



قسم خدمات
الأسرة والأطفال



طلب للحصول على الإعانات

يجب عليك تسليم الطلب المكتمل شخصياً أو إرساله عبر الفاكس أو البريد إلى المكتب المحلي في مقاطعتك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في قراءة أو إكمال هذا المستند أو كنت بحاجة إلى مساعدة في التواصل معنا، اسألنا أو اتصل على الرقم (877) 423-4746. خدماتنا، بما في ذلك المترجمون الفوريون، مجانية. إذا كنت أصم أو ضعيف السمع أو أصم مكفوف أو تواجه صعوبة في التحدث، يمكنك الاتصال بنا على الرقم أعلاه عن طريق الاتصال بالرقم 711 (خدمات ترحيل الاتصالات في جورجيا).

؟(DF

الأسئلة الشائعة

كم من الوقت يستغرق الحصول على الإعانات؟

برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP): حتى 30 يوماً
برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF): حتى 45 يوماً
برنامج المساعدة الطبية (Medicaid): من 10 إلى 90 يوماً
قد تتمكن من الحصول على إعانات برنامج SNAP خلال 7 أيام إذا كنت مؤهلاً.
راجع الصفحة 6.

كم المبلغ الذي سأحصل عليه؟

يتم تحديد مبالغ الإعانات من خلال دخلك ومواردك وحجم أسرتك. سنكون قادرين على إعطائك معلومات محددة بمجرد تحديد أهليتك.

كيف سأحصل على إعاناتي؟

بالنسبة لبرنامج SNAP، ستحصل على بطاقة التحويل الإلكتروني للإعانات (EBT) للحصول على إعاناتك. بالنسبة لبرنامج TANF، سوف تحصل على بطاقة الخصم المباشر Way2Go Debit Mastercard للحصول على إعاناتك. بالنسبة لبرنامج Medicaid، ستلقى بطاقة برنامج Medicaid لكل عضو مؤهل.

قد يُطلب منك تقديم المعلومات التالية:

- إثبات هوية مقدم الطلب في حالة التقدم بطلب للحصول على برنامج SNAP و/أو برنامج TANF. بطاقة الهوية (ID) أو رخصة القيادة (DL) أشكال مقبولة من أشكال إثبات الهوية. إثبات الهوية غير مطلوب لمقدمي الطلبات لبرامج المساعدة الطبية.
- إثبات الجنسية الأمريكية/حالة المهاجر المؤهل لكل شخص يطلب الإعانات. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على خدمات طبية عاجلة (EMA) فقط، فلا يتعين عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بك أو معلومات حول حالة الهجرة.
- أرقام الضمان الاجتماعي لكل من يطلب المساعدة.
- إثبات الدخل على سبيل المثال، كشوف الرواتب، ومدفوعات دعم الأطفال، وخطابات الدخل من المساعدات المالية. لا يلزم إثبات مدفوعات دعم الأطفال لمقدمي طلبات المساعدة الطبية.
- إثبات النفقات مثل إيصالات رعاية الأطفال والفواتير الطبية وتكاليف النقل الطبي وتكاليف الإيجار/الرهن العقاري ومدفوعات دعم الأطفال. تلك المعلومة غير مطلوبة لمقدمي طلبات المساعدة الطبية.

سنحاول أولاً التحقق من الجنسية/حالة الهجرة ومعلومات الدخل من خلال مصادر البيانات الإلكترونية. مستندات التحقق من الهوية الورقية غير مطلوبة لتقديم طلب؛ ومع ذلك، يمكنك تقديم المستندات مع الطلب. إذا لم تتمكن من التحقق من خلال مصادر البيانات الإلكترونية وتحتاج إلى المساعدة في الحصول على هذه المعلومات، فيرجى إخبارنا بذلك.

م من أي متجر يحمل علامة
م من حساب برنامج SNAP

(مساعدة نقدية/خدمات دعم
محدودة. يُطلب من أولياء
بالمشاركة في برنامج
الأسر اللاجئيين غير المؤهلة

لدعم اللازم حتى يمكن رعاية

الفواتير الطبية والزيارات

طبية (Pathways)
Pathways Medical
لبرنامج Medicaid
مًا، والذين لديهم دخل أسري
(FPL)، وغير مؤهلين
بين يستوفون متطلبات
لبرنامج Pathways،

ية (DHS) الأخرى، فيرجى
<http://> أو الاتصال بالرقم

تابة التاريخ على الطلب.

20 والاحتفاظ بهم لنفسك.





قسم خدمات
الأسرة والأطفال



طلب للحصول على الإعانات



10 من هذا الطلب إلى مكتب
تحديد موقع مكتبك المحلي على

مول على إعانات، فسيتم توفير
وعنوانك وتوقيعك عليه. وسيتم
على الطلب.

S أو برنامج TANF و/أو
إعانات مع اسمك وعنوانك
لأسرع إذا أكملت النموذج
لأكثر من برنامج أو لبرنامج
س بك فقط على أساس رفض
لية لطلب SNAP الخاص بك.
برنامج SNAP ودخل الضمان
وتاريخ مغادرتك من المؤسسة.

كيف نستخدم المعلومات الشخصية لمقدم الطلب؟

ما عليك سوى تقديم أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) والجنسية أو حالة الهجرة
للأشخاص الذين يرغبون في تقديم طلب للحصول على الإعانات. سوف نستخدم هذه
المعلومات للتحقق من نظام التحقق من الدخل والأهلية (IEVS). سنقوم أيضًا
بمطابقة معلوماتك مع الهيئات الفيدرالية والولائية والمحلية الأخرى للتحقق من دخلك
وأهليتك ومعلومات عن الأجور والمشاركة في أنشطة العمل. إذا لم يرغب أحد أفراد
الأسرة في إعطائنا معلومات حول رقم SSN أو الجنسية أو حالة الهجرة، فقد
يستمر أفراد الأسرة الآخرون في الحصول على إعانات. إذا كنت تقدم طلب
للحصول على خدمات طبية عاجلة فقط، فلا يتعين عليك تقديم رقم SSN الخاص
بك أو معلومات حول حالة الهجرة.

هل يمكن لشخص آخر أن يقدم طلب نيابة عني؟

بالنسبة لبرنامج SNAP وبرنامج Medicaid، يمكنك أن تطلب من شخص ما أن
يتقدم بالطلب نيابة عنك.
بالنسبة لبرنامج TANF، يمكن لأي شخص تقديم طلب ولكن يجب مقابلة ولي الأمر
أو القائم بالرعاية أو المرأة الحامل.

قد تحتاج إلى إجماع معابه مع موظف. إذا كان الأمر كذلك، فسنعطيك موعدًا. يمكن إكمال
هذه المقابلة عبر الهاتف.



طلب للحصول على الإعانات

قسم خدمات
الأسرة والطفل

(أكمل هذا الطلب وأعدّه إلى مكتب قسم DFCS التابع للمقاطعة.)

ما الذي أتقدم بطلب من أجله؟ (ضع علامة بجانب كل ما ينطبق)

- برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)
برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، المعروف سابقاً باسم قسائم الطعام، هو برنامج ممول فيديراليًا يوفر إعانات شهرية للأسر ذات الدخل المنخفض للمساعدة في دفع تكلفة الغذاء. يوفر البرنامج أيضًا تنقيفًا غذائيًا للأسر لتلبية احتياجاتها من الغذاء والتغذية ويوفر فرص عمل وتدريب لمساعدة الأسر على الحصول على عمل يؤدي إلى تقليل الاعتماد على برنامج SNAP.
- برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)
تقدم المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) مدفوعات نقدية شهرية مؤقتة، أو مدفوعات نقدية لمرة واحدة، أو خدمات دعم أخرى، لتدعيم الأسر المؤهلة التي لديها أطفال أو النساء الحوامل. إذا كنت ولي أمر الطفل، أو القائم بالرعاية أو المرأة الحامل الذي يرغب في الانضمام إلى المنحة، فسوف نطلب منك المشاركة في برنامج عمل.
- برنامج الأجداد لتربية الأحفاد (GRG)
سيوفر برنامج الأجداد لتربية الأحفاد (GRG) مدفوعات نقدية إضافية حتى يمكن رعاية الأطفال في منازل أجدادهم. **يجب على مقدمي الطلبات التقدم بطلب للحصول على إعانات برنامج TANF ليكونوا مؤهلين لبرنامج GRG.**
- المساعدة النقدية للاجئين
يوفر برنامج المساعدة النقدية للاجئين مساعدة مالية لأسر اللاجئين غير المؤهلة لبرنامج TANF. ومصطلح اللاجئ يشمل اللاجئين، الكوبيين/الهائيتيين الوافدين، ضحايا الاتجار بالبشر، الأميركيين، طالبي اللجوء، والأفغان أو العراقيين الذين يحملون تأشيرة مهاجر خاص (SIV)، أو الأفغان المؤهلين للإفراج المشروط.
- برنامج Medicaid
يقدم برنامج Medicaid تغطية طبية لكبار السن والمكفوفين أو البالغين ذوي الإعاقة والنساء الحوامل والأطفال والأسر. عند التقديم، سننظر في جميع برامج Medicaid ونقرر البرامج التي قد تكون مؤهلاً لتلقيها.

يرجى ملء الرسم البياني أدناه حول مقدم الطلب.

الاسم الأول	الأحرف الأولى من الاسم الأوسط	الاسم الأخير	اللقب
عنوان الشارع حيث تعيش			المنزل
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
هل أنت بلا مأوى؟ نعم ___ أو لا ___			
العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا)			
رقم الهاتف الرئيسي	رقم اتصال آخر		
التواصل الإلكتروني:	عنوان البريد الإلكتروني (اختياري):		
البريد الإلكتروني: نعم ___ أو لا ___ (اختياري)			
إرسال الرسائل النصية: نعم ___ أو لا ___ (اختياري)			
ما هي اللغة التي تفضلها؟	إذا كانت المقابلة مطلوبة، فهل ستحتاج إلى مترجم فوري؟ نعم ___ أم لا ___		

قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة: طلب تعديل معقول أو مساعدة في مجال التواصل (إذا كان ينطبق):

- هل لديك إعاقة تتطلب تعديلاً معقولاً أو مساعدة في مجال التواصل؟ نعم ___ لا ___
(إذا كانت الإجابة نعم، يرجى وصف التعديل المعقول أو المساعدة في الاتصال التي تطلبها):
- مترجم لغة الإشارة ___؛ الهاتف النصي (TTY) ___؛ الكتابة بأحرف كبيرة ___؛ التواصل الإلكتروني (البريد الإلكتروني) ___؛ طريقة برايل ___؛ خدمات ترحيل الفيديو ___؛ مترجم تلقين الكلام ___؛ مترجم شفوي ___؛ مترجم عن طريق اللمس ___؛ المكالمات الهاتفية للتذكير بالمواعيد النهائية للبرامج ___؛ التوقيع الهاتفي (إن أمكن) ___؛ المقابلة وجهاً لوجه (زيارة منزلية) ___؛ غير ذلك: ___؛ هل تحتاج إلى هذا التعديل المعقول أو المساعدة في مجال التواصل لمرة واحدة ___ أو بشكل مستمر ___؟ إذا أمكن، اشرح بإيجاز متى وإلى متى ستحتاج إلى هذا التعديل أو المساعدة؟



طلب للحصول على الإعانات

قسم خدمات
الأسرة والطفل

لجميع المتقدمين لبرنامج SNAP وبرنامج TANF وبرنامج Medicaid:

أقر وأتحمّل عقوبة الحنث باليمين على حد علمي واعتقادي أن الشخص (الأشخاص) الذي أتقدم بطلب للحصول على الإعانات من أجله/أجلهم، هو/هم مواطن أمريكي (مواطنون أمريكيون) أو غير مواطن (مواطنین) موجود بشكل قانوني في الولايات المتحدة. كما أشهد بأن جميع المعلومات المقدمة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمي. أفهم وأوافق على أن قسم خدمات الأسرة والأطفال (DFCS) التابع لوزارة الخدمات الإنسانية (DHS) ووزارة الصحة المجتمعية (DCH) والهيئات الفيدرالية المرخصة قد تتحقق من المعلومات التي أقدّمها بشأن هذا الطلب. ويمكن الحصول على المعلومات من أرباب الأعمال السابقين أو الحاليين. أفهم أن معلوماتي ستستخدم لتتبع معلومات الأجور ومشاركتي في أنشطة العمل.

سأقوم بالإبلاغ عن أي تغيير في وضعي وفقاً لمتطلبات برنامج SNAP و/أو برنامج TANF. سأقوم أيضاً بالإبلاغ إذا تلقي أحد أفراد أسرتي مكاسب من اليانصيب أو المقامرة، إذا كان المبلغ الإجمالي البالغ 4500 دولارًا أو أكثر (قبل استقطاع الضرائب أو المبالغ الأخرى). سأقوم بالإبلاغ عن هذه المكاسب في غضون 10 أيام من نهاية الشهر الذي استلمت فيه المكاسب. أفهم أنه إذا كانت أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم تقليل أو رفض إعاناتي، وقد أتعرض لملاحقة جنائية أو استبعاد من برامج قسم DFCS التابع لوزارة DHS لتقديم معلومات غير صحيحة عن علم. أفهم أنه يمكن مفاضاتي إذا قدمت معلومات خاطئة أو أخفيت معلومات. أفهم أنه إذا قُبلت في إخبار قسم DFCS التابع لوزارة DHS ببعض نفقاتي أثناء عملية التقديم أو التجديد و/أو قُبلت في التحقق منها، فلن يقوم قسم DFCS التابع لوزارة DHS بتضمين هذه النفقات في حساب مبلغ إعانات برنامج SNAP الخاصة بي.

تقوم وزارة الخدمات الإنسانية ("DHS") بولاية جورجيا بجمع معلومات التعريف الشخصية (PII)، مثل الأسماء والعناوين وأرقام الهواتف وعناوين البريد الإلكتروني وتواريخ الميلاد، وما إلى ذلك، أثناء طلبك للحصول على الإعانات. عند تقديم أي معلومات شخصية إلينا، فإنك توافق على أنه يجوز لنا جمع واستخدام والكشف عن أي من هذه المعلومات الشخصية وفقاً لسياسات وإجراءات وزارة DHS ووفقاً لما يسمح به أو يقتضيه القانون و/أو اللوائح.

التاريخ

التوقيع

التاريخ

توقيع الشاهد إذا تم التوقيع بواسطة "X"

الممثل المفوض:

أكمل هذا القسم فقط إذا كنت تريد من شخص أو منظمة ملء طلبك، وإكمال مقابلتك، و/أو استخدام بطاقة EBT الخاصة بك لشراء الطعام عندما لا يمكنك الذهاب إلى المتجر. يرجى اختيار لكل نوع من البرامج من الذي تريد تعيينه كممثل مفوض. يرجى اختيار الواجبات التي تريد أن يقوم بها الشخص أو المنظمة. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid، فيمكنك اختيار أكثر من شخص أو منظمة للعمل نيابة عنك.

- أنواع البرامج للممثل المفوض 1: برنامج SNAP برنامج TANF المساعدة الطبية
- مهام الممثل المفوض 1: توقيع الطلب نيابة عن مقدم الطلب إكمال نموذج التجديد وتقديمه
- استلام نسخاً من الإشعارات ووسائل الاتصال الأخرى التصرف نيابة عن مقدم الطلب في جميع الأمور الأخرى
- الحصول على بطاقة الإعانات لبرنامج TANF (بطاقة الخصم المباشر Way2Go Debit Mastercard)

اسم الشخص 1: _____

اسم المنظمة 1 (إذا كان ينطبق): _____

الهاتف: _____

العنوان: _____

المنزل: _____

المدينة: _____

الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

التواصل الإلكتروني: البريد الإلكتروني: نعم ___ لا ___ (اختياري) إرسال الرسائل النصية: نعم ___ لا ___ (اختياري)

عنوان البريد الإلكتروني (اختياري) _____

اللغة التي تفضلها: _____ هل هناك حاجة إلى مترجم فوري؟ نعم ___ أو لا ___



طلب للحصول على الإعانات

قسم خدمات
الأسرة والطفل

- أنواع البرامج للممثل المفوض 2: برنامج SNAP برنامج TANF المساعدة الطبية
 مهام الممثل المفوض 2: التوقيع على الطلب نيابة عن مقدم الطلب إكمال نموذج التجديد وإرساله
 استلام نسخًا من الإشعارات ووسائل الاتصال الأخرى التصرف نيابة عن مقدم الطلب في جميع الأمور الأخرى
 استلام بطاقة إعانات برنامج TANF (بطاقة الخصم المباشر Way2Go Debit Mastercard)

اسم الشخص 2: _____
 اسم المنظمة 2 (إذا كان ينطبق): _____ الهاتف: _____
 العنوان: _____ المنزل: _____
 المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
 التواصل الإلكتروني: البريد الإلكتروني: نعم لا (اختياري)
 إرسال الرسائل النصية: نعم لا (اختياري)
 عنوان البريد الإلكتروني (اختياري) _____
 اللغة التي تفضلها: _____ هل هناك حاجة إلى مترجم فوري؟ نعم أو لا

قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة: طلب تعديل معقول أو مساعدة في مجال التواصل للممثلين المفوضين (إذا كان ينطبق):

هل يعاني الممثل المفوض من إعاقة تتطلب تعديلاً معقولاً أو مساعدة في مجال التواصل؟ نعم لا (إذا كان الجواب نعم، يرجى وصف التعديل المعقول أو المساعدة في مجال التواصل التي (تطلبها):

مترجم لغة الإشارة _____؛ الهاتف النصي (TTY) _____؛ الكتابة بأحرف كبيرة _____؛ التواصل الإلكتروني (البريد الإلكتروني) _____؛ طريقة برايل _____؛ خدمات ترحيل الفيديو _____؛ مترجم تلقين الكلام _____؛ مترجم شفوي _____؛ المترجم عن طريق اللمس _____؛ المكالمات الهاتفية للتنكير بالمواعيد النهائية للبرنامج _____؛ التوقيع الهاتفي (إن وجد) _____؛ المقابلة وجهاً لوجه (زيارة منزلية) _____؛ غير ذلك: _____

هل يحتاج الممثل المفوض هذا التعديل المعقول أو المساعدة في مجال التواصل لمرّة واحدة _____ أو بشكل مستمر _____؟

إذا أمكن، اشرح بإيجاز متى وإلى متى تحتاج إلى هذا التعديل أو المساعدة؟

للاستخدام المكتبي فقط: _____ تاريخ الاستلام: _____

أهلية المسار السريع:

أهلية المسار السريع (ELE) هي عملية تلقائية لتسجيل أو تجديد الأطفال المؤهلين الذين نقل أعمارهم عن 19 عامًا والذين يتلقون إعانات برنامج مساعدة التغذية التكميلية (SNAP)، أو برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، أو برنامج المساعدة النقدية للاجئين (RCA)، أو برنامج خدمات رعاية الأطفال وأولياء الأمور (CAPS)، أو برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) في برنامج المساعدة الطبية.

سوف يستخدم قسم خدمات الأسرة والأطفال (DFCS) معلومات حجم الأسرة والإقامة والدخل من برامج SNAP أو برنامج TANF أو برنامج RCA أو برنامج CAPS أو برنامج WIC، ولكن قسم DFCS سوف يتحقق من حالة المواطنة أو الهجرة باستخدام قواعد المساعدة الطبية لاتخاذ قرار بشأن أهلية ELE لتسجيل الأطفال تلقائياً أو تجديدهم في برنامج Medicaid أو برنامج PeachCare للأطفال @. سوف يرسل قسم DFCS إشعاراً بالقرار بمجرد اكتماله، وسيسمح للأعضاء بإجراء أي تغييرات ويسمح لهم بالانسحاب من عملية أهلية ELE أو إنهاء قضية المساعدة الطبية في أي وقت.



قسم خدمات
الأسرة والأطفال

طلب للحصول على الإعانات

هل أستطيع الحصول على إعانات برنامج SNAP بشكل أسرع؟ (هذه المعلومات مطلوبة فقط لمقدمي الطلبات لبرنامج SNAP)

قم بالإجابة على هذه الأسئلة المتعلقة بمقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة لمعرفة ما إذا كان بإمكانك الحصول على إعانات برنامج SNAP خلال 7 أيام.

1. هل أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة مهاجر أو عامل زراعي موسمي؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، من هو _____
2. مجموع إجمالي الدخل المكتسب الذي سيتم استلامه لهذا الشهر: _____
اسم رب العمل: _____
تاريخ بدء التوظيف _____ تاريخ انتهاء التوظيف _____
معدل الأجور _____ ساعات العمل الأسبوعية: _____
عدد المرات التي يتم الدفع لك فيها: أسبوعي/كل أسبوعين/نصف شهري/شهري (ضع دائرة حول خيار واحد)
3. مجموع إجمالي الدخل غير المكتسب الذي سيتم استلامه لهذا الشهر: _____
نوع الدخل غير المكتسب _____ المبلغ _____
عدد مرات الاستلام: أسبوعي/كل أسبوعين/نصف شهري/شهري (ضع دائرة حول خيار واحد)
نوع الدخل غير المكتسب _____ المبلغ _____
عدد مرات الاستلام: أسبوعي/كل أسبوعين/نصف شهري/شهري (ضع دائرة حول خيار واحد)
4. إجمالي الدخل المكتسب وغير المكتسب لهذا الشهر: _____
دولارًا _____
5. ما مقدار المال الذي تمتلكه أنت وجميع أفراد الأسرة نقدًا أو في البنك؟
دولارًا _____
6. ما هو المبلغ الشهري للإيجار والرهن العقاري والضرائب العقارية و/أو تأمين مالك المنزل؟
دولارًا _____
7. ما هو المبلغ الإجمالي لمرافق الكهرباء، الماء، الغاز و/أو غيرها هذا الشهر؟
(قم باستثناء المبالغ السابقة المستحقة والرسوم المتأخرة في المجموع)
دولارًا _____
أ. ما هو مصدر التدفئة أو التبريد الأساسي لأسرتك؟ ضع علامة بجانب كل ما ينطبق.
الكهرباء _____ الغاز _____ مكيف الهواء النافذة أو المركزي _____ زيت الكيروسين _____ الخشب _____
ب. هل حصلت على مساعدة في مجال الطاقة التابعة لبرنامج المساعدة الخاص بالطاقة المنزلية لمحدودي الدخل (LIHEAP) خلال الأشهر الـ 12 الماضية؟
 نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، المبلغ المستلم _____ دولارًا



طلب للحصول على الإعانات

قسم خدمات
الأسرة والأطفال

إذا لم تكن أنت أو غيرك من المتقدمين للأسرة مواطناً أمريكياً أو قوميًا أمريكيًا، أكمل الرسم البياني أدناه:
(يرجى إضافة صفحات إضافية حسب الحاجة)

هل أنت أو شريك حياتك أو والدك من قدامى المحاربين أو أحد أفراد الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي؟	تاريخ التجنس/تاريخ الدخول أو القبول في الولايات المتحدة (إن أمكن)	هل عشت في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟	رقم تعريف الأجنبي/الشهادة/الوثيقة	نوع وثيقة الهجرة	الاسم		
					الأول	الأحرف الأولى من الاسم الأوسط	الأخير
(نعم/لا)	الصيغة (سنة/يوم/شهر)	(نعم/لا)					

أخبرنا أكثر عن مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة

نحتاج إلى مزيد من المعلومات حول مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة من أجل تحديد من مؤهل للحصول على الإعانات. يرجى الإجابة فقط على الأسئلة المتعلقة بالإعانات التي تريد الحصول عليها في الصفحة أدناه.

1. هل حصل أي شخص على أي إعانات في مقاطعة أو ولاية أخرى؟ (لبرنامج SNAP وبرنامج TANF فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____
أين: _____
متى: _____

2. هل أدين أي شخص بتقديم معلومات كاذبة حول مكان إقامته ومن هو للحصول على إعانات متعددة لبرنامج SNAP في أكثر من منطقة بعد 1996/22/8؟ (لبرنامج SNAP فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____
أين: _____
متى: _____

3. هل ترك أي شخص في منزلك وظيفته بإرادته أو خفض ساعات عمله بإرادته إلى أقل من 30 ساعة في الأسبوع في غضون 30 يومًا من تاريخ التقديم؟ (لبرنامج SNAP وبرنامج TANF فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، من ترك وظيفته؟

لماذا ترك/تركت الوظيفة؟ _____

4. هل هناك امرأة حامل؟ (هذا السؤال لا ينطبق على المتقدمين لبرنامج SNAP) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم،

اسم المرأة الحامل: _____

ما هو الموعد المقدر للولادة؟ _____؛ وكم عدد الأطفال المتوقعين؟ _____

إذا كانت الإجابة لا، فهل أنجب أي شخص في المنزل أو تم إنهاء الحمل خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم،

اسم المرأة الحامل: _____

ما هو تاريخ الولادة/إنهاء الحمل؟ _____؛ وكم عدد الأطفال المولودين/المتوقع ولادتهم؟ _____

* لمقدمي الطلبات لبرنامج TANF فقط، يرجى تقديم ما يلي:

اسم والد الجنين: _____ عنوان الأب: _____



طلب للحصول على الإعانات

قسم خدمات
الأسرة والأطفال

5. لمقدمي الطلبات لبرنامج Medicaid، هل لدى أي شخص أي فواتير طبية غير مدفوعة خلال الأشهر 3 الماضية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**، يرجى إرسال الفواتير غير المدفوعة إذا كانت لديك قضية لبرنامج Medicaid.
6. هل تم استبعاد أي شخص من برنامج SNAP أو برنامج TANF؟ (البرنامج SNAP وبرنامج TANF فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____
أين: _____
7. هل يقوم أي شخص بالفرار لتجنب المحاكمة أو السجن لارتكابه جريمة؟ (بالنسبة لبرنامج SNAP وبرنامج TANF فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**، من: _____
8. قام أي شخص بانتهاك شروط المراقبة أو الإفراج المشروط؟ (بالنسبة لبرنامج SNAP وبرنامج TANF فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**، من: _____
9. هل لدى أي شخص إدانة جنائية بسبب سلوك يتعلق بحيازة أو استخدام أو توزيع مادة مخدرة خاضعة للرقابة (أي متهم بقضية مواد مخدرة) بعد 1996/22/8 (البرنامج SNAP وبرنامج TANF فقط) أو جريمة عنف (البرنامج TANF فقط)؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____ متى: _____
- أ. هل أنت ملتزم بشروط المراقبة المتعلقة بأي حكم صدر نتيجة إدانة في جريمة مواد مخدرة؟ (البرنامج SNAP فقط) نعم لا
- ب. هل أنت ملتزم بشروط الإفراج المشروط المتعلقة بأي حكم صادر نتيجة الإدانة بجريمة مواد مخدرة؟ (البرنامج SNAP فقط) نعم لا
- ج. هل أكملت بنجاح **جميع** شروط المراقبة أو الإفراج المشروط المتعلقة بأي إدانة تتعلق بالمواد المخدرة؟ (البرنامج SNAP فقط) نعم لا
10. هل تمت إدانتك أو أي فرد من أفراد أسرتك بتهمة تداول إعانات برنامج SNAP مقابل المواد مخدرة بعد 1996/22/8؟ (البرنامج SNAP فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____ متى: _____
11. هل تمت إدانتك أو أي فرد من أفراد أسرتك بشراء أو بيع إعانات برنامج SNAP؟
أكثر من 500 دولار بعد 1996/22/8؟ (البرنامج SNAP فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____
متى: _____
12. هل تمت إدانتك أو أي فرد من أفراد الأسرة بتهمة تداول إعانات برنامج SNAP مقابل أسلحة،
أو ذخيرة، أو متفجرات بعد 1996/22/8؟ (البرنامج SNAP فقط) نعم لا
إذا كانت الإجابة **نعم**:
من: _____
متى: _____



طلب للحصول على الإعانات

قسم خدمات
الأسرة والأطفال

13. هل تمت إدانتك أو أي فرد من أفراد أسرتك كشخص بالغ بتهمة الاعتداء الجنسي المشدد، القتل والاستغلال الجنسي وغير ذلك من أشكال إساءة معاملة الأطفال، وهي جريمة فيدرالية أو ولائية تنطوي على الاعتداء الجنسي، أو جريمة بموجب قانون الولاية يقرر المدعي العام أنها متشابهة إلى حد كبير لمثل هذه الجريمة، بعد 2014/7/2؟ (لبرنامج SNAP فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____ متى: _____

أ. هل تلتزم بشروط المراقبة المتعلقة بأي عقوبة يتم تلقيها نتيجة للإدانة بجناية؟ (لبرنامج SNAP فقط) نعم لا

ب. هل أنت ملتزم بشروط الإفراج المشروط المتعلقة بأي حكم صادر نتيجة إدانة جنائية؟ (لبرنامج SNAP فقط) نعم لا

ج. هل أكملت بنجاح **جميع** شروط المراقبة أو الإفراج المشروط المتعلقة بأي إدانة جنائية؟ (لبرنامج SNAP فقط) نعم لا

14. هل تلقيت أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة مكاسب من البانصيب أو المقامرة؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____ متى: _____ المبلغ المستلم: _____

15. هل استخدم أي شخص أموال برنامج TANF أو بطاقة Way2Go في المؤسسات التالية، محلات بيع المشروبات الكحولية، الكازينوهات، غرف البوكر، أعمال ترفيهية للبالغين، سندات الكفالة، النوادي الليلية، الصالونات/الحانات، قاعات البانغو، مسارات السباق، متاجر الأسلحة/الذخيرة، السفن السياحية، القراء الروحانيين، متاجر التدخين، متاجر الوشم/التقب، والمنتجات/صالونات التدليك؟ (لبرنامج TANF فقط) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____ متى: _____

16. هل يحصل أي شخص متقدم بطلب للحصول على إعانات، على نفقة حاليًا؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

من: _____

المبلغ الشهري المستلم: _____

تاريخ الانتهاء من اتفاق النفقة أو آخر تعديل: _____

أخبرنا عن دخل مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة

هل تحصل أنت أو أي شخص يعيش في أسرتك على أي نوع من الدخل مثل: الأجور أو الإكراميات أو المكافآت أو العمل الحر أو الضمان الاجتماعي/التقاعد لعمال السكك الحديدية أو إعاقة أخرى أو المعاشات التقاعدية أو البطالة أو أي دخل آخر؟ بالنسبة لبرنامج SNAP وبرنامج TANF، يرجى أيضًا إدراج الدخل مثل: الدخل من شؤون المحاربين القدامى (VA)، دعم الأطفال، الأموال من الأشخاص الآخرين أو إعانات تعويضات العمال. إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

اسم فرد الأسرة ذو الدخل	نوع الدخل	اسم رب العمل/مصدر الدخل	المبلغ الشهري (قبل الاقتطاعات)	عدد مرات الاستلام (شهريًا، كل أسبوعين، أسبوعيًا)	الأجر مقابل ساعات العمل	ساعات العمل في الأسبوع	تاريخ (تواريخ) الدفع

هل هناك أي شخص في حالة إضراب حاليًا؟ نعم لا

إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، يرجى إدراج مبلغ نفقات عمالك الشهرية: _____ دولارًا



طلب للحصول على الإعانات

قسم خدمات
الأسرة والأطفال

أخبرنا عن مقدم الطلب وجميع موارد أفراد الأسرة - بالنسبة لمقدمي طلبات برنامج TANF وبرنامج SNAP، قم بإدراج جميع الموارد لجميع أفراد الأسرة ومقدمي الطلبات لبرنامج Medicaid الذين تبلغ أعمارهم (65 عامًا أو أكبر) أو المكفوفين أو المعاقين (إعاقة دائمة تمنع من العمل)

هل تمتلك أنت أو أي شخص تتقدم بطلب من أجله أي مصادر؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إكمال المعلومات أدناه (قم باختيار جميع الموارد (الأصول) المملوكة لك أو لشريك حياتك أو المعالين أو المملوكة بالاشتراك مع شخص آخر. قم بإرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر).

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم | خطط الجنازة/عناصر الدفن المدفوعة مسبقًا | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم | الحسابات الجارية |
| <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم | مواقع أو عقود الدفن | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم | حسابات التوفير |
| <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم | الأسهم والسندات | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم | السندات الحكومية |
| <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم | غير ذلك (حساب التقاعد الفردي (IRA)،
شهادات الإيداع (CD)، وما إلى ذلك) | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم | الصناديق الاستثمارية |
| | | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم | الأموال العقارية/ملكية أراضي المنازل؟ |

هل تتازلت أنت أو شريك حياتك عن أي أصول بأقل من قيمتها؟ نعم لا
إذا أجبت بنعم على أي من هذه الأسئلة، يرجى الوصف أدناه.

اسم فرد الأسرة ذو المصدر	أنواع المصادر	رقم الحساب/البوليصة	القيمة	اسم البنك، شركة التأمين، إلخ.

هل تمتلك أنت أو شريك حياتك سيارة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الوصف أدناه.

فرد الأسرة الذي يمتلك مركبة	العلامة التجارية للمركبة	الطراز	العام	المبلغ المستحق

هل لديك أنت أو شريك حياتك بوليصة تأمين على الحياة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إكمال المعلومات التالية.

صاحب البوليصة	شركة التأمين	رقم البوليصة	القيمة الاسمية	القيمة المالية

أخبرنا عن نفقات مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة (اختياري لمقدمي طلبات المساعدة الطبية)

هل تدفع مقابل رعاية طفل معال أو أحد أفراد الأسرة البالغين ذوي الإعاقة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

الشخص الذي يحتاج إلى رعاية	الشخص الذي يدفع مقابل الرعاية	سبب الرعاية	أسم/رقم مقدم الرعاية	المبلغ المدفوع لمقدم الرعاية	كم مرة يتم الدفع

هل تدفع نفقات وسائل النقل لطفل معال أو فرد من أفراد الأسرة البالغين ذوي الإعاقة؟ نعم لا

هل هذه النفقات مدرجة في نفقات رعاية المعالين؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة لا، يرجى الإجابة على هذا السؤال: مجموع الأميال التي يتم قيادتها أسبوعيًا: _____



طلب للحصول على الإعانات

قسم خدمات
الأسرة والأطفال

هل يدفع أي شخص في الأسرة دعم الأطفال لشخص يعيش خارج المنزل؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

عضو الأسرة الملتمزم بالدفع	اسم الطفل الذي تدفع من أجله مدفوعات الدعم	المبلغ الملتمزم بدفعه	المبلغ الفعلي المدفوع	إلى من تُدفع مدفوعات دعم الأطفال؟

هل لدى أي شخص يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر أو ذو إعاقة نفقات طبية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

فرد الأسرة الذي لديه نفقات	نوع النفقات (زيارات الطبيب، زيارة المستشفى، الوصفات الطبية، أقساط الرعاية الطبية أو التأمين الصحي، النظارات)	المبلغ المستحق	هل مازال المبلغ مستحقًا؟ نعم/لا	تاريخ الدفع	هل سيغطيها التأمين؟ نعم/لا

هل لدى أي شخص يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر أو ذو إعاقة نفقات طبية لوسائل النقل؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

الغرض من الرحلة (زيارة الطبيب أو المستشفى؛ الاستلام من الصيدلية)	مجموع الأميال التي تم قيادتها:	تكلفة سيارات الأجرة أو الحافلات أو مواقف السيارات أو الإيواء:

هل تتحمل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك نفقات المأوى والمرافق؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه.

النفقة	المبلغ	كم مرة؟	من قام بالدفع؟
الإيجار/الرهن العقاري			
الضرائب العقارية			
التأمين على الممتلكات			
الكهرباء			
الوقود			
زيت الوقود/الخشب/الكبروسين			
البنر/خزان الصرف الصحي/المياه/الصرف الصحي			
القمامة			
الهاتف			
غير ذلك			



طلب للحصول على الإعانات

قسم خدمات
الأسرة والأطفال

هل تشارك النفقات المنزلية الشهرية مع أي شخص في المنزل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، من؟

التعليقات/الوثائق

مدفوعة لمن _____ المبلغ المدفوع _____ دولارًا لكل _____

اسم المالك _____

عنوان المالك: _____

هل يدفع لك شخص آخر أي من هذه الفواتير المنزلية؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الرسم البياني أدناه:

من يدفع الفاتورة؟	ما هي الفواتير التي يتم دفعها؟
ما المبلغ المدفوع؟	لمن يدفع هذا الشخص الفواتير؟

يرجى إكمال المعلومات التالية إذا تقدمت بطلب للحصول على إعانات برنامج Medicaid.

معلومات مقدم الإقرارات الضريبية

1. هل يخطط أي شخص في الأسرة لتقديم إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية العام المقبل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، من؟ (قم بإدراج كل شخص يخطط للتقديم)

2. هل سيقوم أي من مقدمي الإقرارات الضريبية المدرجين بالتقديم المشترك مع شريك الحياة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر اسم شريك الحياة:

3. هل سيطالب أي من مقدمي الإقرارات الضريبية بأي معالين في إقرارهم الضريبي؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر اسم (أسماء) المعالين:

4. هل سيتم المطالبة بأي شخص على أنه معال في الإقرار الضريبي لشخص آخر؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر اسم مقدم الإقرار الضريبي والمعال:

(مقدم الإقرار)

_____ (المعال)

ما العلاقة بين المعال في الإقرار الضريبي ومقدم الإقرار الضريبي؟

الاقتطاعات: اختر كل ما ينطبق وقدم المبلغ وعدد مرات الدفع.

النفقة المدفوعة _____ دولارًا كم مرة؟ فائدة قرض الطالب _____ دولارًا كم مرة؟

أقساط التأمين الصحي، خطة 401K، واقتطاعات أخرى قبل خصم الضرائب _____ دولارًا كم مرة؟

الاقتطاعات الأخرى _____ دولارًا كم مرة؟ النوع: _____

تغطية صحية أخرى

1. هل لدى أي شخص تأمين صحي آخر يغطي أي شخص في منزلك؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم على السؤال 4 أعلاه، يرجى إكمال المعلومات التالية والملحق أ (A):

اسم صاحب البوليصا	اسم شركة التأمين الصحي وعنوانها ورقم الهاتف	نوع التغطية (مستشفى، ملحق لبرنامج Medicare، أدوية، تأمين طبي رئيسي)	أسماء الأشخاص المشمولين في التغطية	تاريخ السريان	رقم البوليصا

2. هل تم تقديم لأي شخص مدرج في هذا الطلب تغطية صحية من وظيفة؟ اختر نعم حتى لو كانت التغطية من وظيفة شخص آخر، مثل ولي الأمر أو شريك الحياة.

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فأنت بحاجة إلى إكمال الملحق أ (A).

هل هذه خطة إعانات للموظف تابعة للولاية؟ نعم لا



طلب للحصول على الإعانات

قسم خدمات
الأسرة والأطفال

3. هل فقدت أنت أو أي شخص مدرج في هذا الطلب أي تغطية صحية في الأشهر 2 الماضية؟

أ. إذا كانت الإجابة نعم، لماذا فقدت؟

ب. لا

4. هل تقدم أي شخص في رعاية التبني في سن 18 بطلب لبرنامج Medicaid؟ نعم لا

5. هل أي شخص في منزلك من سكان أمريكا أو الإسكا الأصليين؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، أكمل الملحق ب (B).

1. إذا كان أي شخص يبلغ من العمر (65 عامًا أو أكثر) أو أعمى أو ذو إعاقة (إعاقة دائمة تمنعك من العمل)، يرجى الإجابة على الأسئلة. (اختياري)
هل أي شخص يتقدم بطلب للحصول على تغطية صحية أعمى أو ذو إعاقة؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إدراج الاسم:

2. هل أنت أو شريك حياتك مشمولان حاليًا في برنامج Medicare؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر الاسم:

3. هل تتقدم بطلب لبرنامج Medicaid لتغطية الفواتير الطبية غير المدفوعة من الأشهر الثلاثة السابقة لطلب التقديم لدخل الضمان التكميلي (SSI)؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، قم بإدراج تاريخ طلب التقديم لدخل SSI:

4. هل تتقدم بطلب لشخص متوفى الآن ولديه فواتير طبية غير مدفوعة خلال الأشهر الثلاثة (3) الماضية؟

نعم لا

5. هل تتقدم بطلب لبرنامج Medicaid للمساعدة في دفع تكاليف الرعاية لشخص موجود في دار لرعاية المسنين؟

نعم لا

6. هل تتقدم بطلب لبرنامج Medicaid لشخص يزيد عمره عن 18 عامًا توقف شيك دخل SSI الخاص به؟

نعم لا

7. هل تتقدم بطلب للحصول على برنامج Medicaid للمساعدة في الدفع مقابل خدمات الإعفاء المجتمعية مثل خدمات الرعاية المجتمعية (Community Care Services)،

برنامج الإعفاء من الفرص الجديدة (NOW)/برنامج الإعفاء من الدعم الشامل (COMP)، الرعاية في مرحلة الاحتضار (Hospice Care)، الإعفاء من رعاية المستقلين (

Independent Care Waiver)، أو ترجيح الإعفاء (Katie Beckett) (Deeming Waiver)؟

نعم لا



طلب للحصول على الإعانات

قسم خدمات
الأسرة والأطفال

عقوبات برنامج SNAP

قد تفقد إعاناتك أو تخضع لملاحقة جنائية لتقديمك معلومات خاطئة عن قصد.

- لا تقدم معلومات خاطئة أو تخفي معلومات للحصول على إعانات لا ينبغي أن تحصل عليها أسرتك.
- لا تستخدم برنامج SNAP أو بطاقات EBT التي ليست ملكك ولا تسمح لشخص آخر باستخدام بطاقتك.
- لا تستخدم إعانات برنامج SNAP لشراء سلع غير غذائية مثل الكحول أو السجائر أو للدفع على بطاقات الائتمان.
- لا تتاجر أو تباع إعانات برنامج SNAP أو بطاقات EBT من أجل الأصناف غير القانونية؛ مثل الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المواد الخاضعة للمراقبة (المواد المخدرة غير المشروعة).

يمكن منع أي فرد من أفراد الأسرة يخالف أيًا من قواعد برنامج SNAP عن الحصول على إعانات برنامج SNAP لمدة عام واحد أو بشكل دائم، أو تغريمه بما يصل إلى **250,000 دولار**، أو سجنه لمدة تصل إلى **20 عامًا**، أو كليهما. كما يمكن أن يخضع/تخضع للمقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات الأخرى المنطبقة. وقد يتم منعه أيضًا من الحصول على إعانات برنامج SNAP لمدة **18 شهرًا** إضافيًا إذا أمرت المحكمة بذلك.

أي فرد من أفراد الأسرة يخالف القواعد عمدًا قد لا يحصل على إعانات برنامج SNAP لمدة عام واحد للمخالفة الأولى، وستنتين للمخالفة الثانية، وبشكل دائم للمخالفة الثالثة.

إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة مذنب باستخدام أو تلقي إعانات برنامج SNAP في معاملة تتطوي على بيع مادة خاضعة للمراقبة، فإذن تكون أنت أو هذا الفرد مؤهلًا للحصول على الإعانات لمدة عامين للمخالفة الأولى، وبشكل دائم للمخالفة الثانية.

إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة مذنب باستخدام أو تلقي الإعانات في صفقة تتطوي على بيع أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات، فستكون أنت أو ذلك الفرد غير مؤهلًا بشكل دائم للمشاركة في برنامج SNAP عند المخالفة الأولى لهذا الانتهاك.

إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة مذنب بتهمة الاتجار بالإعانات بمبلغ إجمالي قدره **500 دولار** أو أكثر، فستكون أنت أو هذا الفرد من أفراد الأسرة غير مؤهلًا بشكل دائم للمشاركة في برنامج SNAP عند المخالفة الأولى من هذا الانتهاك.

إذا ثبت أنك أو أي فرد من أفراد أسرتك قدمت بيانًا أو تمثيلًا احتياليًا فيما يتعلق بالهوية (ما هم عليه) أو مكان الإقامة (حيث يعيشون) من أجل الحصول على إعانات متعددة لبرنامج SNAP، فإذن تكون أنت أو هذا الفرد من أفراد الأسرة مؤهلًا للمشاركة في برنامج SNAP لمدة **10 سنوات**.

عقوبات برنامج TANF

في برنامج TANF، فإن IPV (الانتهاك المتعمد للبرنامج) هو إجراء متعمد من قبل فرد لإنشاء أو الحفاظ على أهلية وحدة المساعدة (AU)، أو لزيادة أو منع انخفاض إعانات وحدة المساعدة، من خلال تقديم معلومات خاطئة أو مضللة أو حجب المعلومات.

- أي فرد من أفراد الأسرة يخفي معلومات ولا يبلغ عن تغييرات في الوقت المحدد أو لا يقول الحقيقة سيفقد إعانات برنامج TANF لمدة ستة أشهر عند المخالفة الأولى، واثني عشر شهرًا عند المخالفة الثانية وبشكل دائم عند المخالفة الثالثة. يحظر تمامًا إساءة استخدام أموال المساعدة النقدية أو بطاقة الخصم المباشر لبرنامج TANF لسحب النقود أو إجراء معاملات في الكازينوهات ومتاجر بيع الخمور ومرافق الترفيه المخصصة للبالغين "نوادي التعري" وغرف البوكر وسندات الكفالة والنوادي الليلية/الصالونات/الحانات، قاعات البنغو ومسارات السباق ومؤسسات الألعاب ومخازن الأسلحة/الذخيرة والسفن السياحية والقراء الروحانيين ومتاجر التدخين ومتاجر الوشم/التقرب والمنتجات/الصالونات التديك وستؤدي إلى فقدان إعانات برنامج TANF ستة أشهر للمخالفة الأولى واثني عشر شهرًا للمخالفة الثانية وبشكل دائم للمخالفة الثالثة.
- إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة يخفي معلومات أو لم يبلغ عن تغييرات في الوقت المحدد أو لم تقل الحقيقة وتمت إدانتك، فقد لا تحصل على إعانات برنامج TANF لمدة **6 أشهر** للمخالفة الأولى، و**12 شهرًا** للمخالفة الثانية وبشكل دائم للمخالفة الثالثة.
- إذا وجدت المحكمة القانونية أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة مذنب بتقديم معلومات خاطئة حول المكان الذي تعيش فيه حتى تتمكن من الحصول على إعانات في أكثر من ولاية واحدة، فسيتم منعك لمدة **10 سنوات**.
- إذا أدانتك محكمة بتهمة متعلقة بالمواد المخدرة أو مادة خاضعة للمراقبة أو جريمة عنف خطيرة في **1/1/1997** أو بعد ذلك، فلن تكون أنت أو هذا الفرد مؤهلًا وأو غير مؤهل بشكل دائم.



طلب للحصول على الإعانات

قسم خدمات
الأسرة والأطفال

لجميع المتقدمين للحصول على برنامج SNAP وبرنامج TANF وبرنامج Medicaid:

أقر وأتحمّل عقوبة الحنث باليمين على حد علمي واعتقادي أن الشخص (الأشخاص) الذي أتقدم بطلب للحصول على الإعانات من أجله/أجلهم، هو/هم مواطن أمريكي (مواطنون أمريكيون) أو غير مواطن (مواطنين) موجود بشكل قانوني في الولايات المتحدة. كما أشهد بأن جميع المعلومات المقدمة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمي. أفهم وأوافق على أن قسم خدمات الأسرة والأطفال (DFCS) التابع لوزارة الخدمات الإنسانية (DHS) ووزارة الصحة المجتمعية (DCH) والهيئات الفيدرالية المرخصة قد تتحقق من المعلومات التي أقدمها بشأن هذا الطلب. ويمكن الحصول على المعلومات من أرباب الأعمال السابقين أو الحاليين. أفهم أن معلوماتي ستستخدم لتتبع معلومات الأجور ومشاركتي في أنشطة العمل.

سأقوم بالإبلاغ عن أي تغيير في وضعي وفقاً لمتطلبات برنامج SNAP و/أو برنامج TANF. سأقوم بالإبلاغ أيضاً إذا تلقى أحد أفراد أسرتي مكاسب من اليانصيب أو المقامرة، إذا كان المبلغ الإجمالي البالغ 4500 دولارًا أو أكثر (قبل استقطاع الضرائب أو المبالغ الأخرى). سأقوم بالإبلاغ عن هذه المكاسب في غضون 10 أيام من نهاية الشهر الذي استلمت فيه الأسرة المكاسب. أفهم أنه إذا كانت أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم تقليل أو رفض إعاناتي، وقد أتعرض لملاحقة جنائية أو استبعاد من برامج قسم DFCS التابع لوزارة DHS لتقديم معلومات غير صحيحة عن علم. أفهم أنه يمكن مقاضاتي إذا قدمت معلومات خاطئة أو أخفيت معلومات. أفهم أنه إذا فشلت في إخبار قسم DFCS التابع لوزارة DHS ببعض نفقاتي أثناء عملية التقديم أو التجديد و/أو فشلت في تأكيد صحتها، فلن يقوم قسم DFCS التابع لوزارة DHS بتضمين هذه النفقات في حساب مبلغ إعاناتي لبرنامج SNAP.

تقوم وزارة الخدمات الإنسانية ("DHS") بولاية جورجيا بجمع معلومات التعريف الشخصية (PII)، مثل الأسماء والعناوين وأرقام الهواتف وعناوين البريد الإلكتروني وتواريخ الميلاد، وما إلى ذلك، أثناء طلبك للحصول على الإعانات. عند تقديم أي معلومات شخصية إلينا، فإنك توافق على أنه يجوز لنا جمع واستخدام والكشف عن أي من هذه المعلومات الشخصية وفقاً لسياسات وإجراءات وزارة DHS ووفقاً لما يسمح به أو يقتضيه القانون و/أو اللوائح.

التاريخ	توقيع مقدم الطلب
التاريخ	توقيع الممثل المفوض

معلومات تسجيل الناخبين

إذا لم تكن مسجلاً للتصويت حيث تعيش الآن، فهل ترغب في التقدم للتسجيل للتصويت هنا اليوم؟

نعم _____

لا _____

_____ لا أريد الإجابة على سؤال تسجيل الناخبين

لن يؤثر التقدم للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت على مقدار المساعدة التي ستقدمها لك هذه الهيئة.

إذا كنت ترغب في المساعدة في ملء نموذج طلب تسجيل الناخبين، فسنساعدك. قرار طلب المساعدة أو قبولها هو قرارك. يمكنك ملء نموذج الطلب على انفراد.

إذا كنت تعتقد أن شخصاً ما قد تدخل في حقلك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت، أو حقلك في الخصوصية في اتخاذ قرار بشأن التسجيل أو التقدم للتصويت، أو حقلك في اختيار حزبك السياسي أو أي تفضيل سياسي آخر، فيمكنك تقديم شكوى إلى وزير الخارجية في 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 طريق الاتصال بالرقم (404) 656-2871.

إذا لم تختَر أي من الاختيارين، فسيتم اعتبارك قد قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت.

تم تضمين نسخة من طلب تسجيل الناخبين في ولاية جورجيا مع طلبات قسم DFCS. والتجديدات، ونماذج تغيير العناوين. يمكنك أيضاً طلب نموذج تسجيل الناخبين من الموظف المسؤول عن ملفك. إذا أكملت طلب تسجيل الناخبين، فقدمه إلى مكتب وزير الخارجية في ولاية جورجيا وفقاً للتعليمات المقدمة بشأن طلب تسجيل الناخبين.



قسم خدمات
الأسرة والأطفال

طلب للحصول على الإعانات

(احتفظ بهذه المستندات لمعلوماتك)

ماذا تعني الكلمات المستخدمة في هذا الطلب؟

يشرح هذا الرسم البياني الكلمات التي استخدمناها في طلب التقديم.

مقدم الطلب	الفرد الذي يتقدم بطلب للحصول على مساعدة أو إعانات عامة.
وحدة المساعدة (AU)	تضم وحدة المساعدة الأفراد المؤهلين الذين يعيشون معاً، بما في ذلك المرأة الحامل والطفل الذي لم يولد بعد، ويتلقون المساعدة/الإعانات العامة.
القائم بأعمال الرعاية	ولي الأمر أو المرأة الحامل أو القريب أو الوصي القانوني الذي يتقدم بطلب لبرنامج TANF ويتلقى الإعانات مع أطفال في رعايته، بما في ذلك الطفل الذي لم يولد بعد.
غير مؤهل	الإجراء المتخذ لإخراج فرد من ملف قضية برنامج SNAP أو برنامج TANF لأنهم لم يقولوا الحقيقة وحصلوا على إعانات لم يكن يجب أن يحصلوا عليها.
التحويل الإلكتروني للإعانات (EBT)	النظام المستخدم في ولاية جورجيا لدفع الإعانات للأفراد المؤهلين للحصول على إعانات برنامج SNAP. يتم إصدار بطاقة الخصم المباشر EBT للأفراد الذين يتلقون المساعدة، والتي تُستخدم للوصول إلى حسابات برنامج SNAP الخاصة بهم.
التواصل الإلكتروني	لديك خيار اختيار الطريقة التي ترغب في تلقي إشعاراتك حول معلوماتك. إذا اخترت تلقي إشعاراتك بالبريد الإلكتروني أو إرسال رسائل نصية، فستلقى رسالة تخبرك بأن لديك إشعاراً في إشعاراتي (My Notices) الموجودة في بوابة العملاء الإلكترونية GA Gateway. بالنسبة للتواصل عبر البريد الإلكتروني، يجب عليك تزويدنا بعنوان بريدك الإلكتروني وقبول الشروط والأحكام الخاصة بالإشعارات غير الورقية الموجودة في بوابة العملاء الإلكترونية GA Gateway بعد إنشاء حساب. يرجى زيارة موقع بوابة العملاء الإلكترونية GA Gateway على www.gateway.ga.gov لتحديث إعدادات الإشعارات الخاصة بك. بالنسبة للتواصل عبر الرسائل النصية، يجب تزويدنا برقم هاتفك. الأسعار القياسية للرسائل والبيانات يمكن أن تنطبق. قد يختلف هذا باختلاف الناقلات، يرجى التحقق مع مقدم الخدمة الخاص بك.
قريب الحاصل على المنحة	ولي الأمر أو المرأة الحامل أو القريب أو الوصي القانوني الذي يتقدم بطلب لبرنامج TANF ويحصل على الإعانات باسمه نيابة عن الأطفال، بما في ذلك الطفل الذي لم يولد بعد.
الدخل الإجمالي	إجمالي دخل الشخص قبل أخذ الضرائب أو الاقتطاعات الأخرى في الاعتبار.
فرد بلا ماوى	الفرد الذي يفترق إلى إقامة ليلية ثابتة ومنظمة أو الفرد الذي تكون إقامته الليلية الأساسية عبارة عن: • ماوى خاضع للإشراف مصمم لتوفير أماكن إقامة مؤقتة (مثل فندق الرعاية الاجتماعية أو المأوى الجماعي)؛ • منزل انتقالي أو مؤسسة مماثلة توفر الإقامة المؤقتة للأفراد الذين يمكن احتجازهم في مؤسسة؛ • إقامة مؤقتة لمدة لا تزيد عن 90 يوماً في منزل فرد آخر؛ أو • مكان غير مصمم، أو لا يُستخدم عادة كمسكن منتظم للبشر (ممر أو محطة حافلات أو ردهة أو أماكن مماثلة).
أفراد الأسرة	الأفراد الذين يعيشون في منزلك. بالنسبة لبرنامج SNAP، يعيش الأفراد معاً ويشتركون وجباتهم ويجهزونها معاً.
الدخل	مدفوعات مثل الأجر والرواتب والعمولات والمكافآت وتعويضات العمال والإعاقاة والمعاش التقاعدي وإعانات التقاعد والفوائد ودعم الأطفال أو أي شكل آخر من أشكال الأموال التي تحصل عليها.
قانون الإعفاء الضريبي للطبقة المتوسطة لعام 2012	يحظر هذا القانون استخدام أموال المساعدة النقدية أو بطاقات الخصم المباشر لبرنامج TANF لسحب النقود أو إجراء المعاملات في الكازينوهات ومتاجر بيع الخمور ومرافق الترفيه المخصصة للبالغين وغرف البوكر وسندات الكفالة والنوادي الليلية/الصالونات/الحانات وقاعات البينغو ومسارات السباق ومؤسسات الألعاب ومتاجر الأسلحة/الذخيرة والسفن السياحية والقراء الروحانيين ومتاجر التخزين ومتاجر التشم/الثقب والمنشآت/صالونات التدليك. سيُشكّل استخدام أموال المساعدة النقدية أو بطاقة الخصم المباشر لبرنامج TANF في هذه المؤسسات انتهاكاً متعمداً للبرنامج (الاحتيال) من جانب متلقي الإعانات.
العمال الزراعيين المهاجرين	الأفراد الذين يعملون في المزارع الموسمية والذين ينتقلون من منزل إلى آخر للعمل أو البحث عن عمل في المزرعة.
غير المتقدم	الفرد الذي لا يتقدم بطلب للحصول على مساعدة/إعانات عامة أو لا يحصل عليها. لا يُطلب من غير المتقدمين تقديم رقم الضمان الاجتماعي أو الجنسية أو حالة الهجرة.



طلب للحصول على الإعانات

قسم خدمات
الأسرة والأطفال

<p>الأجنبي/المهاجر المؤهل هو شخص يقيم بشكل قانوني في الولايات المتحدة ويقع ضمن إحدى الفئات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • شخص مقبول بصفة قانونية للإقامة الدائمة (LPR) بموجب قانون الهجرة والجنسية (INA)؛ • المهاجر الأميركي بموجب البند 584 من قانون العمليات الخارجية وتمويل الصادرات واعتمادات البرامج ذات الصلة لعام 1988؛ • الشخص الذي حصل على حق اللجوء بموجب البند 208 من قانون الهجرة والجنسية؛ • اللاجئين الذين تم قبولهم بموجب البند 207 من قانون الهجرة والجنسية؛ • الشخص الذي تم قبوله كلاجئ أو حاصل على حق اللجوء بموجب البند (d)(5) 212 من قانون INA؛ • الشخص الذي يُحجب ترحيله بموجب البند (h) 243 من قانون INA كما كان ساريًا قبل 1 أبريل 1997، أو البند (b)(3) 241 من قانون INA، بصيغته المعدلة؛ • الشخص الذي تم منحه دخولًا مشروطًا بموجب البند (a)(7) 203 من قانون INA كما كان ساريًا قبل 1 أبريل 1980؛ • المهاجرون الكوبيون والهايتيون على النحو المحدد في البند (e) 501 من قانون مساعدة تعليم اللاجئين لعام 1980؛ • ضحايا الاتجار بالبشر بموجب البند (b)(1) 107 من قانون حماية ضحايا الاتجار بالبشر لعام 2000؛ • المهاجرون الذين يتعرضون للضرب والذين يستوفون الشروط المنصوص عليها في البند (c) 431 من قانون التوفيق بين المسؤولية الشخصية وفرص العمل لعام 1996، بصيغته المعدلة؛ • المهاجرون الأفغان أو العراقيون الذين حصلوا على وضعًا خاصًا كمهاجر بموجب البند (a)(27) 101 من قانون INA (وفقًا للشروط المحددة)؛ • الهنود الأمريكيين المولودين في كندا والذين يعيشون في الولايات المتحدة بموجب البند 289 من قانون INA أو غير المواطنين من القبيلة الهندية المعترف بها فيدراليًا بموجب البند (e) 4 من قانون المساعدة في تقرير المصير والتعليم الهندي؛ • الهونغونج أو أفراد القبائل اللاوسية في المرتفعات الذين قدموا المساعدة للأفراد الأمريكيين من خلال المشاركة في عملية عسكرية أو إنقاذ خلال حقبة حرب فيتنام (1975/07/5 - 1964/05/8). <p>وبالنسبة لمقدمي الطلبات للمساعدة الطبية فقط، فإن اتفاق الارتباط الحر (COFA) من مواطني ولايات ميكرونيسيا المتحدة وجمهورية جزر مارشال وجمهورية بالاو. لا يتعين على مهاجري COFA الوفاء بشروط الـ 5 سنوات.</p>	<p>الأجنبي/المهاجر المؤهل</p>
<p>النقد أو الممتلكات أو الأصول مثل الحسابات المصرفية والمركبات والأسمه والسندات والتأمين على الحياة.</p>	<p>المصادر</p>
<p>الأفراد الذين يعملون في أوقات معينة من السنة بزراعون أو يقطفون أو يحزمون المنتجات. يتم توظيفهم على أساس مؤقت عندما تتطلب الوظيفة عددًا من العمال أكثر مما تستخدمه المزرعة على أساس منتظم.</p>	<p>عمال المزارع الموسميون</p>
<p>الاتجار في برنامج SNAP</p> <p>الاتجار بإعانات برنامج SNAP يعني: (1) شراء أو بيع أو سرقة أو تبادل إعانات برنامج SNAP التي يتم إصدارها والوصول إليها عبر بطاقات EBT وأرقام البطاقات وأرقام التعريف الشخصية أو عن طريق القسيمة البدوية والتوقيع، مقابل النقد أو أي مقابل غير الطعام المؤهل، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر بالتواطؤ أو التورط مع الآخرين أو العمل بمفردهم؛ (2) تبادل الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات أو المواد الخاضعة للرقابة؛ (3) شراء منتج بإعانات برنامج SNAP التي تحتوي على حاوية تتطلب إيداعًا عائدًا بقصد الحصول على نقود عن طريق التخلص من المنتج وإعادة الحاوية للحصول على مبلغ الإيداع، والتخلص من المنتج عمداً، وإعادة الحاوية عمداً مقابل مبلغ الإيداع؛ (4) شراء منتج بإعانات برنامج SNAP بقصد الحصول على نقود أو مقابل غير الطعام المؤهل عن طريق إعادة بيع المنتج، وإعادة بيع المنتج الذي تم شراؤه عن قصد بإعانات برنامج SNAP مقابل مبالغ نقدية أو مقابل غير الطعام المؤهل؛ (5) شراء منتجات تم شراؤها أصلاً بإعانات برنامج SNAP مقابل مبالغ نقدية أو مقابل غير الطعام المؤهل؛ (6) محاولة شراء أو بيع أو سرقة أو التأثير بأي طريقة أخرى على تبادل إعانات برنامج SNAP التي يتم إصدارها والوصول إليها عبر بطاقات التحويل الإلكتروني للإعانات (EBT) وأرقام البطاقات وأرقام التعريف الشخصية (PIN) أو عن طريق القسيمة البدوية والتوقيعات، مقابل مبالغ نقدية أو مقابل غير الطعام المؤهل، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، بالتواطؤ أو التورط مع الآخرين، أو العمل بمفرده.</p>	<p>الاتجار في برنامج SNAP</p>
<p>نفذت ولاية جورجيا خيار دفع "إلكترونيًا" مناسبًا للحاصلين على إعانات برنامج TANF يسمى Way2Go Debit MasterCard. بموجب خيار الدفع هذا، يتم إيداع الأموال في حساب المستلم في اليوم التقويمي الأول من الشهر. إذا كان اليوم الأول يقع في عطلة نهاية الأسبوع أو العطلة، يتم توفير الإعانات في آخر يوم عمل من الشهر السابق. يمكن لمتلقي الإعانات الوصول الفوري إلى أمواله لأن الأموال يتم إرسالها إلكترونيًا على بطاقة الخصم المباشر Debit MasterCard.</p>	<p>بطاقة الخصم المباشر Way2Go Debit MasterCard</p>

جميع مقدمي الطلبات لبرنامج Medicaid:

للإبلاغ عن الاحتيال في برنامج Medicaid المشتبه به على المستلمين أو مقدمي الخدمات، اتصل بوزارة الصحة المجتمعية لولاية جورجيا - مكتب المفتش العام (محلّيًا) على الرقم 7590-463 (404) أو (الرقم المجاني) 533-0686 (800)؛ عن طريق البريد الإلكتروني على oiganonymous@dch.ga.gov؛ عن طريق البريد إلى Department of Community Health, OIG PI Section (وزارة الصحة المجتمعية، مكتب المفتش العام لنزاهة البرامج)، Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334 2؛ أو قم بزيارة <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

إخطار لحقوق الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA)/البند 504

المساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة

يطلب من وزارة الخدمات الإنسانية بولاية جورجيا ووزارة الصحة المجتمعية بولاية جورجيا ("الوزارات") بموجب القانون الفيدرالي* توفير فرص متساوية للأشخاص ذوي الإعاقة للمشاركة في برامج الوزارات أو الخدمات أو الأنشطة والتأهل لها. وهذا يشمل البرامج مثل برنامج SNAP، وبرنامج TANF والمساعدة الطبية.

تقدم الوزارات تعديلات معقولة عندما تكون التعديلات ضرورية لتجنب التمييز على أساس الإعاقة. على سبيل المثال، قد نقوم بتغيير السياسات أو الممارسات أو الإجراءات لتوفير فرص وصول متساوية. لضمان التواصل الفعال على قدم المساواة، نقدم للأشخاص ذوي الإعاقة أو رفاقهم من ذوي الإعاقة المساعدة في مجال التواصل، مثل مترجمي لغة الإشارة. مساعدتنا مجانية. لا يُطلب من الوزارات إجراء أي تعديل من شأنه أن يؤدي إلى تغيير جوهري في طبيعة الخدمة أو البرنامج أو النشاط أو في الأعباء المالية والإدارية غير المبررة.

كيفية طلب تعديل معقول أو مساعدة في مجال التواصل

يرجى الاتصال بالموظف المسؤول عن ملفك إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى تعديل معقول أو مساعدة في مجال التواصل أو مساعدة إضافية. على سبيل المثال، اتصل إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو خدمة للتواصل الفعال، مثل مترجم لغة الإشارة. يمكنك الاتصال بالموظف المسؤول عن ملفك أو الاتصال بقسم DFCS على الرقم 423-4746 (877) أو بفريق Katie Beckett (KB) التابع لوزارة DCH على الرقم 678-248-7449 لتقديم طلبك. يمكنك أيضًا تقديم طلبك باستخدام نموذج طلب التعديل المعقول لقسم DFCS بموجب قانون ADA، والذي يتوفر في مكتب قسم DFCS المحلي أو عبر الإنترنت على <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>، أو يمكنك الحصول على نموذج طلب التعديل المعقول في مكتب فريق Katie Beckett (KB) التابع لوزارة DCH بموجب قانون ADA أو عبر الإنترنت على <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-> [beckett](mailto:DCH.ADAassistance@dch.ga.gov)، أو يمكنك إرسال طلب التعديل بالبريد الإلكتروني إلى <mailto:DCH.ADAassistance@dch.ga.gov>.

كيفية تقديم شكوى

لديك الحق في تقديم شكوى إذا مارست الوزارات التمييز ضدك بسبب إعاقتك. على سبيل المثال، يمكنك تقديم شكوى تمييز إذا طلبت تعديلاً معقولاً أو مترجم لغة إشارة وتم رفضه أو لم يتم التصرف بناءً عليه في غضون فترة زمنية معقولة. يمكنك تقديم شكوى شفهيًا أو كتابيًا عن طريق الاتصال بالموظف المسؤول عن ملفك، أو مكتب DFCS المحلي، أو مكتب DFCS للحقوق المدنية، منسق قانون ADA/البند 504 في 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334، الرقم 423-4746 (877). بالنسبة لوزارة DCH، تواصل مع منسق قانون ADA/البند 504 لفريق KB على 172 Norcross, GA 30091، الرقم 248-7449 (678). البريد الإلكتروني لوزارة DCH هو: dch.adarequests@dch.ga.gov.

يمكنك أن تطلب من الموظف المسؤول عن ملفك نسخة من نموذج شكوى الحقوق المدنية الخاص بقسم DFCS. نموذج الشكوى متاح أيضًا على <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم شكوى بشأن التمييز، فيمكنك الاتصال بموظفي قسم DFCS المذكور أعلاه. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين قد يعانون من إعاقات في الكلام الاتصال بالرقم 711 للتواصل معنا. البريد الإلكتروني لشكاوى الحقوق المدنية التابع لوزارة DCH هو: dch.adarequests@dch.ga.gov. يوجد الرابط الخاص بإجراءات الحقوق المدنية التابع لوزارة DCH ونموذج الشكوى على: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى ضد التمييز إلى الهيئة الفيدرالية المناسبة. معلومات الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS) موجودة ضمن "بيان عدم التمييز" المتضمن.

*البند 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973؛ قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 1990؛ وقانون التعديل لقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 2008 يضمن عدم تعرض الأشخاص ذوي الإعاقة للتمييز غير القانوني.

بموجب سياسة وزارة الصحة المجتمعية (DCH)، لا يمكن لبرامج المساعدة الطبية أن تحرمك من الأهلية أو الإعانات بناءً على العرق أو العمر أو الجنس أو الإعاقة أو الأصل القومي أو الدين.

بيان عدم التمييز

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر التمييز على وزارة USDA وهيئاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة USDA أو التي تديرها على أساس العرق أو لون البشرة أو الأصل القومي أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو الثأر من نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تنفذه أو تموله وزارة USDA. البرامج التي تتلقى مساعدة مالية فيدرالية من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، مثل المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، والبرامج التي تديرها وزارة HHS مباشرة محظورة أيضاً من التمييز بموجب قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وزارة HHS.

وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (مثل طريقة برايل، الطباعة بأحرف كبيرة، الأشرطة الصوتية، لغة الإشارة الأمريكية)، الاتصال بالهيئة (الحكومية أو المحلية) حينما تقدموا بطلبات للحصول على إعانات. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة USDA من خلال خدمة ترحيل الاتصالات الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

شكاوى الحقوق المدنية المتعلقة ببرامج وزارة USDA

تقدم وزارة USDA المساعدة المالية الفيدرالية للعديد من برامج الأمن الغذائي والحد من الجوع مثل برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) وبرنامج توزيع الأغذية على المحميات الهندية (FDPIR) وغيرها. لتقديم شكوى ضد التمييز لبرنامج ما، قم بإكمال نموذج شكوى التمييز في البرنامج، (AD-3027) الموجود على الإنترنت على <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> وفي أي مكتب من مكاتب وزارة USDA أو اكتب خطاباً موجهاً إلى وزارة USDA وقدم في الخطاب جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل بالرقم 632-9992 (866). أرسل النموذج أو الخطاب المكتمل إلى وزارة USDA عن طريق:

1. البريد: Food and Nutrition Service, USDA (خدمات الغذاء والتغذية، وزارة الزراعة الأمريكية)
Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314 1320
2. الفاكس: 1665-256 (833) أو 690-7442 (202)؛ أو
3. الهاتف: 1071-620 (833)؛ أو
4. البريد الإلكتروني: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

للحصول على أي معلومات أخرى تتعلق بقضايا برنامج SNAP، يجب على الأشخاص إما الاتصال برقم الخط الساخن لبرنامج SNAP التابع لوزارة USDA على الرقم 221-5689 (800)، والذي يوجد أيضاً باللغة الإسبانية، أو الاتصال بأرقام معلومات الولاية/الخط الساخن (انقر فوق الرابط للحصول على قائمة بأرقام الخطوط الساخنة حسب الولاية)؛ يمكن الاطلاع عليها على الإنترنت على العنوان التالي: [أرقام الخطوط الساخنة لبرنامج SNAP](#).

شكاوى الحقوق المدنية المتعلقة ببرامج وزارة HHS

تقدم وزارة HHS المساعدة المالية الفيدرالية للعديد من البرامج لتعزيز الصحة والرفاهية، بما في ذلك برنامج TANF، وبرنامج الاستعداد للمدارس (Head Start)، وبرنامج المساعدة الخاص بالطاقة المنزلية لمحدودي الدخل (LIHEAP)، وغيرها. إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز بسبب عرقك أو لون بشرتك أو أصلك القومي أو إعاقتك أو عمرك أو جنسك (بما في ذلك الحمل والتوجه الجنسي والهوية الجنسية)، أو الدين في البرامج أو الأنشطة التي تديرها وزارة HHS مباشرة أو التي تقدم لها وزارة HHS المساعدة المالية الفيدرالية، يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية (OCR) لنفسك أو لشخص آخر.

لتقديم شكوى ضد التمييز لنفسك أو لشخص آخر فيما يتعلق ببرنامج يتلقى مساعدة مالية فيدرالية من خلال وزارة HHS، قم بإكمال النموذج عبر الإنترنت من خلال بوابة شكاوى مكتب OCR على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr>. يمكنك أيضاً التواصل مع مكتب OCR عبر البريد على: Centralized Case Management Operations (العمليات المركزية لإدارة القضايا)، U.S. Department of Health and Human Services (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية)، Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201 200 الفاكس: 3818-619 (202)؛ أو البريد الإلكتروني: OCRmail@hhs.gov. للمعالجة بشكل أسرع، نشجعك على استخدام البوابة الإلكترونية لمكتب OCR لتقديم الشكاوى بدلاً من تقديم الشكاوى عبر البريد. يمكن للأشخاص الذين يحتاجون إلى المساعدة في تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية إرسال بريد إلكتروني إلى مكتب OCR عبر OCRMail@hhs.gov أو الاتصال بمكتب OCR مجاناً على الرقم 1-800-368-1019، جهاز الاتصالات للصم 1-800-537-7697 (TDD). بالنسبة للأشخاص الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من صعوبات في الكلام، يرجى الاتصال بالرقم 1-7-1-7 للوصول إلى خدمات ترحيل الاتصالات. نوفر أيضاً وسائل بديلة (مثل طريقة برايل والكتابة بأحرف كبيرة) والمساعدات الإضافية وخدمات المساعدة اللغوية مجاناً لتقديم شكوى.

هذه المؤسسة توفر الفرص على قدم المساواة.

تحت إشراف وزارة الخدمات الإنسانية (DHS)، يمكنك تقديم شكوى ضد التمييز عن طريق التواصل مع مكتب قسم DFCS المحلي، أو قسم DFCS للحقوق المدنية، منسق قانون ADA/البند 504 في Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel (وزارة الخدمات الإنسانية في جورجيا، مكتب المستشار العام)، Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334 47 الرقم 423-4746 (877). بالنسبة للشكاوى التي تدعي التمييز على أساس الكفاءة المحدودة للغة الإنجليزية، اتصل ببرنامج الإلتقان المحدود للغة الإنجليزية والضعف الحسي لوزارة DHS في Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel (وزارة الخدمات الإنسانية في جورجيا، مكتب المستشار العام)، Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334 47 الرقم 423-4746 (877).

لا ترسل طلبات إلى وزارة USDA أو وزارة HHS