



دائرة ماساشوستس للمساعدات الانتقالية فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لك ولعائلتك قدم طلبك اليوم ! التقديم أسهل مما تتصور

كيفية التقديم

لتقديم طلب الحصول على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP ، يرجى ملئ هذه الاستمارة وإرسالها بريديا إلى دائرة المساعدات الانتقالية على العنوان التالي **P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420** أو عن طريق الفاكس: 6178878765 . إذا كنت ترغب الحصول على معلومات إضافية فالرجاء الاتصال على الرقم 1-877-382-2363 أو قم بزيارة موقعنا الإلكتروني www.mass.gov/dta . بإمكانك أيضا التقديم على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP عن طريق الانترنت من خلال الموقع التالي www.mass.gov/vg/selfservice .

هام: سوف نقبل استمارتك إذا كانت تحتوي على اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان) في الصفحة رقم 1 و توقيعك في الصفحة رقم 10 . هذا الحد الأدنى من المعلومات المطلوبة لتنشئ تاريخ لتقديم طلبك. ومع ذلك فيجب إكمال المعلومات المتبقية في هذه الاستمارة، و يجب أن نقابلك لتحديد أهليتك. يتم توفير الفوائد ابتداءً من تاريخ التقديم.

حاول الإجابة على جميع الأسئلة في هذه الاستمارة رجاءا. كلما توفرت لدينا معلومات أكثر، كلما ازدادت سرعتنا في تسيير معاملتك. إذا لم تكن متأكدا من معنى السؤال أو كيفية الإجابة عليه، فأتركه فارغا وسوف نتكلم حوله خلال مقابلتك. بعد أن نستلم معاملتك سنتصل بك لتحديد موعد للمقابلة وسوف نسألك المزيد من الأسئلة. قد تتم هذه المقابلة أما في المكتب أو عبر الهاتف. إذا كنت بحاجة لمترجم ليساعدك في إكمال هذه الاستمارة أو للمقابلة، فأخبرنا ونحن سنهين مترجما لك. أدناه قائمة بأنواع الأشياء التي ستحتاجها لتحضير معاملتك. رجاءا القي نظرة على هذه القائمة وإجمع الإثباتات التي ستحتاجها.

قد تحصل على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP خلال سبعة أيام إذا تحققت إحدى الفقرات التالية:

- هل مجموع دخلك وأموالك في البنك أقل من مصاريف سكنك الشهرية ؟ نعم لا
- هل دخلك الشهري أقل من 150 دولارا أمريكيا و أموالك في المصرف 100 دولار أو أقل ؟ نعم لا
- هل أنت عامل مهاجر وأموالك في البنك أقل من 100 دولار ؟ نعم لا

الغرض من سؤالنا عن أموالك في البنك هو لمعرفة إذا كنت مؤهلاً لفوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP المسرعة. سوف لن يُطلب منك إعطاء إثبات حول أموالك في البنك. إذا قررنا بأنك لن تستلم فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP خلال 7 أيام (الخدمة المسرعة) و كنت لا توافق ، أو إذا تقرر بأنك مؤهل للخدمة المسرعة ولكنك لم تستلم فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية بحلول اليوم السابع بعد تاريخ تقديمك، فمن حقك عقد اجتماع للتداول مع مشرف.

للتقديم على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP ، تحتاج لإثبات دخلك، ومصاريفك ومعلومات أخرى. تحتاج لإثبات المعلومات التي تنطبق عليك فقط. مثلاً إذا لم تكن تعمل، فلا يحتاج أن تقلق بخصوص الدخل المكسوب في القائمة أدناه.

عندما تستلم فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP ، فسوف تُعطى حساب، مثلاً حساب بنكي. ومن ثم ستضاف فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لحسابك كل شهر. وسوف تحصل على بطاقة حوالة الفوائد الالكترونية " EBT " لإستخدام فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP الخاصة بك، وستستخدمها كما تستخدم بطاقة الصراف الآلي أو بطاقة الائتمان. خصوصيتك مهمة واستخدام بطاقة EBT تساعد على الحفاظ على هذه الخصوصية. بإمكانك إستخدام بطاقة EBT في محلات البقالة، والمتاجر، والأسواق والجمعيات التعاونية. بإمكانك إستخدامها بنفس الطريقة التي تستخدمها لشراء الطعام ببطاقة الصراف الآلي أو بطاقة الائتمان.

أشياء يجب أن تقدمها، إذا كانت تنطبق عليك، لغرض إستلام فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية

- 1- إثبات الهوية: إجازة سوق، شهادة ولادة أو أي إثبات آخر لهويتك.
- 2- إثبات الإقامة في ماساشوستس: وصل إيجار حالي، عقد إيجار، إفادة قسط، وثيقة ضريبة، تأمين مالك البيت أو فواتير خدمات عامة. أما إذا كنت مشردا ، فقدم وثيقة تسجيل سيارة، إفادة من ملجئ، إفادة من الشخص الذي تسكن معه مؤقتا، أو تأكيد شفوي أو خطي من قبل شخص نستطيع الإتصال به لمعرفة وضعك.
- 3- الدخل المكتسب: قسائم الراتب أو إفادة من صاحب العمل مكتوبة على ورقة مرسومة تُظهر الدخل قبل إستقطاع الضرائب لآخر أربع أسابيع.
- 4- الدخل من مصادر أخرى: آخر نسخة من صك الضمان الإجتماعي أو نسخة من رسالة المنحة، إثبات تعويض البطالة ، تعويض الإصابة أثناء العمل، منحة حكومية، دعم الأطفال و النفقة.
- 5- الأعمال الحرة: آخر إقرار ضريبي فدرالي (جدول الإستمارة C) أو سجلات آخر ثلاثة أشهر من العمل.
- 6- دخل الإيجار: إذا كنت تستلم نقودا من شخص مُستأجر لغرفة أو شقة منك، فيجب ان تقدم نسخة من عقد الإيجار أو إفادة من مستأجرك تُظهر مبلغ الإيجار المدفوع.
- 7- الحالة القانونية لغير المواطن: جميع الغير مواطنين الذين يقدمون على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية، عليهم أن يقدموا بطاقة تسجيل الأجانب (بطاقة العمل) أو أي وثيقة هجرة أخرى.
- 8- دفعات دعم الأطفال: إذا قمت بدفع دعم الأطفال لشخص لا يسكن معك، فيجب أن تُظهر إثبات على الوجود القانوني للقيام بتلك الدُفعات ، مثلا قرار محكمة، إقرار ضريبي يُظهر دفعات الدعم الواجبة قانونيا، إثبات حَجَب من تعويض البطالة ، و المبلغ المدفوع.

أشياء بإمكانك أن تقدمها، إذا كانت تنطبق عليك، لإستلام فوائد أعلى من برنامج المساعدات الغذائية التكميلية. قوانين برنامج المساعدات الغذائية التكميلية تسمح لك باستقطاع مصاريف معينة من دخلك المحسوب

1. **كلفة السكن:** وصل إيجار أو إفادة قسط بيت ، ضريبة عقار أو فاتورة تأمين صاحب ملك.
2. **مصاريف خدمات:** وقود تدفئة المنزل، الغاز، الكهرباء، الهاتف (بما في ذلك الهاتف النقال) ، أو مصاريف خدمات أخرى مثل التخلص من القمامة ، حطب أو فحم.
3. **مصاريف رعاية البالغين المعتمدين أو رعاية الأطفال:** الرعاية داخل المنزل أو خارج المنزل
4. **المصاريف الطبية:** إذا كنت أنت أو أي شخص في عائلتك بعمر 60 سنة أو أكبر أو لديك/لديه إعاقة موثقة، فيجب إثبات مصاريف الجيب عن طريق تقديم وصولات التسديد المشترك أو أقساط التأمين الصحي، أو وصولات أسنان إصطناعية، نظارات، مساعدات السمع، بطاريات مساعدات السمع،

أدوية بوصفة طبية، مسكنات آلام موصوفة من قبل الطبيب أو أدوية بدون وصفة طبية،
والمواصلات الى و من مواعيد الخدمات الطبية.

ملاحظة: بعض الأسر المعينة ، مثل الذين لديهم أفراد غير مؤهلين، سيتم طلب معلومات منهم و إثبات
لحساب المصرف و أي ممتلكات أخرى.

بعد مقابلتك، ستُعطى قائمة بالوثائق التي يجب أن تُظهرها لنا. قسائم الرواتب، فواتير الخدمات و إثباتات
أخرى يجب أن يكون تاريخها ما لا يزيد عن أربعة أسابيع من تاريخ تقديم معاملتك.

دائرة ماساشوستس للمساعدات الانتقالية
معاملة تقديم على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP



Source: (please check one)

- CEO Project Bread DMH
 DMR BMC Food Pantry
 MRC Other _____



1. معلومات عنك (أجب على جميع الأسئلة) إذا كنت غير مواطن واخترت عدم التقديم على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP ، فلا تحتاج لإعطائنا رقم الضمان الإجتماعي الخاص بك ولا وضع الهجرة.			
اللقب	الإسم الأول	أول حرف من الإسم الأوسط	رقم الضمان الإجتماعي
هل اسمك هذا هو (أشر على واحد)			
<input type="checkbox"/> الإسم عند الولادة		<input type="checkbox"/> اسم البتولة	<input type="checkbox"/> الإسم بعد الزواج
<input type="checkbox"/> الاسم قبل الزواج		<input type="checkbox"/> اسم مستعار	
تاريخ الولادة	الجنس	هل أنتِ حامل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا
<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر			
الحالة الزوجية: (أشر على واحدة)			
<input type="checkbox"/> متزوج		<input type="checkbox"/> لم يتزوج ابدا	
<input type="checkbox"/> منفصل		<input type="checkbox"/> مطلق	
<input type="checkbox"/> أرمل/أرملة			
ما هي اللغة التي تفضلها ؟			
أصلك العرقي أو سلالتك : تُجمع هذه المعلومات للتأكد من أن الجميع تتم معاملتهم بعدل. جوابك طوعي، ولا يؤثر على أهليتك ولا كمية الفوائد.			
<input type="checkbox"/> أسباني أو لاتيني		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	
الأصل العرقي: (أشر على كل ما يطابق)			
<input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي إفريقي		<input type="checkbox"/> أسباني	
<input type="checkbox"/> أبيض		<input type="checkbox"/> من السكان الأصليين لهواي أو جزر المحيط الهادئ	
<input type="checkbox"/> من السكان الأصليين لأمريكا أو ألاسكا			
هل لديك حالة خاصة ؟ (أشر على جميع المربعات التي تنطبق عليك)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضعف جسدي / عقلي	ضعف السمع	ضعف البصر	بجاجة لمترجم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بجاجة للإشارة	أخرى	_____	

2- معلومات حول مكان إقامتك وكيفية الاتصال بك (أجب على جميع المربعات)		
رقم الشقة	المدينة، الولاية، الرمز البريدي	عنوانك الحالي الرقم والشارع
هل أنت مشرد ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	هل عنوانك الحالي مؤقت؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	هل عنوانك الحالي هو عنوانك البريدي ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>
إذا كان العنوان مؤقتا ، فأدرج عنوانك الدائم		
إذا كان لديك عنوان بريدي مختلف فرجاء أدرجه		
نوع السكن الذي تعيش فيه		
<input type="checkbox"/> مسكن تجاري خشبي	<input type="checkbox"/> مسكن عمومي	<input type="checkbox"/> مسكن شخصي
<input type="checkbox"/> الإسكان الذي يوفره صاحب العمل	<input type="checkbox"/> مؤسسة سكنية	<input type="checkbox"/> مسكن انتقالي
<input type="checkbox"/> ملجئ	<input type="checkbox"/> مخيمات المهاجرين	<input type="checkbox"/> برنامج السكن لسن المراهقة
<input type="checkbox"/> سكن الطلبة (مثل عنبر الطلبة)	<input type="checkbox"/> سكن الطلبة	<input type="checkbox"/> السكن المؤقت (مثل سيارة، خيمة)

2- معلومات حول مكان إقامتك وكيفية الاتصال بك (تكملة)

إذا كان لديك بريد إلكتروني فرجاء أدرجه : _____

رقم/ أرقام هاتفك أثناء النهار:

_____ - _____ (_____)
_____ - _____ (_____)

الوقت المناسب من اليوم للاتصال بك هاتفياً: الوقت: _____
ضع دائرة حول كل ما يطابق:

الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة

3- الشخص الذي ساعدك في هذه المعاملة:

اللقب	الاسم الاول	أول حرف من إسم الأب (الأسم الأوسط)	رقم الهاتف
الرقم والشارع	المدينة / البلدة	الولاية	الرمز البريدي

4- الوكيل المخول

هل تريد أن تُرخص هذا الشخص للتقديم على أو إستلام فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية نيابة عنك؟ نعم كلا

5- إعفاء من المقابلة وجه لوجه

إذا كنت لا تستطيع المجيء إلى مكتب المساعدات الانتقالية DTA لغرض المقابلة فرجاء أشر على جميع الأسباب التي تنطبق.

كهل / عاجز مشاكل المواصلات تعمل خلال ساعات عمل مكتب المساعدات الانتقالية

رعاية طفل / رعاية شخص معاق من أفراد الأسرة أخرى _____

هام: تأكد من إدراج رقم / أرقام هاتفك في الصفحة 1 .
نحن بحاجة إلى أن نكون قادرين على الاتصال بك إذا كانت لدينا أسئلة حول معاملتك أو إذا أردنا أن نقابلك عن طريق الهاتف

6- أسئلة بخصوص وضع المواطنة

أ- هل أنت وجميع أفراد أسرتك مواطنين أمريكيين بالولادة أو التجنيس؟ نعم كلا

إذا أجبت بنعم ، فأذهب للسؤال 7 . اما إذا أجبت بكلا ، فإذهب للفقرة ب في أدناه.

ب- إستنادا لقوانين برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (106 CMR 362.220) ، الغير مواطن الغير قادر أو الغير راغب بتزويد معلومات حول وضع الهجرة و / أو رقم الضمان الاجتماعي بسبب وضع الهجرة ، فليس عليه أن يفعل ذلك. سيكون هذا الغير مواطن غير مؤهلا لأستلام فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية. بينما بقية أفراد الأسرة بإمكانهم التقديم على هذه الفوائد

1- أدرج أي فرد/ أفراد من الأسرة الذين يختارون عدم التقديم على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP :

2 - أشر هنا إذا أختار جميع أفراد الأسرة التقديم

7 - معلومات حول الأشخاص الذين تسكن معهم - رجاءاً أدرج جميع الأشخاص الساكنين معك. لا تشمل نفسك.
 (أرفق ورقة إضافية إذا لزم الأمر). بالنسبة للغير مواطنين الساكنين معك والذين لا يريدون التقديم على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP ، فلا يحتاجون لإخبارنا برقم ضمانهم الاجتماعي أو وضعهم القانوني للهجرة.

اللقب	الأسم الأول	أول حرف من أسم الأب	تاريخ الولادة	الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	علاقة الشخص بك
هل تشترون وتحضرون الطعام معا ؟		هل يريد هذا الشخص التقديم على فوائد برنامج المساعدات الغذائية SNAP نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>		رقم الضمان الاجتماعي	
الحالة الزوجية		حامل؟ نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>			

اللقب	الأسم الأول	أول حرف من أسم الأب	تاريخ الولادة	الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	علاقة الشخص بك
هل تشترون وتحضرون الطعام معا ؟		هل يريد هذا الشخص التقديم على فوائد برنامج المساعدات الغذائية SNAP نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>		رقم الضمان الاجتماعي	
الحالة الزوجية		حامل؟ نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>			

اللقب	الأسم الأول	أول حرف من أسم الأب	تاريخ الولادة	الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	علاقة الشخص بك
هل تشترون وتحضرون الطعام معا ؟		هل يريد هذا الشخص التقديم على فوائد برنامج المساعدات الغذائية SNAP نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>		رقم الضمان الاجتماعي	
الحالة الزوجية		حامل؟ نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>			

8. هل هناك طفل / أطفال تحت سن ال 18 يسكن معك ولكنه ليس طفلك ، و ليس تحت مراقبتك أو سيطرتك؟ نعم كلا

إذا كان الجواب نعم، فمن ؟

9- هل سيكن معك رفيق السكن أو ثاوي (وهو الشخص الذي يدفع أيجار غرفة أو غرفة ووجبات طعام)؟ نعم كلا

إذا كان الجواب نعم، فما أسم هذا الشخص ؟

10- هل تستلم أنت أو أسرته أو أي شخص يسكن معك دفعات رعاية التبني ؟ نعم كلا

إذا كان الجواب نعم، فلن ترسل الدفعات؟

11- هل لديك أو أي شخص يسكن معك إقامة من ولاية أخرى عدا ماساشوستس أو بلد آخر عدا الولايات المتحدة أو هل تنوي أنت أو أي من الساكنين معك ترك ماساشوستس ؟ نعم كلا

إذا كان الجواب نعم، فمن الذي ليست لديه إقامة أو ينوي الرحيل ؟

12- هل أنت أو أي من الساكنين معك ليس مواطن أمريكي ؟ نعم كلا

13- هل تريد أنت، أو أي شخص يسكن معك وعمره 18 أو أكثر وكان أمريكي الجنسية ، التسجيل لغرض لتصويت ؟

نعم كلا

إذا كان الجواب نعم، فمن الذي يرغب بالتسجيل؟

14- أنتون أنت أو أي شخص يسكن معك معاق جسديا أو عقليا مؤقتا أو على مدى طويل ؟ نعم كلا

إذا كان الجواب نعم، فما أسم هذا الشخص ؟

15- المال المكتسب

هل أنت أو أي شخص يسكن معك تعمل/ يعمل حاليا ، أو هل كنت أنت أو أي شخص يسكن معك تعملون في آخر 60 يوما ؟ نعم كلا

إذا كان الجواب نعم ، فأكمل الحقل التالي. (أرفق ورقة إضافية إذا أقتضى الأمر)
هام: تأكد من إكمال هذا الحقل إذا كنت أنت أو أي شخص آخر يسكن معك تعمل/ يعمل كاسب (أعمال حرة)

أسم صاحب العمل وعنوانه ورقم هاتفه		اللقب	الأسم الأول
العنوان الوظيفي	تاريخ البداية	تاريخ الانتهاء	أجور الساعة \$ _____
	الساعات الأسبوعية	البقاشيش الأسبوعية \$ _____	كم مرة يتم الدفع لك ؟
	عمل دائمي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا		

إذا انتهى العمل، فما هو تاريخ أهر يوم ____ / ____ / ____

سجل أحدث معلومات الأجر هنا

من	التاريخ	المبلغ الإجمالي	الساعات
	إلى	\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	

16- دخل آخر

هل أنت أو أي شخص يسكن معك مؤهل لاستلام أو يستلم دخل من أي نوع آخر مثل تعويض البطالة، دعم الطفل، الضمان الاجتماعي، دخل الضمان التكميلي، تعويض العمال، فوائد المحاربين القدامى، معاش أو إيرادات أيجار ؟ نعم كلا

إذا كان الجواب نعم، فأكمل الحقل التالي (أرفق ورقة إضافية إذا أقتضى الأمر)

الاسم	نوع الدخل	المبلغ	ما هو ارتياد استلامك ؟	تاريخ بداية الدخل

17- هل يترتب عليك أو أي شخص يسكن معك أمر من محكمة (التزام قانوني) لدفع دعم الأطفال لطفل لا يسكن معك ؟ نعم كلا

كم مرة يُدفع ؟ أسبوعياً شهرياً المبلغ _____

18- هل تترتب عليك أو أي شخص يسكن معك مصاريف رعاية طفل أو رعاية شخص بالغ معتمد ؟ نعم كلا

كم مرة تُدفع ؟ أسبوعياً شهرياً المبلغ _____

19- هل يترتب عليك ، أو أي شخص يسكن معك بعمر 60 أو أكبر أو عاجز ، دفع مصاريف تأمين صحي؟

كم مرة تُدفع ؟ أسبوعياً شهرياً المبلغ _____

20- هل يترتب عليك أو أي شخص يسكن معك بعمر 60 أو أكبر أو عاجز دفع مصاريف طبية من الجيب ؟ نعم كلا

إذا كان الجواب نعم، فأكمل الحقل التالي

الاسم	النوع	كم مرة تدفع ؟	المبلغ	التاريخ الذي باشرت بيه بالدفع

21- مصاريف المأوى

ما هي أنواع مصاريف المأوى التي تدفعها

أيجار/قسط بيت	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> كلا
ضريبة أملاك	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> كلا
أخرى	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> كلا

الإيجار/ القسط في الشهر \$ _____

22- مصاريف الخدمات

ما هي مصاريف الخدمات التي تدفعها منفصلة عن إيجارك ؟

- 1- أدفع لتدفئة منزلي(زيت، غاز، كهرباء، أو غاز البروبانين ...الخ) أو أشارك تكاليف التدفئة مع آخرين نعم كلا
- 2- لدي مكيف هواء أستخدمه في الصيف، وادفع الكهرباء أو اشتريته بدفع الكهرباء مع آخرين نعم كلا
- 3- لدي مكيف هواء أستخدمه في الصيف، وادفع أجورا لاستخدامه نعم كلا
- 4- أنا ادفع الكهرباء أو الغاز أو أشارك بدفعه مع آخرين نعم كلا
- 5- أنا ادفع خدمات الهاتف، ويشمل خدمات الهاتف النقال (ليس الهاتف المدفوع مسبقاً) نعم كلا

إشعار بالحقوق والواجبات والعقوبات (الرجاء قراءتها بعناية)

أشهد تحت عقوبة الحنث بالقسم بأنني قرأت المعلومات الموجودة في هذه الاستمارة، أو تمت قراءتها لي، إن أجوبتي على الأسئلة في هذه الاستمارة صحيحة وكاملة على حد علمي. وأنا أيضا أقر تحت عقوبة الحنث باليمين بأن أجوبتي على أي ملحق قد أكملها في المستقبل ستكون صحيحة وكاملة على حد علمي. افهم بأن إعطاء إفادة مزيفة أو مضللة أو محرّفة، إخفاء أو الإمتناع عن اعطاء الحقائق، سواءاً شفهيًا او (تحريريًا)، لغرض الحصول على اهلية برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) يُعتبر إحتيال، و خرق مقصود لبرنامج، ويُعاقب عليه القانون بعقوبات مدنية وجنائية.

أنا أفهم بأن المعلومات التي أقدمها مع استمارتي ستكون خاضعة للتحقيق من قبل موظفين فدراليين وحكوميين ومحليين، لتحديد صحة المعلومات؛ وإذا كانت أي معلومات مزيفة، فقد يتم رفضي من برنامج المساعدات الغذائية التكميلية وقد أتعرض للمحاكمة الجنائية لإعطاء معلومات مزيفة عن قصد.

أنا أفهم بأن دائرة المساعدات الإنتقالية (DTA) تُدير برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP ولدى دائرة المساعدات الإنتقالية 30 يوما من تاريخ تقديم المعاملة لتسييرها. أنا أفهم بأنني يجب أن أبلغ دائرة المساعدات الإنتقالية (DTA) عن أي تغيير في أسرتي من ناحية الدخل والممتلكات والعنوان ترتيب المعيشة، وحجم العائلة، والعمل أو أي تغييرات أخرى في أسرتي من شأنها أن تؤثر على اهليتنا. أنا أفهم بانني يجب أن أبلغ هذه التغييرات إلى دائرة المساعدات الإنتقالية (DTA) شخصيا أو عن طريق الكتابة أو عن طريق الهاتف خلال 10 أيام من تاريخ التغيير إلا إذا كان مسموح لي من قبل دائرة المساعدات الإنتقالية (DTA) لتبليغ التغييرات تحت قوانين التبليغ السنوية الخاصة ببرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP أو قوانين بديل فوائد إنتقالية (TBA).

أفهم بان لدي الحق بالتداول مع مشرف إذا كنت غير مؤهل لفوائد SNAP برنامج المساعدات الغذائية التكميلية المسرعة وكنت لا أوافق على هذا القرار، أو إذا كنت مؤهلا للخدمة المسرعة ولكنني لم أستلم

فوائد SNAP برنامج المساعدات الغذائية التكميلية بانتهاء اليوم السابع بعد تاريخ تقديمي للطلب على SNAP .

أنا أفهم بأنني إذا أردت أن ابلغ عن مصاريف رعاية طفل أو رعاية شخص بالغ آخر ، إيجار/قسط بيت، مصاريف ملجئ أو خدمات عامة، فقد أحصل على فوائد أكثر من برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP. وأيضا أفهم بأنني إذا كنت ادفع دعم طفل لفرد ليس من أفراد العائلة فبإمكاني ان ابلغ وازود دائرة المساعدات الانتقالية DTA بدليل على هذه المصاريف. إذا لم أبلغ أو أثبت المصاريف المذكورة أعلاه، فقد يعني هذا بأنني سأستلم فوائد اقل من برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP كل شهر وسيتم النظر إليها على إنها إفادتي بأن عائلتي لا تريد ان تستلم استقطاع للمصاريف الغير مبلغ عنها أو التي لم يتم التحقق منها.

وكذلك أفهم بأنني إذا كان عمري 60 سنة أو أكبر أو إذا كنت عاجزاً وأدفع مصاريف طبية، فبإمكاني ان أبلغ عن و أقدم إثبات بهذه المصاريف إلى دائرة المساعدات الانتقالية DTA . وذلك قد يجعلني مؤهلاً لإستقطاع دخل و زيادة في فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP

أفهم أن بتوقيعي أدناه فإن كل أفراد عائلتي الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و 59 سنة سيكونون مسجلين تلقائياً وملتحقين ببرنامج التوظيف والتدريب الخاص ببرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP/ET . الالتحاق التلقائي برنامج التوظيف والتدريب الخاص ببرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP/ET يسمح لأفراد العائلة بالحصول على خدمات برنامج التوظيف والتدريب الخاص ببرنامج المساعدات الغذائية التكميلية. سيتم تنبيه أفراد العائلة الغير معفيين بمتطلبات العمل، وسيتم شرح إعفاءات وعقوبات عدم الالتزام و الإحالة لنشاط وظيفي إذا كان ذلك مناسباً

بتوقيعي هذه الاستمارة فأني أعطي الرخصة لدائرة المساعدات الانتقالية DTA للتحقيق والتحقق من صحة المعلومات التي أعطيتها والخاصة بأهليتي للحصول على المساعدات. أعطي الرخصة لدائرة المساعدات الانتقالية DTA للحصول على أي سجلات أو معطيات والتحقق من صحة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة مع وكالات أخرى ، ومن ضمنها وكالات فدرالية وحكومية تابعة للولاية ، سلطات الإسكان المحلية، دوائر الشؤون الاجتماعية خارج الولاية، المؤسسات المالية، و من حلول القوى العاملة Equifax والتي توفر معلومات الأجور لدائرة المساعدات الانتقالية DTA . وأيضا أعطي الرخصة لهذه الوكالات لإعطاء دائرة المساعدات الانتقالية DTA معلومات عن عائلتي والتي تخص فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP

قد ترفض أو توفّف أو تُقلل الدائرة من مساعداتك استناداً إلى المعلومات المذكورة في التقرير المستلم من حلول القوى العاملة Equifax , وكالة تقارير المستهلك. لدي الحق بالحصول على نسخة مجانية من تقريرتي الصادر من حلول القوى العاملة Equifax إذا قمت بطلبها خلال 60 يوماً من تاريخ قرار الدائرة. لدي الحق بمسائلة دقة أو كمال المعلومات في تقريرتي. بإمكانني أن أتصل ب (Equifax) على العنوان التالي

Equifax Workforce Solutions,
11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146
رقم الهاتف المجاني 18009967566

قد يتم التحقق من وضعك هجرتك القانوني عن طريق دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية والمعروفة سابقا بخدمة الهجرة والتجنس INS قبل أن تتم الموافقة على منحك الفوائد. أنا افهم بان دائرة المساعدات الانتقالية DTA قد تقدم معلومات من استمارة تقديمي على SNAP إلى دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية و افهم بأن أي معلومات مستلمة من دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية قد تؤثر على أهلية أفراد أسرتي للحصول على الفوائد و على كمية الفوائد

أفهم أنني بتوقيعي أدناه أعطي الرخصة لدائرة المساعدات الانتقالية لمشاركة معلومات عني وعن الأشخاص المعتمدين علي تحت سن ال 19 مع دائرة التعليم الابتدائي والثانوي فيصبح الأشخاص المعتمدين علي مؤهلين تلقائيا لبرامج الفطور والغداء في المدرسة. وأيضا أعطي الرخصة لدائرة المساعدات الانتقالية لمشاركة معلومات عني وعن الأشخاص المعتمدين علي تحت سن ال 5 وكل امرأة حامل من أفراد عائلتي مع دائرة الصحة العامة وبذلك تتم إحالة هؤلاء لبرنامج النساء والرُضّع والأطفال WIC لخدمات تغذية.

انا افهم انه بتوقيعي أدناه فإني أخول دائرة المساعدات الانتقالية DTA و المكتب التنفيذي للصحة والخدمات البشرية في ولاية ماساشوستس لمشاركة معلومات حول أهليتي لفوائد مساعدات عامة مع شركات توزيع الكهرباء والغاز و شركات الاتصالات المؤهلة عملا باتفاقيات خصوصية المعلومات المنفذة من قبل هذه الشركات لغرض وحيد وهو التأكد من أهليتي للحصول على خصم من أجور الخدمات العامة. أنا أيضا أخول دائرة المساعدات الانتقالية DTA على تبادل معلوماتي مع دائرة الإسكان والتطوير المجتمعي لغرض تسجيلي في برنامج التدفئة والطعام.

أفهم بأني سوف أستلم نسخة من منشورة " من حقك أن تعرف" و منشورة برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP ويجب على أن أقرأهما أو يُقرأن لي ويجب أن أفهم محتوياتهما وحقوقى وواجباتي. إذا كانت لدي أي أسئلة حول المنشورات أو أي من هذه المعلومات ، أو إذا كنت أعاني صعوبة بقراءة أو فهم أي من هذه المعلومات فيإمكاني الاتصال مكتب المساعدات الانتقالية DTA على الرقم 1-877-382-2363

أنا أيضا أقسم بأن جميع أفراد أسرتي الطالبين لبرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP هم أما مواطنين أمريكيين أو غير مواطنين لديهم وضع إقامة قانوني مُرضي

الحق بالتسجيل للتصويت

أنا أفهم بان لدي الحق بالتسجيل للتصويت في دائرة المساعدات الانتقالية DTA وافهم بأن دائرة المساعدات الانتقالية DTA ستساعدني على ملئ استمارة تسجيل الناخب إذا أردت المساعدة ومسموح لي ملئ استمارة تسجيل الناخب بصورة سرية.

أفهم بأن التقديم للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت لن يؤثر على كمية المساعدات التي أتلقاها من دائرة المساعدات الانتقالية DTA

تحذير عقوبات برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP

أنا أفهم إذا قمت أنا أو أي شخص من أفراد أسرتي المشتركين ببرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP بخرق أي من القوانين أدناه بشكل مقصود، فسيتم تجريد ذلك الشخص من أهليته للحصول على برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لمدة سنة بعد أول خرق، سنتين بعد ثاني خرق، ومدى الحياة بعد ثالث خرق. قد يتم حرمان شخص ما من استلام برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP من سنة إلى مدى الحياة، و يُعزَم مبلغ أقصاه 250000 دولار أمريكي، أو يُسجَن مدة أقصاها 20 سنة، أو كلا العقوبتان. وقد يخضع هذا الشخص للمحاكمة تحت قوانين الولاية أو القوانين الفدرالية المطبقة الأخرى. قد يُحرم هذه الشخص من استلام برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لمدة 18 شهر إضافية إذا قررت المحكمة ذلك. القوانين هي:

- لا تعطي معلومات كاذبة أو تخفي معلومات من أجل الحصول على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP .
- لا تتاجر أو تبيع فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP.
- لا تغير في بطاقات نقل المخصصات الالكترونية EBT للحصول على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP التي لست مخولا باستلامها.
- لا تستخدم فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لشراء سلع غير غذائية، كالمشروبات الكحولية والتبغ.
- لا تستخدم فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP أو بطاقة نقل المخصصات الالكترونية EBT التابعة لشخص إلا إذا كنت ممثلا مخولا

أنا أفهم العقوبات التالية:

- الأشخاص الذين يرتكبون خرق مقصود لبرنامج مالي ويتم تأكيد الخرق في جلسة طرد إدارية، سيحرمون من برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لنفس الفترة الزمنية التي يحرم بها الشخص من المساعدات المالية.
- الأشخاص الذين يقدمون إفادة مزيفة أو تمثيل مزيف لهوية أو مكان سكن من أجل استلام فوائد متعددة لبرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP في نفس الوقت تعتبرون غير مؤهلين لبرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لمدة عشر سنين
- الأشخاص الذين يقومون بمقايضة (بيع أو شراء) فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP مقابل مواد خاضعة للرقابة / عقاقير غير مشروعة سيتم حرمانهم من برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لفترة سنتين مقابل الخرق الأول، و مدى الحياة مقابل الخرق الثاني.
- الأشخاص الذين يقومون بمقايضة (بيع أو شراء) فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP مقابل أسلحة نارية، ذخيرة أو متفجرات سوف يُحرمون من برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP مدى الحياة.

- الأشخاص الذين يقومون بمقايضة (بيع أو شراء) فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP بقيمة 500 دولار أمريكي أو أكثر فسوف يتم تجريدهم من أهلية الحصول على برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP مدى الحياة.
- الولاية قد تُلحق تهمة الخرق المقصود IPV ضد الشخص الذي يعرض برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP أو بطاقة نقل المخصصات الالكترونية EBT للبيع عبر الانترنت أو شخصياً.
- إذا تهرب شخص لتجنب الملاحقة القانونية، الاعتقال أو الحجز بعد الإدانة بجناية أو خرق شرط من شروط الإدانة مع وقف العقوبة أو إطلاق السراح المشروط ، يُعتبر غير مؤهلاً للمشاركة في برنامج المساعدات الغذائية التكميلية.
- الأشخاص الذين لا يمتثلون مع متطلبات منهاج التوظيف الخاص ببرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP وبدون سبب وجيه سوف يُجرّدون من أهليتهم للحصول على برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لمدة **ثلاثة أشهر** جراء المخالفة الأولى، و **ستة أشهر** للمخالفة الثانية، و **اثنا عشر شهراً** للمخالفة الثالثة. إذا كان الشخص الذي لم يمتثل للمرة الثالثة هو رب الأسرة ، فسيتم اعتبار العائلة كلها غير مؤهلة للمشاركة في برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP لمدة **ستة أشهر**.
- دفع ثمن الطعام الذي يتم شراؤه على الحساب غير مسموح به وقد يتسبب بتجريد الشخص من أهلية الحصول على برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP
- لا يسمح لأي شخص بأن يشتري منتجات بفوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP بغرض رمي محتوياتها وإرجاع العلب الفارغة من اجل المال

الحق بالحصول على مترجم

أفهم بأن لدي الحق بالحصول على مترجم عن طريق دائرة المساعدات الانتقالية إذا لم يكن أي فرد بالغ من أفراد أسرتي المشتركين ببرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP يتكلم أو يفهم اللغة الانكليزية. أيضا أفهم إن بإمكانني أن احصل على مترجم لأي جلسة استماع عادلة تابعة لدائرة المساعدات الانتقالية أو أطلب مترجماً بنفسى. إذا كنت أحتاج مترجماً لجلسة ، فيجب أن أتصل بقسم الجلسات على الأقل قبل أسبوع من موعد جلسة الاستماع.

إفادة عدم التمييز

تُحرّم وزارة الزراعة الأمريكية التمييز ضد زبائنها وموظفيها والمقدمين على وظائف لديها على أساس العرق، لون البشرة، الأصل القومي، العمر، الإعاقة، الجنس، الهوية الجنسية، الدين، أخذ بالثأر ، إذا كان ينطبق، المعتقدات السياسية، الحالة الزوجية، الحالة العائلية ، الميول الجنسية، إذا كان بعض او كل دخل الشخص مستمد من أي برنامج مساعدات عام ، أو معلومات وراثية محمية في توظيف أو أي برنامج أو نشاط منفذ أو ممول عن طريق الدائرة. (ليس كل القواعد المحرمة سوف تنطبق على جميع البرامج و/أو نشاطات التوظيف.)

إذا كنت ترغب بتقديم شكوى لبرنامج الحقوق المدنية ضد التمييز ، فأملئ إستمارة شكوى برنامج التمييز الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية الموجودة على الإنترنت: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html أو أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، أو اتصل على الرقم 8666329992 لطلب الاستمارة. ويمكنك أيضا أن تكتب رسالة تحتوي على جميع المعلومات المطلوبة في الاستمارة. ثم أرسل استمارة الشكوى كاملةً أو الرسالة لنا عن طريق البريد على العنوان التالي:

U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication,
1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410

أو عن طريق الفاكس: 2026907442

أو البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

أما بالنسبة للأشخاص الصم أو ضعيفي السمع أو لديهم أعاقة كلامية فيمكنهم الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمات المناوبة الفدرالية على الرقم: 8008778339 أو 8008456136 (للغة الإسبانية). لمعرفة أي المعلومات حول التعامل مع مشاكل برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNA ، فيجب على الشخص أما الإتصال على الخط الساخن لبرنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP الخاص بوزارة الزراعة الأمريكية رقم 8002215689 والمتوفر أيضا باللغة الإسبانية أو الاتصال بأرقام الخط الساخن لمعلومات الولاية (اضغط على الرابط لرؤية قائمة أرقام الخطوط الساخنة حسب الولاية) تجده

على الإنترنت : http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

وزارة الزراعة الأمريكية تتيح فرص متساوية للمُجهزين وأصحاب العمل .
تمنع قوانين ولاية ماساشوستس التمييز والذي يشمل التمييز على أساس الأصل العرقي.
لتقديم شكوى في ولاية ماساشوستس إتصل على:

Massachusetts Commission Against Discrimination,
One Ashburton Place, Sixth Floor, Room 601, Boston, MA 02108;

رقم الهاتف: 6179946000 المبرقة الكاتبة 6179946196

توقيع مقدم الطلب: بتوقيعي هذه الاستمارة، أشهد تحت عقوبة الحنث بالقسم بأي قرأت المعلومات الموجودة في هذه الاستمارة ، أو تمت قراءتها لي، أنا أفهم وأوافق على "الحقوق والواجبات" ,إن أجوبتي في هذه الاستمارة و أجوبتي على أي ملحق قد أكملها في المستقبل ستكون صحيحة وكاملة على حد علمي.
لقد قرأت تحذير عقوبات برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) بلغتي الأصلية أو تمت قراءتها لي أو تمت ترجمتها لي. أشهد أيضا بأن جميع أفراد أسرتي المقدمين على فوائد برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP هم إما مواطنين أمريكيين أو غير مواطنين لديهم وضعية هجرة قانونية

توقيع مقدم الطلب:

التاريخ: