

يقوم برنامج إعانة التغذية التكميلية (SNAP) بمساعدة الناس ذوي المال القليل أو بدون مال، على شراء المواد الغذائية لوجبات صحية من المحلات المشاركة. وتزيد مُستحقات SNAP القوة الشرائية للأسرة عند إضافتها إلى نقود الأسرة

تتكون الأسرة من أي شخص، أو عائلة، أو مجموعة من الناس الذين يعيشون، ويشتررون ويتناولون الطعام سوية. قد تستطيع أية أسرة التي تستوفي شرط الدخل الأساسي والمُتطلبات الأخرى الحصول على مُستحقات SNAP.

### لتقديم طلب SNAP:

- إتصل برقم 8959-306-855-1؛ أو
  - قم بتعبئة الطلب الخاص بك على الإنترنت على رابط <https://benefind.ky.gov/> ؛ أو
  - قم بزيارة مكتب الـ DCBS المحلي الخاص بك لتقديم طلب؛ أو
  - قم بطباعة نسخة عن الطلب على الصفحة التالية، قم بتعبئته، وأرجعه إلى مكتب DCBS الخاص بك، أو بواسطة البريد إلى: DCBS، ص. ب. 2104، فرانكفورت، كنتاكي، 40602
- إذا كان لديك صعوبة في الاتصال معنا لأنك لا تتكلم الإنجليزية، أو تعاني من إعاقة، يُرجى إعلامنا. المساعدة اللغوية المجانية، أو مساعدات وخدمات أخرى مُتوفرة عند الطلب.

إذا قُمت بتعبئة أو طباعة نسخة عن الطلب على الإنترنت، وقمت بإرساله، سيُطلب مقابلتك قبل الإستمرار بالطلب. عنوان الموقع والعنوان البريدي لمكتب دعم كل أسرة مُدرج هنا. وستبدأ المُستحقات من تاريخ إستلام الطلب الخاص بك. قد تقوم أسرتك بتعيين شخص ليكون المُمثل الخاص لكم، والذي يُسمح له التصرف بالنيابة عنكم في إستكمال المقابلة لمُستحقات SNAP، وفي إستخدام المُستحقات الخاصة بكم لشراء الطعام للأسرة.

إذا كانت أسرتك بحاجة للمساعدة فوراً، قد تستطيع الحصول على مُستحقات SNAP الخاصة بك في غضون بضعة أيام بعد تقديم الطلب، إذا:

- كان إيجار أسرتك الشهري/الرهن العقاري، وتكاليف المرافق العامة، أكثر من الدخل الشهري الإجمالي؛ أو
- كان دخل أسرتك الشهري الإجمالي أقل من \$150، والموارد مثل النقود أو الحسابات المصرفية، تساوي \$100 أو أقل؛ أو
- أسرتك تشمل أعضاء من المهاجرين المُعوزين،
- أو عُمال زراعة موسميين.

يحق لمُقدمي طلبات SNAP أن:

- تقديم طلب SNAP في نفس اليوم عند الإتصال بـ DCBS لتقديم الطلب.
- يتم إبلاغهم إذا تمت موافقة أو رفض طلب SNAP في غضون 30 يوماً من تقديم الطلب.
- تلقي مُستحقات SNAP في غضون أيام قليلة إذا كنت مؤهلاً، لديك بعض المال، أو لا يوجد لديك مال، وتفي بمُتطلبات دخل مُعينة.
- طلب جلسة إستماع عادلة، إذا لا توافق على أي إجراء تم إتخاذه في القضية الخاصة بك.

لمزيد من المعلومات حول SNAP، الرجاء الإتصال بـ DCBS على 8959-306-855-1.

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الاتحادي، وأنظمة دائرة الولايات المتحدة للزراعة (USDA)، وأنظمة وسياسات الحقوق المدنية، يُحظر على وزارة الزراعة، ووكالاتها، ومكاتبها، وموظفيها، والمؤسسات القائمة أو المشاركة في برامج وزارة الزراعة، التمييز إستناداً إلى العرق، واللون، والأصل

القومي، والجنس، والعقيدة الدينية، والإعاقة، والعمر، والمعتقدات السياسية، أو الإقتصاص أو الإنتقام بسبب المشاركة السابقة في نشاط حقوق مدنية سابق، في أي برنامج أو نشاط أجرته أو مولته وزارة الزراعة.

ينبغي على الأشخاص المعاقين الذين يحتاجون إلى وسائل بديلة للإتصال للحصول على معلومات البرنامج (مثل بريل، والطباعة بالحروف الكبيرة، والرسائل الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلى آخره)، الإتصال بالوكالة (الولاية أو المحلية) حيث يتم إستعمال المُستحقات. -الأفراد المُصابين بالصمم وتقيلي السمع أو لديهم إعاقة كلامية، بإمكانهم الإتصال بـ USDA من خلال خدمة تناوب إتحادية على رقم -877 (800) 8339. بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج في لغات أخرى غير اللغة الإنجليزية.

لتقديم شكوى للبرنامج من التمييز، قم بتعبئة إستمارة شكوى برنامج دائرة الولايات المتحدة للزراعة، (AD-3027) الموجودة على الإنترنت على رابط: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)، وفي أي مكتب دائرة الولايات المتحدة للزراعة، أو إكتب رسالة موجهة إلى دائرة الولايات المتحدة للزراعة، وقدم في الرسالة جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من استمارة الشكوى، الرجاء الإتصال على رقم 632-9992-866). سلم النموذج المُكتمل أو الرسالة إلى دائرة الولايات المتحدة للزراعة بواسطة:

(1) البريد: دائرة الولايات المتحدة للزراعة

مكتب مُساعد الأمين العام للحقوق المدنية

1400 جادة الإستقلال الجادة، جنوب غرب

واشنطن، العاصمة 9410-20250؛

(2) بواسطة الفاكس: 690-7442P (202)

(3) البريد الإلكتروني: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

هذه مؤسسة توفر تكافؤ الفرص.

ويمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى مجلس رئاسة خدمات الصحة والأسرة، ومكتب إدارة الموارد البشرية، وفرع إمتثال تكافؤ فرص العمل، 275 شرق الشارع الرئيسي، 5 ج-د، فرانكفورت، كنتاكي 40621، أو الإتصال برقم 564-7770 (502) ثم 4107.

إذا كان لديك شكاوى أخرى حول قضية SNAP الخاصة بك، يمكنك الإتصال بمكتب أمين المظالم على رقم 1-800-372-2973، أو على الطابعة النصبية 1-800-627-4702.

إذا لا توافق على شيء فمنا به فيما يتعلق بطلب SNAP الخاص بك، يمكنك طلب جلسة إستماع في غضون 90 يوماً من تاريخ تلقي إخطاراً منا بخصوص طلب SNAP الخاص بك. لطلب عقد جلسة استماع:

الرجاء الإتصال برقم 1-855-306-8959؛ أو

إكتب سبب طلبك للجلسة، قم بتوقيع ووضع التاريخ على الورقة، ثم أعطيه لإي مكتب DCBS؛ أو

أرسله بالبريد إلى:

مجلس رئاسة خدمات الصحة والأسرة، الوزراء للصحة وخدمات الأسرة، شعبة الجلسات

فرع الجلسات الإدارية للأسر والأطفال

105 طريق سي هيرو Sea Hero Road، جناح 2، فرانكفورت، كنتاكي 40601

كومولث كنتاكي  
مجلس خدمات الاسرة والصحة  
قسم الخدمات الاجتماعية  
وحدة دعم الاسرة

نموذج استمارة سناب

ما هو سناب؟

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 ا ب؟

**الخطوة 1.** قم بملئ الاستمارة. اى شخص يمكنه ملئ استمارة. اجب على اكبر قدر من الاسئلة. اذا كنت تقوم بتقديم طلب لـ اس ان ا ب ا 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 فى اقرب وقت ممكن.

**الخطوة 2.** ارجع الاستمارة الينا. يمكنك ارسال الاستمارة بالفاكس الى مكتب الخدمات الاجتماعية (دي سي بي أس) على الرقم 2007-573-502. او ارسالها بالبريد لمكتب دي سي بي اس على العنوان التالي P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602 ، كما ان بإمكانك احضار الاستمارة الى مكتب دي سي بي اس عندما يكون المكتب مفتوحاً. عندما نستلم استمارتك، سوف تتلقى خطوات لاكمال مقابلة. لك الحق وفي اقرب وقت في معرفة اذا ما كنت سوف تحصل على الاعانات. يتم تحديد بدء الوقت الذى نحدد فيه ما اذا كنت مشمولاً ببرنامج المساعدات الغذائية الاضافية على الاعانات من التاريخ المدون فى هذه الصفحة وعليها اسمك، وعنوانك، وامضانك. وهو ايضا تاريخ البدء ببرنامج المساعدات الغذائية الاضافية اذا كنت مشمولاً بهذا البرنامج.

**الخطوة 3.** تكلم معنا.

فى 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 فى كنتاكي،

• إثبات تكلفة رعاية الطفل أو نفقة الطفل المدفوعة

اثبات قيمة نفقات المعيشة، و

• إثبات حصولك على مال فى خلال السنتين يوما الاخيرة، بما فيها اى أصول شيكات.

• إذا لم يكن لديك اى شي من المذكور اعلاه، قم بأكمال المقابلة على أى حال. سوف نقوم بمساعدتك.

أخبرنا عنك

الاسم القانوني:

(الاول)	(الحرف الاوسط)	(رقم الكفالة الاجتماعية)	(الآخر)
/ /			/ /
(عنوان الشارع)	(المدينة)	(الولاية)	(الرقم البريدى)
رقم الهاتف ( )	خاص ، بالقرب منك		
(عنوان الشارع)	(المدينة)	(الولاية)	(الرقم البريدى)

الامضاء / علامة (X)

شهود (اذا وقعت من قبل X)

تاريخ اليوم

/ /

اللغة المتحدثة:

اللغة المكتوبة:

هل تتكلم الانكليزية بشكل محدود ؟ نعم لا

بإمكاننا توفير مترجم مجاني اثناء المقابلة اذا كنت لاتتحدث الانكليزية. هل تحتاج الى مترجم اثناء المقابلة نعم لا ، اذا كانت الاجابة نعم فأى لغة؟

الاسم: \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_

هل تحتاج الى مساعدة في التواصل الفعّال؟ نعم لا ، اذا كانت الاجابة نعم الرجاء اختيار كل ما ينطبق:  
مترجم لغة الاشارة الامريكية مترجم طريقة التفقيس مترجم شفوي  
مترجم طريقة اللمس مترجم بالفديو مترجم بالاتصال  
طريقة بريال للمكفوفين كتابة بخط كبير تواصل الكتروني (ايميل) اخرى \_\_\_\_\_  
هل لديك حالة بدنية او عقلية تتطلب ترتيبات خاصة (مثل الحصول على كرسي متحرك، الخ) خلال المقابلة؟ نعم لا  
اذا كانت الاجابة نعم فماذا تحتاج ؟ \_\_\_\_\_

#### متى يمكنني الاستفادة من برنامج المساعدات الغذائية الاضافية ؟

**قد يمكنك الاستفادة من برنامج المساعدات الغذائية الاضافية بحلول اليوم الخامس من التقديم.** هذا يدعى إعانات عاجلة. إذا تأهلت لهذا، سوف تحتاج لأكثر من هذه الصفحة. إقرأ بالأسفل عن إعانات الطعام أو إسألنا عنه.  
للاستفادة من برنامج المساعدات الغذائية الاضافية ، سوف تحتاج لملئ كل هذه الإستمارة. سوف نحتاج كل الإستمارة لنقرر إذا ما كنت تأهلت لإعانة الطعام. نستطيع القيام بعمل أفضل طبقا للمعلومات التي تعطيها لنا. أعطنا كل المعلومات التي تستطيع إعطاؤها لنا. إذا كنت تحتاج لمساعدة، إسألنا وسوف نساعدك. أيضا سوف تحتاج أن تقدم صورة من تحقيق الشخصية مثل رخصة قيادة، أو كارت الكفالة الإجتماعية، أو مستندات الأجنبي.

#### إعانات عاجلة – برنامج مساعدات غذائية اضافية في 5 أيام

هؤلاء يمكنهم الاستفادة من برنامج المساعدات الغذائية الاضافية في 5 أيام

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

#### برنامج مساعدات غذائية اضافية خلال 30 يوما:

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

أنت مؤهل للاستفادة من برنامج المساعدات الغذائية الاضافية والكمية، أو

أنت لست مشمولاً وسبب عدم شمولك ببرنامج المساعدات الغذائية الاضافية.

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 يوما من تاريخ استلامنا طلبك الموقع. سوف لا يتم رفض استمارة برنامج اس ان ا ب الخاصة بك لمجرد تم رفض طلبك للحصول على منافع أخرى أو لأنك فقدت المعونات الأخرى التي كنت تحصل عليه

أ

#### هل يمكنني أن اختار شخص لمساعدتي؟

يمكنك إختيار شخص لمساعدتك. انت غير مطالب بعمل هذا. ولكن، لو إخترت، هذا الشخص يمكنه ملئ 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 وإعادة التأهيل لمدمني المخدرات والمشروبات الكحولية يجب تعيين موظف لكي يقوم بالتقديم بالنسبة للمقيمين في تلك المراكز.

الممّتل:

(الاسم الأخير)	(الاسم الأول)	(ح أ)
(العنوان البريدي)	(المدينة)	(الولاية)
( )	تاريخ الميلاد	(الرقم البريدي)
رقم الهاتف	شهر	يوم
	سنة	

**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 هجري قانوني يمكنهم التقديم على برنامج المساعدات الغذائية الإضافية لأطفالهم الأمريكي الجنسية أو مهاجرون قانونيون. الأشخاص الذين لا يملكون صفة هجرة قانونية قد لا يكونوا مؤهلين لاستلام خدمات سناب. لن نقوم بالاتصال بمكتب الهجرة والجنسية (يو إس سى أى إس) بخصوص الأفراد الذين أخبرتنا بأن ليس لديهم صفة قانونية. ولكن يجب علينا استخدام دخلهم وأصولهم لتحديد ما إذا كان باقى الأسرة مؤهلين للشمول ببرنامج المساعدة الغذائية الإضافية. ليس من الضروري تسليمنا أى مستندات بخصوص الأشخاص الذين لا تطلب لهم برنامج المساعدات الغذائية الإضافية. نحن نقوم بالكشف عن وضع المهاجرين الاثنى تقدم لهم طلب عن طريق نظام تحقق الأجانب الخاص باليو إس سى أى إس. المعلومات التي نحصل عليها قد تؤثر على برنامجك للمساعدات الغذائية الإضافية.

**معلومات عن رقم الكفالة الإجتماعية**

يمكنك اختيار عدم إعطائنا رقم الكفالة الإجتماعي 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 بالضروري إعطائنا أرقام الكفالة الإجتماعية للأشخاص الذين لا يرغبون الاستفادة من برنامج المساعدات الغذائية الإضافية.

**لن يتم التمييز ضدك**

وفقا لقانون الحقوق المدنية الاتحادي والحقوق المدنية والسياسات الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (يو إس دي أي) فإن وزارة الزراعة ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة أو التي تدير برامجها ممنوعين من التمييز على اساس العرق، اللون، الاصل، الجنس، العقيدة، الاعاقة، العمر، المعتقدات السياسية، أو الانتقام بسبب نشاط مدني سابق أو برنامج قد اجري او كان ممول من قبل وزارة الزراعة.

ينبغي على الاشخاص ذوي الاعاقة والذين يتطلبون وسائل تواصل بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برييل، الخط الكبير، لغة الإشارة الأمريكية، الخ) ان يتصلوا بالوكالة (على مستوى الولاية أو محليا) في المكان الذي قدموا فيه على المساعدات. الاشخاص الذين يعانون من الصمم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من اعاقة في الكلام بإمكانهم الاتصال بوزارة الزراعة عن طريق خدمة الاعتماد الاتحادية على الرقم. 877-8339 (800) بالإضافة الى ذلك فإن معلومات البرنامج قد تكون متاحة بلغة غير اللغة الانكليزية .

لتقديم شكوى بسبب التمييز، عليك اكمال نموذج شكوى التمييز الخاص بوزارة الزراعة (3027 AD) الموجود على الانترنت على العنوان: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) وفي كل مكتب تابع لوزارة الزراعة أو بإمكانك كتابة رسالة موجهة الى وزارة الزراعة وضمن في الرسالة جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى اتصل على الرقم : (866)632-9992

ارسل نموذج الشكوى كاملا او الرسالة الى وزارة الزراعة بالطرق التالية:

1 بالبريد : U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

Independence Avenue, SW 1400

;Washington, D.C. 20250-9410

2 بالفاكس : (202)690-7442 أو

3 الايميل : [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

هذه المؤسسة هي مؤسسة تقدم الخدمات بشكل متساوي الفرص.

**أخبرنا عن الأشخاص المقيمين بمنزلك**

برنامج المساعدات الغذائية الاسري هو شخص أو مجموعة من الأشخاص يقيمون معا و يشترتون ويعدون الطعام معا. هذه المجموعة ليس بالضرورة أن يكونوا اقارب. الأفراد الأتي ذكرهم يجب أن يكونوا مضمولين ببرنامج مساعدات غذائية اضافية واحد إذا كانوا يقيمون معا حتى إذا لم يكونوا يشترتون ويعدون الطعام معا.

نفسك وزوجك أو وزجتك،

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

أى أب أو أم لأطفال أقل من 22 عاما،

أى أطفال أقل من 18 عاما فى رعايتك، و

أى أشخاص آخرين يشترتون 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 مضطرا للجابابة،

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

إذا اردت الاجابة عن الاسئلة المتعلقة بالعرق استعمل الاختصارات التالية :

العرق ( إختار كل الذى ينطبق)

ه - أسباني أو لاتيني

ب - زنجي أو أمريكى من أصل أفريقي

ن- هاواي أصلى/ جزر باسفيك أخرى

الاسم: \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_

ن\_ ليس أسباني أو لاتيني و - أبيض

أ - أسوي

ي - أمريكي من أصل هندي أو من أصل الأسكا

\*\*\* بعض الأشخاص عليهم الموافقة على التسجيل على العمل وقد يضطروا الى اتباع قواعد العمل للتدريب للحصول على برنامج المساعدات الغذائية التكميلية. الرجاء تبيان موافقة كل شخص على التسجيل. سوف نخبرك في حالة شمول اي شخص في بيتك بقواعد عمل او تدريب اضافية .

ستقدم طلب؟ نعم/لا	تشترون وتعدون الطعام سويا؟	الاسم الأول، ح أ، الاسم الأول	رقم الكفالة الاجتماعية (#)	العلاقة بك	تاريخ الميلاد شهر/يوم/سنة	جنس ذكر أو أنثى	عرقي	سلالة	مواطن نعم/لا	*** موافق على تسجيل العمل نعم/لا
1.				نفسك	/ /					
2.					/ /					
3.					/ /					
4.					/ /					
5.					/ /					
6.					/ /					
7.					/ /					
8.					/ /					

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

هل لديك احد حاصل على كرت إي بي تي تابع لكنتاكي؟ 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؟ نعم لا من؟

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 أكثر 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 لأى مصروفات سوف يعتبر هذا تصريح من أسرتك بأنك لا ترغب في الحصول على إقتطاع على المصروفات الغير معلنة. بالأسفل، أخبرنا عن الفواتير التي تدفعها أسرتك.

**ملجأ ومنافع**

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_

ما هو مقدار حصة أسرتك في المصروفات التالية:

الإيجار: \$ \_\_\_\_\_ في الشهر

إيجار الموقع: \$ \_\_\_\_\_ في الشهر

رهن عقارى: \$ \_\_\_\_\_ في الشهر

إذا كنت تدفع ضرائب أو تأمين منفصلاً 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 \_\_\_\_\_

هل الفواتير التي تدفعها تشمل التدفئة أو التكييف؟ نعم لا

هل حصلت على مساعدات الكهرباء (مساعدات الكهرباء الخاصة بذوي الدخل المحدود) في السنة الماضية على عنوانك الحالي؟ نعم لا

### 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: \$ \_\_\_\_\_ في الشهر

### حضانة

أخبرنا إذا كان لديك مصروفات حضانة لطفل أو بالغ يقيم معك.

من يحصل على رعاية: \_\_\_\_\_ من يدفع للرعاية: \_\_\_\_\_

المبلغ: \$ \_\_\_\_\_ في الشهر

### نفقة طفل

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 لأى من مصروفاتك:

أى من المصروفات تم دفعها؟	من دفعها؟	المبلغ المدفوع؟

### المال الذى 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 يأتى المال	من يحصل على المال	المبلغ فى الشهر	صاحب العمل (إن أمكن)

الاسم: \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_

مال من العمل قبل الضرائب (إجمالي)			
مال من العمل قبل الضرائب (إجمالي) عمل ثانى			
عمل خاص أو عمل مميز			
بقتيش			
كفالة إجتماعية أو إس إس أى			
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 فى خلال 30 يوما الأخيرة؟	نعم	لا	من؟
هل هناك أحدا مهاجر أو عامل زراعة موسمي؟	نعم	لا	من؟
هل هناك من هو فى حالة إضراب؟	نعم	لا	من؟

الأصول التى يمتلكها أفراد فى 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 تبيع، أو تتاجر أو تتبرع ببرنامجك للمساعدات الغذائية الإضافية .
- لا تستخدم برنامج المساعدات الغذائية الإضافية التابع لشخص اخر لمصلحتك الشخصية.

عقوبات برنامج المساعدات الغذائية الإضافية

أى شخص ينتهك القواعد السابقة:  
فى المرة الأولى لن يستطيع الحصول على برنامج المساعدات الغذائية الإضافية لمدة عام، ثانى مرة لمدة عامين، وللأبد بعد ثالث مرة، يمكن تغريمه 250 000 \$ أو الحبس لمدة 20 عاما، أو الإثنين، و إذا وجدت المحكمة مذنبا لشراء، أو بيع، أو الإتجار أكثر من 500 \$ من برنامج المساعدات الغذائية الإضافية، قد لا تحصل على هذه المساعدات للأبد.  
إذا وجدت المحكمة مذنبا لمبادلة برنامج المساعدات الغذائية الإضافية بأسلحة نارية، أو ذخيرة، أو مفرقات، سوف تفقد الإعانات للأبد.  
إذا وجدت المحكمة مذنبا لمبادلة برنامج المساعدات الغذائية الإضافية بمواد متحكمة، أول مرة سوف تفقد الإعانات لمدة عامين وللأبد فى المرة الثانية.  
لن تحصل على برنامج المساعدات الغذائية الإضافية لمدة 10 أعوام إذا وجدت مذنبا للحصول أو محاولة الحصول على برنامج المساعدات الغذائية الإضافية 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 بجنايئة او جنحة نتيجة مخالفتك للشروط المذكورة اعلاه.



الاسم: \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_

**\*\* إعطاء معلومات خاطئة عمداً 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 الاجتماعية الخاصة بهم. سوف نستخدم رقم الكفالة الاجتماعية المعطى لنا، بنفس الطريقة التي نستخدم فيها رقم الكفالة الاجتماعية لأشخاص يحصلون على مساعدات. لن نعطي رقم الكفالة الاجتماعية الخاص بك لمكتب خدمات الهجرة والجنسية ( يو إس سى أى إس).

### قانون السرية

تجميع هذه المعلومات، بما فيها رقم الكفالة الاجتماعية (إس إس إن) لكل فرد من الأسرة، مفوض تحت قانون الغذاء والتغذية لسنة 2008 كما هو معدل 7، يو. إس. سى. 2011-2036. 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 نكتشف هذه المعلومات لمكاتب الفيدرالية والولاية للتحقق الرسمي، 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 و الولاية، وأيضاً 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 يؤدي الى رفض برنامج المساعدات الغذائية الاضافية لكل فرد فشل فى تزويدنا بالإس إس إن. كل الإس إس إن المزود سوف يتم استخدامه مثل الأرقام أفراد الأسرة المؤهلون.

### نحن نتحقق مما تخبرنا به

نحن نستخدم أنظمة كمبيوتر للتأكد من دخل الأسرة ولعمل مضاهاه الكمبيوتر مع وكالات أخرى مثل مكتب العمل والتمارين، 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 عذا الطلب غير صحيحة، قد يتم رفض برنامج للمساعدات الغذائية الاضافية وقد تخضع لدعوة جنائية لتعمد الإمداد بمعلومات خاطئة. المعلومات التى تقدمها لنا قد يتم الكشف عنها بواسطة مكاتب الفيدرالية، و الولاية، و المحلية للتأكد من صحتها. الأشياء التى قد نتحقق منها لأى فرد : رقم الكفالة الاجتماعية، و العمل و المرتب، و حساب البنك، و أى مبالغ من مصادر أخرى مثل الكفالة الاجتماعية، وضع الهجرة.

### توقعك وتفهمك

**أنا أدرك:**

الأسئلة فى 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 معلوماتى.

إن المعلومات التى تقدمت بها فى 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 الاضافية، يجب على تزويدهم برقم الكفالة الاجتماعية لكل فرد يقيم فى

منزلى و ضمن طلب الإعانة. (ليس بالضرورة تزويد أرقام الكفالة الاجتماعية وحالة الهجرة للأفراد الغير مقدمين طلب الإعانة).

إنه يمكن إستخدام أرقام الكفالة الاجتماعية للمضاهاه المختلفة للولاية والفيدرالية من خلال نظام تحقق التأهيل الدخلى (أى فى أس)

الاسم: \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_

هذه المضاهاه تتضمن، وليس محددة فقط ، كفالة إجتماعية، و أى أر أس، و إس إس أى، و سجلات الدخل، تأمين البطالة، سجلات قوة نفقة الطفل و أى مضاهاه أخرى كما هو مشترط تحت سلطة الإيى فى إس. سوف يتم التأكد من المعلومات من خلال الإتصال المباشر إذا ما وجد تعارض. المعلومات التى تؤخذ من أى فى إس، بعض التأكد منها، قد تؤثر على تؤولك للإعانة ومقدارها.

انا اوافق على أن:

\* جميع الاعضاء الساكنين في منزلي المطلوب منهم اتباع قواعد العمل والتدريب سيقومون بذلك.

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.

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

### ماذا تعنى مصطلحاتنا؟

نستخدم هذه المصطلحات فى الاستمارة، فيما يلي معانيها:

**سكان المنزل** شخص او مجموعة من الناس يعيشون سوية ويشترون 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 اختيار 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 والتمرين للحصول على برنامج المساعدات الغذائية الاضافية.

### كيفية حصولك على جلسة استماع

يمكنك طلب جلسة استماع خلال 90 يوم من تاريخ استلامك رسالة من قبلنا حول استمارتك الخاصة ببرنامج المساعدات الاضافية في حالة عدم رضاك عن شئ **قمنا به** في استمارتك 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:

الاسم: \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_

قم بإرجاعها إلى أي فرع من مكاتب دي سي بي أس، أو

قم بإرجاعها إلى: مجلس خدمات الأسرة والصحة، قسم جلسات الاستماع الإدارية، قسم جلسات استماع العوائل والأطفال

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

### 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 إستخدام الإذن التالي عند الحاجة. و لكنك مازلت مسؤول عن تزويدنا بالمعلومات أو طلب المساعدة.

إكتب إسمك ووقع بالأسفل لإعطائنا الإذن بالحصول على المعلومات المطلوبة

#### إذن ينشر المعلومات

إنني بموجب هذا أعطى تفويض لأي شخص أو منظمة لإعطاء قسم الخدمات الإجتماعية بكنناكي المعلومات المطلوبة الخاصة بي أو أي فرد من أفراد أسرتي. صورة من عذا الإذن تعتبر قانونية كالأصل. هذا الإذن لا ينطبق على المعلومات الصحية ذات الحماية. هذا الإذن ساري المفعول لمدة 12 شهر من تاريخ التوقيع.

إسمك ( إكتب بوضوح)

توقيع أو علامة