Department of Transitional Assistance

طلب
استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) لكبار السن في ولاية ماساتشوستس
(للأفراد والأزواج في سن 60 فما فوق)

USDA Supplemental Nutrition Assistance Program
SNAP Putting Healthy Food Within Reach

كيف يمكنني التقدم بطلب لإستحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)؟

- تحميل إلى DTAConnect
- أرسل بالفاكس إلى الرقم **617 - 887 - 8765**
- أرسل بالبريد إلى **مركز معالجة المستندات بدائرة المساعدة الانتقالية (DTA Document Processing Center)، ص.ب. 4406، تاونتون، ماساتشوستس 0420 - 02780**
- قم بالمسح الضوئي في أحد مكاتب **DTA** المحلية

الاسم العائلي:	الاسم الشخصي:	الاسم الأوسط:
عنوان السكن:		المدينة، الولاية، الرمز البريدي:
العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا):		المدينة، الولاية، الرمز البريدي:
رقم الهاتف:		هل أنت بلا مأوى؟ ☐ نعم ☐ لا

ما نوع السكن الذي تُقيم فيه؟

☐ مسكن خاص	☐ منشأة سكنية	☐ مأوى
☐ مسكن انتقالي	☐ مخيم للمهاجرين	☐ سكن مؤقت،
☐ آخر	☐ منزل تجاري للإقامة	☐ مسكن عام

بالتوقيع، أوافق على ما يلي:

- لقد قرأت هذا النموذج بالكامل (أو تمت قراءته لي بلغة أفهمها)، بما في ذلك القسم المتعلق بالحقوق والمسؤوليات، وأدرك أنه يتعين عليّ الالتزام بهذه القواعد؛
- والمعلومات التي أدلي بها صحيحة وكاملة على حد علمي؛
- ويمكن أن أتعرض للسجن أو يُطلب مني دفع غرامات إذا أدليت متعمدًا بمعلومات خاطئة أو غير كاملة؛
- ويجوز لدائرة المساعدة الانتقالية (DTA) والمسؤولين الفيدراليين والولائيين والمحليين الآخرين إثبات (التحقق من) أي معلومات أدلي بها.

التوقيع	التاريخ:

- **سنقبل طلبك إذا كان يحمل اسمك وعنوانك (إذا كان موجودًا) وتوقيعك.**
- **في حال الموافقة، سيتم صرف استحقاقات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) بأثر رجعي اعتبارًا من تاريخ استلام دائرة المساعدة الانتقالية (DTA) لطلبك.**
- **اتصل بنا لإجراء مقابلة في أي وقت بين الساعة 8:15 صباحًا و4:45 عصرًا، من الاثنين إلى الجمعة، على الرقم 8027 - 712 - 833 - 1.**

يمكنك الحصول على استحقاقات SNAP في غضون 7 أيام إذا:
• كان مجموع دخلك وأموالك المودعة في البنك أقل من إنفاقك الشهري على السكن؛ أو • كان دخلك الشهري أقل من 150$، وأموالك المودعة في البنك تعادل 100$ أو أقل؛ أو • كنت عاملاً مهاجرًا وأموالك المودعة في البنك تعادل 100$ أو أقل.

هل تتوفر على بطاقة التحويل الإلكتروني للاستحقاقات (EBT) في ولاية ماساتشوستس؟ ☐ نعم ☐ لا
تبقى بطاقات EBT صالحة للاستخدام إذا أعيد فتح حالة بعد إغلاقها. إذا لم تكن تتوفر على بطاقة EBT، فيمكننا إرسال واحدة إليك بالبريد أو إصدار واحدة لك في أحد المكاتب المحلية. يمكنك الحصول على بطاقة EBT قبل أن نتخذ قرارًا بشأن أهليتك، لكي تتمكن من استخدام استحقاقاتك فور توفرها، إذا كنت مؤهلاً. عند حصولك على بطاقة EBT، ستحصل أيضًا على مزيد من المعلومات حول كيفية استخدامها.



إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بسبب إعاقة ما، فيمكننا توفير ترتيبات تيسيرية لتسهيل التعامل معنا.

اتصل بالرقم 1-877-382-2363 لطلب توفير الترتيبات التيسيرية أو المساعدة في ملء الطلب.

هل أنت شخص في وضعية إعاقة؟	☐ نعم	☐ لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فما طريقة التواصل التي تفضلها؟	☐ حضوريًا	☐ لغة الإشارة الأمريكية - حضوريًا
	☐ الهاتف	☐ لغة الإشارة الأمريكية - خدمات ترحيل بالفيديو (VRS) رقم هاتفك على VRS: _____
هل صادقت صحة ماساتشوستس (MassHealth) على تعاني من إعاقة؟	☐ نعم	☐ لا

يمكن أن ترسل إليك دائرة المساعدة الانتقالية (DTA) رسائل نصية قصيرة تتعلق بالآجال ومعلومات عن الحالات وإغلاق المكاتب ومعلومات مهمة أخرى. يُرجى ملاحظة أنه يمكن أن تُفرض رسوم على الرسائل والبيانات.

إذا كنت **لا ترغب** في التوصل برسائل نصية من دائرة المساعدة الانتقالية (DTA)، فيمكنك إلغاء الاشتراك عبر DTA Connect، أو الاتصال بنا على الرقم 1-877-382-2363، أو إرسال رسالة نصية تفيد برغبتك في «إلغاء الاشتراك» (OPT OUT) في حال تلقيت رسالة نصية.

معلومات عنك

رقم الضمان الاجتماعي:	تاريخ الميلاد:	الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى
هل أنت مواطن أمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا **ملاحظة:** لا يتعين على غير المواطنين الذين لا يتقدمون بطلب لبرنامج SNAP الادلاء برقم الضمان الاجتماعي أو الإفصاح عن وضعهم من حيث المواطنة.		ما اللغة التي تفضل التحدث بها؟ _____

ما أصلك العرقي؟*

☐ أسود أو أمريكي من أصل أفريقي ☐ هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين ☐ أبيض

☐ آسيوي ☐ من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

ما أصلك الإثني؟*

☐ إسباني أو لاتيني ☐ غير إسباني أو لاتيني

* لن تؤثر إجابتك على أهليتك. نطرح هذه الأسئلة للتأكد من أن جميع الأشخاص يعاملون بإنصاف بغض النظر عن العرق أو اللون أو الأصل القومي. اترك الخانة فارغة إذا كنت تفضل عدم الإجابة.

أفراد الأسرة

هل يُقيم معك أشخاص آخرون؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بـ**نعم**، يُرجى ملء القسم أدناه:

الاسم	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	ما العلاقة بك؟	هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟	هل يتقدم هذا الشخص بطلب للاستفادة من استحقاقات SNAP؟
				☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا
				☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا
				☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا

الدخل

هل يتلقى أي شخص **دخلاً** مثل أجر عمل أو إعانة بطالة، أو إعالة أطفال أو ضمان اجتماعي أو إعانة الدخل التكميلي (SSI) أو تعويضات العمّال أو استحقاقات قدماء المحاربين أو معاشات تقاعدية أو دخل من إيجار؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بـ**نعم**، يُرجى ملء القسم أدناه:

الشخص الذي يتوفر على دخل	نوع الدخل	الوتيرة		المبلغ الإجمالي
		☐ أسبوعيًّا كل أسبوعين ☐	☐ شهريًّا ☐ آخر:	
		☐ أسبوعيًّا كل أسبوعين ☐	☐ شهريًّا ☐ آخر:	
		☐ أسبوعيًّا كل أسبوعين ☐	☐ شهريًّا ☐ آخر:	

تكاليف الإيواء

هل تتحمل الأسرة مسؤولية دفع تكاليف الإيواء؟ إذا كانت الإجابة بـ**نعم**، يُرجى ملء القسم أدناه:

النوع: **المبلغ:** **الوتيرة:**

☐ الإيجار	$_____	☐ شهريًّا ☐ آخر: _____	☐ ربع سنويًّا	☐ سنويًّا
الرهن العقاري	$_____	☐ شهريًّا ☐ آخر: _____	☐ ربع سنويًّا	☐ سنويًّا
☐ الضرائب العقارية*	$_____	☐ شهريًّا ☐ آخر: _____	☐ ربع سنويًّا	☐ سنويًّا
☐ تأمين المنزل*	$_____	☐ شهريًّا ☐ آخر: _____	☐ ربع سنويًّا	☐ سنويًّا
☐ رسوم الشقة	$_____	☐ شهريًّا ☐ آخر: _____	☐ ربع سنويًّا	☐ سنويًّا
☐ آخر	$_____	☐ شهريًّا ☐ آخر: _____	☐ ربع سنويًّا	☐ سنويًّا

* اترك خانات الضرائب العقارية والتأمين على المنزل فارغة إذا كانت مشمولة في قسط الرهن العقاري.

تكاليف المرافق

هل تتحمل الأسرة مسؤولية دفع تكاليف المرافق **بشكل منفصل** عن تكاليف الإيواء؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بـ**نعم**، ضع علامة على جميع تكاليف المرافق التي تنطبق عليك:

☐ **التدفئة** (نفط، غاز، كهرباء، بروبان، إلخ)

☐ **الكهرباء لتشغيل مكيف الهواء في الصيف**

☐ **رسوم استخدام مكيف الهواء في الصيف**

☐ **الكهرباء و/أو الغاز** (لغير أغراض التدفئة)؛ الماء؛ الصرف الصحي و/أو جمع القمامة

☐ **خدمة الهاتف الثابت أو المحمول** (بما في ذلك الخدمة المدفوعة مسبقًا)

تكاليف رعاية المُعالين

هل يتحمل أي شخص مسؤولية دفع تكاليف رعاية المُعالين البالغين؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بـ**نعم**، يُرجى ملء القسم أدناه:

اسم الشخص المُعال:	المبلغ المدفوع	الوتيرة
_____	$_____	☐ أسبوعيًّا ☐ كل أسبوعين ☐ شهريًّأ ☐ آخر:
_____	$_____	☐ أسبوعيًّا ☐ كل أسبوعين ☐ شهريًّأ ☐ آخر:

هل يتنقل أي شخص من وإلى مقدم خدمات رعاية المُعالين؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بـ**نعم**، يُرجى ملء القسم أدناه:

اسم الشخص المُعال:	عنوان القائم بالرعاية	عدد الرحلات بالسيارة أسبوعيًا		في حال عدم استخدام السيارة: تكلفة المواصلات العامة، سيارات الأجرة، الحافلات المكوكية،إلخ.
		إلى	من	

التكاليف الطبية

هل يتحمل شخص يبلغ من العمر 60 عامًا على الأقل و/أو يعاني من إعاقة **نفقات طبية من جيبه الخاص؟** ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بـ**نعم**، يُرجى ملء القسم أدناه:

الاسم	**نوع النفقة**	**التكلفة الإجمالية شهريًا**
_____	☐ الرعاية الطبية ☐ رعاية الأسنان ☐ التامين الصحي ☐ الادوية ☐ (أدوية أخرى متاحة دون وصفة طبية، مستلزمات طبية، إلخ)	_____
_____	☐ الرعاية الطبية ☐ رعاية الأسنان ☐ التأمين الصحي ☐ الأدوية ☐ (ادوية اخرى متاحة دون وصفة طبية، مستلزمات طبية، إلخ)	_____

ملاحظة: يمكنك الحصول على ائتمان لتغطية التكاليف التي تقع على عاتقك حتى لو كنت متأخرًا في السداد أو غير قادر على دفعها. تشمل التكاليف الطبية المساهمات المالية، الوصفات، الأدوية المتاحة دون وصفة طبية، التأمين الصحي، الفواتير الطبية، تكاليف التنقل، وغيرها.

هل يتنقل أي شخص ذهابًا و/أو إيابًا لتلقي الرعاية الطبية (مثل الصيدلية، الطبيب، المعالج، إلخ)؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بـ**نعم**، يُرجى ملء القسم أدناه:

الاسم	**عنوان مقدم الخدمة الطبية**	**عدد الرحلات بالسيارة أسبوعيًا**		**تكلفة مواقف السيارات، المواصلات العامة، سيارات الأجرة، الحافلات المكوكية، إلخ.**
		إلى	**من**	

برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) في ولاية أخرى

هل تلقى أي شخص إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) خارج ولاية ماساتشوستس خلال 30 يوماً الأخيرة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بـ**نعم**، فمن؟

هل تلقى أي شخص إنذارًا في ولاية أخرى لعدم التزامه بقواعد العمل الخاصة ببرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بـ**نعم**، فمن؟

المساعدة في تقديم الطلب

هل تريد منحنا الإذن بالاتصال بشخص أو وكالة ما إذا تعذر علينا التواصل معك عبر الهاتف؟* ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بـ**نعم**، يُرجى ملء القسم أدناه:

اسم الشخص أو الوكالة: _____

رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

* نَطلق على هذا الشخص او الوكالة اسم «الشخص/الوكالة المساعدة». هذا الدور صالح فقط خلال فترة تقديم الطلب.

تصريح بالإفصاح عن المعلومات

هل تريد منح أي شخص أو وكالة الإذن بالتواصل مع إدارة المساعدة الانتقالية والحصول على معلومات سرية ذات صلة بحالتك؟* ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بـ**نعم**، يُرجى ملء القسم أدناه:

اسم الشخص أو الوكالة: _____

رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

* لا يمكن لهذا الدور الإبلاغ عن التغييرات أو إجراء المقابلات. تنتهي صلاحية الإذن بعد عام واحد.

الممثل المصرّح له بالتصديق

هل ترغب في منح جهة أو شخص تثق به التصريح بتوقيع الاستمارات والتحدث معنا بشأن حالتك؟* ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بـ**نعم**، يُرجى ملء القسم أدناه:

اسم الشخص أو الوكالة: _____

رقم الهاتف: _____

رقم تعريف رب العمل الفيدرالي (للوكالات فقط): _____

*يبقى التصريح ساريًا إلى حين إلغائه.

الممثل المصرّح له بإجراء معاملات التحويل الإلكتروني للاستحقاقات (EBT)

هل ترغب في منح شخص تثق به الإذن بالحصول على بطاقة التحويل الإلكتروني للاستحقاقات (EBT) لشراء المواد الغذائية نيابة عنك باستخدام إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) الخاصة بك؟* ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بـ**نعم**، يُرجى ملء القسم أدناه:

اسم الشخص أو الوكالة: _____

رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

*يجب التحقق من الهوية قبل إصدار البطاقة. يبقى التصريح ساريًا إلى حين إلغائه.

- ذا كنت ترغب في إلغاء بطاقة التحويل الإلكتروني للاستحقاقات (EBT) عن ممثل مصرّح له، فاتصل بالرقم 1-800-997-2555.

- إذا كنت ترغب في إلغاء أي من الأدوار المذكورة أعلاه، فاتصل بالرقم 1-877-382-2363.

ماذا يحدث فيما بعد؟

يُرجى الاحتفاظ بالصفحات التالية في سجلاتك.



الاتصال بالهاتف

سنتصل بك لإجراء مقابلة. إذا تعذر علينا الاتصال بك، فسنرسل إليك رسالة بريدية لتحديد موعد لإجراء مقابلة هاتفية. يمكنك أيضًا الاتصال بنا على الرقم 1-877-382-2363، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:15 إلى 4:45، لإجراء المقابلة.



إرسال الاثباتات

عند الحاجة، سنزودك بقائمة الوثائق التي يتعين عليك إرسالها لكي نتمكن من التحقق من أهليتك. أمامك 30 يومًا من تاريخ تقديم الطلب لإرسال المستندات إلينا. أخبرنا إذا كنت بحاجة إلى مساعدة!



الحصول على استحقاقات SNAP

سنرسل إليك رسالة بالقرار عبر البريد في غضون 30 يومًا. في حال الموافقة، سوف نضيف الاستحقاقات إلى بطاقة EBT الخاصة بك. في حال الرفض، سنبلغك بالأسباب.



ربط الاتصال

تفضل بزيارة موقع DTAConnect.com، أو استخدم تطبيق DTA Connect للهواتف المحمولة، أو اتصل بخط المساعدة في DTA على الرقم 382-2363-877-1 للتحقق من وضع الحالة وتحديث معلومات الحالة وتحميل المستندات وغير ذلك من الأمور!

إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات أو كنت بحاجة إلى المساعدة، فاتصل بالرقم **1-833-712-8027** أو تفضل بزيارة Mass.gov/DTA.

موارد إضافية

برنامج الطريق إلى العمل (SNAP Path to Work): ابحث عن مقدمي خدمات التشغيل والتدريب على SNAPpathtowork.org.

ملاحظة: هذا مخصص لعملاء SNAP فقط

برنامج قائم على الأدلة SNAP-Ed: تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لبرنامج التثقيف الغذائي التابع لبرنامج SNAP على MAhealthyfoodsinasnap.org لتجد وصفات صحية ونصائح للطهي وطرقًا للحفاظ على نشاط أسرتك!

ماساتشوستس 2-1-1: اتصل بالرقم 211 للبحث عن برامج الخدمات الصحية والإنسانية في منطقتك.

مشروع الخبز (Project Bread): اتصل بخط مشروع الخبز (Project Bread) الساخن على الرقم 1-800-645-8333 للبحث عن مصادر الغذاء المحلية.

خيارات الاثبات

- **يمكنك استخدام قائمة المراجعة هذه لتقديم مستندات الاثبات مع هذا الطلب. سيساعدنا هذا في إكمال طلبك بشكل أسرع!**
- **إذا كنت لا تتوفر على جميع الاثباتات، فلا تتأخر في تقديم طلبك! يمكنك إرسالها لاحقًا.**
- **للاطلاع على مزيد من العملومات، تفضل بزيارة Mass.gov/SNAPverifications.**

☐ **إذا كان أي فرد من أفراد الأسرة قد حصل كسب دخلاً،** فيُرجى إرسال إثبات الدخل الإجمالي (قبل الضرائب) للأربعة أسابيع الماضية، مثل:

- ☐ قسائم الأجور، أو سجل الدفع
- ☐ إثبات أي أجر حصلت عليه وساعات العمل
- ☐ إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فيُرجى الادلاء بالمستندات التجارية التي تبيّن الدخل ونفقات الأعمال، مثل:
  - ☐ الملحق C (نموذج 1040 الخاص بدائرة الإيرادات الداخلية (IRS))
  - ☐ نموذج 1099 الخاص بدائرة الإيرادات الداخلية (IRS) أو سجل ضريبي آخر
  - ☐ سجلات أخرى مثل الفواتير أو الإيصالات التي تبيّن دخلك و/أو نفقات أعمالك

☐ **إذا كان أي فرد من أفراد الأسرة يحصل على دخل غير مكتسب،** فيُرجى إرسال إثبات بالمبلغ الشهري، مثل:

- ☐ رسالة استحقاق أو منحة
- ☐ كشف حساب من الوكالة التي تدفع المبلغ

ملاحظة: يمكننا عادةً التحقق بأنفسنا من مبلغ استحقاقات الضمان الاجتماعي، أو الدخل التكميلي للضمان الاجتماعي (SSI)، أو إعالة الأطفال الصادرة عن دائرة الإيرادات (DOR)، أو تعويضات البطالة في ولاية ماساتشوستس. سنبلغك إذا كنت بحاجة إلى التحقق من أي من هذه الأمور.

☐ **لإثبات الإقامة في ولاية ماساتشوستس،** يمكنك الادلاء بأحد المستندات التالية:

- ☐ إيصال إيجار أو عقد إيجار أو نموذج إثبات من صاحب العقار
- ☐ عقد أو كشف رهن عقاري أو فاتورة مرافق أو بطاقة تسجيل ناخب
- ☐ نموذج إثبات السكن المشترك، أو إقرار من شخص تقيم معه

☐ **إذا كان أي فرد من أفراد الأسرة يدفع إعالة أطفال،** فيُرجى إرسال ما يلي إلينا:

- ☐ إثبات الالتزام القانوني بدفع إعالة الطفل (مثل أمر قضائي) و

☐ **إذا كان أي فرد من أفراد الأسرة غير مواطن أمريكي يتقدم بطلب للحصول على الاستحقاقات،** فيُرجى الادلاء بإثبات لوضعه كغير أمريكي، مثل:

- ☐ بطاقة الإقامة الدائمة («البطاقة الخضراء»)
- ☐ بطاقة التصريح بالعمل بطاقة الإقامة المؤقتة
- ☐ سجل الوصول والمغادرة (I-94)
- ☐ ختم في جواز السفر
- ☐ أي مستند آخر يوضح الوضع الحالي أو المرتقب بشأن الهجرة؛
- ☐ بيان من محامٍ متخصص في شؤون الهجرة بشأن الوضع الحالي أو المرتقب

☐ **إذا كان أي فرد من أفراد الأسرة مسنًّا و/أو في وضعية إعاقة ولديه نفقات طبية،** فيُرجى الادلاء بما يثبت هذه النفقات (مثل الفواتير أو الإيصالات). يمكن الإقرار ذاتيًا ببعض تكاليف النقل لأسباب طبية.

ملاحظة: يجب أن يتجاوز إجمالي النفقات الطبية للأسرة 35 $ شهريًّا لكي يتم احتسابها.

☐ **إذا كان أي فرد من أفراد الأسرة يتحمل تكاليف الإيواء،** فيُرجى إرسال ما يثبت ذلك إلينا، مثل:

- ☐ إيصال إيجار
- ☐ عقد إيجار
- ☐ رسالة من صاحب العقار
- ☐ شيك أو حوالة مالية ملغاة
- ☐ كشف رهن عقاري
- ☐ فاتورة ضريبة العقار أو فاتورة تأمين المنزل
- ☐ إذا لم تكن المستأجر الرئيسي أو مالك المنزل، فيُرجى الإدلاء بإفادة من الشخص الذي تُقيم معه تبيّن حصتك من نفقات الإيواء والمرافق
- ☐ كما يُرجى الإدلاء بوثائق أخرى تبيّن تكلفة ونوع النفقات التي يتعين عليك دفعها

☐ **إذا كان أي فرد من أفراد الأسرة يتحمل تكاليف المرافق،** فيُرجى إرسال ما يثبت ذلك إلينا، مثل:

- ☐ فاتورة التدفئة أو التكييف أو الكهرباء أو الغاز أو الهاتف
- ☐ فاتورة تكاليف المرافق الأخرى، مثل الفحم أو الحطب للتدفئة أو جمع القمامة أو الماء والصرف الصحي
- ☐ عقد إيجار يشير إلى أنك تتحمل تكاليف المرافق
- ☐ رسالة من صاحب العقار أو شريك السكن

☐ **إذا كان أي فرد من أفراد الأسرة يتحمل تكاليف رعاية المُعالين،** فيُرجى إرسال ما يثبت ذلك إلينا، مثل:

- ☐ كشف حساب أو رسالة من مقدم الخدمة
- ☐ إيصالات، شيكات مُلغاة أو حوالات مالية

☐ يتعيّن على جميع عملاء برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) الالتزام بقواعد العمل الخاصة بالبالغين الأصحاء بدون مُعالين (ABAWD)، ما لم يستوفوا شروط الإعفاء.

☐ للاطلاع على قائمة الاستثناءات ومزيد من المعلومات حول قواعد العمل الخاصة ببرنامج SNAP، يُرجى زيارة www.mass.gov/snapworkrules أو الاتصال بالرقم 2363.- 382 - 877

بشأن الحقوق والمسؤوليات والعقوبات Department of Transitional Assistance (DTA)

- يسرد هذا الإشعار الحقوق والمسؤوليات بجميع برامج DTA. يجب عليك اتباع القواعد الخاصة بالبرامج التي تتقدم إليها.
- تفضل بقراءة هذه الصفحات واحتفظ بها في سجلاتك.
- أخبر DTA إذا كنت تود طرح أية أسئلة.

أقسم تحت طائلة عقوبة شهادة الزور بأنني:

- قرأت المعلومات الواردة في هذا النموذج، أو قرأها لي أحد الأشخاص.
- إجاباتي في هذا النموذج صحيحة وكاملة بقدر معرفتي.
- سأقدم إلى DTA معلومات صحيحة وكاملة بقدر معرفتي أثناء مقابلتي وفي المستقبل.

أدرك أن:

- إعطاء معلومات كاذبة أو مضللة يُعد غشًا،
- وتحريف الحقائق أو حجبها للاستفادة من استحقاقات DTA يُعد غشًا،
- ويعتبر الغش؛ Intentional Program Violation (IPV) و
- إذا اشتبهت DTA في ارتكابي غشًا، يمكنها أن تتابعني بعقوبات مدنية وجنائية.

أدرك أيضًا أن:

- DTA تتحقق من المعلومات التي أقدمها مع طلبي. يجوز ل DTA حرماني من الاستحقاقات إذا تبين خطأ أي معلومة.
- يمكن أيضًا أن أتعرض لملاحقة جنائية في حال قدّمت معلومات كاذبة.
- إذا حصلت DTA على معلومات من مصدر موثوق به حول حدوث تغيير في أحوال أسرتي، يمكن أن يتغير مبلغ استحقاقي.
- أمنح DTA من خلال التوقيع على هذا النموذج، الإذن بالتحقق من أهليتي للاستفادة من الاستحقاقات بما في ذلك:
  - الحصول على معلومات من الوكالات الولائية أو الفيدرالية الأخرى وسلطات الإسكان المحلية، وإدارات الرعاية الاجتماعية خارج الولاية، والمؤسسات المالية و Equifax Workforce Solutions (the Work Number). أمنح أيضًا هذه الوكالات الإذن لمشاركة المعلومات حول أهلية أسرتي للاستفادة من استحقاقات مع DTA.
  - إذا استخدمت DTA معلومات من Equifax حول دخل أسرتي المكتسب، يكون من حقي الحصول على نسخة مجانية من تقرير Equifax الخاص بي إذا طلبت ذلك في غضون 60 يومًا من قرار DTA. من حقي التشكيك في المعلومات الواردة في التقرير. يمكنني الاتصال ب Equifax على: 1-800-996-7566، MO 63146، St. Louis، 11432 Lackland Road، Equifax Workforce Solutions (رقم مجاني).
- من حقي الحصول على نسخة من طلبي، بما في ذلك المعلومات التي تستخدمها DTA للبت في أهلية أسرتي ومبلغ الاستحقاق. يمكنني أن أطلب من DTA نسخة إلكترونية من الطلب المكتمل.

كيف تستخدم DTA معلوماتي'؟

بالتوقيع أدناه، أمنح DTA الإذن بالحصول على معلومات حولي وحول أفراد أسرتي ومشاركتها مع:

- البنوك،المدارس،الحكومة، المشغلين، ملاك العقارات، شركات المرافق العامة ووكالات أخرى للتحقق من أهليتي للاستفادة من الا.ستحقاقات.
- شركات الكهرباء والغاز والهاتف حتى أتمكن من الاستفادة من تخفيضات في مستحقات المرافق العامة. لا يجوز للشركات مشاركة معلوماتي أو استخدامها لأي أغراض أخرى.
- إدارة Department of Housing and Livable Communities لتسجيلي في Heat & Eat. يساعد هذا البرنامج الأشخاص في الاستفادة من معظم استحقاقات SNAP الممكنة.
- وزارة Department of Early and Secondary Education حتى يتمكن أطفالي من الاستفادة من وجبات مدرسية مجانية.
- برنامج Woman, Infants and Children (WIC) حتي يتمكن الأطفال دون سن الخامسة أو المرأة الحامل في أسرتي من الاستفادة من استحقاقات برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC).
- United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) للتحقق من وضعي كمهاجر. يمكن أن تؤثر المعلومات الواردة من USCIS على أهلية أسرتي وعلى مقدار استحقاقات DTA.

  ملحوظة: حتى لو لم تكن مؤهلاً للاستفادة من الاستحقاقات بسبب وضع الهجرة، لن تبلغ عنك DTA لسلطات الهجرة ما لم تُدلِ ل DTA بأمر ترحيل نهائي.
- Department of Revenue (DOR) للتحقق من أهليتي للاستفادة من ائتمانات ضريبية على أساس الدخل، مثل Earned Income و Limited Income، ومعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للاستفادة من « وضع غير ضريبي» أو وضع العُسر.
- Department of Children and Families (DCF) لتنسيق الخدمات المقدمة بشكل مشترك من قبل DTA و DCF.

كيف تستخدم DTA أرقام الضمان الاجتماعي (SSNs)؟
يُسمح لDTA بطلب أرقام الضمان الاجتماعي (SSNs) بموجب Food and Nutrition Act of 2008 (7 U.S.C 2011-2036) وبموجب SNAP، 18 القسم 33 TAFDCو EAEDC. تستخدم DTA أرقام الضمان الاجتماعي لأجل: M.G.L. c

- التحقق من هوية وأهلية كل فرد من أفراد الأسرة أتقدم بطلب في شأنه من خلال برامج مطابقة البيانات.
- مراقبة الامتثال لقواعد البرنامج.
- تحصيل الأموال إذا ادعت DTA أنني حصلت على استحقاقات لم أكن مؤهلاً لها.
- مساعدة وكالات إنفاذ القانون في القبض على الأشخاص المتوارين عن القانون.

أدرك أنني لست مضطرًا إلى إعطاء DTA رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لأي شخص غير مواطن في أسرتي، بما في ذلك شخصي، الذي لا يرغب في الاستفادة من استحقاقات. يمكن أن يُحتسب دخل الشخص غير المواطن حتى لو لم يستفد من استحقاقات.

الحق في خدمات مترجم فورى
أدرك أن:

- من حقي الاستعانة بمترجم فوري محترف توفره DTA إذا كنت أفضل التواصل بلغة أخرى غير الإنجليزية.
- إذا كنت في جلسة استماع عند DTA، يمكنني أن أطلب من DTA توفير مترجم فوري محترف مجاناً، أو إذا كنت أفضل ذلك، يمكنني إحضار شخص ما يتولى الترجمة الفورية لأجلي. إذا كنت بحاجة إلى DTA لتوفر لي مترجمًا فوريا في جلسة استماع، يجب عليّ أن أتصل بقسم جلسات الاستماع (Division of Hearings) أسبوعًا واحدًا على الأقل قبل تاريخ جلسة الاستماع.

الحق في التسجيل للتصويت
أدرك أن:

- من حقي التسجيل للتصويت من خلال DTA.
- تساعدني DTA في ملء نموذج طلب تسجيل الناخبين إذا أردت المساعدة.
- يمكنني ملء نموذج تسجيل الناخبين سريًا.
- لا يؤثر التقديم للتسجيل للتصويت أو رفضه على استحقاقات DTA التي أتلقاها.

فرص التشغيل
أوافق على أنه يجوز ل DTA مشاركة اسمي ومعلومات الاتصال بي مع مقدمي خدمات التشغيل والتدريب، بما في ذلك:

- مقدمو خدمات SNAP Path to Work أو متخصصو DTA لعملاء SNAP؛ و
- مقدمو خدمات التشغيل والتدريب التعاقدي Full Engagement Workers لعملاء TAFDC.

يجوز لعملاء SNAPالمشاركة طواعية في خدمات التعليم والتدريب على التشغيل من خلال برنامج SNAP Path to Work .

وضع المواطنة
أقسم أن جميع أفراد أسرتي الذين يتقدمون للاستفادة من استحقاقات DTA إما مواطنين أمريكيين أو غير مواطنين مقيمين بشكل قانوني.

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

أدرك أن:

- DTA تدير SNAPفي ماساتشوستس.
- عندما أتقدم بطلب إلى DTA (عن طريق الهاتف أو عبر الإنترنت أو شخصيًا أو بالبريد أو الفاكس) ، فإن أمام DTA 30 يومًا من تاريخ توصلها بطلبي لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً أو لا.
  - إذا كنت مؤهلاً لاستفادة من SNAP العاجلة (الطارئة)، يتعين على DTA إعطائي SNAPوالتأكد من أنني أتوفر عليّ (Electronic Benefit Transfer (EBT في غضون 7 أيام من تاريخ تلقي طلبي.
  - من حقي التحدث إلى المشرف على DTA إذا:
    - قالت DTA أنني لست مؤهلاً للاستفادة من استحقاقات SNAP الطارئة، ولا أوافق على ذلك.
    - كنت مؤهلاً للاستفادة من استحقاقات SNAP الطارئة، لكني لا أتلقي استحقاقاتي بحلول اليوم السابع بعد التقدم بطلب الاستفادة من SNAP.
    - كنت مؤهلاً للاستفادة من استحقاقات SNAP الطارئة ولكني لا أتوفر على EBT بحلول اليوم السابع بعد أن تقدمت بطلب الاستفادة من SNAP.
- عندما أتلقى SNAP، يتعين على استيفاء بعض القواعد: عند الموافقة على استفادتي من SNAP، تعطيني DTA نسخة من منشور «اعرف

حقوقك» (Your Right to Know) ومنشورSNAP. سأقرأ المنشورات أو سأطلب من أحد قراءتها لي. إذا كنت أود طرح أسئلة أوبحاجة إلى مساعدة في قراءة أو فهم هذه المعلومات، يمكنني الاتصال ب DTA على الرقم 1-877-382-2363.

- **إخبار DTA بشأن التغييرات في أسرتي:**
  - إذا كنت أسرة SNAP Simplified Reporting، لا يتعين علي الإبلاغ عن معظم التغييرات ل DTA حتى يحين موعد التقرير المؤقت أو إعادة الاعتماد. الأمور الوحيدة التي يجب علي الإبلاغ عنها عاجلاً هي:
    - إذا تجاوز دخل أسرتي عتبة الدخل الإجمالي (المذكور في إشعار موافقتي).
      - يجب علي الابلاغ بهذا بحلول اليوم العاشر من الشهر الذي يلي الشهر الذي تجاوز فيه دخلي العتبة.
    - إذا كان علي استيفاء قواعد العمل Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWD) وانخفضت ساعات عملي إلى أقل من 20 ساعة في الأسبوع.
  - إذا كان كل فرد في أسرتي يبلغ من العمر 60 سنة أو أكثر أو في وضعية إعاقة أو أقل من 18 سنة ولا يكسب أحد دخلاً من العمل، فإن الأمور الوحيدة التي يتعين علي الإبلاغ عنها هي:
    - إذا حصل فرد من أسرتي على عمل، أو
    - إذا انضم شخص إلى أسرتي أو غادرها.
      - يجب أن أبلغ عن هذه التغييرات بحلول اليوم العاشر من الشهر الذي يلي الشهر الذي طرأ فيه التغيير.
  - إذا كنت أتلقى SNAP من خلال بديل الاعانات الانتقالية (Transitional Benefits Alternative (TBA)) لأن TAFDC الخاصة بي قد توقفت، لا يتعين علي الإبلاغ عن أي تغييرات ل DTA لمدة 5 أشهر التي أتلقى فيها TBA.
  - إذا كنت أتلقى SNAPمن خلال سقف باس ستايت (Bay State CAP)، لا يتعين علي الإبلاغ عن أي تغييرات لDTA.

إذا تلقيت أنا وجميع أفراد أسرتي مساعدة نقدية (المساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال تحت الإعالة (TAFDC). أو EAEDC، يتعين علي الابلاغ عن بعض التغييرات ل DTA في غضون 10 أيام من التغيير. انظر **متى أحتاج لإخبار DTA بالتغييرات التي طرأت على أسرتي؟** بموجب **(Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC و,Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)** أدناه.

يمكنني الاستفادة من مزيد من استحقاقات SNAP إذا قمت بالإبلاغ وتقديم براهين ل DTA بشأن ما يلي، في أي وقت من الأوقات:

- تكاليف رعاية الأطفال أو غيرهم من الأشخاص تحت الإعالة وتكاليف المأوى و/ أو تكاليف المرافق العامة؛
- دعم الأطفال الذين أكون (أو أي شخص في أسرتي) ملزمًا قانونًا بدفعه إلى فرد من خارج الأسرة؛ و
- التكاليف الطبية لأفراد أسرتي، بمن فيهم أنا، الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة أو أكثر أو الذين يوجدون في وضعية إعاقة.

قواعد العمل لعملاء SNAP: إذا كنت تتلقى استحقاقات SNAP وكان عمرك يتراوح بين 16 و 59 سنة، فقد تحتاج إلى استيفاء ABAWD و/أو قواعد عمل SNAP العامة ما لم تكن معفيًا. سوف تخبرني DTA وأفراد أسرتي إذا كنا بحاجة إلى استيفاء أي قواعد عمل وما هي الإعفاءات وماذا يحدث إذا لم نستوف القواعد.

إذا كنت تخضع لقواعد عمل SNAP:

- يجب عليك التسجيل للعمل عند الطلب وعند إعادة اعتماد لدى SNAP. تتسجل عند التوقيع على طلب SNAP أو على نموذج إعادة الاعتماد.
- يجب عليك تقديم معلومات ل DTA حول وضعك من حيث الشغل عندما تطلبها DTA.
- يجب عليك إبلاغ مشغّل إذا تمت إحالتك من قبل DTA.
- يجب أن تقبل عرض عمل (ما لم يكن لديك سبب وجيه لرفضه).
- يجب ألا تترك وظيفة تزيد مدتها عن 30 ساعة في الأسبوع بدون سبب وجيه.
- يجب ألا تقل ساعات عملك إلى أقل من 30 ساعة في الأسبوع دون سبب وجيه.

قواعد SNAP

- لا تُدلِ معلومات خاطئة أو تخفي معلومات للاستفادة من SNAP.
- لا تستبدل أو تبيع استحقاقات SNAP.
- لا تغير بطاقات EBT للاستفادة من استحقاقات SNAP التي لست مؤهلاً لها.
- لا تستخدم استحقاقات SNAP لشراء سلع غير مؤهلة، مثل المشروبات الكحولية والتبغ.
- لا تستخدم استحقاقات SNAP أو EBT الخاصة بشخص آخر إلا إذا كنت ممثلًا مفوضًا أو إذا منحك المستفيد الإذن باستخدام بطاقته نيابة عنه.

تحذيرات بشأن عقوبات SNAP

أدرك أنه إذا انتهكت أنا أو أي فرد من أفراد أسرتي في SNAP عن عمد أيًا من القواعد المذكورة أعلاه، لن يكون هذا الشخص مؤهلاً ل SNAP لمدة *عام واحد* بعد الانتهاك الأول و*عامين* بعد الانتهاك الثاني و*مدى الحياة* بعد الانتهاك الثالث. يمكن أيضًا تغريم هذا الشخص بما يصل إلى 250 ألف دولار أمريكي أو السجن لمدة تصل إلى 20 سنة أو كليهما. يمكن أيضًا أن يخضع للملاحقة بموجب القوانين الفدرالية والولائية.

أدرك أيضًا العقوبات التالية. إذا كنت أنا أو أحد أفراد أسرتي في SNAP:

- قد اقترف Intentional Program Violation (IPV) بخصوص **برنامج نقدي (cash program)**، لن يكون مؤهلاً ل SNAP لنفس الفترة التي يكون فيها غير مؤهل للاستفادة من المساعدة النقدية.
- قد أدلى بتصريح تدليسي حول هويته أو إقامته للاستفادة من استحقاقات متعددة من SNAP في نفس الوقت، لن يكون مؤهلاً ل SNAP لمدة **عشر سنوات.**
- قد تاجر (شراء أو بيع) في استحقاقات SNAP مقابل مادة خاضعة للرقابة / عقار (عقاقير) غير مشروعة، لن يكون مؤهلاً للاستفادة من SNAP لمدة ***عامين*** بالنسبة للاكتشاف الأول و ***مدى الحياة*** بالنسبة للاكتشاف الثاني.
- قد تاجر (شراء أو بيع) في استحقاقات SNAP في أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات، لن يكون مؤهلاً ل SNAP ***مدى الحياة.***
- قد قدم عرضًا لبيع استحقاقات SNAP أو EBT عبر الإنترنت أو شخصيًا، يمكن أن تتابعه الولاية بتهمة الانتهاك المتعمد للبرنامج (IPV).
- قد دفع مقابل الطعام الذي اشتراه بالسلف، لن يكون مؤهلاً ل SNAP.
- قد اشترِي منتجات باستحقاقات SNAP بقصد التخلص من المحتويات وإرجاع الحاويات لبيعها نقدا، لن يكون مؤهلاً ل SNAP.
- قد فر لتجنب الملاحقة أو الحجز أو الحبس بعد إدانته بجناية، لن يكون مؤهلاً ل SNAP.
- قد انتهك الاختبار أو الإفراج المشروط وتسعى جهات إنفاذ القانون بنشاط لاعتقاله، لن يكون مؤهلاً ل SNAP .

أي شخص صار مجرمًا مُدانًا بعد 7 فبراير 2014 غير مؤهل للاستفادة من استحقاقات SNAPإذا
إذا كان مجرمًا هاربًا أو ينتهك الاختبار أو الإفراج المشروط - وفقًا
لقانون اللوائح الفيدرالية 7 CFR §273.11(n) **و** أدين كشخص بالغ ب:

1. الاعتداء الجنسي المشدد بموجب الفصل 2241 من الباب 18 من دستور الولايات المتحدة الأمريكية؛ ؛
2. جريمة قتل بموجب الفصل 1111 من الباب 18 من دستور الولايات المتحدة الأمريكية؛
3. أي جريمة بموجب الفصل 110 من الباب 18 من دستور الولايات المتحدة الأمريكية؛
4. جريمة فدرالية أو ولائية تنطوي على اعتداء جنسي كما هو محدد في الفصل 40002 (a) من قانون مكافحة العنف ضد المرأة لعام 1994 (42 دستور الولايات المتحدة الأمريكية. 13925a)؛ أو
5. جريمة بموجب قانون ولائي يحدد المدعي العام كونها مشابهة إلى حد كبير لإحدى الجرائم المذكورة في هذه القائمة.

بيان عدم التمييز
وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفدرالي وتنظيمات وسياسات USDA، يُحظر على وزارة الزراعة الأمريكية ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة الأمريكية أو التي تديرها التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو الثأرأو الانتقام من نشاط سابق يخص الحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تديره أو تموله وزارة الزراعة الأمريكية (USDA).

يمكن تكون المعلومات حول البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية مُتاحة. ينبغي للأشخاص في وضعية إعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (على سبيل المثال، برايل، خط عريض، شريط صوتي، لغة الإشارة الأمريكية) الاتصال بالوكالة (على مستوى الولاية أو محلياً) التي تقدموا فيها بطلب الاستفادة من الاستحقاقات. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال USDA من خلال Federal Relay Service على الرقم 8339-877 (800).

للتقدم بشكاية بشأن تمييز في البرنامج، ينبغي لمقدم الشكاية ملء نموذج شكاية AD-3027 بشأن تمييز في USDA والذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf، من أي مكتب تابع ل USDA أو بالاتصال بالرقم 9992-632-(866)، أو بكتابة رسالة موجهة إلى USDA. يجب أن تتضمن الرسالة اسم المشتكي وعنوانه ورقم هاتفه ووصفًا مكتوبًا للإجراء التمييزي المزعوم بتفاصيل كافية لإبلاغ Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعوم. يجب إرسال نموذج AD-3027 المكتمل أو الرسالة إلى:

1. **البريد:**
   Food and Nutrition Service, USDA
   Braddock Place, Room 334 1320
   Alexandria, VA 22314؛ أو

2. **الفاكس:**
   (833) 256-1665 أو (202) 690-7442؛ أو

3. **البريد الإلكتروني:**
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

هذه المؤسسة مقدم خدمات قائم على تكافؤ الفرص.

Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) و
Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)

TAFDC و EAEDC برنامجان للمساعدة النقدية. لمعرفة المزيد والتقدم بطلب، تفضل بزيارة DTAConnect.com أو اتصل بمكتب DTA المحلي. تنطبق هذه المعلومات فقط على الأسر التي تتقدم بطلب الاستفادة من TAFDC أو EAEDC أو التي تتلقاها.

متى أحتاج إلى إخبار DTA بالتغييرات في أسرتي؟
يجب أن أخبر DTA بالتغييرات التي يمكن أن تؤثر على TAFDCأو EAEDC (الاستحقاقات النقدية) **في غضون 10 أيام**، ويشمل ذلك أي تغييرات تطرأ على عنواني ومن أعيش معه وحجم الأسرة والشروع في العمل والتوقف عنه والتأمين الصحي وأي تغييرات تطرأ على دخلي تزيد عن 100 دولار أمريكي شهريًا. لا يتعيّن عليّ إخبار DTA بأي تغيير في دخلي يقل عن 100 دولار شهرياً.

كيف أحصل على التأمين الصحي؟
- إذا كنت أتلقى TAFDC أو EAEDC، فسوف أتلقى أيضًا MassHealth.
- إذا إذا رُفض طلب TAFDC أو EAEDC أو توقفت استحقاقاتي، أحتاج إلى التقدم بطلب الاستفادة من MassHealth بشكل منفصل. لطلب التقدم للاستفادة من MassHealth تفضل بالاتصال بالرقم 800-841-2900.

إذا كنت أتلقى MassHealth، أوافق على أنه يمكن ل MassHealth تحصيل:
- الأموال المستحقة لي من مصدر آخر لرعايتي الطبية، و
- الدعم الطبي من ولي الأمر الغائب لأي طفل دون سن 19 سنة الذي يستفيد من استحقاقات MassHealth.

هل ثمة قواعد خاصة إذا كنت مؤهلاً <u>فقط</u> بسبب حادث أو إصابة؟
إذا تلقت أسرتي استحقاقات من MassHealth أو من DTA بسبب حادث أو إصابة، يتعين علي أن أستخدم الأموال التي أتلقاها مقابل حادث أو إصابة لإعادة سدادها. يمكن أن تكون الأموال من بوليصة تأم ين أو تسوية أو أو أي مصدر آخر. ينطبق هذا حتى لو كنت لا أعرف بعد مصادر الأموال الممكنة.

أوافق على التعاون مع MassHealth و DTA من خلال:
- تقديم مطالبات بالأموال من مصادر أخرى .
- إخبار MassHealth و DTA على الفور بأي مطالبة تأمين أو دعاوى قضائية أو إجراءات أخرى للحصول على المال.
- إعطاء MassHealth و DTA أية معلومات جديدة حالما أتوصل بها

إذا لم أتعاون، يمكن أن توقف MassHealth و DTA أو ترفضا استحقاقاتي. أوافق على أنه يجوز ل MassHealth و DTA:
- مشاركة المعلومات حول استحقاقاتي من أجل تحصيل الأموال لإعادة سداد تلك الاستحقاقت.
- الاطلاع على جميع السجلات المتعلقة بالأموال التي قد أحصل عليها جراء حادث أو إصابة، مثل السجلات في Department of Industrial Accidents.

إذا كنت أتلقى EAEDC لأنني أعاني من إعاقة أو لأن عمري يزيد عن 65 سنة، يتعين علي أن أتقدم بطلب للاستفادة من استحقاقات (Supplemental Security Income (SSI. إذا تمت الموافقة على استحقاقات SSI التي تغطي نفس الفترة الذي حصلت فيه على EAEDC، سوف ترسل Social Security Administration بعضًا من استحقاقات SSI بأثر رجعي إلى DTA لإعادة سداد EAEDC.

إشعار هام حول القانون واستحقاقاتك

IPVهو تقديم تصريح كاذب أو مضلل عمدًا أو تحريف للحقائق أو إخفائها أو حجبها، إما شفهيًا أو كتابيًا، من أجل إثبات الأهلية أو الحفاظ عليها للاستفادة من TAFDC أو EAEDC ، أو لتلقي استحقاقات لست مؤهلاً للاستفادة منها.

إذا تمت إدانتي بارتكاب IPV من قبل محكمة قانونية أو جلسة استماع إدارية أو بالتوقيع على تنازل، سوف يتم حرماني من تلقي TAFDC أو EAEDC لمدة:

- ستة أشهر بالنسبة للانتهاك الأول
- 12 شهرًا بالنسبة للانتهاك الثاني
- مدى الحياة بالنسبة للانتهاك االثالث

بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تنطبق قوانين أخرى.

المحظورات على مشتريات EBT

أدرك أنه من غير القانوني استخدام أموال TAFDC أو EAEDC المحتفظ بها على EBT لدفع ثمن ما يلي: المشروبات الكحولية؛ منتجات التبغ؛ تذاكر اليانصيب؛ المواد أو العروض الموجهة للبالغين؛ القمار، الأسلحة النارية والذخيرة؛ خدمات العطلات، الوشم، ثقب الجسم؛ المجوهرات؛ التلفزيونات؛ الستريوهات؛ ألعاب الفيديو أو لوحات المفاتيح في متاجر التأجير بغرض التملك؛ منتجات الماريجوانا؛ رسوم أمرت بها المحكمة؛ الغرامات؛ الكفالة أو سندات الضمان.

المحظورات المتعلقة بأين يمكنني فيه استخدام EBT

أدرك أنه من غير القانوني استخدام بطاقة EBT في المواقع التالية: مكتبات البالغين؛ متاجر أدوات البالغين أو مؤسسات الأداء الترفيهي الموجهة للبالغين؛ تجار الذخيرة؛ الكازينوهات؛ نوادي القمار أو مؤسسات الألعاب؛ السفن السياحية؛ تجار الأسلحة النارية؛ متاجر المجوهرات؛ متاجر الخمور محلات العناية بالأظافر أو محلات التجميل؛ وكالات تحويل الأموال إلى دول أجنبية؛ متاجر الماريجوانا أو صالات الوشم.

عقوبات الشراء النقدي المحظور باستخدام EBT

- **المخالفة الأولى:** يتعين علي أن أعيد سداد مبلغ DTA الذي تم إنفاقه.
- **المخالفة الثانية:** يتعين على أعيد سداد مبلغ DTA الذي تم إنفاقه وسأحرم من الاستحقاقات النقدية لمدة **شهرين.**
- **المخالفة الثالثة:** يتعين على أعيد سداد مبلغ DTA الذي تم إنفاقه وسأحرم من الاستحقاقات النقدية **بشكل دائم.**

التوقيع:
أقر، من خلال التوقيع على هذا الطلب، بأنني أدرك وأوافق على »الحقوق والمسؤوليات والعقوبات «.
إمضاء مقدم الطلب: _____
التاريخ: _____