|  |  |
| --- | --- |
| **snap_logo_111308_good** | **برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)**  **نموذج طلب التحاق لكبار السنّ**  (للأفراد والأزواج في سن الستين أو أكبر) |

**كيف يمكنني التقدم بطلب للحصول على مخصصات SNAP؟**

* عن طريق إرسال هذا الطلب بالبريد إلى العنوان التالي:

DTA Document Processing Center

P.O. Box 4406

Taunton, MA 02780-0420

* بإرسال هذا الطلب عن طريق الفاكس إلى:
* (617) 887-8765عن طريق زيارة المكتب المحلي لإدارة المساعدة الانتقالية (DTA)

وعليك أن تتأكد مما يلي:

* أن تعطينا رقم هاتف يمكننا الاتصال بك عن طريقه خلال أيام الأسبوع.
* الإجابة على أكبر عدد ممكن من الأسئلة. إذا لم تكن متأكداً من كيفية الإجابة على أي سؤال، اتركه فارغًا وسوف نتحدث عنه خلال المقابلة الشخصية. **سوف نقبل طلبك إذا كان يشتمل على اسمك، وعنوانك (إن وجد)، وتوقيعك**.
* قراءة إشعار الحقوق والمسؤوليات والعقوبات.
* التوقيع باسمك على الصفحة الأخيرة.

للمزيد من المعلومات أو في حالة الحاجة إلى مساعدة يرجى الاتصال على الرقم **1-833-712-8027**، أو زيارة موقعنا على www.mass.gov/dta.

**ماذا يحدث بعد تقديم الطلب؟**

سوف نتصل بك لإجراء مقابلة شخصية للتحدث عن طلبك.

* إذا لم نتمكن من الوصول إليك، سوف نرسل لك خطاباً بموعد إجراء مقابلة هاتفية.

**ملاحظة:** يُرجى إخطارنا إذا تعذر عليك الالتزام بموعد المقابلة أو إذا كنت تفضل زيارة DTA لإجراء المقابلة. ويمكنك الاتصال بنا لإجراء المقابلة في أي وقت خلال ساعات العمل.

* سوف نوفّر لك مترجماً فورياً إذا كنت لا تتحدث اللغة الإنجليزية.

*انظر الصفحة التالية للمزيد من المعلومات. واحتفظ بهذه الورقة في سجلاتك للرجوع إليها.*

SNAP-App-Seniors (Arabic)(Rev. 9/2018) i

09-371-0918-05

قد نحتاج إلى **التحقق من (إثبات)** بعض الأشياء التي تخبرنا بها، وسوف نخبرك أثناء المقابلة الشخصية عن الأشياء التي نحتاج للتحقق منها، كما سوف نرسل لك قائمة عن طريق البريد، وسوف نمهلك فترة 30 يوماً من تاريخ استلامنا طلبك لتقوم بتزويدنا بالإثباتات التي نحتاج إليها، ولا تتردد في طلب المساعدة متى كنت بحاجة إليها!

قد نطلب منك ما يلي:

* الهوية (من أنت)
* إثبات بأنك مقيم في ولاية ماساتشوستس
* دخلك: الأرباح أو العمل الحر، أو مخصصات المحاربين القدامى، أو الراتب التقاعدي
* وضع غير المواطنين إذا كنت من غير المواطنين ومتقدمًا بطلب للحصول على SNAP
* التكاليف الطبية (هذا غير مطلوب ولكن قد يجعلك مؤهلاً للحصول على المزيد من مخصصات SNAP إذا قدّمت إثباتًا لنا).

إذا أخبرتنا عن تكاليف سكنك أو تكاليف الرعاية النهارية للبالغين في هذا الطلب، قد لا نحتاج إلى مطالبتك بالمزيد من الإثباتات.

سوف نرسل لك كذلك بطاقة تحويل المخصصات إلكترونيًا (EBT) إذا كنت بحاجة إليها، وقد تحصل عليها قبل أن نقرر ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المخصصات. كما ستحصل على رقم تعريف شخصي (PIN) لاستخدامه مع بطاقة EBT الخاصة بك بحيث يمكنك استخدام المخصصات الخاصة بك فور توافرها إذا كنت مؤهلاً بالفعل. وعند حصولك على بطاقة EBT، سوف تحصل كذلك على المزيد من المعلومات حول كيفية استخدامها.

**سوف نتخذ قرارا بشأن طلبك وسوف نرسل لك خطاباً في غضون 30 يوماً**. وفي حالة موافقتنا على طلبك، سوف نطلعك على مبلغ مخصصاتك ومتى يمكنك الحصول عليها، أو سيتم إطلاعك على الأسباب في حالة رفض طلبك.

SNAP-App-Seniors (Arabic)(Rev. 9/2018) ii

09-371-0918-05

*انظر الصفحة التالية للمزيد من المعلومات. واحتفظ بهذه الورقة في سجلاتك للرجوع إليها.*

|  |  |
| --- | --- |
| **state seal** | **إدارة ماساتشوستس للمساعدة الانتقالية**  **نموذج طلب SNAP لكبار السنّ**  (للأفراد والأزواج في سن الستين أو أكبر) |

**يمكنك الحصول على مخصصات SNAP في غضون 7 أيام في حال انطبق عليك أي مما يلي:**

* هل يقل إجمالي دخلك ورصيدك البنكي عن نفقات سكنك الشهرية (بما في ذلك المرافق؟)

نعم  لا

* هل يقل دخلك الشهري عن 150 دولار وهل يبلغ رصيدك البنكي 100 دولار أو أقل؟

نعم  لا

* هل أنت عامل مهاجر وهل يبلغ رصيدك البنكي 100 دولار أو أقل؟

نعم  لا

**معلومات تخصّك**

SNAP-App-Seniors (Arabic)(Rev. 9/2018) 1

09-371-0918-05

|  |  |
| --- | --- |
| اللقب الاسم الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط | رقم الضمان الاجتماعي   * - |
| ما هو أفضل رقم هاتف يمكن الوصول إليك من خلاله؟ | ذكر  أنثى |
| ما هو الوقت المثالي للاتصال بك خلال اليوم عن طريق الهاتف؟  التوقيت:  صباحاً  مساءً  ضع علامة على كل ما ينطبق مما يلي:  الاثنين  الثلاثاء  الأربعاء  الخميس  الجمعة | تاريخ الميلاد: |
| عنوان المنزل: | هل أنت بلا سكن؟  نعم  لا |
| المدينة، الولاية، الرمز البريدي |  |
| العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً): |  |
| ما هي لغتك الأساسية؟ | |

1. العرق/الجنس الخاص بك: نطلب هذه المعلومات للتأكد من أننا نتعامل مع الجميع بشكل منصف. إجابتك على هذا السؤال طوعية ولن تؤثر على أهليتك أو مبلغ المخصصات الخاص بك.

الاثنية: هسباني أو لاتيني  نعم  لا

العرق: *(ضع علامة على كل ما ينطبق)*  أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين  آسيوي

أسود أو أفريقي أمريكي  أبيض

من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

2. هل أنت مواطن أمريكي؟  نعم  لا

3. هل أنت مقيم في ولاية ماساتشوستس؟  نعم  لا

4. هل تحتاج إلى مساعدة بسبب الإعاقة؟ يمكننا أن نقدم لك مساعدة إضافية تسمى ترتيبات تيسيرية، من شأنها أن تيسّر العمل معنا.  نعم  لا

5. هل أنت أو أي شخص في أسرتك لديهم خبرة عسكرية؟  نعم  لا

**معلومات عن أسرتك**

6. هل يعيش معك أشخاص آخرون؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، هل تتشاركون في وجبات الطعام أكثر من نصف الوقت؟  نعم  لا

7. اذكر الأشخاص الذين يعيشون معك. **لا حاجة إلى ذِكر رقم الضمان الاجتماعي أو وضع الجنسية لغير المواطنين الذين لم يتقدموا بطلب للحصول على SNAP، حتى لو كانوا يعيشون معك**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| اللقب الاسم الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط | | ذكر  أنثى |
| ما هي صلة هذا الشخص بك؟ | | تاريخ الميلاد: |
| مواطن أمريكي:  نعم  لا | رقم الضمان الاجتماعي:   * - | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| اللقب الاسم الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط | | ذكر  أنثى |
| ما هي صلة هذا الشخص بك؟ | | تاريخ الميلاد: |
| مواطن أمريكي:  نعم  لا | رقم الضمان الاجتماعي:  SNAP-App-Seniors (Arabic)(Rev. 9/2018) 2  09-371-0918-05 | |

**معلومات مالية**

8. أخبرنا عن دخلك ودخل أي شخص يعيش معك.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نوع الدخل** | **المبلغ** | **وتيرة الحصول على هذا الدخل** (أسبوعي، نصف أسبوعي، شهري، إلخ) | **من هو صاحب هذا الدخل؟** |
| ضمان اجتماعي | $ | شهري |  |
| دخل الضمان التكميلي (SSI) | $ | شهري |  |
| راتب تقاعدي | $ |  |  |
| مخصصات محاربين قدامى | $ |  |  |
| تعويض عمّال | $ |  |  |
| أجر من وظيفة | $ |  |  |
| بطالة | $ |  |  |
| غير ذلك (يرجى التحديد) | $ |  |  |

9. ھل تحتاج إلی دفع تکالیف رعایة بالغ معال؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، كم تحتاج أن تدفع؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ كل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (أسبوع، شهر، سنة، إلخ)

10. هل تقود مركبة من وإلى مكان رعاية بالغ مُعال؟  نعم  لا

  إذا كانت الإجابة نعم، اذكر عنوان مقدم الرعاية \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

عدد المرات \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (أسبوع، شهر، سنة، إلخ)

11. هل تحتاج إلى دفع تكاليف طبية من مالك الخاص؟  نعم  لا

يمكن أن يشمل ذلك دفع أية تكاليف مشتركة، أو وصفات طبية، أو أدوية دون وصفة طبية، أو نظارات طبية، أو رعاية الأسنان، أو بطاريات لسمّاعات الأذن، وما إلى ذلك.

12. هل تقود مركبة من وإلى الطبيب أو الصيدلية؟  نعم  لا

  إذا كانت الإجابة نعم، اذكر عنوان الطبيب أو الصيدلية \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

عدد المرات \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (أسبوع، شهر، سنة، إلخ)

هل تحتاج إلى دفع ثمن انتظار المركبة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ دولار كل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (أسبوع، شهر، سنة، إلخ)

SNAP-App-Seniors (Arabic)(Rev. 9/2018) 3

09-371-0918-05

13. هل تحتاج إلى دفع إيجار؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، كم تحتاج أن تدفع من أجل:

الإيجار \_\_\_\_\_\_\_\_\_ دولار كل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (أسبوع، شهر، سنة، إلخ)

14. هل تملك المنزل الذي تعيش فيه؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، كم تحتاج أن تدفع لما يلي:

القرض العقاري \_\_\_\_\_\_\_\_\_ دولار كل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (شهر، سنة، إلخ)

التأمين على الممتلكات \_\_\_\_\_\_\_\_\_ دولار كل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (شهر، سنة، إلخ)

الضرائب العقارية \_\_\_\_\_\_\_\_\_ دولار كل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (شهر، سنة، إلخ)

رسوم الملكية العقارية المشتركة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ دولار كل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (شهر، سنة، إلخ)

15. هل تدفع لأي مما يلي؟

* التدفئة (النفط، والغاز، والكهرباء، والبروبان، الخ)  نعم  لا
* الكهرباء لمكيف الهواء  نعم  لا
* رسوم استخدام مكيف الهواء  نعم  لا
* الكهرباء و/أو الغاز  نعم  لا
* خدمة الهاتف أو الخدمة الهاتفية الخلوية  نعم  لا

**الكشف عن معلومات للشخص المساعد/المؤسسة المساعدة**

16. هل يساعدك أي شخص في التقدم بطلب للحصول على مخصصات SNAP؟ نحن ندعو هذا الشخص المُساعد/ المؤسسة المساعدة.  نعم  لا

هل ترغب في إعطاء هذا الشخص أو المؤسسة إذنا للتحدث إلى DTA ومشاركة المعلومات السرية ذات الصلة حول ملفك على مدار سنة واحدة من تاريخ توقيع هذا الطلب؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر المعلومات التالية الخاصة بهم:

اسم الشخص أو المؤسسة: رقم هاتف الشخص أو المؤسسة:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

عنوان الشخص أو المؤسسة:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SNAP-App-Seniors (Arabic)(Rev. 9/2018) 4

09-371-0918-05

**ملاحظة: لا يجوز للشخص المساعد أن يكمل المقابلة الخاصة بالطلب بالإنابة عن أسرتك.**

**الممثل المفوض**

17. هل ترغب في منح شخص ما إذنًا بما يلي:

* التوقيع على الطلب والنماذج الأخرى، والإبلاغ بالتغييرات، والتحدث معنا عن حالتك؟

نعم  لا

* الحصول على بطاقة EBT التي تسمح له أو لها بالتسوّق بالإنابة عنك باستخدام مخصصات SNAP الخاصة بك؟

نعم  لا

نحن ندعو هذا الشخص ممثلاً مفوضًا. إذا أجبت بنعم، يرجى ذكر البيانات التالية عنه:

|  |  |
| --- | --- |
| اللقب الاسم الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط | ذكر  أنثى |
| ما هي صلة هذا الشخص بك؟ | تاريخ الميلاد: |
| رقم هاتف هذا الشخص | |
| عنوانه | |
| توقيعه | |

**هام:** يتعين على الشخص الذي تختاره أن يقدم لنا إثبات الهوية. ويمكنك إلغاء أو تغيير هذا الطلب في أي وقت. يمكن الاستمرار في استخدام بطاقات EBT في حالة إعادة فتح الملف بعد إغلاقه. إذا كنت لا تريد للشخص الذي اخترته أن يحصل على المخصصات الخاصة بك ويستخدمها، احرص على إخبارنا لإلغاء بطاقتك. اتصل بالرقم 1-800-997-2555 لإلغاء بطاقة EBT أو بالرقم 1-833-712-8027 لإلغاء الممثل المفوض.

SNAP-App-Seniors (Arabic)(Rev. 9/2018) 5

09-371-0918-05

**إشعار الحقوق والمسؤوليات والعقوبات - يرجى القراءة بعناية**

أقّر بأنني قد قرأت، أو قرأ لي أحدهم، المعلومات المتضمنة في هذا الطلب، وأن إجاباتي على الأسئلة الواردة في هذا الطلب هي صحيحة وكاملة على حدّ علمي. كما أقّر أن المعلومات التي أقدمها إلى DTA أثناء المقابلة الشخصية الخاصة بالطلب وفي المستقبل هي كذلك صحيحة وكاملة على حدّ علمي. كما أفهم أن تقديم معلومات كاذبة أو مضللة يعتبر احتيال وغش، وأفهم كذلك أن أي تحريف أو حجب للحقائق للحصول على الأهلية لبرنامج SNAP يعتبر احتيال. ويسفر ذلك عن انتهاك متعمد للبرنامج (IPV) يستوجب فرض العقوبات المدنية والجنائية.

**أفهم أن إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) تدير برنامج SNAP، وأن DTA تستغرق 30 يوماً من تاريخ الطلب للعمل عليه. كما أفهم ما يلي:**

* يسمح قانون الغذاء والتغذية لعام 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) لـ DTA باستخدام رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بي والخاص بكل فرد من أفراد الأسرة التي أتقدم بطلب لأجلها. كما أن DTA تستخدم هذه المعلومات لتحديد أهلية أسرتي للحصول على SNAP، وأن DTA تتحقق من تلك المعلومات من خلال برامج مطابقة حاسوبية. وأفهم أن DTA تستخدمها في رصد الامتثال للوائح البرنامج.
* في معظم الأحيان، يتعين على الأسر التي تخضع لقواعد الإبلاغ المبسطة لبرنامج SNAP إحاطة DTA بأية تغييرات تتم في التقرير المرحلي (IR) ومن ثم إعادة التأهيل باستثناء ما يلي:
  + إذا كان دخل أسرتي يتجاوز حدّ الدخل الإجمالي
  + إذا كنت خاضعًا لمتطلبات عمل البالغ القادر جسديًا دون معالين (ABAWD) وانخفضت ساعات عملي إلى أقل من 20 ساعة أسبوعيًا
* إذا تلقت DTA معلومات مؤكدة عن أسرتي، قد يتغير مبلغ المخصصات الخاص بي
* إذا لم أكن خاضعًا لقواعد SNAP المبسطة للإبلاغ أو قواعد بدائل المخصصات الانتقالية (TBA)، يتعين أن أبلغ DTA بالتغييرات في أسرتي التي قد تؤثر على أهليتنا. وأفهم أنه يجب عليّ إبلاغ DTA بهذه التغييرات شخصياً، سواء خطياً عن طريق الهاتف **في غضون 10 أيام من التغيير**. علی سبیل المثال، یجب علیك الإبلاغ عن التغییرات في دخل الأسرة، أو حجمھا، أو عنوانھا.
* يحق لي التحدث إلى أحد المشرفين إذا وجدت DTA أنني غير مؤهل للحصول على مخصصات SNAP الطارئة في حالة اعتراضي على ذلك. قد أتحدث إلى أحد المشرفين إذا كنت مؤهلاً للحصول على مخصصات SNAP الطارئة ولكنني لم أحصل عليها حتى اليوم التقويمي السابع من تاريخ طلب الحصول علىSNAP. ويجوز لي أن أتحدث إلى أحد المشرفين إذا كنت مؤهلاً للحصول على مخصصات SNAP الطارئة ولكنني لم أحصل على بطاقة التحويل الإلكتروني EBT بحلول اليوم التقويمي السابع من تاريخ طلب الحصول على SNAP.
* يمكنني الحصول على المزيد من مخصصات SNAP إذا أبلغت وقدمت إثباتًا إلى DTA بما يلي:
  + تكاليف رعاية الطفل أو غير ذلك من تكاليف رعاية مُعال، أو تكاليف المأوى، و/أو تكاليف المرافق.
  + إعالة طفل مستوجبة قانونًا لشخص من غير أفراد الأسرة
* إذا كان عمري 60 عاماً أو أكثر، أو إذا كنت معاقاً وأدفع تكاليف طبية، ويمكنني الإبلاغ عن هذه التكاليف وإعطاء إثبات بها إلى DTA، بما قد يجعلني مؤهلاً للحصول على خصم وزيادة مخصصات SNAP الخاصة بي.
* باستثناء استيفائهم متطلبات الإعفاء، فإن جمیع متلقي SNAP الذین تتراوح أعمارھم بین 16 و 59 عاماً مسجلون للعمل ويخضعون لمتطلبات العمل العامة في برنامجSNAP. كما قد يخضع متلقو SNAP الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 49 عاماً لمتطلبات العمل الخاصة بـ ABAWD. وسوف تقوم DTA بإخطار أفراد الأسرة غير المعفيين بمتطلبات العمل، كما سوف تخطرهم بالاستثناءات والعقوبات الخاصة بعدم الامتثال.

SNAP-App-Seniors (Arabic)(Rev. 9/2018) 6

09-371-0918-05

* قد یشارك معظم متلقي SNAP طواعية في خدمات التدريب على التعليم والتوظيف من خلال برنامج SNAP Path to Work، وتمنح DTA الإحالات إلى برنامج SNAP Path to Work إذا كان ذلك مناسباً.
* قد تشارك DTA بأسماء ومعلومات الاتصال الخاصة بمتلقي SNAP إلى مزوّدي برنامج SNAP Path to Work لأغراض التوظيف. وأفهم أنه قد يتم الاتصال بأفراد من أسرتي من جانب أخصائي برنامج SNAP Path to Work التابع لـ DTA أو مزوّدي الخدمات المتعاقد معهم لاستكشاف خيارات المشاركة في برنامجSNAP Path to Work. للمزيد من المعلومات حول برنامجSNAP Path to Work، يرجى زيارة الموقع www.snappathtowork.org.

**أتفهم أن المعلومات التي أعطيها مع طلبي سوف تخضع للتحقق لتحديد ما إذا كانت صحيحة من عدمه. وفي حال ثبت عدم صحتها، يجوز لـ** DTA **أن ترفض إعطائي مخصصاتSNAP. وقد أتعرض كذلك للمقاضاة الجنائية بسبب تقديم معلومات كاذبة.**

أفهم أنه بالتوقيع على هذا الطلب أعطي DTA إذناً للتحقق والتحري عن المعلومات التي أقدمها فيما يتعلق بأهليتي للحصول على مخصصات SNAP، بما في ذلك الإذن للقيام بما يلي:

* الحصول على وثائق لإثبات المعلومات المتضمنة في هذا الطلب مع أجهزة أخرى في الولاية، أو جهات فيدرالية، أو سلطات الإسكان المحلية، وإدارات المعونات خارج الولاية، والمؤسسات المالية، ومن إكويفاكس وركفورس سوليشونز Equifax Workforce Solutions. كما أنني أعطي الإذن لتلك الأجهزة والوكالات لتزويد DTA بالمعلومات عن أسرتي فيما يتعلق بمخصصات SNAP الخاصة بي.
* إذا كان ذلك منطبقًا، التحقق من وضع الهجرة الخاص بي من خلال دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية (USCIS)، وأفهم أن DTA قد تتحقق من USCIS بشأن المعلومات الواردة في طلب الحصول على مخصصات SNAP الخاص بي. وأية معلومات ترِد من USCIS قد تؤثر على أهلية أسرتي ومبلغ مخصصات SNAP.
* مشاركة المعلومات عنّي وعن الذين أعولهم تحت سن 19 عاماً مع إدارة التعليم الابتدائي والثانوي (DESE)، والتي سوف تدرج المعالين من قبلي في برامج الإفطار والغداء في المدرسة.
* مشاركة المعلومات عنّي، وعن الذين أعولهم تحت سن خمس (5) سنوات، وأية سيدة حامل في أسرتي مع وزارة الصحة العامة (DPH)، وتحيل DPH هؤلاء الأفراد إلى برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) لخدمات التغذية.
* مشاركة المعلومات مع مكتب ماساتشوستس التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية حول أهليتي للحصول على مخصصات SNAP مع شركات الكهرباء، وشركات الغاز، وشركات الهاتف والكابلات المؤهلة للحصول على شهادة تأهلي للحصول على أسعار مخفضة لتلك المرافق.
* مشاركة معلوماتي مع دائرة الإسكان والتنمية المجتمعية (DHCD) بغرض تسجيلي في برنامج التدفئة والطعام (Heat & Eat).

يجوز لـ DTA أن ترفض أو توقف أو تخفّض مخصصاتي على أساس المعلومات منEquifax Workforce Solutions. ولي الحق في الحصول على نسخة مجانية من تقرير Equifax الخاص بي بناء على طلب مني بذلك، في غضون 60 يوماً من قرار DTA. ولديّ الحق في التشكيك في دقة أو اكتمال المعلومات الواردة في تقريري. ويجوز لي الاتصال بـ Equifax على العنوان التالي:

Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 6314

أو الاتصال على الرقم المجاني 1-800-996-7566.

أفهم أنني سوف أحصل على نسخة من كتيب "حقك في المعرفة" وكتيب برنامجSNAP. وسوف أقرأ تلك الكتيبات، بنفسي أو عن طريق شخص آخر، ويجب أن أفهم محتوياتها وحقوقي ومسؤولياتي. وفي حال كان لديّ أي استفسارات حول الكتيبات أو أي من تلك المعلومات، فسوف أتصل بـ DTA. وإذا وجدت صعوبة في قراءة أو فهم أي من هذه المعلومات، سوف اتصل بـ DTA على الرقم 1-877-382-2363.

SNAP-App-Seniors (Arabic)(Rev. 9/2018) 7

09-371-0918-05

وأقسم أن جميع أفراد أسرتي في برنامج SNAP الطالبين لمخصصات SNAP هم إما مواطنين أمريكيين أو غير مواطنين مقيمين بشكل قانوني.

**الحق في التسجيل للتصويت**

أفهم أن لديّ الحق في التسجيل للتصويت لدى DTA، وأن DTA سوف تساعدني في إكمال طلب تسجيل الناخب إذا أردت المساعدة. ويُسمح لي بملء استمارة طلب تسجيل الناخب على انفراد.

وأفهم أن التقدم بطلب للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت لن يؤثر على مقدار المخصصات التي أحصل عليها من DTA.

**العقوبات التحذيرية لبرنامج SNAP**

أفهم أنه إذا تعمّدت، أنا أو أي فرد من أفراد أسرتي في برنامج SNAP، مخالفة أي من القواعد المذكورة أدناه، فإنني أو ذلك الشخص لن يكون مؤهلاً للحصول على مخصصات SNAP فترة *سنة واحدة* بعد المخالفة الأولى، *وسنتين* بعد المخالفة الثانية، *وإلى الأبد* بعد المخالفة الثالثة. وقد يخضع ذلك الشخص لغرامة تصل إلى 250,000 دولار أمريكي، أو قد يواجه عقوبة السجن لمدة تصل إلى 20 سنة، أو كليهما. كما قد يتم مقاضاة ذلك الشخص بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات الأخرى السارية. وهذه القواعد هي:

* عدم تقديم معلومات كاذبة أو إخفاء معلومات للحصول على مخصصاتSNAP.
* عدم المتاجرة بمخصصات SNAP أو بيعها.
* عدم تغيير بطاقات EBT للحصول على مخصصات SNAP لا تحق لك.
* عدم استخدام مخصصات برنامج SNAP لشراء سلع غير مصرح بها، مثل المشروبات الكحولية والتبغ.
* عدم استخدام مخصصات SNAP أو بطاقة EBT، إلا إذا كنت ممثلاً مفوضًا.

وأتفهم أيضا العقوبات التالية:

* الأفراد الذين يرتكبون انتهاك عمدي (IPV) لأي **برنامج نقدي** يصبحون غير مؤهلين للحصول على مخصصات SNAP لنفس الفترة التي يكون الفرد فيها غير مؤهل للحصول على المساعدة النقدية.
* الأفراد الذيم يقدمون بيانات مزورة حول هوياتهم أو أماكن إقامتهم للحصول على مخصصات SNAP بشكل متعدد *في نفس الوقت* يصبحون غير مؤهلين للحصول على مخصصات SNAP لفترة ***عشر سنوات***.
* الأفراد الذين يتاجرون (بالشراء أو البيع) في مخصصات SNAP للحصول على مواد خاضعة للمراقبة / عقاقير غير مشروعة، سوف يصبحون غير مؤهلين للحصول على مخصصات SNAP لفترة ***عامين*** عند الاكتشاف الأول ***وإلى الأبد*** عند الاكتشاف الثاني.
* الأفراد الذين يتاجرون (بالشراء أو البيع) في مخصصات SNAP للحصول على أسلحة نارية وذخائر ومتفجرات، سوف يصبحون غير مؤهلين للحصول على مخصصات SNAP ***إلى الأبد***.
* الأفراد الذين يتاجرون (بالشراء أو البيع) في مخصصات SNAP التي تبلغ قيمتها 500 دولار أو أكثر، سوف يصبحون غير مؤهلين للحصول على مخصصات SNAP ***إلى الأبد***.
* يجوز للولاية اتهام أي شخص بالانتهاك المتعمد للبرنامج (IPV) متى عمد هذا الشخص إلى عرض بيع مخصصات SNAP أو بطاقة EBT عبر الإنترنت أو بشكل شخصي.
* الأفراد الذين يفرون لتجنب المقاضاة أو الحبس أو الحجز بعد الإدانة بجناية، أو ينتهكون قواعد المراقبة أو الإفراج المشروط، هم أشخاص *غير مؤهلين* للحصول على SNAP.
* لا يسمح بدفع ثمن المواد الغذائية المشتراة على الحساب وقد يسفر هذا عن الاستبعاد من برنامج SNAP.
* لا يجوز للأفراد شراء منتجات باستخدام SNAP بقصد إفراغها وإرجاع الحاويات في مقابل النقود.

SNAP-App-Seniors (Arabic)(Rev. 9/2018) 8

09-371-0918-05

**الحق في الحصول على مترجم فوري**

أفهم أن لدي الحق في الحصول على مترجم فوري من DTA إذا لم يكن بوسع أي من البالغين في أسرتي المسجلة في SNAP قادرًا على التحدث باللغة الإنجليزية أو فهمها. كما أفهم أنه بوسعي الحصول على مترجم في أي جلسة استماع عادلة تتعلق بـ DTA أو جلب مترجم من جانبي. وفي حال كنت بحاجة إلى مترجم فوري لجلسة استماع، يتعين عليّ الاتصال بشعبة الجلسات بمدة أسبوع واحد على الأقل قبل تاريخ جلسة الاستماع.

**بيان عدم التمييز**

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لدى وزارة الزراعة الأمريكية Department of Agriculture (USDA)، فإنه يُحظر على USDA، ووكالاتها، ومكاتبها، وموظفيها، والمؤسسات المشاركة في برامج USDA أو القائمة إدارتها ممارسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو النوع، أو العقيدة الدينية، أو الإعاقة، أو السن، أو المعتقدات السياسية، أو الانتقام، أو الثأر عن نشاط سابق في الحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تنفّذه USDA أو تموله.

يتعين على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (مثل طريقة برايل، أو الطباعة بأحرف كبيرة، أو التسجيلات الصوتية، أو لغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) الاتصال بالوكالة (بالولاية أو الوكالة المحلية) حيث يتقدمون بطلبات الحصول على المخصصات. ويمكن للأفراد المصابين بالصمم أو يعانون من ضعف السمع أو من صعوبات في التحدث الاتصال بالوزارة USDA من خلال خدمة المساندة الفيدرالية على الرقم (800) 877-8339. وعلاوة على ذلك، يمكن توفير المعلومات الخاصة بالبرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى ضد التمييز بشأن البرنامج ، يرجى إكمال استمارة شكوى التمييز بشأن برامج USDA (AD-3027) المتاحة على شبكة الانترنت عبر الرابط: http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html، وفي أي من مكاتب USDA، أو توجيه رسالة خطية إلى USDA تتضمن جميع المعلومات المطلوبة في الاستمارة. لطلب استمارة الشكوى، اتصل بالرقم (866) 632-9992، قدم استمارات المستوفاة أو خطابك إلى USDA عن طريق:

(1) البريد:

U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410

(2) الفاكس على الرقم: (202) 690-7442؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

تتقيد هذه المؤسسة بتقديم فرص متكافئة.

|  |
| --- |
| **Finger Pointing imageتوقيع مقدم الطلب: بالتوقيع على هذا الطلب، أشهد وأقّر بأنني أفهم وأوافق على "الحقوق والمسؤوليات والعقوبات"**  **توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

SNAP-App-Seniors (Arabic)(Rev. 9/2018) 9

09-371-0918-05