

يقوم برنامج إعانة التغذية التكميلية (SNAP) بمساعدة الناس ذوي المال القليل أو بدون مال، على شراء المواد الغذائية لوجبات صحية من المحلات المشاركة. وتزيد مستحقات 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 والمتطلبات الأخرى الحصول على مستحقات SNAP.

لتقديم طلب SNAP:

- إتصل برقم 1-855-306-8959؛ 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 متوفرة عند الطلب.

إذا قُمت بتعبئة أو طباعة نسخة عن الطلب على الإنترنت، و قمت 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 الممثل الخاص لكم، والذي يُسمح له التصرف بالنيابة عنكم في إستكمال المقابلة لمُستحقات SNAP، وفي استخدام 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 لمقدمي 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 306-8959 (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 وثقيلي السمع أو لديهم إعاقة كلامية، بإمكانهم الإتصال بـ USDA من خلال خدمة تناوب إتحادية على رقم 877-8339 (800). 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، 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 9992-632-(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 20250-9410؛

(2) بواسطة الفاكس: 690-7442P (202)
(3) البريد الإلكتروني: 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 النصية 1-800-627-4702.

إذا لا توافق على شيء **قمنا 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 إستماع:

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

FS-1 (Arabic)
(R. 10/18)
921 KAR 3:030

ولاية كنتاكي
مجلس خدمات الأسرة والصحة
قسم الخدمات الإجتماعية
وحدة دعم الأسرة

طلب المُستحقات الغذائية التكميلية سناب SNAP

برنامج المُستحقات الغذائية التكميلية (سناب) هو برنامج مخصص لمساعدتكم في شراء الطعام لضمان الصحة الجيدة.

إذا كنت تواجه صعوبة في الاتصال بنا لأنك لا تتحدث الإنجليزية أو لديك إعاقة، يرجى إخبارنا بذلك. المساعدة اللغوية المجانية أو غيرها من المساعدات والخدمات متاحة عند الطلب.

كيف يمكنني الحصول على المُستحقات الغذائية التكميلية سناب SNAP؟

يمكن لأي شخص تعبئة الطلب. يجب الإجابة على أكثر عدد ممكن من الأسئلة. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على مُستحقات سناب ولا يمكنك تعبئة كل تسع صفحات الطلب بالكامل اليوم، قم بتعبئة وتوقيع هذه الصفحة، وقم بتسليمها، ثم أكمل تعبئة باقي الصفحات (2-9) وسلمها في أسرع وقت ممكن. **الخطوة 2:** أعد الطلب إلينا.

يمكنك إرسال طلبك عبر الفاكس إلى قسم الخدمات المجتمعية (DCBS) على 573-2007 (502)، أو عبر البريد إلى DCBS، صندوق بريد 2104، فرانكفورت، كنتاكي، 40602. يمكنك أيضاً إحضار طلبك إلى مكتب DCBS عندما يكون مفتوحاً. عندما تحصل على طلبك، سوف تتلقى تعليمات لإكمال مقابلة لك الحق في معرفة إذا كنت سوف تتلقى مُستحقات قريباً. تاريخ حصولنا على هذه الصفحة باسمك، وعنوانك، وتوقيعك، يبدأ الوقت الذي يتعين علينا فيه تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مُستحقات SNAP. إنه أيضاً تاريخ بدء مُستحقات SNAP لك إذا كنت مؤهلاً للاستفادة منها. **الخطوة 3:** تكلم معنا.

يوم المقابلة، سوف تحتاج:

- إثبات شخصيتك، مثل رخصة القيادة الخاصة بك، أو بطاقة الضمان الإجتماعي* أو مستندات توثيق الأجانب؛
 - دليل على من يعيش في منزلك، مثل عقد إيجار أو بيان مكتوب؛
 - إثبات أنك تعيش في كنتاكي؛
 - إثبات تكاليف رعاية الطفل أو إعالة الطفل المدفوعة؛
 - دليل على نفقات المعيشة الخاصة بك؛ و
 - إثبات عن النفود التي حصلت عليها خلال الـ 60 يوماً الماضية، بما في ذلك أي شيكات.
- إذا لم يكن لديك كل ما هو مذكور أعلاه، أكمل المقابلة على أي حال. سوف نساعدك.

*معلومات حول أرقام الضمان الإجتماعي

يمكنك اختيار منحنا رقم الضمان الإجتماعي لكل شخص في أسرتك. يُمكننا أن نُعطي مُستحقات سناب فقط للأشخاص الذين يعطونا رقم الضمان الإجتماعي، أو دليل على أنهم تقدموا بطلب للحصول على رقم الضمان الإجتماعي. ليس عليك إعطائنا أرقام الضمان الإجتماعي للأشخاص الذين لا يريدون مُستحقات سناب.

أخبرنا عن نفسك

(الكنية)	(الإسم الأول)	(الحرف الأوسط)	(رقم الضمان الإجتماعي)
(تاريخ الميلاد)	(عنوان المراسلات)	(المدينة)	(الولاية)
مقاطعة الإقامة	رقم الهاتف ()	رقمك □ بالقرب منك	(الرمز البريدي)
إذا كان العنوان البريدي مختلفاً، إكتبه بالأسفل:			
(عنوان الشارع)	(المدينة)	(الولاية)	(الرمز البريدي)

التوقيع / علامة (X) شاهد (إذا وقعت عند الـ X) تاريخ اليوم

أخبرنا عن صريحي بصفتك أو عن احتياجاتي الأخرى

اللغة المتحدثة: _____ اللغة المكتوبة: _____
هل تتكلم الانكليزية بشكل محدود؟ □ نعم □ لا. هل تحتاج إلى مترجم لغة منطوقة خلال مقابلتك؟ □ نعم □ لا. إذا نعم، أية لغة؟ _____

بإمكاننا توفير مترجم مجاني أثناء المقابلة إذا كنت لا تتحدث الانكليزية. هل تحتاج إلى مترجم أثناء المقابلة نعم □ لا ، اذا كانت الاجابة نعم فأى لغة؟ _____
هل لديك إعاقة تقيدك بأي شكل وتحتاج إلى مساعدة؟ □ نعم □ لا. إذا نعم، من فضلك قل لنا حتى نتمكن من مساعدتك. اختر كل ما ينطبق: _____

- مترجم لغة الإشارة الأمريكية
- مترجم حسي/لمسي
- مترجم لغة الإشارة الأمريكية
- مترجم تتابع الفيديو
- مترجم شفوي
- طريقة بريـل للمكفوفين
- مترجم تتابع الفيديو
- خدمة ترحيل الاتصالات
- مترجم شفوي
- الإتصالات الإلكترونية (البريد الإلكتروني)
- إمكانية وصول الكرسي المتحرك
- أخرى _____

معلومات حول حالة الهجرة

إذا كنت في حاجة إلى مساعدة في تعبئة هذا الطلب، إتصل بالرقم 306-8959 (859) . يمكنك تحديد معلومات مكتبك المحلي على:

<https://prd.chfs.ky.gov/Office Phone/index.aspx>

الاسم: _____
رقم الضمان الاجتماعي: _____
(انظر الإشعار في الصفحة الأولى (1) حول أرقام الضمان الاجتماعي)

يمكنك التقدم بطلب للحصول على مُستحقات سناب لأسرتك حتى لو كان بعض الأعضاء غير مؤهلين بسبب وضعهم كمهاجرين. على سبيل المثال، قد يتقدم الأهل الذين ليس لديهم حالة هجرة قانونية للحصول على مُستحقات سناب لأطفالهم الذين من مواطني الولايات المتحدة أو المهاجرين القانونيين المؤهلين. قد لا يكون الأشخاص الذين ليس لديهم وضع مهاجر قانوني مؤهلين للحصول على سناب. لن نتصل بخدمات الجنسية والهجرة الأمريكية (USCIS) بشأن الأشخاص الذين تخبرنا بأنهم لا يتمتعون بوضع الهجرة القانوني. يجب أن نستخدم دخلهم وأصولهم لمعرفة ما إذا كان يمكن لبقية الأسرة الحصول على فوائد SNAP. نتحقق من حالة الهجرة للمهاجرين الذين نتقدم بطلب للحصول عليهم من خلال نظام التحقق من الأجانب المنتظم الذي تديره USCIS. قد تؤثر المعلومات التي نتلقاها على مُستحقات سناب الخاصة بك.

متى يمكنني الحصول على المُستحقات الغذائية التكميلية سناب (SNAP)؟

قد تتمكن من الحصول على مُستحقات SNAP بحلول اليوم الخامس بعد تقديم الطلب. وتسمى تلك المُستحقات المُعجلة. إذا كنت مؤهلاً لذلك، سوف نحتاج لأكثر من هذه الصفحة. انظر أدناه للمزيد عن المُستحقات المُعجلة، أو إسألنا عنها.

للحصول على مُستحقات SNAP، يجب تعبئة هذا الطلب. نحتاج إلى الطلب بأكمله لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً، حتى لو كنت مؤهلاً للحصول على مُستحقات مُعجلة. يمكننا القيام بوظيفة أفضل كلما زودتنا بمعلومات أكثر. أعطنا ما تستطيع من المعلومات. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، إسألنا وسنساعدك. سوف تحتاج أن تقدم نسخة لإثبات هويتك، مثل رخصة السواعة، أو بطاقة الضمان الاجتماعي، أو مُستندات توثيق الأجانب.

مُستحقات مُعجلة – برنامج مُستحقات غذائية تكميلية إضافية في 5 أيام
هؤلاء الذين يمكن أن يحصلوا على فوائد مبكرة في غضون 5 أيام

*الأسرة المعيشية التي يقل دخلها الشهري الإجمالي عن 150 دولار و 100 دولار أو أقل في الأصول؛ أو
* الأسر ذات الإيجار والرهن العقاري والمرافق التي تشكل الدخل الشهري الإجمالي للأسرة وأصولها؛ أو
* الأسر التي لديها عامل مزرعة أو مهاجر موسمي ولديها أصول بقيمة 100 دولار وسوف يتوقف دخلها أو يبدأ

*الأسرة المعيشية التي يقل دخلها الشهري الإجمالي عن 150 دولار و 100 دولار أو أقل في الأصول؛ أو
* الأسر ذات الإيجار والرهن العقاري والمرافق التي تشكل الدخل الشهري الإجمالي للأسرة وأصولها؛ أو
* الأسر التي لديها عامل مزرعة أو مهاجر موسمي ولديها أصول بقيمة 100 دولار وسوف يتوقف دخلها أو يبدأ

يمكنك التقدم بطلب للحصول على SNAP وغيرها من الفوائد في نفس الوقت. ولكن، ستتم معاملة طلبك للمُستحقات الغذائية التكميلية SNAP بشكل منفصل. يجب أن تعامل طلبك استناداً إلى قواعد SNAP، وسنعملك بقرارنا في أسرع وقت ممكن، لكن في موعد لا يتجاوز 30 يوماً من تاريخ إستلامنا لطلبك الموقع. لن يتم رفض طلب إشراكك في SNAP لمجرد أن طلبك للحصول على مُستحقات أخرى قد تم رفضه، أو لأنك فقدت مخصصات أخرى تتلقاها.

هل يمكنني أن أختار شخص لمساعدتي؟

معلومات خلال مقابلتك، وبشئري طعامك بواسطة بطاقة EBT. سيكون بإمكاننا مشاركة المعلومات مع هذا الشخص. ملاحظة: يجب أن تعين مراكز إعادة تاهيل مدمني المخدرات والمشروبات موظفاً لتقديم طلب إلى أي مقيم.

الممثل:			
(الكنية)	(الاسم الأول)	(الحرف الأوسط)	
(عنوان المراسلات)	(المدينة)	(الولاية)	(الرمز البريدي)
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	رقم الهاتف	(_____)	

أخبرنا عن الأشخاص في منزلك

برنامج المُستحقات الغذائية التكميلية الأسري SNAP هو أي شخص أو مجموعة من الأشخاص الذين يعيشون معاً ويشترتون الطعام ويعدون الوجبات معاً. ولا تحتاج المجموعة إلى أن تكون ذات قرابة. يجب أن يكون الأشخاص التاليين أسرة SNAP واحدة إذا كانوا يعيشون معاً، حتى لو كانوا لا يشترتون الوجبات ويعدونوها سوياً:
* أنت وزوجك أو زوجتك،
* أطفالك الذين تقل أعمارهم عن 22 عاماً (حتى إذا كان لديهم أطفال)،
* أي والد لأطفال دون سن 22،
* أطفال آخرون الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً والذين تعنتني بهم، و
* جميع الأشخاص الآخرين الذين يشترتون الطعام ويعدون وجبات الطعام معك.
تعليمات:

الاسم: _____
 (انظر الإشعار في الصفحة الأولى (1) حول أرقام الضمان الاجتماعي)

رقم الضمان الاجتماعي: _____

في اللاحقة أدناه، املأ المربعات لكل شخص يعيش في منزلك. إذا كنت لا ترغب في الحصول على مُستحقات لشخص ما، فقم بالإجابة "لا" على السؤال الأول أدناه واملأ اسمه فقط، وعلاقته بك، وتاريخ ميلاده، ورقم الضمان الاجتماعي الخاص به، إذا كنت تعرفه.

علينا أن نجعل معلومات الجنس والعرق للتأكد من توزيع مُستحقات البرنامج بغض النظر إلى العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، ولكن لا يتعين عليك الإجابة. لن تؤثر إجابتك على عدد الفوائد التي تحصل عليها، أو متى ستحصل عليها. إذا اخترت الإجابة، استخدم الترميز التالي:

*العرق
 H = إسباني أو لاتيني
 N = ليس إسباني أو لاتيني
 B = أسمر أو أمريكي من أصل أفريقي
 W = أبيض
 A = آسيوي
 I = هندي أمريكي، أو من سكان الإسكيا الأصليين
 N = سكان هاواي الأصليين / جزر المحيط الهادئ الأخرى
 **الأصل (اختر جميع ما ينطبق)
 *** يتعين على بعض الأشخاص الموافقة للتسجيل للعمل، وقد يجب عليهم إتباع قواعد العمل/التدريب الأخرى للحصول على مُستحقات SNAP. يُرجى الإشارة إلى ما إذا كان كل شخص يوافق على التسجيل. سنخبرك ما إذا كانت قواعد العمل/التدريب الأخرى تنطبق على أي شخص في منزلك.

مقدم طلب؟ نعم/لا	تُشتركون/تعدون وجبات معاً؟	الاسم الأول، الحرف الأوسط، الحرف الأخير	رقم الضمان الاجتماعي (E)	العلاقة لك	تاريخ الولادة شهر/يوم/سنة	الجنس ذكر أو أنثى	*العرق	**الأصل	مواطن نعم/لا	***موافق على تسجيل العمل؟ نعم/لا
-1				نفسك						
-2										
-3										
-4										
-5										
-6										
-7										
-8										

هل لدى أي شخص بطاقة كنتاكي EBT؟ نعم لا من؟ _____
 اذكر أي شخص يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر في الكلية أو المدرسة التجارية: _____
 هل يحصل أي شخص على مُستحقات SNAP من ولاية أخرى؟ نعم لا أية ولاية؟ _____
 هل تم إدانة أي شخص في منزلك لإعطاء معلومات خاطئة عن هويتك، أو مكان سكناك للحصول على مُستحقات SNAP في أكثر من أسرة واحدة في وقت واحد منذ 08/22/96؟ نعم لا من؟ _____
 هل من مجرم هارب أم مخالف للمراقبة/الإفراج المشروط؟ نعم لا من؟ _____
 هل أدين أحد بجناية مخدرات منذ 08/22/96؟ نعم لا من؟ _____
 هل تم إدانة أي شخص في منزلك بشراء، أو بيع، أو تداول أكثر من 500 دولار من مُستحقات SNAP منذ 08/22/96؟ نعم لا من؟ _____
 هل تم إدانة أي شخص في منزلك مُستحقات SNAP مقابل الأسلحة النارية، أو الذخيرة، أو المتفجرات منذ 08/22/96؟ نعم لا من؟ _____
 هل تمت إدانتك أنت، أو أي شخص في منزلك، بتداول مُستحقات SNAP مقابل المخدرات بعد 08/22/96؟ نعم لا من؟ _____

ما هي نفقات أسرته؟

للحصول على الفائدة الأكبر من مُستحقات SNAP، إخبارنا عن فواتيرك. سننظر إلى عدم الإبلاغ عن إيه نفقات، أو تقديم دليل على تلك النفقات، على أنه بيان أن أسرته لا ترغب الحصول على خصم للنفقات غير المبلغ عنها. أدناه، أخبرنا عن الفواتير التي تدفعها أسرته.

المأوى والمرافق

كم تبلغ حصة أسرته من النفقات التالية:

الإيجار: \$ _____ شهرياً

إيجار الموقع: \$ _____ شهرياً

الرهن العقاري: \$ _____ شهرياً

إذا تدفع ضرائب أو تأمين منفصلة عن رهنك العقاري، قم بإدراج المبالغ أدناه:

ضرائب عقارية: \$ _____ كل _____

تأمين أصحاب المنازل: \$ _____ كل _____

ضع علامة جانب فواتير الخدمات العامة التي يتعين عليك دفعها:

أضواء/كهرباء الماء مياه المجاري

الغاز القمامة/النفائيات

التلفزيون رسوم إضافية من صاحب البيت

غيره، اشرح _____

هل أي من فواتير الخدمات التي تدفعها للتدفئة أو تكييف الهواء؟ نعم لا

هل حصلت على مساعدة الطاقة المنزلية لنوات الدخل المنخفض (LIHEAP) السنة الماضية في عنوانك الحالي؟ نعم لا

مصاريف طبية

إذا كانت لديك تكاليف طبية، لا يغطيها التأمين، لأي شخص معاق أو فوق سن 59 عاماً، أخبرنا. قد تكون هذه فواتير الطبيب، أو المستشفى، أو الأدوية، أو وسائل النقل، أو أقساط التأمين الصحي، أو النفقات الطبية الأخرى.

من يدفع: _____ المبلغ: \$ _____ شهرياً

الرعاية النهارية

إذا كانت لديك نفقات رعاية نهارية لطفل، أو شخص بالغ يعيش معك، أخبرنا.

رقم الضمان الاجتماعي: _____

الاسم: _____
(أنظر الإشعار في الصفحة الأولى (1) حول أرقام الضمان الاجتماعي)

من يحصل على الرعاية: _____ من يدفع للرعاية: _____ المبلغ: _____ \$ شهرياً

إعانة الأطفال

إذا كان أي شخص يدفع إعانة أطفال بأمر من المحكمة، أخبرنا.

من يدفع: _____ المبلغ: _____ \$ شهرياً

مساعدة في دفع النفقات

إذا حصلت على مساعدة في أي من نفقاتك، أخبرنا:

أية نفقات تم دفعها؟	من دفعها	المبلغ المدفوع؟

ما هي الأصول التي يمتلكها أفراد أسرتك؟

ادرج إجمالي الاموال التي يملكها كل شخص:

السيولة النقدية: \$ _____
حسابات البنوك/إتحاد الإئتمان: \$ _____
الأسهم، أو السندات، أو شهادات الإيداع، أو الأصول الأخرى: \$ _____

الأموال التي تحصل عليها أسرتك

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) وظيفة ثانية			
عمل الحر أو أعمال غير ثابتة			
بقتيش			
ضمان اجتماعي أو مدخول			
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

هل ترك أحدا وظيفة في خلال 30 يوما الأخيرة؟ نعم لا

هل هناك أحدا مهاجر أو عامل زراعة موسمي؟ نعم لا

هل هناك من هو في حالة إضراب؟ نعم لا

من؟ _____

من؟ _____

من؟ _____

من؟ _____

الاسم: _____
(انظر الإشعار في الصفحة الأولى (1) حول أرقام الضمان الاجتماعي)

رقم الضمان الاجتماعي: _____

يرجى قراءة هذه المعلومات والتوقيع ووضع التاريخ على صفحة 8

قوانين المُستحقات الغذائية التكميلية SNAP

- اتبع هذه القواعد:
- * لا تخفي أو تعطي معلومات خاطئة عن قصد للحصول على مُستحقات SNAP.
 - * لا تستخدم مُستحقات SNAP لشراء مواد غير غذائية مثل الكحول أو التبغ.
 - * لا تقم بالتداول، أو بيع، أو إعطاء مُستحقات لغيرك SNAP.
 - * لا تستفيد من مُستحقات SNAP الخاصة بشخص آخر لنفسك.
 - * لا تستخدم مُستحقات SNAP الخاص بك لشخص خارج منزلك.
 - * لا تستخدم مُستحقات SNAP الخاصة بك لتدفع عن أي نوع من أنواع حسابات الائتمان، حتى لو كان مخصصاً للطعام المؤهل لـ SNAP.
 - * لا تبني الأغذية المشتراة بواسطة مُستحقات SNAP.
 - * تعاون مع الدولة والموظفين الفيدراليين في مراجعة مراقبة الجودة.

عقوبات برنامج المُستحقات الغذائية التكميلية SNAP

- أي شخص ينتهك قواعد برنامج SNAP:
- * قد لا يحصل على مُستحقات SNAP لمدة سنة واحدة لأول مرة، وستين للمرة الثانية، وإلى الأبد للمرة الثالثة؛
 - * قد يتم تغريمه ما يصل إلى 250,000 دولار، أو السجن لمدة تصل إلى 20 عاماً، أو كليهما؛ و
 - * إذا وجدت محكمة أنك مذنب بشراء، أو بيع، أو تداول أكثر من 500 دولار على شكل مُستحقات SNAP، فقد لا تحصل على مُستحقات SNAP إلى الأبد.
 - * إذا وجدت محكمة أنك مذنب في تداول مُستحقات SNAP مقابل الأسلحة النارية، أو الذخيرة، أو المتفجرات، فستفقد المُستحقات للأبد.
 - * إذا وجدت محكمة أنك مذنب في تداول مُستحقات SNAP مقابل مواد متحكمة/خاضعة للرقابة، فستفقد المُستحقات لمدة عامين في المرة الأولى، وإلى الأبد في المرة الثانية.
 - * لن تحصل على مُستحقات SNAP لمدة 10 سنوات إذا ثبتت إدانتك، أو محاولتك الحصول على مُستحقات SNAP في أكثر من منزل في نفس الوقت. تتخذ هذه العقوبة إذا قمت بإعطاء معلومات خاطئة عنك، أو عن أين تسكن.
 - * بالإضافة إلى هذه العقوبات، يمكن للمحكمة أيضاً أن تمنعك من الحصول على مُستحقات SNAP لمدة ثمانية عشر شهراً أخرى إذا كنت مداناً بجناية، أو إنتهاك جنحة للقواعد المذكورة أعلاه.
 - * لن تحصل على مُستحقات SNAP إذا كنت مختبئاً، أو هارباً من القانون لتقاضي الملاحقة القضائية، أو محتجزاً، أو في السجن، أو إنتهكت شرط الإفراج المشروط، أو الاختبار.
 - * قد يؤدي تقديم معلومات خاطئة عن قصد إلى إتخاذ إجراءات قانونية ضدك، سواء كانت جنائية أو مدنية. قد يعني ذلك أيضاً أننا نخفض فوائدها أو نسترد منك المال.

ماذا نفعل بمعلوماتك؟

إذا أعطيتنا معلومات غير صحيحة، فقد نرفض طلبك لمساعدات SNAP. سنقدم إجاباتك لموظفي تنفيذ القانون للقبض على الأشخاص الفارين لتجنب القانون. إذا كان لديك فوائدها زائدة من الدفع الزائد، فسوف نقدم إجاباتك للوكالات الفيدرالية والولائية لتقوم بجمع المدفوعات الزائدة. سوف نرفض مساعدة الذين لا يعطونا رقم الضمان الاجتماعي. سنستخدم أي رقم ضمان اجتماعي يتم تقديمه لنا بنفس الطريقة التي نستخدم بها رقم الضمان الاجتماعي للأشخاص الذين يتلقون المساعدة. لن نعطي رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك لخدمات المواطنة والهجرة الأمريكية (USCIS).

قانون سرية المعلومات الشخصية

يُسمح بتجميع هذه المعلومات، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لكل فرد من أفراد الأسرة، بموجب قانون الغذاء والتغذية لعام 2008، بصيغته المعدلة، 7 U.S.C. 2011-2036. سيتم استخدام المعلومات لتحديد ما إذا كانت أسرته مؤهلة، أم لا تزال مؤهلة للمشاركة في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية. سوف نتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج مطابقة للكمبيوتر. سيتم استخدام هذه المعلومات أيضاً لمراقبة الإمتثال للوائح البرنامج ولإدارة البرنامج. قد يتم مشاركة هذه المعلومات مع الوكالات الفيدرالية والهيئات الحكومية الأخرى لفحصها رسمياً، وكذلك لموظفي تنفيذ القانون بغرض القبض على الأشخاص الفارين لتجنب القانون. إذا حصلت مطالبة ضد أسرته، فقد تتم إحالة المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك جميع أرقام الضمان الاجتماعي، إلى الوكالات الفيدرالية والحكومية، وكذلك وكالات تحصيل المطالبات الخاصة، لإجراء تحصيل المطالبات. توفير المعلومات المطلوبة، بما في ذلك أرقام الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة، أمر طوعي. ومع ذلك، فإن الفشل في توفير أرقام SSN سيؤدي إلى رفض مساعدات SNAP لكل فرد يفشل في توفير أرقام SSN. سيتم استخدام أية أرقام SSN التي يتم توفيرها، والكشف عنها بنفس طريقة استخدام أرقام الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة المؤهلين.

نتحقق مما تخبرنا به

نستخدم انظمه الحاسوب للتحقق من دخل اسرتك ولإجراء مطابقتها ما بين الحاسوب مع مكتب التوظيف والتدريب، وخدمه الإيرادات الداخلية، وغيرها من مصادر المطابقة. إذا أخبرتنا شيء يختلف عما في نظام الحاسوب، سوف نقوم بالتحقق لمعرفة ما هو صحيح. قد نتحقق من معلوماتك عن طريق الإتصال بصاحب العمل، أو البنك الذي تتعامل معه، أو أشخاص آخرين. إذا كان أي جزء من المعلومات الواردة في هذا الطلب غير صحيح، فقد يتم رفض طلبك للمساعدات الغذائية التكميلية SNAP، وقد تخضع للملاحقة الجنائية بسبب تقديم معلومات غير صحيحة عن علم. قد يتم فحص المعلومات التي تقدمها لنا من قبل المسؤولين الفدراليين، والولاية، والمحليين، للتأكد من صحتها.

الاسم: _____
(انظر الإشعار في الصفحة الأولى (1) حول أرقام الضمان الاجتماعي)

رقم الضمان الاجتماعي: _____

الأشياء التي قد تتحقق منها لأي شخص مدرج في القائمة هي: رقم الضمان الاجتماعي، الوظيفة والمعاش، الحساب المصرفي، المبالغ المستلمة من مصادر أخرى مثل الضمان الاجتماعي، أو البطالة، وتسجيل الأجانب.

لن يتم التمييز ضدك

وفقا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية التابعة لوزارة الزراعة الأمريكية، يحظر على وزارة الزراعة الأمريكية، ووكالاتها، ومكاتبها، وموظفيها، والمؤسسات التي تشارك، أو تدبر برامج وزارة الزراعة الأمريكية، التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس، أو العقيدة الدينية، أو الإعاقة، أو السن، أو المعتقدات السياسية، أو التوبيخ، أو الانتقام، بسبب نشاط الحقوق المدنية السابقة في أي برنامج، أو نشاط تقوم به، أو تموله وزارة الزراعة الأمريكية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (مثل طريقة بريل، أو الرسائل ذات الأحرف الكبيرة، أو الشريط الصوتي، أو لغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك)، الاتصال بالوكالة (الولاية أو المحلية)، حيث تقدموا بطلبات للحصول على المستحقات. الأفراد الذين يعانون من الصمم، أو يعانون من ضعف السمع، أو لديهم إعاقات في النطق، يمكنهم الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-800-8339. بالإضافة إلى ذلك، يمكن توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى تمييز ضد البرنامج، أكمل نموذج شكوى بشأن تمييز برنامج وزارة الزراعة الأمريكية (AD-3027) الموجود على الإنترنت على الموقع: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، وفي أي مكتب USDA أو مكتب رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية، وقدم في الرسالة جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل بالرقم 632-9992 (866). أرسل النموذج أو الرسالة المكتملة إلى وزارة الزراعة الأمريكية بواسطة:

(1) البريد: وزارة الزراعة الأمريكية
مكتب مساعد الوزير للحقوق المدنية
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C 20250-9410;

(2) الفاكس: 690-7442 (202)؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.
هذه مؤسسة مزودة تكافؤ فرص التوظيف.

توقيعك وفهمك

أفهم:

- * الأسئلة في هذا الطلب، وما يمكن أن يحدث إذا قمت بإخفاء المعلومات، أو أعطيت معلومات خاطئة.
- * يجب علي تقديم دليل معلومات عن أسرتي.
- * يجوز لمكتب DCBS، ووحدة مراقبة الجودة، الاتصال بأشخاص أو مؤسسات أخرى للحصول على دليل عن معلوماتي.
- * أن المعلومات التي قدمتها في الطلب، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالجنسية ووضع الأجنبي، تخضع للتحقق من قبل المسؤولين الفيدراليين، والولاية، والمحليين، لتحديد ما إذا كانت المعلومات صحيحة.
- * بصفتي مقدم طلب للحصول على مساعدات SNAP، يجب علي تقديم رقم ضمان اجتماعي لكل من يعيش في منزلي، والذي أقدم بطلب للحصول له على مساعدات. (لا يجب تقديم أرقام الضمان الاجتماعي وحالة الهجرة للأعضاء الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على المساعدات).
- * يجب استخدام أرقام الضمان الاجتماعي للمطابقة في العديد من أنظمة التحقق الفدرالية والولاية للدخل والأهلية (IVES). وتشمل هذه، على سبيل المثال لا الحصر، الضمان الاجتماعي، مصلحة ضريبة الدخل، مدخول الضمان الاجتماعي، وسجلات الأجور، والتأمين ضد البطالة، وسجلات تنفيذ إعالة الأطفال، والمطابقات الأخرى على النحو المنصوص عليه تحت سلطة IVES. يمكن التحقق من هذه المعلومات من خلال جهات الاتصال الجانبية عندما يتم العثور على اختلافات. المعلومات المقدمة بموجب IVES، بعد التحقق، قد تؤثر على الأهلية ومقدار الفوائد.

أوافق:

- * أن جميع أفراد أسرتي المطلوب منهم إتباع قواعد العمل والتدريب، سيفعلون ذلك.

أشهد، تحت عقوبة الحنث باليمين، بأن:

- * إجاباتي صحيحة وكاملة على حد علمي.
- * إجاباتي حول الجنسية، أو الوضع الأجنبي لكل شخص يتقدم بطلب للحصول على المساعدة صحيحة.

التوقيع / علامة (X) شاهد (إذا وقعت عند الـ X) تاريخ اليوم

ماذا تعني مصطلحاتنا؟

نستخدم هذه المصطلحات في الطلب. فيما يلي معانيها:

- الأسرة المعيشية: أي شخص أو مجموعة من الأشخاص الذين يعيشون معاً، ويشتركون الطعام، ويعودون الوجبات معاً.
- مراقبة الجودة: وحدة DCBS تقوم بمراجعة قضايا مساعدات SNAP لمعرفة ما إذا كانت صحيحة. إذا تم إختيارك، فستتصل بك وحدة مراقبة الجودة.
- قواعد العمل والتدريب: يتعين على بعض الأشخاص العمل، أو حضور التدريب، للحصول على مساعدات برنامج SNAP. إذا كان هذا صحيحاً لك، أو لغيرك من أفراد أسرتك، فسنتخبرك بذلك. سيتعين عليك إتباع القواعد المتعلقة بالعمل والتدريب للحصول على مساعدات SNAP.

كيفية الحصول على جلسة إستماع

يمكنك طلب جلسة إستماع في غضون 90 يوماً من تاريخ تلقيك إشعارت منا بشأن طلب مساعدات SNAP الخاص بك، إذا كنت لا توافق على شيء فعلناه في طلبك، أو إستحقاقاتك. يمكنك إخبار طرفك من القصة، أو إحضار صديق، أو قريب، أو محامي، للتحدث نيابة عنك في الجلسة.

كيف يمكنني طلب جلسة إستماع؟

الاسم: _____
(أنظر الإشعار في الصفحة الأولى (1) حول أرقام الضمان الاجتماعي)

رقم الضمان الاجتماعي: _____

اتصل بالرقم 1-855-306-8989؛ أو
أرفق ورقة منفصلة لشرح سببك لطلب جلسة إستماع وقم بتوقيعها وضع التاريخ:
أرسلها إلى أي مكتب DCBS؛

أو

أرسلها إلى: مجلس رئاسة خدمات الصحة والأسرة، قسم جلسات الإستماع الإدارية، فرع جلسات الإستماع الإدارية للعائلات والأطفال، شارع 105 Sea Hero، جناح 2،
فرانكفورت، كنتاكي، 40601.

إذن إختياري بنشر المعلومات

ساعدنا لنساعدك!

ليس عليك توقيع هذا، لكنه سيساعدنا في الحصول على معلومات التي نحتاجها لمساعدتك، دون الحاجة إلى الحصول على توقيعك على طلبات محددة.
يجب ان تعرف:

- * قد نحتاج إلى مزيد من المعلومات لتحديد ما إذا كان يمكنك الحصول على المساعدة.
- * إذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من المعلومات منك، فستتلقى خطاباً يخبرك بما نحتاج إليه، والتاريخ الذي يجب أن ترسله إلينا.
- * أنت مسؤول عن الحصول على المعلومات، أو أن تطلب منا المساعدة للحصول عليها.
- * إذا لم تقدم لنا المعلومات، أو تطلب المساعدة بحلول تاريخ الإستحقاق، فقد يتم رفض طلبك، أو يتم إيقاف مساعدتك.
- * قد نتمكن من استخدام الإذن أدناه للحصول على المعلومات التي نحتاجها، ولكن لا يزال يتعين عليك تقديم المعلومات التي نطلبها، أو طلب المساعدة.
- * قد نرّفق نسخة من هذا الإذن بنموذج يطلب من أشخاص، أو منظمات أخرى، (مثل صاحب العمل الخاص بك) الحصول على معلومات محددة مطلوبة منك، أو عن الآخرين في أسرتك.

بطباعة وتوقيع اسمك أدناه تمنحنا الإذن للحصول على المعلومات اللازمة

أصرح بموجب هذا لأي شخص أو مؤسسة أن تقدم إلى دائرة كنتاكي للخدمات المجتمعية معلومات مطلوبة عني أو عن أفراد أسرتي.
نسخة من هذا الإذن صالحة مثل الأصل. لا ينطبق هذا الإذن على المعلومات الصحية المحمية. هذا الإذن جيد لمدة 12 شهراً من تاريخ
التوقيع.

اسمك (الرجاء الكتابة بوضوح)

التوقيع / علامة (X)

شاهد (إذا وقعت عند الـ X)

التاريخ