

ماساتشوستس تقديم الطلب لمخصصات سناب (SNAP)

كيف أقدم طلبًا للحصول على مخصصات سناب؟

- قم بالتحميل إلى [DTA Connect](#)
- أرسل بالفاكس إلى الرقم 617-887-8765
- أرسل بالبريد إلى DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420
- قم بإجراء المسح الضوئي في مكتب DTA المحلي

الاسم الأخير:	الاسم الأول:	الاسم الأوسط:
عنوان المنزل:	المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	
العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا):	المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	
رقم الهاتف:	هل أنت مشردًا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
قد تُرسل إليك DTA رسائل نصية عن تواريخ الاستحقاق ومعلومات عن الملف ومواعيد إغلاق المكاتب وغيرها من المعلومات المهمة. يُرجى ملاحظة أنه قد تُطبق رسوم إرسال الرسائل والبيانات. في حالة عدم رغبتك في أن تُرسل DTA إليك رسائل، يُرجى وضع علامة على هذا المربع: <input type="checkbox"/>		
من خلال التوقيع، أنا أوافق على ما يلي: • لقد قرأت هذا النموذج بالكامل (أو قُرا على مسامعي بلغة أفهمها)، بما في ذلك القسم المتعلق بالحقوق والمسؤوليات، وأني أدرك أنه يجب على الالتزام بهذه القواعد. • المعلومات التي أقدمها صحيحة وكاملة على حد علمي. • قد أتعرض للسجن أو قد يُفرض علي دفع غرامات في حال قدمت معلومات خاطئة أو غير مكتملة عن قصد. • قد تتحقق (تراجع) DTA والمسؤولين الآخرين الفدراليين والحكوميين والمحليين من أي معلومات أقدمها.		
التوقيع:	التاريخ:	

- سيُقبل طلبك إذا كان متضمنًا اسمك والعنوان (إذا وجد)، والتوقيع.
- في حالة الموافقة على الطلب، سيتم إصدار مخصصات سناب بالتاريخ الذي استلمت فيه DTA طلبك.
- اتصل بنا في أي وقت في الفترة بين 8:15 صباحًا إلى 4:45 عصرًا من الاثنين إلى الجمعة على الرقم 877-382-2363، لإجراء مقابلة.

قد تحصل على مخصصات سناب في غضون 7 أيام في أي من الحالات التالية:

- إذا كان مجموع دخلك ورصيدك في البنك أقل من نفقات الإسكان الشهرية لديك، أو
- إذا كان دخلك الشهري أقل من 150 دولار، ويبلغ رصيدك في البنك 100 دولار أو أقل، أو
- إذا كنت عاملاً مهاجرًا ويبلغ رصيدك في البنك 100 دولار أو أقل.

هل تتوفر لديك بطاقة التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT) في ماساتشوستس؟ نعم لا

ستظل بطاقات EBT قابلة للاستخدام في حالة إعادة فتح الملف بعد إغلاقه. في حالة عدم توفر بطاقة EBT لديك، يمكننا أن نرسل إليك بطاقة عبر البريد أو نطبع لك واحدة في أي مكتب محلي. يمكنك الحصول على بطاقة EBT قبل أن نقرر أهليتك، حتى تتمكن إذا كنت مؤهلاً من استخدام مخصصاتك بمجرد أن تتوفر. عندما تحصل على بطاقة EBT، ستستلم أيضًا المزيد من المعلومات عن كيفية استخدامها.



إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بسبب إعاقة، يمكننا توفير ترتيبات تيسيرية لك لتسهيل أعمالك معنا. اتصل على الرقم 1-877-382-2363 للسؤال عن الترتيبات التيسيرية.



هل أنت شخص لديه إعاقة؟

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تحديد نوع/
أنواع الإعاقة:

بدنية

ذهنية/ إدراكية

سمعية

نفسية/ صحة نفسية

بصرية

غير ذلك:

ما هي طريقتك المفضلة في التواصل؟

شخصياً

خدمات ترجمة لغة الإشارة عبر الفيديو (VRS)

الهاتف

رقم هاتف خدمة VRS: _____

هل صادقت ولاية ماساتشوستس على أن لديك إعاقة؟

نعم لا

معلومات عنك

هل أنت حامل؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	النوع: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	تاريخ الميلاد:	رقم الضمان الاجتماعي:
ما هي اللغة التي تفضل التحدث بها؟ _____		هل أنت مواطن أمريكي؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	ملاحظة: لن يتعين على غير المواطنين ممن لا يقدمون طلبًا للانضمام لبرنامج سناب، تقديم رقم الضمان الاجتماعي أو حالة المواطنة الخاصة بهم.
ما هو عرقك؟*			
<input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي إفريقي	<input type="checkbox"/> أمريكي هندي أو من سكان الأسكا الأصليين	<input type="checkbox"/> أسوي	<input type="checkbox"/> ما هي إثنتك؟*
<input type="checkbox"/> هسباني أو لاتيني	<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو سكان جزر المحيط الهادي الأخرى	<input type="checkbox"/> لست هسباني أو لاتيني	
* لن تؤثر إجاباتك على أهليتك. نحن نطرح هذه الأسئلة للتأكد من أن الجميع يُعاملون بإنصاف بغض النظر عن العرق أو اللون أو الأصل القومي. أتركها فارغة إذا كنت تفضل عدم الإجابة. لن يتعين على غير المواطنين ممن لا يقدمون طلبًا للانضمام لبرنامج سناب، تقديم رقم الضمان الاجتماعي أو حالة المواطنة الخاصة بهم.			

أفراد الأسرة المعيشية

هل يعيش معك أشخاص آخرون؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>					
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تعبئة القسم أدناه. قم فقط بذكر الأطفال دون سن 22 عامًا، أو الزوج/ الزوجة، أو أي أشخاص آخريين يساهمون في شراء وإعداد معظم الوجبات معك، أو جميع هؤلاء الأشخاص.					
الاسم	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	ما العلاقة بك؟	هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟	هل هذا الشخص متقدم لمخصصات سناب؟
				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
				لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

الدخل المكتسب

هل عمل أي شخص خلال الـ 60 يومًا الماضية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تعبئة القسم أدناه.

الدخل الكلي للأربع أسابيع الأخيرة	التكرار	صاحب العمل	نوع الدخل	الشخص الذي لديه دخل
	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> غير ذلك:		<input type="checkbox"/> الرواتب <input type="checkbox"/> عمل للحساب الخاص <input type="checkbox"/> غير ذلك:	
	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> غير ذلك:		<input type="checkbox"/> الرواتب <input type="checkbox"/> عمل للحساب الخاص <input type="checkbox"/> غير ذلك:	
	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> غير ذلك:		<input type="checkbox"/> الرواتب <input type="checkbox"/> عمل للحساب الخاص <input type="checkbox"/> غير ذلك:	

دخل آخر

هل يحصل أي شخص على أي نوع آخر من الدخل مثل تعويض البطالة أو إعالة الطفل أو الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان التكميلي (SSI) أو تعويض العاملين أو معونة المحاربين القدامى أو المعاشات أو إيرادات الإيجار؟
 نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تعبئة القسم أدناه.

المبلغ الإجمالي	التكرار	نوع الدخل	الشخص الذي لديه دخل
	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> غير ذلك:		
	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> غير ذلك:		
	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> غير ذلك:		

تكاليف المأوى

هل تتحمل الأسرة المعيشية مسؤولية سداد تكاليف المأوى؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تعبئة القسم أدناه.

النوع:	المبلغ:	التكرار:
<input type="checkbox"/> الإيجار	_____ دولار	<input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> ربع سنوي <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> غير ذلك:
<input type="checkbox"/> رهن عقاري	_____ دولار	<input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> ربع سنوي <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> غير ذلك:
<input type="checkbox"/> الضرائب العقارية*	_____ دولار	<input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> ربع سنوي <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> غير ذلك:
<input type="checkbox"/> التأمين على المنزل*	_____ دولار	<input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> ربع سنوي <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> غير ذلك:
<input type="checkbox"/> رسوم المنزل في المجمع السكني	_____ دولار	<input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> ربع سنوي <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> غير ذلك:
<input type="checkbox"/> غير ذلك:	_____ دولار	<input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> ربع سنوي <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> غير ذلك:

* اترك خانتي الضرائب العقارية والتأمين على المنزل فارغتين، في حال كانت مشمولة ضمن مبالغ الرهن العقاري.

تكاليف المرافق

هل تتحمل الأسرة المعيشية مسؤولية سداد تكاليف المرافق كمبلغ منفصل عن تكاليف المأوى؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تعبئة القسم أدناه.

<input type="checkbox"/> التدفئة (النفط أو الغاز أو الكهرباء أو البروبين وغيرها)	<input type="checkbox"/> الكهرباء أو الغاز أو الماء أو الصرف الصحي أو جمع القمامة أو جميعهم
<input type="checkbox"/> الكهرباء من أجل استخدام مكيف الهواء في فصل الصيف	<input type="checkbox"/> خدمة الهاتف المنزلي أو الهاتف النقال (بما في ذلك الخدمات مسبقة الدفع)
<input type="checkbox"/> رسوم من أجل استخدام مكيف الهواء في فصل الصيف	

تكاليف إعالة مُعال

هل يتحمل أي شخص مسؤولية سداد تكاليف رعاية شخص بالغ أو طفل؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تعبئة القسم أدناه.

اسم الطفل أو المُعال	المبلغ المدفوع	التكرار
_____	دولار _____	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> غير ذلك:
_____	دولار _____	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> غير ذلك:
_____	دولار _____	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> غير ذلك:
_____	دولار _____	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> غير ذلك:

هل يسافر أي شخص من مكان مقدم الرعاية للمُعال أو إليه أو كليهما؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تعبئة القسم أدناه.

اسم المُعال	عنوان موفر الرعاية الأولية	عدد جولات السيارة في الأسبوع		في حالة عدم القيادة: تكلفة استخدام وسائل النقل العامة أو سيارة الأجرة أو النقل المكوكي وغيرها
		من	إلى	

التكاليف الطبية

هل يتحمل أي شخص يزيد عمره عن 60 عامًا أو مصاب بإعاقة أو كليهما نفقات طبية من ماله الخاص؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تعبئة القسم أدناه.

الاسم

نوع التكلفة

التكلفة الإجمالية في الشهر

الرعاية الطبية التأمين الصحي
 العناية بالأسنان غير ذلك (أدوية من دون وصفة طبية أو مستلزمات طبية وغيرها)
 الأدوية

الرعاية الطبية التأمين الصحي
 العناية بالأسنان غير ذلك (أدوية من دون وصفة طبية أو مستلزمات طبية وغيرها)
 الأدوية

الرعاية الطبية التأمين الصحي
 العناية بالأسنان غير ذلك (أدوية من دون وصفة طبية أو مستلزمات طبية وغيرها)
 الأدوية

ملاحظة: يمكنك الحصول على مبالغ مقابل التكاليف المسؤول عن سدادها، حتى إذا كنت متخلفًا عن السداد أو غير قادر على السداد. تتضمن التكاليف الطبية المبلغ الذي يتحمله المشترك والأدوية بوصفات طبية والأدوية من دون وصفات طبية والتأمين الصحي والفواتير الطبية وأجور التنقل وغيرها.

هل يذهب أي شخص إلى مكان الرعاية الطبية أو يعود منه أو كليهما (مثل صيدلية أو طبيب أو معالج أو ما إلى ذلك)؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تعبئة القسم أدناه.

تكلفة ركن السيارة، أو استخدام وسائل النقل العامة أو سيارة الأجرة أو النقل المكوكي وما إلى ذلك	عدد جولات السيارة في الأسبوع		عنوان مقدم الرعاية الصحية	الاسم
	من	إلى		

برنامج العمل التابع لسناب

هل يشارك أي شخص في برنامج تدريبي لمدة 80 ساعة على الأقل شهريًا؟
إن كانت الإجابة نعم، مَن؟

نعم لا

هل يعمل أي شخص مقابل الحصول على البضائع والخدمات (العمل العيني)؟
إن كانت الإجابة نعم، مَن؟

نعم لا

هل يشارك أي شخص في تدريب غير مدفوع الأجر؟
إن كانت الإجابة نعم، مَن؟

نعم لا

هل يتطوع أي شخص؟
إن كانت الإجابة نعم، مَن؟

نعم لا

برنامج سناب في ولاية أخرى

هل حصل أي شخص على مخصصات سناب من خارج ولاية ماساتشوستس خلال الـ 30 يومًا الماضية؟
نعم لا

إن كانت الإجابة نعم، مَن؟

المساعدة في تقديم الطلب

هل ترغب في منحنا الإذن بالتواصل مع شخص أو وكالة ما في حالة عدم قدرتنا على التواصل معك عبر الهاتف؟*
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تعبئة القسم أدناه.

نعم لا

اسم الشخص أو الوكالة: _____

رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

*نحن نطلق على هذا تسمية، شخص مُساعد / وكالة مُساعدة. لن يسري هذا الدور إلا خلال فترة تقديم الطلب.

تحويل بالإفصاح عن المعلومات

هل ترغب في منح الإذن لشخص أو وكالة بالتحدث مع DTA والحصول على المعلومات السرية ذات الصلة بملفك؟*
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تعبئة القسم أدناه.

نعم لا

اسم الشخص أو الوكالة: _____

رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

* لا يجوز لمن يقوم بهذا الدور الإبلاغ عن التغييرات أو إجراء مقابلات. تنتهي صلاحية الإذن بعد عام واحد.

الممثل المخول لتعاملات شهادة الأهلية

هل ترغب في منح وكالة أو شخص تثق به الإذن بالتوقيع على النماذج والإبلاغ عن التغييرات، وإجراء المقابلات، والتحدث معنا بخصوص ملفك؟*
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تعبئة القسم أدناه.

نعم لا

اسم الشخص أو الوكالة: _____

رقم الهاتف: _____

رقم التعريف الفدرالي لصاحب العمل (الوكالة فقط): _____

* يسري الإذن إلى حين إلغائه.

الممثل المخول لمعاملات EBT

هل ترغب في منح شخص تثق به الإذن بالحصول على بطاقة EBT لتسوق المنتجات الغذائية من أجلك باستخدام مخصصات سناب الخاصة بك؟*
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تعبئة القسم أدناه.

نعم لا

اسم الشخص: _____

رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

* يجب التحقق من الهوية قبل إصدار البطاقة. يسري الإذن إلى حين إلغائه.

• إذا أردت إلغاء بطاقة EBT التي يستخدمها ممثل مخول، اتصل بالرقم 1-800-997-2555.

• إذا أردت إلغاء أيّ من الأدوار المذكورة أعلاه، اتصل بالرقم 1-877-382-2363.

ما الذي سيحدث بعد ذلك؟

يرجى الاحتفاظ بالصفحات التالية في سجلاتك.

			
البقاء على اتصال	الحصول على مخصصات سناب	إرسال الإثباتات	مكالمة هاتفية
قم بزيارة موقع DTACConnect.com، أو استخدم تطبيق DTA Connect على الهاتف النقال أو اتصل بخط المساعدة DTA Assistance على الرقم 1-877-382-2363 للتحقق من حالة الملف، وتحديث المعلومات في الملف، ورفع المستندات، بالإضافة إلى أمور أخرى.	سنرسل إليك عبر البريد خطاب القرار في غضون 30 يومًا. في حالة الموافقة على الطلب، سنضيف المخصصات إلى بطاقة EBT الخاصة بك. في حالة رفض الطلب، سنُعلمك بالسبب.	إذا دعت الحاجة، سنقدم لك قائمة بالمستندات الواجب إرسالها حتى نتحقق من أهليتك. ستتاح لك مدة 30 يومًا بدءًا من تاريخ تقديم الطلب لكي ترسل إلينا المستندات. يرجى إخبارنا إذا كنت بحاجة إلى الحصول على مساعدة.	سننتصل بك لإجراء مقابلة. في حالة عدم قدرتنا على التواصل معك، سنرسل إليك خطابًا عبر البريد يتضمن موعدًا مجدولًا لإجراء المقابلة عبر الهاتف. يمكنك أيضًا الاتصال بنا على الرقم 1-877-382-2363، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:15 إلى 4:45 لإجراء مقابلة.

إذا كنت ترغب في الحصول على المزيد من المعلومات أو كنت بحاجة إلى المساعدة، اتصل بالرقم **1-877-382-2363** أو قم بزيارة Mass.gov/DTA.

موارد إضافية

برنامج SNAP-Ed : قم بزيارة الموقع الإلكتروني للتوعية التغذوية لدى سناب على MAhealthyfoodsinasnap.org للعثور على وصفات صحية ونصائح للطبخ وسبل لإبقاء عائلتك نشطة.	برنامج SNAP Path to Work : اطلع على مقدمي الوظائف والتدريب، من خلال الذهاب إلى موقع SNAPpathtowork.org . ملاحظة: تتوفر هذه الخدمة لمنتفعي سناب فقط
مشروع الخبز (Project Bread) : اتصل بالخط الساخن لمصدر الطعام في برنامج Bread على الرقم 1-800-645-8333 للعثور على مصادر محلية للطعام.	ماساتشوستس 1-1-2 : اتصل بالرقم 211 للعثور على برامج عن الصحة والخدمات الإنسانية في منطقتك.

خيارات تقديم الإثباتات

- يمكنك استخدام قائمة التحقق هذه لإرسال الإثباتات مع هذا الطلب. سيساعدنا هذا في استكمال طلبك على نحو أسرع.
- إذا لم تتوفر لديك جميع مستندات الإثبات، لا تتأخر في إرسال طلبك. يمكنك إرسالها في وقت لاحق.
- للمزيد من المعلومات، قم بزيارة الموقع الإلكتروني [Mass.gov/SNAPverifications](https://www.mass.gov/SNAPverifications).

في حالة حصول أي من أفراد الأسرة المعيشية على دخل مكتسب، أرسل إلينا ما يُثبت إجمالي الدخل (قبل اقتطاع الضرائب) عن الأربعة أسابيع الماضية، مثل:

- قسائم الرواتب أو كشف المدفوعات
- ما يُثبت أي مبلغ حصلت عليه وساعات العمل
- في حالة العمل للحساب الخاص، أرسل مستندات العمل التجاري التي توضح الدخل ونفقات العمل التجاري، مثل:
 - الجدول ج (Schedule C) في (نموذج 1040 IRS)
 - نموذج 1099 أو أي سجل ضريبي آخر
 - سجلات أخرى مثل الفواتير أو الكشوفات أو الإيصالات التي توضح دخلك أو نفقات العمل التجاري أو كليهما

في حالة حصول أي من أفراد الأسرة المعيشية على دخل غير مكتسب، أرسل إلينا ما يُثبت المبلغ الشهري، مثل:

- خطاب بالمخصصات أو المنح
 - بيان من الوكالة التي تقوم بتسديد الدفعات
- ملاحظة: يمكننا في الغالب التحقق ذاتيًا من مبالغ الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان التكميلي (SSI) أو مخصصات إعالة الطفل المقدمة من إدارة الإيرادات (DOR) أو مخصصات تعويض البطالة في ماساتشوستس. سنُعلمك إذا كنت بحاجة إلى إرسال ما يُثبت أي مما يلي.

لتقييم ما يُثبت الإقامة في ماساتشوستس، يمكنك تقديم أحد المستندات التالية:

- إيصال إيجار أو عقد إيجار أو نموذج إثبات من المالك
- سند ملكية أو بيان بالرهن العقاري أو فاتورة مرافق عامة أو سجل الناخبين
- نموذج إثبات الإسكان المشترك أو بيان من شخص يعيش معك

في حالة سداد أي من أفراد الأسرة المعيشية لمبالغ إعالة الطفل، يرجى إرسال ما يلي:

- ما يُثبت الالتزام القانوني بسداد إعالة الطفل (مثل أمر المحكمة) و
- ما يُثبت المبالغ المُسددة في الفترة الأخيرة

في حالة كون أحد أفراد الأسرة المعيشية المقدمين لطلب الحصول على المخصصات من غير مواطني الولايات المتحدة، يرجى

إرسال ما يُثبت حالة عدم المواطنة، مثل:

- بطاقة الإقامة الدائمة ("جرين كارد")
- بطاقة التحويل بالعمل
- بطاقة الإقامة المؤقتة
- سجل الوصول والمغادرة (I-94)
- ختم جواز السفر
- مستند آخر يوضح حالة الهجرة الحالية أو قيد النظر
- بيان من محام مختص في شؤون الهجرة عن الحالة الحالية أو قيد النظر

في حالة كان أحد أفراد الأسرة المعيشية من كبار السن أو مصاب بإعاقة أو كليهما ويسدد ما لا يقل عن 35 دولارًا شهريًا كنفقات

طبية، يرجى إرسال ما يُثبت النفقات (مثل الفواتير أو الكشوفات أو الإيصالات). يمكن التصريح الذاتي عن بعض تكاليف التنقلات الخاصة بالأموال الطبية.

- مراقبة الامتثال لقواعد البرنامج.
 - تحصيل الأموال إذا ادعت إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) أنني حصلت على إعانات لم أكن مؤهلاً لها.
 - مساعدة وكالات إنفاذ القانون في القبض على الأشخاص المختبئين من القانون.
- أدرك أنني لست مضطراً إلى منح إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لأي شخص غير مواطن في أسرتي، بما في ذلك شخصي، الذي لا يرغب في الحصول على إعانات. قد يُحتسب دخل الشخص غير المواطن حتى لو لم يحصل على إعانات.

الحق في اخدمات مترجم فوري

أدرك أن:

- لدي الحق في الحصول على مترجم فوري محترف توفره إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) إذا كنت أفضل التواصل بلغة أخرى غير الإنجليزية.
- إذا كانت لدي جلسة استماع بإدارة المساعدة الانتقالية (DTA)، يمكنني أن أطلب من إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) أن تأتي بمترجم محترف بالمجان، أو أن أحضر شخصاً ليترجم لي، إذا فضلت ذلك. إذا كنت بحاجة إلى إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) لتعطيني مترجماً فوراً لجلسة استماع، علي أن أتصل بقسم جلسات الاستماع (Division of Hearings) أسبوعاً واحداً على الأقل قبل موعد جلسة الاستماع.

الحق في التسجيل للتصويت

أدرك أن:

- لدي الحق في التسجيل للتصويت من خلال إدارة المساعدة الانتقالية (DTA).
- ستساعدني إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) في ملء استمارة طلب تسجيل الناخبين إذا رغبت في المساعدة.
- يمكنني ملء استمارة تسجيل الناخبين على انفراد.
- لن يؤثر التقديم للتسجيل للتصويت أو رفضه على إعانات إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) التي أتلقاها.

فرص التشغيل

- أوافق على أنه يجوز لإدارة المساعدة الانتقالية (DTA) مشاركة اسمي ومعلومات الاتصال الخاصة بي مع مزودي التشغيل والتدريب، بما في ذلك:
- مزودو طريق الشغل (Path Work) ببرنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) أو متخصصو إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) لعملاء برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP)؛ و
 - مقدمو التشغيل والتدريب التعاقدية أو أعمال التشغيل الكامل لعملاء المساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال تحت الإعالة (TAFDC).
- يجوز لعملاء برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) المشاركة طوعية في خدمات التعليم والتدريب على التشغيل من خلال برنامج طريق الشغل (Path Work) ببرنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP).

وضع المواطنة

أقسم أن جميع أفراد أسرتي الذين يتقدمون للحصول على إعانات إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) هم إما مواطنين أمريكيين أو غير مواطنين مقيمين بشكل قانوني.

برنامج الاعانة الغذائية التكميلية

أدرك أن:

- إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) تدير برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) في ماساتشوستس.
- عندما أقدم طلباً إلى إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) (عن طريق الهاتف أو عبر الإنترنت أو شخصياً أو بالبريد أو الفاكس)، فإن أمام إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) 30 يوماً من تاريخ توصلها بطلبي لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً أم لا.
 - إذا كنت مؤهلاً للحصول على الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) العاجلة (الطارئة)، يتعين على إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) إعطائي الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) والتأكد من أن لدي بطاقة التحويل إلكتروني للإعانات (EBT) في غضون 7 أيام من تاريخ تلقي طلبي.
 - لدي الحق في التحدث إلى المشرف على إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) إذا:
 - قلت إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) أنني لست مؤهلاً للحصول على مساعدات الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) الطارئة، وأنا لا أوافق.
 - أنا مؤهل للحصول على مساعدات الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) الطارئة، لكنني لا أتلقى إعاناتي بحلول اليوم السابع بعد التقدم بطلب للحصول على الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP).

▪ أنا مؤهل للحصول على مساعدات الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) الطارئة ولكني لا أحصل على بطاقة التحويل لإلكتروني للاعانات (EBT) بحلول اليوم السابع بعد أن تقدمت بطلب للحصول على الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP).

• عندما أحصل على الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP)، يتعين علي استيفاء بعض القواعد: عند الموافقة على استفادتي من برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP)، ستعطيني إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) نسخة من كتيب «اعرف حقوقك» (Your Right to Know) وكتيب برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP). سأقرأ الكتيبات أو سأطلب من أحد قراءتها لي. إذا كان لدي أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة في قراءة أو فهم هذه المعلومات، يمكنني الاتصال بإدارة المساعدة الانتقالية (DTA) على الرقم 1-778-283-3632.

• إخبار إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) بشأن التغييرات في أسرتي:

- إذا كنت أسرة بتقرير مبسط في برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP)، لا يتعين علي الإبلاغ عن معظم التغييرات لإدارة المساعدة الانتقالية (DTA) حتى يحين موعد التقرير المؤقت أو إعادة الاعتماد. الأشياء الوحيدة التي يجب علي الإبلاغ عنها عاجلاً هي:
 - إذا تجاوز دخل أسرتي عتبة الدخل الإجمالي (المدرج في إشعار الموافقة الخاص بي).
 - يجب علي الإبلاغ بهذا بحلول اليوم العاشر من الشهر الذي يلي الشهر الذي تجاوز فيه دخلي العتبة.
 - إذا كان علي استيفاء قواعد العمل للكبار القادرين على العمل دون أشخاص تحت الإعالة (ABAWD) وانخفضت ساعات عملي إلى أقل من 02 ساعة في الأسبوع.
 - إذا كان كل فرد في أسرتي يبلغ من العمر 06 عامًا أو أكثر أو في وضعية إعاقة أو أقل من 81 عامًا ولا يحصل أحد على دخل من العمل، فإن الأشياء الوحيدة التي يتعين علي الإبلاغ عنها هي:
 - إذا حصل أحد على شغل، أو
 - إذا انضم شخص إلى أسرتي أو غادرها.
 - يجب أن أبلغ عن هذه التغييرات بحلول اليوم العاشر من الشهر الذي يلي الشهر الذي حصل فيه التغيير.
 - إذا حصلت على الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) من خلال بديل الاعانات الانتقالية (TBA) لأن المساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال تحت الإعالة (TAFDC) الخاص بي قد توقف، لا يتعين علي الإبلاغ عن أي تغييرات لإدارة المساعدة الانتقالية (DTA) لمدة 5 أشهر التي أحصل فيها على بديل الاعانات الانتقالية (TBA).
 - إذا حصلت على الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) من خلال سقف باس ستايت (Bay State CAP)، لا يتعين علي الإبلاغ عن أي تغييرات لإدارة المساعدة الانتقالية (DTA).

إذا تلقيت أنا وجميع أفراد أسرتي مساعدة نقدية (المساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال تحت الإعالة (TAFDC). أو المساعدة الطارئة للمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة والأطفال (EAEDC))، يتعين علي الإبلاغ عن بعض التغييرات لإدارة المساعدة الانتقالية (DTA) في غضون 01 أيام من التغيير. انظر متى أحتاج لإخبار إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) بالتغييرات التي طرأت على أسرتي؟ بموجب المساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال تحت الإعالة (TAFDC) والمساعدة الطارئة للمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة والأطفال (EAEDC) أدناه.

قد أحصل على المزيد من مساعدات الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) إذا قمت بالإبلاغ وتقديم أدلة لإدارة المساعدة الانتقالية (DTA) لما يلي، في أي وقت من الأوقات:

- تكاليف رعاية الأطفال أو غيره من الأشخاص تحت الإعالة وتكاليف المأوى و/ أو تكاليف المرافق العامة؛
- دعم الأطفال الذي أكون (أو أي شخص في أسرتي) ملزماً قانوناً بدفعه إلى فرد من خارج الأسرة؛ و
- التكاليف الطبية لأفراد أسرتي، بمن فيهم أنا، الذين تبلغ أعمارهم 06 عامًا أو أكثر أو الذين يوجدون في وضعية إعاقة.

قواعد العمل لعملاء الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP): إذا كنت تحصل على مساعدات الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) وكان عمرك يتراوح بين 61 و 95 عامًا، فقد تحتاج إلى استيفاء قواعد عمل الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) العامة أو قواعد العمل للكبار القادرين على العمل دون أشخاص تحت الإعالة (ABAWD) ما لم تكن معفيًا. ستخبرني إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) وأفراد أسرتي إذا كنا بحاجة إلى استيفاء أي قواعد عمل وما هي الإعفاءات وماذا سيحدث إذا لم نستوف القواعد.

إذا كنت تخضع لقواعد عمل SNAP:

- يجب عليك التسجيل للعمل عند الطلب وعند إعادة التصديق على SNAP. يتم التسجيل عند التوقيع على طلب SNAP أو نموذج إعادة الاعتماد.
- يجب عليك تقديم معلومات DTA حول حالة التوظيف الخاصة بك عندما تطلب DTA.
- يجب عليك إبلاغ صاحب العمل إذا تم إحالتك من قبل DTA.
- يجب أن تقبل عرض عمل (ما لم يكن لديك سبب وجيه لعدم القيام بذلك).
- يجب ألا تترك وظيفة تزيد مدتها عن 30 ساعة في الأسبوع بدون سبب وجيه.
- يجب ألا تقطع ساعات عملك إلى أقل من 30 ساعة في الأسبوع دون سبب وجيه.

قواعد برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP)

- لا تقدم معلومات خاطئة أو تخفي معلومات للحصول على مساعدات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP).
- لا تستبدل أو تباع مساعدات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP).
- لا تغير بطاقات التحويل الالكتروني للاعانات (EBT) للحصول على مساعدات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) التي لست مؤهلاً لها.
- لا تستخدم مساعدات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) لشراء سلع غير جائزة، مثل المشروبات الكحولية والتبغ.
- لا تستخدم مساعدات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) أو بطاقة التحويل الالكتروني للاعانات (EBT) الخاصة بشخص آخر إلا إذا كنت ممثلاً مفوضاً أو إذا منحك المستلم الإذن باستخدام بطاقته نيابة عنه.

تحذيرات عقوبات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP)

أدرك أنه إذا انتهكت أنا أو أي فرد من أفراد أسرتي في برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) عن قصد أيًا من القواعد المذكورة أعلاه، لن يكون هذا الشخص مؤهلاً لبرنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) لمدة عام واحد بعد الانتهاك الأول و عامين بعد الانتهاك الثاني و إلى الأبد بعد الانتهاك الثالث. قد يتم أيضًا تغريم هذا الشخص بما يصل إلى 052 ألف دولار أو السجن لمدة تصل إلى 02 عامًا أو كليهما. قد يخضع أيضًا للمقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.

أدرك أيضًا العقوبات التالية. إذا كنت أنا أو أحد أفراد أسرتي في برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP):

- قد اقترفت انتهاكًا متعمداً للبرنامج (IPV) بخصوص برنامج نقدي، لن يكون مؤهلاً لبرنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) لنفس الفترة التي يكون فيها غير مؤهل للحصول على المساعدة النقدية.
 - قد قدم تصريحاً تدليسياً حول هويته أو إقامته للحصول على مساعدات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) متعددة في نفس الوقت، لن يكون مؤهلاً لبرنامج الاعانة الغذائية التكميلية لمدة عشر سنوات.
 - قد تاجر (شراء أو بيع) في مساعدات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) مقابل مادة خاضعة للرقابة / عقار (عقاقير) غير مشروعة، لن يكون مؤهلاً للحصول على الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) لمدة عامين بالنسبة للاكتشاف الأول و إلى الأبد بالنسبة للاكتشاف الثاني.
 - قد تاجر (شراء أو بيع) في مساعدات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) للأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات، لن يكون مؤهلاً لمساعدات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) إلى الأبد.
 - قد قدم عرضاً لبيع مساعدات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) أو بطاقة التحويل الالكتروني للاعانات (EBT) عبر الإنترنت أو شخصياً، قد تلاحقه الولاية بالانتهاك المتعمد للبرنامج (IPV).
 - قد دفع مقابل الطعام الذي اشتراه بالسلف، لن يكون مؤهلاً لبرنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP).
 - قد اشترى منتجات بمساعدات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) بقصد التخلص من المحتويات وإرجاع الحاويات لبيعها نقداً، لن تيون مؤهلاً للحصول على مساعدات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP).
 - قد فر لتجنب المقاضاة أو الحجز أو الحبس بعد إدانته بجناية، لن يكون مؤهلاً لمساعدات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP).
 - قد انتهك الاختبار أو الإفراج المشروط حيث تسعى جهات إنفاذ القانون بنشاط لاعتقاله، لن يكون مؤهلاً لمساعدات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP).
- أي شخص أصبح مجرمًا مُدانًا بعد 7 فبراير 4102 غير مؤهل للحصول على مساعدات برنامج الاعانة الغذائية التكميلية (SNAP) إذا كان مجرمًا فاعراً أو ينتهك الاختبار أو الإفراج المشروط - وفقاً لقانون اللوائح الفيدرالية 7 (n) CFR §273.11 - و أدين كشخص بالغ ب:

1. الاعتداء الجنسي المشدد بموجب الفصل 1422 من الباب 81 من دستور الولايات المتحدة الأمريكية؛
2. جريمة قتل بموجب الفصل 1111 من الباب 81 من دستور الولايات المتحدة الأمريكية؛
3. أي جريمة بموجب الفصل 011 من الباب 81 من دستور الولايات المتحدة الأمريكية؛
4. جريمة اتحادية أو خاصة بالولاية تنطوي على اعتداء جنسي كما هو محدد في الفصل 20004 (a) من قانون مكافحة العنف ضد المرأة لعام 4991 (24) دستور الولايات المتحدة الأمريكية. a52931؛ أو
5. جريمة بموجب قانون الولاية يحدد المدعي العام كونها مشابهة إلى حد كبير لإحدى الجرائم الموضحة في هذه القائمة.

تصريح عدم التمييز

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي وتنظيمات وسياسات وزارة الزراعة الأمريكية (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 الثأرو الانتقام من نشاط سابق للحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تديره أو تموله وزارة الزراعة الأمريكية (USDA).

يتعين على الأشخاص في وضعية إعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (على سبيل المثال، طريقة برايل أو أحرف كبيرة أو أشرطة صوتية أو لغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) الاتصال بالوكالة (الولاية أو المحلية) حيث تقدموا بطلب للحصول على المساعدات. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال خدمة الإحالة الفيدرالية على الرقم 1-008-778-9338. بالإضافة إلى ذلك، قد تكون المعلومات حول البرنامج متاحة بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكاية بخصوص التمييز ضد أحد البرامج:

- أكمل نموذج شكاية التمييز ضد برنامج وزارة الزراعة الأمريكية، (AD-3027) الموجود على الإنترنت على: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> وفي أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية. يمكنك طلب نسخة من نموذج الشكاية بالاتصال على 1-668-236-2999؛ أو
- اكتب رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية وأدرج فيها جميع المعلومات المطلوبة في النموذج.
- أرسل النموذج أو الرسالة المكتملة إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) عن طريق:
- البريد: وزارة الزراعة الأمريكية، مكتب مساعد وزير الحقوق المدنية 0041 20250-9410 Independence Avenue SW Washington, D.C.؛ أو
- الفاكس: 1-202-096-2447؛ أو
- البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

هذه المؤسسة هي مزود قائم على تكافؤ الفرص.

المساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال تحت الإعاقة (TAFDC) و المساعدة الطارئة للمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة والأطفال (EAEDC)

المساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال تحت الإعاقة (TAFDC) والمساعدة الطارئة للمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة والأطفال (EAEDC) هما برنامجان للمساعدة النقدية. لمعرفة المزيد وتقديم الطلب، زر DTACConnect.com وأتصل بمكتب إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) المحلي. تنطبق هذه المعلومات فقط على الأسر التي تتقدم بطلب للحصول على المساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال تحت الإعاقة (TAFDC) أو المساعدة الطارئة للمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة والأطفال (EAEDC) أو التي تتلقاها.

متى أحتاج لإخبار إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) بالتغييرات في أسرتي؟

يتعين على إخبار إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) بالتغييرات التي قد تؤثر على المساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال تحت الإعاقة (TAFDC) أو المساعدة الطارئة للمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة والأطفال (EAEDC) (المساعدة النقدية) في غضون 30 أيام، باستثناء أنني لست مضطراً لإخبار إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) بتغيير في أرباحي بأقل من 001 دولار شهرياً. يشمل هذا التغييرات التي طرأت على دخلي وعنوان سكني والأشخاص الذين أعيش معهم وحجم أسرتي وعملي وتأميني الصحي.

كيف أحصل على التأمين الصحي؟

- إذا حصلت على المساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال تحت الإعاقة (TAFDC) أو المساعدة الطارئة للمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة والأطفال (EAEDC)، فسوف أحصل على صحة ماساتشوستس (MassHealth) أيضاً.
- إذا رفضت استفادتي من المساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال تحت الإعاقة (TAFDC) أو من المساعدة الطارئة للمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة والأطفال (EAEDC) سوف تستخدم صحة ماساتشوستس (MassHealth) معلوماتي لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على التأمين الصحي.
- إذا توقفت المساعدة الطارئة للمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة والأطفال (EAEDC) الخاصة بي، فأنا بحاجة لتقديم طلب للحصول على صحة ماساتشوستس (MassHealth) بشكل منفصل. للسؤال عن الطلب، اتصل بالرقم 1-008-148-0092.

إذا حصلت على صحة ماساتشوستس (MassHealth)، أوافق على أن صحة ماساتشوستس (MassHealth) قد تحصل:

- الأموال المستحقة لي من مصدر آخر لرعايتي الطبية، و
- الدعم الطبي من الوالد الغائب لأي طفل دون سن 91 عامًا الذي يحصل على مساعدات صحة ماساتشوستس (MassHealth).

هل هناك قواعد خاصة إذا كنت مؤهلاً فقط بسبب حادث أو إصابة؟

إذا كانت أسرتي تتلقى مساعدات صحة ماساتشوستس (MassHealth) أو إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) يتعين علي استخدام أية أموال أحصل عليها مقابل الحادث أو الإصابة لإعادة سدادها. يمكن أن تكون الأموال من بوليصة تأمين يين أو تسوية أو أي مصدر آخر. ينطبق هذا حتى لو كنت لا أعرف بعد مصادر الأموال الممكنة.

أوافق على التعاون مع صحة ماساتشوستس (MassHealth) وإدارة المساعدة الانتقالية (DTA) من خلال:

- تقديم مطالبات بالأموال من مصادر أخرى.
- إخبار صحة ماساتشوستس (MassHealth) وإدارة المساعدة الانتقالية (DTA) على الفور حول أي مطالبة تأمين أو دعوى قضائية أو عمليات أخرى للحصول على المال.
- إمداد صحة ماساتشوستس (MassHealth) وإدارة المساعدة الانتقالية (DTA) بأية معلومات جديدة حالما أتوصل بها.

إذا لم أتعاون، قد تتوقف صحة ماساتشوستس (MassHealth) وإدارة المساعدة الانتقالية (DTA) أو ترفض الاعانات الخاصة بي. أوافق على أن صحة ماساتشوستس (MassHealth) وإدارة المساعدة الانتقالية (DTA) يجوز لهما:

- مشاركة المعلومات حول الاعانات الخاصة بي من أجل تحصيل الأموال لإعادة سداد تلك المساعدات.
- الاطلاع على جميع السجلات المتعلقة بالأموال التي قد أحصل عليها جراء حادث أو إصابة، مثل السجلات في إدارة الحوادث الصناعية.

إذا كنت ألتقى المساعدة الطارئة للمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة والأطفال (EAEDC) لأنني أعاني من إعاقة أو لأن عمري يزيد عن 56 عامًا، يتعين علي أن أتقدم بطلب للحصول على مساعدات دخل الضمان التكميلي الفيدرالي (SSI). إذا تمت الموافقة على مساعدات دخل الضمان التكميلي الفيدرالي (SSI) التي تغطي نفس الوقت الذي حصلت فيه على المساعدة الطارئة للمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة والأطفال (EAEDC)، سوف ترسل إدارة الضمان الاجتماعي بعضًا من مساعدات دخل الضمان التكميلي الفيدرالي (SSI) بأثر رجعي إلى إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) لإعادة سداد المساعدة الطارئة للمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة والأطفال (EAEDC).

إشعار هام حول القانون والاعانات الخاصة بك

الانتهاك المتعمد للبرنامج (IPV) هو تقديم تصريح كاذب أو مضلل عمدًا أو تحريف للحقائق أو إخفائها أو حجبها، إما شفهيًا أو كتابيًا، من أجل إثبات الأهلية أو الحفاظ عليها للحصول على المساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال تحت الإعالة (TAFDC) أو المساعدة الطارئة للمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة والأطفال (EAEDC)، أو لتلقي مساعدات لست مؤهلا للحصول عليها.

إذا تمت إدانتني بارتكاب انتهاك متعمد للبرنامج (IPV) من قبل محكمة قانونية أو جلسة استماع إدارية أو بالتوقيع على تنازل، سوف يتم استبعادني من تلقي المساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال تحت الإعالة (TAFDC) أو المساعدة الطارئة للمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة والأطفال (EAEDC) لمدة:

- ستة أشهر بالنسبة للانتهاك الأول
- 21 شهر بالنسبة للانتهاك الثاني
- إلى الأبد بالنسبة للانتهاك الثالث

بالإضافة إلى ذلك، قد يتم تطبيق قوانين أخرى.

المحظورات على مشتريات بطاقة التحويل الإلكتروني للاعانات (EBT)

أدرك أنه من غير القانوني استخدام أموال لمساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال تحت الإعالة (TAFDC) أو المساعدة الطارئة للمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة والأطفال (EAEDC) المحتفظ بها على بطاقة التحويل الإلكتروني للاعانات (EBT) لدفع ثمن ما يلي: المشروبات الكحولية؛ منتجات التبغ؛ تذاكر الطيران؛ المواد أو العروض الموجهة للبالغين؛ القمار؛ الأسلحة النارية والذخيرة؛ خدمات العطلات، الوشم، ثقب الجسم؛ المجوهرات؛ التلفزيونات؛ الستريوهات؛ ألعاب الفيديو أو لوحات المفاتيح في متاجر التآجير بغرض التملك؛ الماريجون الترفيهي؛ رسوم أمرت بها المحكمة؛ الغرامات؛ الكفالة أو سندات الضمان.

المحظورات المتعلقة بالمكان الذي يمكنني فيه استخدام بطاقة التحويل الإلكتروني للاعانات (EBT) الخاصة بي

أدرك أنه من غير القانوني استخدام بطاقة التحويل الإلكتروني للاعانات (EBT) الخاصة بي في المواقع التالية: مكاتب 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 الخمر محلات العناية بالأظافر أو محلات التجميل؛ وكالات تحويل الأموال إلى دول أجنبية؛ متاجر الماريجون الترفيهي أو صالات الوشم.

عقوبات الشراء النقدي المحظور باستخدام بطاقة التحويل الإلكتروني للاعانات (EBT)

- **المخالفة الأولى:** يتعين علي أن أعيد سداد مبلغ إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) الذي تم إنفاقه.
- **المخالفة الثانية:** يتعين علي أعيد سداد مبلغ إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) الذي تم إنفاقه وسأخسر الاعانات النقدية لمدة **شهرين**.
- **المخالفة الثالثة:** يتعين علي أعيد سداد مبلغ إدارة المساعدة الانتقالية (DTA) الذي تم إنفاقه وسأخسر الاعانات النقدية **بشكل دائم**.

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