

قسم الخدمات الإنسانية

قائمة تحقق

إدارة خدمات الأسرة و الطفل لمقاطعة

الاسم _____ مدير الملف/حجم الملفات _____

العنوان _____ رقم الملف _____

تاريخ الإرسال بالبريد/التسليم _____

يجب استلام البنود التي تم اختيارها أدناه من قبل _____ . ودون هذه البنود قد لا تتمكن من تحديد أهليتك. قد يتم رفض أو إغلاق طلبك أو ملفك القائم معنا أو إلغاء أهلية أعضاء معينون . كما يمكنك إرسال المعلومات الخاصة بك عن طريق الفاكس على رقم: _____ . إذا لم تتمكن من الحصول على المعلومات المطلوبة أو إذا كنت بحاجة لمزيد من الوقت، قم بالتواصل مع الموظف المسؤول عن الملف الخاص بك بواسطة الهاتف رقم: _____ أو بواسطة البريد.

البطاقة الغذائية (فود ستامبس)	الضمان الصحي للأسر ذوي الدخل المحدود (مديكيد)	معاملة مؤقتة للأسر المحتاجة (تائف)	البطاقة الغذائية (فود ستامبس)	الضمان الصحي للأسر ذوي الدخل المحدود (مديكيد)	معاملة مؤقتة للأسر المحتاجة (تائف)
			تحقق من بيان الحساب أو الكشف الصادر من صاحب العمل :- قدم بيان الحساب _____ للفترة الزمنية من:		
			إثبات مواطنة/وضع الأجنبي الشرعي :-		
			إثبات رقم الضمان الاجتماعي/ طلب الحصول على الرقم :- إثبات هوية :-		
			إثبات من دائرة الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان التكميلي (ssi) أو إعانات قدامى المحاربين أو البطالة أو إعالة الأطفال أو تعويضات العاملين أو أي دخل آخر للأسرة :-		
			كشف/كشوفات موقعة/مؤرخة من شخص/ أشخاص يقدمون المال، أو إعالة الأطفال أو غيرها من المساعدات الأخرى لأسرتك.		
			أخرى (أي تحقق يلزم لتحديد الأهلية للموافقة)		

أحضر أو ارسل بالبريد الثبوتات التي تم اختيارها أدناه ؛ وبخلافه لن نستخدم النفقات على شكل خصومات في فود ستامبس ولن نتحقق من تحديد أهليتك للمعاملة المؤقتة للأسر المحتاجة (تائف) أو الضمان الصحي للأسر ذوي الدخل المحدود مديكيد.

البطاقة الغذائية (فود ستامبس) فقط	الضمان الصحي للأسر ذوي الدخل المحدود فقط	معاملة مؤقتة للأسر المحتاجة (تائف) فقط
الإيجار الحالي / دُفعت القرض العقاري	معلومات عن تغييب أحد الوالدين أو كليهما :-	معلومات عن تغييب أحد الوالدين أو كليهما :-
الضمان التأمين العقاري و/أو دُفعت الضرائب لصاحب المنزل	الإثبات طلب :-	الإثبات طلب :-
المصاريف الحالية للغاز، الكهرباء، الهاتف أو غيرها من الاستخدامات الأخرى	اتصريح من الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية للتحقق من وجود حالة حمل وموعد الولادة :-	اتصريح من الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية للتحقق من وجود حالة حمل وموعد الولادة :-
المصاريف الطبية (طبيب، سفر، وصفات طبية، تأمين صحي، أقساط، دخول مستشفى) :-	المصاريف الطبية (طبيب، سفر، وصفات طبية، تأمين صحي، أقساط، دخول مستشفى) :-	سجل التطعيمات :-
الالتزام القانوني بمبلغ إعالة أطفال مستحقة تدفع لشخص آخر ليس في منزلك	إعلان مواطنة :-	الالتزام القانوني بمبلغ إعالة أطفال مستحقة تدفع لشخص آخر ليس في منزلك
النفقات رعاية أطفال :-	الإثبات امتلاك ضمان صحي آخر أو ضمان طرف ثالث :-	النفقات رعاية الأطفال :-
الأخرى (إقامة، إلخ)	الأخرى	الأخرى: (إثبات رعاية ما قبل الولادة، كشف حساب بنكي حالي، إلخ)