

كومولث كنتاكي
مجلس خدمات الأسرة والصحة
قسم الخدمات الاجتماعية

استمارة أس أن أ ب

ما هو اس ان أ ب؟

برنامج المساعدات الغذائية التكميلية او مايعرف اختصاراً بـ (سناب) هو برنامج مصمم لمساعدتكم في شراء الطعام لضمان البقاء بصحة جيدة.

كيف يمكنني الحصول على اعانات اس ان أ ب؟

الخطوة 1. قم بملئ الاستمارة.

اي شخص يمكنه ملئ استمارة. اجب على اكبر قدر من الاسئلة. اذا كنت تقوم بتقديم طلب لـ أس ان ا ب أ ولا تستطيع ملئ كل الثماني صفحات بالكامل اليوم، تأكد من ملئ هذه الصفحة، وقمها وقم بتقديمها. قم بملئ باقي الاستمارة (الصفحات من 2-8) وتقديمها في اقرب وقت ممكن.
الخطوة 2. ارجع الاستمارة الينا.

يمكنك ارسال الاستمارة بالبريد او الفاكس الى مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي (دي سي بي أس). او، يمكنك احضار الاستمارة الى مكتب دي سي بي أس عندما يكون المكتب مفتوحاً. عندما نستلم استمارتك، سوف تتلقى خطرات لاكمال مقابلة. لك الحق وفي اقرب وقت في معرفة اذا ما كنت سوف تحصل على الاعانات. يتم تحديد بدء الوقت الذي نحدد فيه ما اذا كنت مشمولاً ببرنامج المساعدات الغذائية الاضافية على الاعانات من التاريخ المدون في هذه الصفحة وعليها اسمك، وعنوانك، وإمضانك. وهو ايضا تاريخ البدء ببرنامج المساعدات الغذائية الاضافية اذا كنت مشمولاً بهذا البرنامج.

الخطوة 3. تكلم معنا.

في يوم المقابلة، سوف تحتاج ان تعرض علينا: إثبات شخصيتك، مثل رخصة القيادة، أو كارت الكفالة الاجتماعية، أو مستندات الاجانب،

***راجع الملاحظة في الصفحة رقم 2 حول تقديم رقم الضمان الاجتماعي**

- إثبات بعدد المقيمين معك بالمنزل، مثل عقد إيجار أو بيان مكتوب،
- إثبات انك مقيم في كنتاكي،
- إثبات تكلفة رعاية الطفل أو نفقة الطفل المدفوعة
- إثبات قيمة نفقات المعيشة، و
- إثبات حصولك على مال في خلال السنتين يوما الاخيرة، بما فيها اي أصول شيكات.
- إذا لم يكن لديك اي شي من المذكور اعلاه، قم بأكمل المقابلة على أي حال. سوف نقوم بمساعدتك.

أخبرنا عنك

الاسم القانوني:

(الاخير)	(الاول)	(الحرف الاوسط)	(رقم الكفالة الاجتماعية)
/ /			
(تاريخ الميلاد)	(عنوان الشارع)	(المدينة)	(الولاية)
مقاطعة الإقامة	رقم الهاتف ()	خاص ، بالقرب منك	(الرقم البريدي)

إذا كان العنوان البريدي مختلفاً، إكتبه بالاسفل:

(عنوان الشارع)	(المدينة)	(الولاية)	(الرقم البريدي)
----------------	-----------	-----------	-----------------

الامضاء / علامة (X)	شهود (اذا وقعت من قبل X)	تاريخ اليوم
/ /	/ /	/ /

هل تعاني من أي حالة نفسية او جسمانية يتطلب تجهيزات خاصة، مثل مترجم للغة الإشارة، في أثناء مقابلتك؟ نعم لا

لو نعم، ماذا تحتاج؟

يمكننا إحضار مترجم للمقابلة إذا كان لديك مشكلة في التحدث بالإنجليزية. هل تريد مترجم أثناء المقابلة؟ نعم لا اذا نعم

أي لغة؟

إذا كنت في حاجة الى مساعدة لملئ هذا النموذج، اتصل بمكتب دي سي بي أس المحلي. يمكنك الوصول لمعلومات المكتب المحلي عن طريق:

متى يمكنني الاستفادة من برنامج المساعدات الغذائية الإضافية؟

قد يمكنك الاستفادة من برنامج المساعدات الغذائية الإضافية بحلول اليوم الخامس من التقديم. هذا يدعى إعانات عاجلة. إذا تأهلت لهذا، سوف نحتاج لأكثر من هذه الصفحة. إقرأ بالأسفل عن إعانات الطعام أو إسألنا عنه.

للاستفادة من برنامج المساعدات الغذائية الإضافية ، سوف تحتاج لملي كل هذه الإستمارة. سوف نحتاج كل الإستمارة لنقرر إذا ما كنت تأهلت لإعانة الطعام. نستطيع القيام بعمل أفضل طبقاً للمعلومات التي تعطينا لنا. أعطنا كل المعلومات التي تستطيع إعطائنا لنا. إذا كنت تحتاج لمساعدة، إسألنا وسوف نساعدك. أيضاً سوف تحتاج أن تقدم صورة من تحقيق الشخصية مثل رخصة قيادة، أو كارت الكفالة الإجتماعية، أو مستندات الأجنب.

إعانات عاجلة – برنامج مساعدات غذائية إضافية في 5 أيام

هؤلاء يمكنهم الاستفادة من برنامج المساعدات الغذائية الإضافية في 5 أيام

أسرة لديها دخل أو أصول أقل من 150 دولار في الشهر، أو
أسرة لديها إيجار أو رهن عقارى أو منافع أكثر من الدخل الشهري أو الأصول، أو
أسرة لديها مهاجر أو عامل زراعة موسمي ولديها أصول 100 دولار أو أقل اللائى سوف ينقطع عنهم الدخل أو سوف يبدأ.

برنامج مساعدات غذائية إضافية خلال 30 يوماً:

إذا لم تحصل على إعانات عاجلة، سوف تستلم خطاب لإخبارك ب:

أنت مؤهل للاستفادة من برنامج المساعدات الغذائية الإضافية والكمية، أو
انت لست مشمولاً وسبب عدم شمولك ببرنامج المساعدات الغذائية الإضافية.

يمكنك تقديم طلب للحصول أس أن أ ب وغيرها من المعونات في نفس الوقت. ولكن، ستتم معاملة استمارة أس أن أ ب بشكل منفصل . يجب علينا ان نقوم بمعاملة استمارتك لبرنامج أس ان ا ب على أساس والقواعد الخاصة به وان نخبرك عن قرارنا في أسرع وقت ممكن، ولكن في موعد لا يتجاوز 30 يوماً من تاريخ استلامنا طلبك الموقع. سوف لا يتم رفض استمارة برنامج اس ان ا ب الخاصه بك لمجرد تم رفض طلبك للحصول على منافع أخرى أو لأنك فقدت المعونات الأخرى التي كنت تحصل عليها

هل يمكنني أن اختار شخص لمساعدتي؟

يمكنك إختيار شخص لمساعدتك. انت غير مطالب بعمل هذا. ولكن، لو اخترت، هذا الشخص يمكنه ملي الإستمارة لك، والإجابة على الأسئلة، وإعطاء معلومات في يوم المقابلة، وشراء الطعام لك بواسطة كارت ال إى ب تى. سوف يمكننا مشاركة المعلومات معه.

ملاحظة: في مراكز المعالجة و إعادة التأهيل لمدمني المخدرات والمشروبات الكحولية يجب تعيين موظف لكي يقوم بالتقديم بالنسبة للمقيمين في تلك المراكز.

الممثل:

(الاسم الأخير)	(الاسم الأول)	(ح أ)
(العنوان البريدي)	(المدينة)	(الرقم البريدي)
()		
رقم الهاتف		

معلومات عن حالة المهاجر

يمكنك التقديم على برنامج المساعدات الغذائية الإضافية لجزء من الأسرة إذا كان هناك بعض الأعضاء غير مؤهلين بسبب وضع الهجرة. على سبيل المثال، الوالدين اللذان ليس لهم وضع هجرى قانونى يمكنهم التقديم على برنامج المساعدات الغذائية الإضافية لأطفالهم الأمريكى الجنسية أو مهاجرون قانونيون. لا تقدم طلب لأشخاص ليس لديهم وضع هجرة قانونى. لن نقوم بالإتصال بمكتب الهجرة والجنسية (يو إس سى أى إس) بخصوص الأفراد الذى لم تقدم لهم طلب. يجب علينا استخدام دخلهم وأصولهم لتحديد ما إذا كان باقى الأسرة مؤهلين للشمول ببرنامج المساعدات الغذائية الإضافية. ليس من الضروري تسليمنا أى مستندات بخصوص الأشخاص الذى لا يطلبون برنامج المساعدات الغذائية الإضافية. لا تقم بتقديم طلب لأشخاص غير قانونى الإقامة، ولكن قم بتسجيل أسمائهم، وعلاقتهم وتاريخ ميلادهم فى الجدول بصفحة رقم 3. نحن نقوم بالكشف عن وضع المهاجرين الاثنى تقدم لهم طلب عن طريق نظام تحقق الأجنب الخاص باليو إس سى أى إس. المعلومات التي نحصل عليها قد تؤثر على برنامجك للمساعدات الغذائية الإضافية.

معلومات عن رقم الكفالة الإجتماعية

يمكنك إختيار عدم إعطائنا رقم الكفالة الإجتماعى لكل شخص بالأسرة. إننا نقدم برنامج المساعدات الغذائية الإضافية للأشخاص الذين يعطونا أرقام الكفالة الإجتماعية الخاص بهم أو ما يثبت أنهم تقدموا بطلب للحصول على رقم الكفالة الإجتماعية. ليس بالضرورى إعطائنا أرقام الكفالة الإجتماعية للأشخاص الذين لا يرغبون الاستفادة من برنامج المساعدات الغذائية الإضافية.

لن يتم التمييز ضدك

طبقاً للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة، تمنع هذه المؤسسة من التمييز على أساس عرق، أو لون، أو أصل، أو جنس، أو عمر، أو دين، أو معتقدات سياسية، أو إعاقة. لتقديم شكوى ضد التمييز، قم بالكتابة ل: يو إس دي أ، مدير، مكتب الحقوق المدنية، 1400 إنديبندنز أفينو أس ديليو، واشنطن دي سي. 9410-20250. أو إتصل برقم 3272-795 (202) (صوتي) أو 6382-720 (202) (تي تى واى). يو إس دي أ مكتب خدمات وتوظيف متكامل الفرص.

أخبرنا عن الأشخاص المقيمين بمنزلك

برنامج المساعدات الغذائية الاسري هو شخص أو مجموعة من الأشخاص يقيمون معاً ويشتركون ويعدون الطعام معاً. هذه المجموعة ليس بالضرورة أن يكونوا أقارب. الأفراد الأتى ذكرهم يجب أن يكونوا مشمولين ببرنامج مساعدات غذائية اضافية واحد إذا كانوا يقيمون معاً حتى إذا لم يكونوا يشتركون ويعدون الطعام معاً.

نفسك وزوجك أو زوجتك،

أطفالك الذين هم أقل من 22 عاماً (حتى إذا كان لديهم أطفال)،

أى أب أو أم لأطفال أقل من 22 عاماً،

أى أطفال أقل من 18 عاماً فى رعايتك، و

أى أشخاص آخرين يشتركون ويعدون الوجبات معك.

تعليمات:

فى الجدول الأسفل، إملى الصناديق لكل من الأفراد الذين يقيمون معك فى منزلك. إذا كنت لا تريد إعانة لشخص ما، أجب ب "لا"

على السؤال الأول أسفل و إملى فقط إسمهم، وعلاقتهم بك، وتاريخ ميلادهم.

لقد قمنا بالسؤال عن العرق والسلالة لضمان توزيع معونات البرنامج بغض النظر عن العرق، اللون، الاصل القومي، ولكنك لست مضطراً للإجابة،

اجابتك لن تؤثر على عدد المعونات التي تحصل عليها او متى تحصل عليها

إذا اردت الإجابة عن الاسئلة المتعلقة بالعرق استعمل الاختصارات التالية :

العرق (إختار كل الذى ينطبق)

ه - أسباني أو لاتيني

ب - زنجى أو أمريكى من أصل أفريقى

ن- هاواى أصلى/ جزر باسفيك أخرى

أ - أسيوى

و - أبيض

ن_ ليس أسباني أو لاتيني

ي - أمريكى من أصل هندى أو من أصل ألاسكا

مواطن نعم/لا	سلالة	عرقى	جنس ذكر أو أنثى	تاريخ الميلاد شهر/يوم/سنة	العلاقة بك	رقم الكفالة الإجتماعية (#)	الاسم الأول، ح أ، الاسم الأول	ستقدم طلب؟ نعم/لا
				/ /	نفسك			1.
				/ /				2.
				/ /				3.
				/ /				4.
				/ /				5.
				/ /				6.
				/ /				7.
				/ /				8.

ملاحظة: عند إمضاء صفحة رقم 7، فأنا أوافق أن كل أفراد اسرتي المشمولين سوف يتبعون قواعد العمل والتمارين.

الاسم: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____

- هل لديكم احد حاصل على كرت إي بي تي تابع لكتناكي؟ نعم لا من؟
اذكر اي شخص عمر 18 فما فوق في حال كونه طالب او في مدرسة مهنية
هل يحصل أى منهم على مساعدة طعام من أى ولاية أخرى؟ نعم لا أى ولاية؟
هل يوجد احد في منزلك قد ادين بأعطاء معلومات خاطئة عنك او عن مكان سكنك بغرض الحصول على معونات أس ان ا ب في اكثر من منزل منذ 96-8-22؟
هل يوجد شخص مدان بجناية ومخالف أمر الافراج المشروط بوضعه تحت المراقبة؟ نعم لا من؟
هل يوجد شخص مدان بجنائية متعلقة بالمخدرات منذ 96-8-22؟ نعم لا من؟
هل يوجد شخص في بيتك مدان بشراء، بيع او مقايضة اكثر من 500 دولار من معونات أس ان ا ب منذ 96-8-22؟ نعم لا من؟
هل يوجد شخص في بيتك مدان بمقايضة معونات أس ان ا ب مقابل اسلحة نارية، ذخيرة، او مواد متفجرة منذ 96-8-22؟ نعم لا من؟
هل انت او اي احد في بيتك مدان بمقايضة معونات اس ان ا ب مقابل مواد مخدرة بعد 96-8-22؟ نعم لا من؟

ما هي مصروفات منزلك؟

للحصول على الفائدة الاكبر من برنامج المساعدات الغذائية الاضافية ، أخبرنا عن مصروفاتك. الإخفاق في الإعلان أو إعطاء أدلة لأي مصروفات سوف يعتبر هذا تصريح من أسرتك بانك لا ترغب في الحصول على إقتطاع على المصروفات الغير معلنة. بالأسفل، أخبرنا عن الفواتير التي تدفعها أسرتك.

ملجأ ومنافع

- ماهو مقدار حصة أسرتك في المصروفات التالية:
الإيجار: \$ _____ في الشهر
إيجار الموقع: \$ _____ في الشهر
رهن عقارى: \$ _____ في الشهر
إذا كنت تدفع ضرائب أو تأمين منفصلا عن الرهن العقارى، أدرج المبلغ أدناه:
ضرائب عقارية: \$ _____ كل
تأمين المنزل: \$ _____ كل
ضع علامة بجانب فواتير المنافع التي يجب أن تدفعها:
ضوء/كهرباء مياه أو مجارى
غاز قمامة ونفايات
هاتف مصروفات إضافية من صاحب البيت
أخرى، توضيح _____
ضع علامة هنا إذا كان فواتير المنافع المطلوب منك دفعها خاصة بتدفئة أو تكييف.
ضع علامة هنا إذا كنت حصلت على مساعدة طاقة (ل أى ه ي أ ب) في خلال العام الماضى في عنوانك الحالى .

مصاريف طبية

- أخبرنا إذا كان هناك نفقات طبية غير مدفوعة من التأمين لأى فرد معاق أو فوق سن 59. قد تكون فواتير طبيب أو مستشفى، أو دواء، أو إنتقالات، أو قسط تأمين صحى، أو مصروفات طبية أخرى.
من يدفع: _____ المبلغ: \$ _____ فى الشهر

حضانة

- أخبرنا إذا كان لديك مصروفات حضانة لطفل أو بالغ يقيم معك.
من يحصل على رعاية: _____ من يدفع للرعاية: _____
المبلغ: \$ _____ فى الشهر

نفقة طفل

الاسم: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____

أخبرنا إذا كان هناك من يقوم بدفع نفقة طفل بأمر من المحكمة.

من يدفع: _____ المبلغ: _____ \$ في الشهر

مساعدة في دفع المصروفات

أخبرنا إذا كنت تحصل على مساعدة لأي من مصروفاتك:

أي من المصروفات تم دفعها؟	من دفعها؟	المبلغ المدفوع؟

المال الذي تحصل عليه أسرتك؟

أدرج أسم الشخص والمبلغ. إذا تركت مكان فارغ، سوف يعنى لنا إنه ليس هناك نقود من هذا النوع. ألق ورقة إضافية عند الحاجة.

من أين يأتي المال	من يحصل على المال	المبلغ في الشهر	صاحب العمل (إن أمكن)
مال من العمل قبل الضرائب (إجمالي)			
مال من العمل قبل الضرائب (إجمالي) عمل ثاني			
عمل خاص أو عمل مميز			
بقيش			
كفالة إجتماعية أو إس إس أي			
إعانة محارب، معاش أو تقاعد			
بطالة أو تعويض عمل			
إعانة طفل أو نفقة مطلقة			
مال من أصدقاء أو أقارب			
أخرى			

هل تم تعيين أحدا بوظيفة ولم يأخذ أجر بعد؟ نعم لا من؟
هل ترك أحدا وظيفة في خلال 30 يوما الأخيرة؟ نعم لا من؟
هل هناك أحدا مهاجر أو عامل زراعة موسمي؟ نعم لا من؟
هل هناك من هو في حالة إضراب؟ نعم لا من؟

الأصول التي يمتلكها أفراد في منزلك؟

أدرج إجمالي المبلغ بحيازة الجميع:

نقدا \$ _____ حساب بنك/ إتحاد التسليف \$ _____
أسهم، أو سندات، أو شهادات إيدار، أو أصول \$ _____

نرجو قراءة هذه المعلومات والتوقيع وتاريخ صفحة رقم 7.

قواعد برنامج المساعدات الغذائية الإضافية

إلتزم هذه القواعد:

لا تقوم بإعطاء معلومات خاطئة أو إخفاء معلومات بغرض الحصول على برنامج المساعدات الغذائية الإضافية.
لا تستخدم برنامج المساعدات الغذائية الإضافية لشراء مواد غير الطعام مثل كحول أو تبغ.

لا تتبع، أو تتاجر أو تتبرع ببرنامجك للمساعدات الغذائية الاضافية .
لا تستخدم برنامج المساعدات الغذائية الاضافية التابع لشخص اخر لمصلحتك الشخصية.

عقوبات برنامج المساعدات الغذائية الاضافية

أى شخص ينتهك القواعد السابقة:
في المرة الاولى لن يستطيع الحصول على برنامج المساعدات الغذائية الاضافية لمدة عام، ثانی مرة لمدة عامين، وللابد يعد ثالث مرة،
يمكن تغريمه \$ 250,000 أو الحبس لمدة 20 عاما، أو الإثني، و
إذا وجدت المحكمة مذنب لشراء، أو بيع، أو الإتجار أكثر من \$ 500 من برنامج المساعدات الغذائية الاضافية، قد لا تحصل على هذه المساعدات
للابد.
إذا وجدت المحكمة مذنبا لمبادلة برنامج المساعدات الغذائية الاضافية بأسلحة نارية، أو ذخيرة، أو مفرقات، سوف تفقد الإعانات للابد.
إذا وجدت المحكمة مذنبا لمبادلة برنامج المساعدات الغذائية الاضافية بمواد متحكمة، أول مرة سوف تفقد الإعانات لمدة عامين وللأبد فى المرة
الثانية.
لن تحصل على برنامج المساعدات الغذائية الاضافية لمدة 10 أعوام إذا وجدت مذنب للحصول أو محاولة الحصول على برنامج المساعدات الغذائية
الاضافية فى أكثر من منزل فى نفس الوقت. هذه العقوبة سوف تتخذ إذا إعطيت معلومات خاطئة عن نفسك أو مكان سكنك.
بالإضافة الى هذه العقوبات، بإمكان المحكمة ان تمنعك من الحصول على معونات أس ان ا ب لمدة 18 شهرا اخرى اذا كنت مدانا بجنائية او جنحة
نتيجة مخالفتك للشروط المذكورة اعلاه.
** إعطاء معلومات خاطئة عمدا قد ينتج عنه إتخاذ إجراءات قانونية ضدك، إما جنائية أو مدنية. وقد يعنى أيضا تخفيض الإعانات أو إسترجاع مال
منك.

ماذا نفعل بمعلوماتك

إذا أعطيتنا معلومات غير صحيحة، قد نرفض طلبك في الشمول ببرنامج المساعدات الغذائية الاضافية. سوف نعطي إجاباتك لضباط الشرطة للقبض
على أى فرد هارب من القانون. إذا كان لديك دفعات زيادة في برنامج المساعدات الغذائية الاضافية، سوف نعطي إجاباتك لمكاتب الفيدرالية والولاية
حتى يتم جمع المال الزائد. سوف نرفض مساعدات لأشخاص، إذا لم تزودنا بأرقام الكفالة الإجتماعية الخاصة بهم. سوف نستخدم رقم الكفالة
الإجتماعية المعطى لنا، بنفس الطريقة التى نستخدم فيها رقم الكفالة الإجتماعية لأشخاص يحصلون على مساعدات. لن نعطي رقم الكفالة الإجتماعية
الخاص بك لمكتب خدمات الهجرة والجنسية (يو إس سى أى إس).

قانون السرية

تجميع هذه المعلومات، بما فيها رقم الكفالة الإجتماعية (إس إس إن) لكل فرد من الأسرة، مفوض تحت قانون الغذاء والتغذية لسنة 2008 كما هو
معدل 7، يو. إس. سى. 2017-2036. هذه المعلومات سوف تستخدم لتحديد ما إذا كانت أسرته مؤهلة أو مستمرة فى التأهيل للمشاركة فى برنامج
المساعدات الغذائية الاضافية. سوف نتأكد من هذه المعلومات من خلال برنامج مضاهاه الكمبيوتر. سوف تستخدم هذه المعلومات لمراقبة الإذعان
لقوانين البرنامج وإدارة البرنامج.

يمكن أن تكشف هذه المعلومات لمكاتب الفيدرالية والولاية للخص الرسمى، وللشرطة لغرض البحث والقبض على كل شخص هارب من القانون.

إذا نشأت دعوة طابع طعام ضد أسرته، المعلومات فى هذا الطلب، بما فيها جميع الإس إس إن، قد تحال الى مكاتب الفيدرالية والولاية، وأيضا وكالات
جنى الدعاوى الخاصة، لدعوة جنى المال.

تزويد المعلومات المطلوبة، بما فيه الإس إس إن لكل أفراد الأسرة، هو شئ تطوعى، ولكن، الإخفاق فى تزويدنا بالإس إس إن قد يؤدى الى رفض
برنامج المساعدات الغذائية الاضافية لكل فرد فشل فى تزويدنا بالإس إس إن. كل الإس إس إن المزود سوف يتم إستخدامه مثل الأرقام أفراد الأسرة
المؤهون.

نحن نتحقق مما تخبرنا به

نحن نستخدم أنظمة كمبيوتر للتأكد من دخل الأسرة ولعمل مضاهاه الكمبيوتر مع وكالات أخرى مثل مكتب العمل والتمرين، مكتب الضرائب و أى
مصادر أخرى. إذا كنت قد أعطيتنا شئ مختلف عن نظام الكمبيوتر، سوف نتحقق لمعرفة أيهما صحيح. قد نتحقق من معلوماتك عن طريق الإتصال
بصاحب العمل، أو البنك، أو أشخاص أخرى. إذا كان جزء من المعلومات فى عدا الطلب غير صحيحة، قد يتم رفض برنامج للمساعدات الغذائية
الاضافية وقد تخضع لدعوة جنائية لتعمد الإمداد بمعلومات خاطئة.

المعلومات التي تقدمها لنا قد يتم الكشف عنها بواسطة مكاتب الفيدرالية، و الولاية، و المحلية للتأكد من صحتها. الأشياء التي قد نتحقق منها لأى فرد :
رقم الكفالة الإجتماعية، و العمل و المرتب، و حساب البنك، و أى مبالغ من مصادر أخرى مثل الكفالة الإجتماعية، وضع الهجرة.

توقعك وتفهمك

أنا أدرك:

الأسئلة في هذا الطلب وما يمكن أن يحدث إذا ما أخفيت معلومات أو زودت معلومات خاطئة.
يجب أن أزود بدليل المعلومات عن الأسرة.
إنه يمكن لمكتب دى سى بى إس و قسم تحكم الخاص الإتصال بأشخاص أخرى أو منظمات للتأكد من معلوماتي.
إن المعلومات التي تقدمت بها في هذا الطلب تتضمن معلومات تختص بالإقامة و وضع الهجرة يمكن التأكد منها بواسطة مكاتب الفيدرالية، والولاية للتأكد من صحتها.
إننى كمقدم لطلب الحصول على برنامج المساعدات الغذائية الإضافية، يجب على تزويدهم برقم الكفالة الإجتماعية لكل فرد يقيم في منزلى و ضمن طلب الإعانة. (ليس بالضرورة تزويد أرقام الكفالة الإجتماعية وحالة الهجرة للأفراد الغير مقدمين طلب الإعانة).
إنه يمكن إستخدام أرقام الكفالة الإجتماعية للمضاهة المختلفة للولاية والفيدرالية من خلال نظام تحقق التأهيل الدخلى (أى فى أس) هذه المضاهاه تتضمن، وليس محددة فقط ، كفالة إجتماعية، و أى أر أس، و إس إس أى، و سجلات الدخلى، تأمين البطالة، سجلات قوة نفقة الطفل و أى مضاهاه أخرى كما هو مشترط تحت سلطة الإي فى إس. سوف يتم التأكد من المعلومات من خلال الإتصال المباشر إذا ما وجد تعارض. المعلومات التي تؤخذ من أى فى إس، بعض التأكد منها، قد تؤثر على توهلك للإعانة ومقدارها.

أقر، تحت عقوبة الحنث باليمين، إنه:

كل إجاباتي صحيحة وكاملة على حسب معلوماتي.
كل إجاباتي عن الإقامة وحالات الهجرة لكل فرد قدمت له طلب مساعدة صحيحة.

تاريخ اليوم	شهود (لو علمت X)	إمضاء/ علم (X)
/ /		

ماذا تعنى مصطلحاتنا؟

نستخدم هذه المصطلحات فى الاستمارة، فيما يلي معانيها:

سكان المنزل شخص او مجموعة من الناس يعيشون سوية ويشتركون الطعام ويقومون باعداد الوجبات معاً.
ضبط الجودة وحدة دى سى بى إس تقوم بمراجعة بعض حالات برامج المساعدات الغذائية الاضافية للتأكد من صحتها. لو تم إختيار حالتك، سوف تقوم وحدة التحكم الخاص بالإتصال بك.

قواعد العمل و التمرين بعض الأشخاص يجب عليهم يعملوا أو أن يحضروا تمرين للحصول على برنامج المساعدات الغذائية الاضافية. إذا كان هذا صحيحا بالنسبة لك أو آخرين من عائلتك، سوف نخبرك. سوف يتحتم عليك إتباع قواعد العمل و التمرين للحصول على برنامج المساعدات الغذائية الاضافية.

رقم الضمان الاجتماعي:

الاسم:

كيفية حصولك على جلسة استماع

يمكنك طلب جلسة استماع خلال 90 يوم من تاريخ استلامك رسالة من قبلنا حول استثمارك الخاصة ببرنامج المساعدات الإضافية في حالة عدم رضاك عن شيء قمنا به في استثمارك او المعونات الخاصة بك. بإمكانك ان تروي الجانب الخاص بك من الموضوع او بإمكانك ان تحضر صديق او قريب او محامي ليتكلم بالنيابة عنك خلال جلسة الاستماع.

كيف يمكنني السؤال عن جلسة استماع ؟

اتصل على 1-855-306-8959 أو

ارفق ورقة منفصل تشرح فيها سبب طلبك الحصول على جلسة استماع، وقعها و ثم بكتابة التاريخ ثم:

قم بارجاعها الى اي فرع من مكاتب دي سي بي أس، أو

قم بارجاعها الى: مجلس خدمات الاسرة والصحة، قسم جلسات الاستماع الادارية، قسم جلسات استماع العوائل والاطفال

105 Sea Hero Road, Suite 2, Frankfort, KY 40601

الاسم: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____

إذن إختياري بنشر المعلومات

ساعدنا لكي نساعدك

إنك غير ملزم بتوقيع على هذا، ولكنها سوف تساعدنا على الحصول على المعلومات اللازمة لمساعدتك، بدون الحاجة لتوقيعك على كل طلب بحدده.

يجب أن تعلم:

قد نكون في إحتياج لمعلومات إضافية لتقرير ما إذا كنت ستحصل على مساعدة.

إذا إحتاجنا لمعلومات إضافية، سوف يصلك خطاب لإعلامك بما نريد والتاريخ الذي يجب أن تصل إلينا.

إنك مسؤول عن إحضار المعلومات أو طلب مساعدة منا.

إذا لم تعطنا المعلومات أو تطلب المساعدة حتى الموعد المحدد، قد يتم رفض الطلب أو إيقاف المساعدات.

قد يمكننا استخدام الإذن التالي عند الحاجة. و لكنك ما زلت مسؤول عن تزويدنا بالمعلومات أو طلب المساعدة.

إكتب إسمك ووقع بالأسفل لإعطائنا الإذن بالحصول على المعلومات المطلوبة

إذن ينشر المعلومات

إننى بموجب هذا أعطى تفويض لأى شخص أو منظمة لإعطاء قسم الخدمات الإجتماعية بكنتاكى المعلومات المطلوبة الخاصة بى أو أى فرد من أفراد أسرتى. صورة من عذا الإذن تعتبر قانونية كالأصل. هذا الإذن لا ينطبق على المعلومات الصحية ذات الحماية. هذا الإذن سارى المفعول لمدى 12 شهر من تاريخ التوقيع.

إسمك (إكتب بوضوح)

توقيع أو علامة

شهود(إذا تم التوقيع من قبل X)

التاريخ