

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 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

الرجاء ابلاغنا اذا كنت بحاجة للمساعدة لانك لاتتحدث اللغة الانجليزية او تعاني من اعاقه. تتوفر لدينا خدمة المساعدة اللغوية او المساعدات والخدمات الاخرى عند الطلب. للحصول على خدمات الترجمة الفورية المجانية اتصل على الرقم 1-866-291-8931، للحصول على مساعدة اخرى اتصل بالرقم 1-855-306-8959 او 1-800-627-4720 (TTY).

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 عمال 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 1-(855) 306-8959.

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 وضعاف السمع أو لديهم إعاقة كلامية، بإمكانهم الإتصال بـ USDA من خلال خدمة تناوب إتحادية على رقم (800) 8339-877. 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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)، (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 9410-20250؛

(2) بواسطة الفاكس: 7442-690 (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 7770-564 (502) ثم 4107.

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

إذا لا توافق على شي 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 استماع:

الرجاء الإتصال برقم 8959-306-855-1؛ 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.
اي 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 في اقرب وقت ممكن.
الخطوة 2. ارجع الاستمارة الينا.

يمكنك ارسال الاستمارة بالفاكس الى مكتب الخدمات الاجتماعية (دي سي بي أس) على الرقم 502)573-2007. 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 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 يوماً الاخيرة، بما فيها اي أصول شيكات.
• إذا لم يكن لديك اي شي من المذكور اعلاه، قم بأكمال المقابلة على أي حال. سوف نقوم بمساعدتك.

أخبرنا عنك

الاسم القانوني:

(الاول) (الحرف الاوسط) (رقم الكفالة الاجتماعية)
/ /
(تاريخ الميلاد) (عنوان الشارع) (المدينة) (الولاية) (الرقم البريدي)
مقاطعة الإقامة رقم الهاتف () خاص ، بالقرب منك
إذا كان العنوان البريدي مختلفاً، إكتبه بالاسفل:

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

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 فاي لغة؟ _____

هل تحتاج الى مساعدة في التواصل الفعال؟ نعم لا ، اذا كانت الاجابة نعم الرجاء اختيار كل ما ينطبق:

مترجم لغة الإشارة الأمريكية مترجم طريقة التلقين مترجم شفوي
 مترجم طريقة اللمس مترجم بالفيديو مترجم بالاتصال
 طريقة بريـل 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 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. اقرأ 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 تعطيناها لنا. أعطنا كل المعلومات التي نستطيع إعطائها 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 الأجانب.

إعانات عاجلة – برنامج مساعدات غذائية إضافية في 5 أيام هؤلاء يمكنهم الاستفادة من برنامج المساعدات الغذائية الإضافية في 5 أيام

أسرة لديها دخل أقل من 150 دولار في الشهر و اصول بقيمة 100 دولار او اقل ، 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 اللانى سوف ينقطع عنهم الدخل أو سوف يبدأ.

برنامج مساعدات غذائية إضافية خلال 30 يوما:

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، ستمم معاملة استمارة أس أن أ ب بشكل منفصل. يجب علينا ان نقوم بمعاملة استمارة 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

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 اى ب تى. سوف يمكننا مشتركة المعلومات معه.

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

الممئل:

| | | |
|-------------------|---------------|-----------------|
| (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، والدين 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 المساعدات الغذائية الإضافية. ليس من الضروري تسليمنا أى مستندات بخصوص الأشخاص الذين لا تتطلب 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 اس دي أي) فإن وزارة الزراعة ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة أو التي تدير برامجها ممنوعين من التمييز على أساس العرق، اللون، الأصل، 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 الأشخاص 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. الأشخاص 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. 800)877-8339 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 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

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 أقارب. الأفراد الأثنى ذكرهم يجب أن يكونوا مشمولين 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 للاجابة،

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 - زنجى أو أمريكى من أصل أفريقى

ن- هاواى أصلى/ جزر باسفيك أخرى

الاسم: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____

ن_ ليس أسباني أو لاتيني و - أبيض

أ - أسبوي

ي - أمريكي من أصل هندي أو من أصل الأسكا

*** بعض الأشخاص عليهم الموافقة على التسجيل على العمل وقد يضطروا الى اتباع قواعد العمل\التدريب 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 الإجتماعية (#) | 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 والتمارين.

هل لديك 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؟
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 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 الإضافية ، أخبرنا عن مصروفاتك. الإخفاق في الإعلان أو إعطاء أدلة لأى 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

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 مياة 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. ألحق ورقة إضافية عند الحاجة.

| من أين يأتى المال | من يحصل على المال | المبلغ فى الشهر | صاحب العمل (إن أمكن) |
|-------------------|-------------------|-----------------|----------------------|
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | مال من العمل قبل الضرائب (إجمالي) |
| | | | مال من العمل قبل الضرائب (إجمالي) عمل ثاني |
| | | | عمل خاص أو عمل مميز |
| | | | يقشيش |
| | | | 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 تباع، 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، ولأبد يعد ثالث مرة، يمكن تغريمه 250 \$ أو الحبس لمدة 20 عاما، أو الإثنين، و
إذا وجدت المحكمة مذنب لشرء، 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 ولأبد فى المرة الثانية.
لن تحصل على برنامج المساعدات الغذائية الإضافية لمدة 10 أعوام إذا وجدت مذنب 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 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 الإضافية. سوف نعطي إجاباتك لضباط الشرطة للقبض على أى فرد هارب من القانون. إذا كان لديك دفعات زيادة في برنامج المساعدات الغذائية الإضافية، 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 التي 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. 2011-2036. هذه المعلومات سوف تستخدم لتحديد ما إذا كانت أسرته مؤهلة أو مستمرة فى التأهيل للمشاركة فى برنامج المساعدات الغذائية الإضافية. سوف نتأكد من هذه المعلومات من خلال برنامج مضاهاه الكمبيوتر. سوف تستخدم هذه المعلومات لمراقبة الإذعان لقوانين البرنامج وإدارة البرنامج.

يمكن أن نكشف هذه المعلومات لمكاتب الفيدرالية والولاية للفحص 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 الإضافية لكل فرد فشل فى تزويدنا بالإس إس إن. كل الإس إس إن المزود سوف يتم إستخدامه 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 والتأمين، 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 الإضافية وقد تخضع لدعوة جنائية لتعمد الإمداد بمعلومات خاطئة. المعلومات التى تقدمها لنا قد يتم الكشف عنها بواسطة مكاتب الفيدرالية، والولاية، والمحلية للتأكد من صحتها. الأشياء التى قد نتحقق منها لأى فرد : رقم الكفالة الإجتماعية، والعمل والمرتب، وحساب البنك، و أى مبالغ من مصادر أخرى مثل الكفالة الإجتماعية، وضع الهجرة.

توقيعك 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 بالإتصال بأشخاص أخرى أو منظمات للتأكد من معلوماتى.

إن المعلومات التى تقدمت بها فى هذا الطلب تتضمن معلومات تخص 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 فى منزلى و ضمن طلب الإعانة. (ليس بالضرورة تزويد أرقام الكفالة الإجتماعية وحالة الهجرة للأفراد الغير مقدمين طلب الإعانة). إنه يمكن إستخدام أرقام الكفالة الإجتماعية 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 مشروط تحت سلطة الإي 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 توهلك 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 سوياً 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 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 صحيحاً بالنسبة لك أو آخرين من عائلتك، سوف نخبرك. سوف يتحتم عليك إتباع قواعد العمل و التمرين 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 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

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 بنشر المعلومات

إنني بموجب هذا أعطى تفويض لأي شخص أو منظمة لإعطاء قسم الخدمات الإجتماعية بكتناكي 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