

تعين على المنظمات الاحتفاظ بنموذج تقرير التحقيق قبل صدور حكم في قضية جنائية (PSI) الموقعة في ملف وإتاحة النموذج لدائرة المساعدة الانتقالية (DTA) عند الطلب.

القسم 1: العميل أو مقدم طلب لإدارة المساعدة الانتقالية (DTA)

اسم العميل/مقدم طلب

تاريخ الميلاد شهر / يوم / سنة

معرف (ID) وكالة دائرة المساعدة الانتقالية (DTA)
 (إذا كان معروفاً) أو آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي (SSN)

القسم 2: المعلومات المطلوب مشاركتها (ضع علامة على واحدة أو كليهما)

أسمح لدائرة المساعدة الانتقالية (DTA) والمنظمة الشريكة في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) للتوعية المسمة في القسم 3 بمشاركة معلومات حول مزايا دائرة المساعدة الانتقالية (DTA) الخاصة بي، بما في ذلك ملف المساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال معالين (TAFDC) و/أو المساعدة الطارئة للمسنين والمعوقين والأطفال (EAEDC) و/أو ملف برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) والنفقات المحتسبة التي قد تؤثر على مستحقاني.

أسمح لدائرة المساعدة الانتقالية (DTA) ولمزود مسارات للعمل (Pathways to Work) بدائرة المساعدة الانتقالية (DTA) Pathways to Work, TAFDC Pathways to Work and/or Secure Jobs المسماة في القسم 3 بمشاركة معلومات حول مزايا دائرة المساعدة الانتقالية للأسر التي لديها أطفال معالين (TAFDC) و/أو المساعدة الطارئة للمسنين والمعوقين والأطفال (EAEDC) و/أو ملف برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) لتحديد أهليتي لبرامج مسارات للعمل (DTA Pathways to Work).

أسمح كذلك بتقاسم معلومات حول مشاركتي وتقدمي في البرنامج.

القسم 3: شريك برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) للتوعية / DTA Pathways to Work مزود

(617) 399-3131

Jewish Vocational Services (JVS)

رقم هاتف المنظمة

اسم المنظمة

208

75 Federal Street, Boston, MA 02110

معرف (ID) المنظمة

عنوان المنظمة

عبر MassHire Career Center

القسم 4: الحق في تغيير رأيك:

يمكنك تغيير رأيك والتوقف عن مشاركة هذه المعلومات. لإيقاف تقاسمها، يتعين عليك:

- اتصل بالرقم 877-382-2363 خلال ساعات العمل العادية وتحدث إلى أحد ممثلي دائرة المساعدة الانتقالية (DTA)؛ أو
- وقع طلب خطى و:
- أرسله إلى مركز معالجة المستندات بدائرة المساعدة الانتقالية (DTA Document Processing Center)، ص.ب. 4406، تاونتون، ماساتشوستس 02780، أو
- أرسل فاكساً إلى 887-8765 (617)، أو
- حمله من خلال تطبيق DTA Connect ، أو
- أحضره إلى مكتب دائرة المساعدة الانتقالية (DTA) المحلي

القسم 5: التوقيع

أدرك أنه بالتوقيع أدناه، أعطي الإذن لدائرة المساعدة الانتقالية (DTA) والمنظمة المذكورة في القسم 3 بمشاركة معلومات عن ملفي.

التاريخ

توقيع العميل/مقدم طلب

هذا النموذج صالح لمدة عامين اعتباراً من تاريخ توقيع مقدم الطلب / العميل، ما لم يتم التراجع عنه (انظر القسم 4).

This institution is an equal opportunity provider.

We must not discriminate due to race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity. If you think that we have discriminated against you, contact 617-348-8555 to find out how to file a complaint.

هذه المؤسسة مزودة قائم على تكافؤ الفرص.

يتعين علينا عدم التمييز بناءً على العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسانية والتوجه الجنسي) أو الإعاقة أو السن أو الانتمام أو الثأر جراء نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية. إذا كنت تعتقد أننا مارسنا تمييزاً في حقك، اتصل بالرقم 617-348-8555 لمعرفة كيفية تقديم تظلم.