدل بعد التعديل للحصول				
التأمين على الحياة (لغير الدخل الإجمالي المعدل بعد التعديل للحصول				
غير ذلك				

للمسنين أو المكفوفين أو المعاقين لبرنامج المساعدة الطبية فقط:

هل قمت أنت أو شريكك أو أي شخص تقوم بالتقديم له ببيع أو تداول أو التخلي عن مصدر في آخر 60 شهرًا. نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، ما هو؟

متى؟

لقسام الطعام (SNAP)، المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة، المساعدة الطبية:

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 دليلاً على إجمالي الدخل الذي تم تلقيه في الأسابيع الـ 4 الماضية.

الشخص العامل	صاحب العمل	الأجر في الساعة	ساعات العمل في الأسبوع	كم مرة يتم الدفع	تاريخ (تواريخ) الدفع	المكافآت	الإكراميات

للمساعدة الطبية فقط:

نفقات ما قبل الضريبة:

التأمين الصحي \$ _____ كم مرة؟ _____ التأمين على الرؤية \$ _____ كم مرة؟ _____
• تأمين الأسنان \$ _____ كم مرة؟ _____
• نوع الاقتطاعات الأخرى \$ _____
_____ مرة؟ _____

• نوع الاقتطاعات الأخرى \$ _____ كم مرة؟ _____

• نوع الاقتطاعات الأخرى \$ _____ كم مرة؟ _____

• المزيد؟ يرجى الإرفاق على ورقة منفصلة.

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

اقتطاعات الإقرار الضريبي:

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

ملحوظة: يجب ألا تُدرج التكلفة التي أخذتها في الاعتبار بالفعل في إيجابتك للعمل الحر.

• النفقة المدفوعة \$ _____ كم مرة؟ _____

• فائدة قرض الطالب \$ _____ كم مرة؟ _____

• نوع الاقتطاعات الأخرى \$ _____ كم مرة؟ _____

لقسام الطعام (SNAP)، المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة، المساعدة الطبية:

هل توقف احد 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 العمل؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، أكمل ما يلي وقدم الدليل:

اسم الشخص الذي بدأ العمل:	تاريخ بدء العمل:	رقم الهاتف:
اسم صاحب العمل/النشاط التجاري:	معدل الأجور:	تاريخ استلام أول شيك/سيتم استلامه:
	\$	

كم مرة يتم الدفع (يرجى تحديد واحد):

□ أسبوعياً • كل أسبوعين • مرتين في الشهر • شهرياً • غير ذلك

العمل الحر:

هل يعمل أي شخص لحسابه الخاص: نعم □ لا (إذا كانت الإجابة نعم، من هو؟) _____

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

هل هذا النشاط التجاري مسجل ومرخص؟ نعم □ لا

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

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

للمساعدة الطبية والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط: قم بتقديم دليلاً على نفقات العمل الحر.

الدخل غير المكتسب:

هل يتلقى أي فرد في أسرتك أموالاً من المساهمات أو الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان الإضافي أو شؤون المحاربين القدامى أو دعم الأطفال أو البطالة أو التقاعد أو أي دخل آخر؟ نعم □ لا

إذا كانت الإجابة نعم، أكمل المعلومات الواردة أدناه وقدم إثباتاً لجميع الدخل الذي تم تلقيه في الأسابيع الأربعة الماضية أو أحدث خطاب منح.

الاسم	المصدر	المبلغ	كم مرة؟

الدخل الإجمالي المعدل بعد التعديل للحصول على المساعدة الطبية: لن يتم احتساب الدخل من دعم الأطفال أو مدفوعات المحاربين القدامى أو دخل الضمان الإضافي (SSI) أو استحقاقات تعويض العمال.

تكاليف رعاية المعالين:

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

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

هل تدفع نفقات النقل لطفل معال أو فرد من أفراد الأسرة البالغين المعاقين؟ نعم □ لا

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

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

تكاليف المأوى:

هل بدأت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك في دفع تكاليف المأوى أو 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/الكبير			
البنز/خزان الصرف الصحي/المياه/الصرف			
القمامة			
الهاتف			
غير ذلك			

ما هو مصدر التدفئة أو التبريد الأساسي للمنزل؟ (كهرباء، غاز، مكيف هواء)

هل يقوم شخص آخر بدفع أي من هذه الفواتير المنزلية نيابة عنك؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

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

هل تلقيت مساعدة في مجال الطاقة في الأشهر الـ 12 الماضية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، المبلغ المستلم \$ _____

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

إذا كانت الإجابة نعم، من هو؟ _____

التعليقات/الوثائق

مدفوعة لمن _____ المبلغ المدفوع \$ _____
اسم المالك _____ عنوان المالك _____
بواسطة _____

مدفوعات دعم الأطفال:

هل تدفع أنت أو أحد أفراد أسرتك دعم الأطفال لشخص يعيش خارج المنزل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه:

من ملزم بالدفع؟	كم هو المبلغ الملزم به؟
لمن يُدفع دعم الأطفال؟	كم المبلغ الفعلي المدفوع؟
إلى من يُدفع دعم الأطفال؟	كم مرة يتم دفع دعم الأطفال؟

لقسائم الطعام (SNAP) فقط، يرجى تقديم دليل على المبلغ المدفوع في الأشهر الثلاثة الماضية والالتزام القانوني بالدفع.

هذا القسم مخصص لمتلقي المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة فقط - يجب عليك إكمال ما يلي: سجلات التطعيمات:

هل هناك طفل تحت سن السابعة لم يلتحق بالمدرسة بعد؟ (ما قبل روضة الأطفال لا يعتبر "مدرسة".)

نعم لا

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

متطلبات المدرسة:

هل جميع الأطفال (18-6سنة) يذهبون إلى المدرسة؟ نعم لا

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

اسم المدرسة (المدارس) _____

الصف (الصفوف) _____

هل هناك أي طفل يبلغ من العمر 16 عامًا أو أكبر ليس في المدرسة؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، 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 متطلبات برنامج معينة، 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 لبرنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة مع الطفل (أو مع

نعم لا

الأطفال)؟

إذا كانت الإجابة نعم؛ أجب عن الأسئلة التالية:

هل تمتلك أنت أو أي عضو بالغ من أعضاء وحدة المساعدة سيارة أو ستشترىها؟

نعم لا

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

سنة السيارة وطرزها: _____

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

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

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الإدراج: _____

لديك الحق في:

- طلب المساعدة في ملء هذا النموذج وخدمات المساعدة اللغوية المجانية (المتترجمين الفوريين 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 تعاني 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 لقسمات الطعام (SNAP)
- 30 يومًا من تاريخ هذا الإشعار للمساعدة الطبية والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة

أنت مسؤول عن:

- إعطاء الموظف المعلومات الصحيحة وتقديم دليل على البيانات اللازمة لتلقي الاستحقاقات. عندما توقع على هذا النموذج، فإنك تمنح الموظف إذنًا بالحصول على معلومات من صاحب العمل أو البنك أو الجار أو غيرهم حتى تتمكن من التأكد من حصولك على المبلغ الصحيح من الاستحقاقات.
- قول الحقيقة في جميع الأوقات. إذا قدمت أنت أو أي شخص يتقدم بطلب للحصول على معلومات غير صحيحة، فقد تتركب جريمة، وقد تذهب إلى السجن.
- تقديم دليل على أنك أنت أو أي شخص في أسرتك يتقدم بطلب للحصول على الاستحقاقات 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 ولا يمكننا تحديد أنك ما زلت مؤهلًا للحصول على قسائم الطعام (SNAP)، فقد يتم رفض قضيتك أو إغلاقها.
- (لقسائم الطعام (SNAP) التعاون مع مراجعي مراقبة الجودة عندما يتصلون أو يأتون إلى منزلك لمقابلتك حول المعلومات التي قدمتها للمسؤول عن قضيتك. إذا لم تتعاون معهم، فقد يتم رفض قضيتك أو إغلاقها.
- (لقسائم الطعام (SNAP) والمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة) سداد الاستحقاقات التي لم يكن من المفترض أن تحصل عليها.
- (للمساعدة الطبية) التعاون مع مراجعي مراقبة الجودة عندما يتصلون أو يأتون إلى منزلك لمقابلتك حول المعلومات التي قدمتها للمسؤول عن قضيتك.
- (للمساعدة الطبية) الأعضاء الموجودون في دار رعاية المسنين، أو منشآت الرعاية المتوسطة، أو الخدمة المجتمعية، أو المسجلين في الخدمات ويتلقونها من خلال برنامج الإغفاء، التعاون مع برنامج المساعدة الطبية لاسترداد الممتلكات.

إذا تلقيت قسائم الطعام (SNAP)، فيجب عليك الإبلاغ عندما يتجاوز مجموع إجمالي الدخل الشهري الخاص بك حد الدخل لحجم أسرتك. 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 أقصاه اليوم الـ10 من نهاية الشهر الذي حدث فيه التغيير.

يجب عليك أيضًا الإبلاغ عندما تتلقى أسرتك مكاسب كبيرة من اليانصيب والمقامرة. هذه جائزة نقدية فزت بها في لعبة واحدة. إذا تلقيت أنت أو أحد أفراد أسرتك مكاسب من اليانصيب أو المقامرة، فإن المبلغ الإجمالي البالغ 4,250 دولارًا أو أكثر (قبل اقتطاع الضرائب أو المبالغ الأخرى)، يجب عليك الإبلاغ عن هذه المكاسب في غضون 10 أيام من نهاية الشهر الذي استلمت فيه الأسرة المكاسب.

إذا تلقيت مساعدة مؤقتة للعائلات المحتاجة أو مساعدة طبية، 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 المساعدة الطبية الخاصة بي يجب أن تكون مدرجة في الميزانية، إلى جانب أي دخل آخر قد نحصل عليه، لتحديد الأهلية.

في برنامج المساعدة الطبية، يحق لك:

- الحصول على المساعدة الطبية حتى لو كان لديك تأمين صحي آخر.
- اختيار الطبيب أو مقدم المساعدة الطبية الخاص بك.
- الموافقة على طلب المساعدة الطبية الخاص بك أو رفضه في غضون 10 أو 45 أو 60 يومًا من تاريخ تقديمك، اعتمادًا على نوع المساعدة الطبية.

كشروط من شروط أهليتي لبرنامج المساعدة الطبية:

- أوافق على منح الولاية لجميع حقوق الدعم الطبي ودفع تكاليف الرعاية الطبية من أي طرف ثالث (استحقاقات المستشفيات والاستحقاقات 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 برنامج المساعدة الطبية).
- أوافق على منح الولاية الحق في مطالبة الوالد الغائب بتوفير التأمين الطبي، إن وجد. 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 استحقاقات برنامج المساعدة الطبية الخاصة بي وسيحصل أطفالي فقط على الاستحقاقات ما لم يثبت سبب وجيه.

تحذيرات عقوبات برنامج قسائم الطعام (SNAP):

- لا تقدم معلومات خاطئة أو تخفي معلومات للحصول على استحقاقات لا ينبغي أن تحصل عليها أسرتك.
 - لا تستخدم قسائم الطعام (SNAP) أو بطاقات تحويل الاستحقاقات الإلكترونية التي ليست ملكك ولا تسمح لشخص آخر باستخدام بطاقتك.
 - لا تستخدم استحقاقات قسائم الطعام (SNAP) لشراء سلع غير غذائية مثل الكحول أو السجائر أو للدفع على بطاقات الائتمان.
 - لا تتاجر أو تباع قسائم الطعام (SNAP) أو بطاقات تحويل الاستحقاقات الإلكترونية للأصناف غير القانونية؛ مثل الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المواد الخاضعة للمراقبة (المخدرات غير المشروعة).
- أي فرد من أفراد الأسرة يخالف أيًا من هذه القواعد عن قصد يمكن منعه من برنامج قسائم الطعام (SNAP) لمدة عام واحد أو إلى الأبد، دفع غرامة تصل إلى 250 ألف دولار، أو السجن لمدة تصل إلى 20 عام أو كليهما. قد يخضع/تخضع للمقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية الأخرى المعمول بها والمنع أيضًا من برنامج قسائم الطعام (SNAP) لمدة 18 شهرًا إضافية إذا أمرت المحكمة بذلك.

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

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

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

إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة مذنب بالاتجار باستحقاقات بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أو أكثر، ستكون أنت أو هذا الفرد غير مؤهل بشكل دائم للمشاركة في برنامج قسائم الطعام (SNAP) عند ارتكاب المخالفة الأولى لهذا الانتهاك.

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

تحذيرات عقوبات برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة: في برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة، الإجراء المتعمد من خلال تقديم معلومات خاطئة أو مضللة لإثبات الأهلية لوحدة المساعدة أو الحفاظ عليها، أو زيادة الاستحقاقات، أو منع حدوث انخفاض في الاستحقاقات، أو حجب المعلومات لتجنب إجراء سلبى 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 للمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة لسحب النقود أو إجراء معاملات في الكازينوهات ومتاجر بيع الخمر ومرافق الترفيه المخصصة للبالغين "نوادي التعري" وغرف البوكر وسندات الكفالة والنوادي الليلية/الصالونات/الحانات، قاعات البينغو ومسارات السباق ومؤسسات الألعاب ومخازن الأسلحة/الذخيرة وسفن الرحلات البحرية والقراء الروحانيين ومتاجر التدخين ومتاجر الوشم/التقب ومنتجات السبا/صالونات التدليك ممنوعة تمامًا، إعطاء معلومات خاطئة عن المكان الذي تعيش فيه حتى تتمكن من الحصول على استحقاقات في أكثر من ولاية وإدانتك بتهمة تتعلق بالمخدرات أو جنائية عنيفة وخطيرة، في أو بعد 97/1/1.

يمكن منع أي شخص في أسرتك يخالف هذه القواعد عمدًا من برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة من ستة أشهر إلى دائمًا.

للمساعدة الطبية، يعتبر ارتكاب الاحتيال أو الإساءة مخالفاً للقانون. قد تتم إحالتك إلى وحدة نزاهة برنامج المساعدة الطبية وبرنامج PeachCare® للأطفال. قد يقتصر المخالفون على استخدام مزود خدمة واحد، أو يتم فصلهم من البرنامج، أو قد يطلب 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 المساعدة الطبية، 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 المساعدة الطبية أو PeachCare® للأطفال
- تقديم معلومات غير صحيحة أو السماح للآخرين بالقيام بذلك من أجل الحصول على أهلية برنامج المساعدة الطبية أو PeachCare® للأطفال
- عدم الإبلاغ عن التغييرات التي تحدث في الدخل أو ترتيبات المعيشة أو المصادر

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

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 حقلك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت، أو حقلك في الخصوصية في اتخاذ قرار بشأن التسجيل أو التقدم للتصويت، أو حقلك في اختيار حزبك السياسي أو أي تفضيل سياسي آخر، فيمكنك تقديم شكوى إلى وزير الخارجية في

2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 أو عن طريق الاتصال بالرقم (404) 656-2871.

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 خدمات الأسرة والأطفال، والتجديدات، ونماذج تغيير العناوين. يمكنك أيضاً طلب نموذج تسجيل الناخبين من المسؤول عن قضيتك. إذا أكملت طلب تسجيل الناخبين، فقدمه إلى مكتب وزير الخارجية ولاية جورجيا وفقاً للتعليمات المقدمة بشأن طلب تسجيل الناخبين.

إذا كنت تقوم بتجديد المساعدة الطبية وقسائم الطعام (SNAP) أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة، فيجب عليك التوقيع وكتابة التاريخ في الصندوق الذي يناسب وضعك بشكل أفضل.

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

--	--

--	--

لقسائم الطعام (SNAP) و/أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة - عندما يكمل مقدم الطلب/المستلم/الوصي القانوني: أقر وأتحمّل عقوبة الحنث باليمين على حد علمي واعتقادي أن الشخص (الأشخاص) الذي أتقدم بطلب للحصول على الاستحقاقات من أجلهم هو/هم مواطن (مواطنون) أمريكي أو غير مواطن (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 المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة. سأبلغ أيضاً إذا تلقى أحد أفراد أسرتي مكاسب من البانصيب أو المقامرة، إذا كان المبلغ الإجمالي البالغ 4,250 دولاراً أو أكثر (قبل اقتطاع الضرائب أو المبالغ الأخرى). سأبلغ عن هذه المكاسب في غضون 10 أيام من نهاية الشهر الذي استلمت فيه الأسرة المكاسب. أفهم أنه إذا كانت أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم تقليل أو رفض استحقاقي، وقد أتعرض لملاحقة جنائية أو استبعاد من برامج قسم خدمات الأسرة والأطفال التابع لوزارة الخدمات الإنسانية لتقديم معلومات غير صحيحة عن علم. أفهم أنه يمكن مقاضاتي إذا قدمت معلومات خاطئة أو أخفيت معلومات. أفهم أنه إذا فشلت في إخبار قسم خدمات الأسرة والأطفال التابع لوزارة الخدمات الإنسانية ببعض نفقاتي أثناء عملية التقديم أو التجديد و/أو فشلت في التحقق منها، فلن تقوم قسم خدمات الأسرة والأطفال التابع لوزارة الخدمات الإنسانية بتضمين هذه النفقات في حساب مبلغ استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية الخاصة بي.

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

(التاريخ)

(التوقيع)

(احتفظ بهذه المستندات لمعلوماتك)

يوضح هذا الرسم البياني بعض المصطلحات المستخدمة في هذا النموذج.

مقدم الطلب	الفرد الذي يتقدم بطلب للحصول على مساعدة أو استحقاقات عامة.
وحدة المساعدة (AU)	تشمل وحدة المساعدة الأفراد/المؤهلين الذين يعيشون معًا ويتلقون المساعدة/الاستحقاقات العامة.
القائم بأعمال الرعاية	ولي الأمر أو القريب أو الوصي القانوني الذي يتقدم بطلب للحصول على وتلقي المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة التي لديها أطفال تحت رعايته أو رعايتها.
هوية العميل	رقم فريد مخصص للفرد الذي يتلقى المساعدة/الاستحقاقات العامة.
غير مؤهل	الإجراء المتخذ لإخراج فرد من قضية قسائم الطعام (SNAP) أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة لأنهم لم يقولوا الحقيقة وحصلوا على استحقاقات لم يكن يجب أن يحصلوا عليها.
العنف المنزلي	العنف المنزلي يمكن أن يشمل التعرض للصفع أو الركل أو الضرب أو الاعتصاب أو الخنق أو التهديد أو السيطرة أو الحرمان من الحصول على ما تحتاجه للعيش (مثل الطعام أو الدواء أو المنزل) من قبل الأزواج أو الحبيب/الحبيبة أو الشريك أو "السابق".
تحويل الاستحقاقات الإلكترونية (EBT)	النظام المستخدم في ولاية جورجيا لدفع الاستحقاقات للأفراد المؤهلين للحصول على قسائم الطعام (SNAP). يتم إصدار بطاقة الخصم المباشر لتحويل الاستحقاقات الإلكترونية للأفراد الذين يتلقون المساعدة، والتي تُستخدم للوصول إلى حسابات قسائم الطعام (SNAP) الخاصة بهم.
التواصل الإلكتروني	لديك خيار اختيار الطريقة التي ترغب في تلقي إشعارات حول معلوماتك. إذا اخترت تلقي إشعارات بالبريد الإلكتروني أو إرسال رسائل نصية، فستتلقى رسالة تحذرك بأن لديك إشعارًا في إشعاراتي الموجودة في بوابة عملاء GA Gateway. بالنسبة للتواصل عبر البريد الإلكتروني، يجب عليك تزويدنا بعنوان بريدك الإلكتروني وقبول الشروط والأحكام الخاصة بالإشعارات غير الورقية الموجودة في بوابة عملاء GA Gateway بعد إنشاء حساب. يرجى زيارة موقع بوابة عملاء GA Gateway على www.gateway.ga.gov لتحديث إعدادات الإشعارات الخاصة بك. بالنسبة للتواصل عبر الرسائل النصية، يجب أن تزودنا برقم هاتفك. معدلات الرسائل والبيانات القياسية يمكن أن تنطبق. قد يختلف هذا باختلاف الناقلات، يرجى التحقق مع مزود الخدمة الخاص بك.
بطاقة EPPICard للخصم المباشر من ماستر كارد	نفتت ولاية جورجيا خيار دفع "إلكترونيًا" مناسبًا للمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة يسمى بطاقة EPPICard للخصم المباشر من ماستر كارد. بموجب خيار الدفع هذا، يتم إيداع الأموال في حساب المستلم في اليوم التقويمي الأول من الشهر. إذا كان اليوم الأول يقع في عطلة نهاية الأسبوع أو العطلة، يتم توفير الاستحقاقات في آخر يوم عمل من الشهر السابق. يمكن للمستلم الوصول الفوري إلى أمواله لأن الأموال يتم تحميلها إلكترونيًا على بطاقة الخصم المباشر من ماستر كارد.
قريب الحاصل على المنحة	ولي الأمر أو القريب أو الوصي القانوني الذي يتقدم بطلب للحصول على مساعدة مؤقتة للأسر المحتاجة باسمه نيابة عن الأطفال ويتلقى هذه المساعدة.
الدخل الإجمالي	إجمالي دخل الشخص قبل أخذ الضرائب أو الاقتطاعات الأخرى في الاعتبار.
أفراد الأسرة	الأفراد الذين يعيشون في منزلك. بالنسبة لقسائم الطعام (SNAP)، يعيش الأفراد معًا ويشترتون وجباتهم ويجهزونها معًا.
الدخل	مدفوعات مثل الأجور والرواتب والعمولات والمكافآت وتعويضات العمال والعجز والمعاش التقاعدي واستحقاقات التقاعد والفوائد ودعم الأطفال أو أي شكل آخر من أشكال الأموال التي تحصل عليها.
قانون الإعفاء الضريبي للطبقة المتوسطة لعام 2012	يحظر هذا القانون استخدام أموال المساعدة النقدية أو بطاقات الخصم المباشر للمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة لسحب النقود أو إجراء المعاملات في الكازينوهات ومتاجر بيع الخمور ومرافق الترفيه المخصصة للبالغين وغرف اليوكر وسندات الكفالة والنادي الليلية/الصالونات/الحانات وقاعات البينغو ومسارات السباق ومؤسسات الألعاب ومتاجر الأسلحة/الذخيرة والسفن السياحية والقراء الروحانيين ومتاجر التدخين ومتاجر الوشم/التنقب والمنتجات/صالونات التدليك. سيشكل استخدام أموال المساعدة النقدية أو بطاقة الخصم المباشر للمساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة في هذه المؤسسات انتهاكًا متعمدًا للبرنامج (الاحتياطي) من جانب المتلقي.
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.
المستفيد	المستفيد هو فرد يقبل مسؤولية تلقي المساعدة النقدية وإنفاق الأموال باسم وحدة المساعدة. قد يكون المستفيد عضوًا في وحدة المساعدة وقد لا يكون.
نفقات ما قبل الضريبة	نفقات ما قبل الضريبة هي اقتطاعات مأخوذة من دخلك قبل تطبيق الضرائب. ليست كل الاقتطاعات قبل الضرائب أكثر الاقتطاعات شيوعًا قبل الضرائب هي التأمين الصحي، تأمين الأسنان، التأمين على الرؤية، وما إلى ذلك. http://www.irs.gov

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)؛ • المهاجر الأميرازي بموجب البند 584 من قانون العمليات الخارجية وتمويل الصادرات واعتمادات البرامج ذات الصلة لعام 1988؛ • الشخص الذي حصل على حق اللجوء بموجب البند 208 من قانون الهجرة والجنسية؛ • اللاجئون الذين تم قبولهم بموجب البند 207 من قانون الهجرة والجنسية؛ • الشخص الذي تم قبوله كلاجئ أو حاصل على حق اللجوء بموجب البند (5)(d) 212 من قانون الهجرة والجنسية؛ • الشخص الذي يُحجب ترحيله بموجب البند (h) 243 من قانون الهجرة والجنسية كما كان ساريًا قبل 1 أبريل 1997، أو المادة (3)(b) 241 من قانون الهجرة والجنسية، بصيغته المعدلة؛ • الشخص الذي تم منحه دخولًا مشروطًا بموجب البند (7)(a) 203 من قانون الهجرة والجنسية كما كان ساريًا قبل 1 أبريل 1980؛ • المهاجرون الكوبيون والهايتيون على النحو المحدد في البند (e) 501 من قانون مساعدة تعليم اللاجئين لعام 1980؛ • ضحايا الاتجار بالبشر بموجب البند (1)(b) 107 من قانون حماية ضحايا الاتجار بالبشر لعام 2000؛ • المهاجرون الذين يتعرضون للضرب والذين يستوفون الشروط المتصوص 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 الهجرة والجنسية (وفقًا للشروط المحددة)؛ • الهنود الأمريكيين المولدون في كندا والذين يعيشون في الولايات المتحدة بموجب البند 289 من قانون الهجرة والجنسية أو غير المواطنين من القبيلة الهندية المعترف بها فيدراليًا بموجب القسم (e) 4 من قانون المساعدة في تقرير المصير والتعليم الهندي؛ • الهونغ أو أفراد القبائل اللاوسية في المرتفعات الذين قدموا المساعدة للأفراد الأمريكيين من خلال المشاركة في عملية عسكرية أو إنقاذ خلال حقبة حرب فيتنام. (5/08/1964 – 7/05/1975). <p>وبالنسبة لمقدمي طلبات المساعدة الطبية فقط، فإن اتفاق الارتباط الحر (COFA) من مواطني ولايات ميكرونيسيا المتحدة وجمهورية جزر مارشال وجمهورية بالاو. لا يتعين على مهاجري اتفاق الارتباط الحر الوفاء بشروط الـ 5 سنوات.</p>
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 تنفق الضحية إلى القدرة على الموافقة.
التحرش الجنسي	سلوك معادي أو مخيف أو قبيح 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 الأجر والرواتب والعمولات والمكافآت والعجز والمعاشات التقاعدية واستحقاقات 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 المسموح بها والموجودة في نموذج الإقرار الضريبي 1040، بدءًا من السطر 23 حتى السطر 35. ويشمل ما يلي: نفقات المعلم؛ النموذج 2106؛ نموذج الاندخار الصحي 8889؛ نموذج مصاريف الانتقال 3909؛ العنقودية/السحب المبكر للمدخرات؛ النفقة المدفوعة؛ اقتطاعات مصلحة الضرائب؛ فائدة قرض الطالب؛ نموذج الرسوم الدراسية والمصرفيات 8917؛ نموذج أنشطة الإنتاج المحلي 8903. http://www.irs.gov
الاجتازي في برنامج قسائم الطعام (SNAP)	<p>الاجتازي باستحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية يعني:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) شراء أو بيع أو سرقة أو تبادل استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية التي يتم إصدارها والوصول إليها عبر بطاقات تحويل الاستحقاقات الإلكترونية وأرقام البطاقات وأرقام التعريف الشخصية أو عن طريق القسيمة البيدوية والتوقيع، مقابل النقد أو أي مقابل غير الطعام المؤهل، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر بالتواطؤ أو التورط مع الآخرين أو العمل بمفردهم؛ (2) تبادل الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات أو المواد الخاضعة للرقابة؛ (3) شراء منتج باستحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية التي تحتوي على حاوية تتطلب إيداعًا عائدًا يقصد الحصول على نقود عن طريق التخلص من المنتج وإعادة الحاوية للحصول على مبلغ الإيداع، والتخلص من المنتج عمدًا، وإعادة الحاوية عمدًا مقابل مبلغ الإيداع؛ (4) شراء منتج باستحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية يقصد الحصول على نقود أو مقابل غير الطعام المؤهل عن طريق إعادة بيع المنتج، إعادة بيع المنتج الذي تم شراؤه عن قصد باستحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية مقابل مبالغ نقدية أو مقابل غير الطعام المؤهل؛ (5) شراء منتجات قد تم شراؤها أصلًا باستحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية مقابل مبالغ نقدية أو مقابل غير الطعام المؤهل. (6) محاولة شراء أو بيع أو سرقة أو التأثير بأي طريقة أخرى على تبادل استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية التي يتم إصدارها والوصول إليها عبر بطاقات تحويل الاستحقاقات الإلكترونية (EBT) وأرقام البطاقات وأرقام التعريف الشخصية (PINS) أو عن طريق القسيمة البيدوية والتوقيعات، مقابل مبالغ نقدية أو مقابل غير الطعام المؤهل، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، بالتواطؤ أو التورط مع الآخرين، أو العمل بمفرده.

مساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة

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

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

كيفية طلب تعديل معقول أو مساعدة في مجال التواصل

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

كيفية تقديم شكوى

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

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

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

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

شكاوى الحقوق المدنية المتعلقة ببرامج وزارة الزراعة الأمريكية

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

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

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

شكاوى الحقوق المدنية المتعلقة ببرامج وزارة الصحة والخدمات الإنسانية

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

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

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

هذه المؤسسة توفر الفرص على قدم المساواة.

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

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

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