



طلب إعادة التصديق لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية ((SNAP) SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM) و/أو برنامج المساعدة على الرعاية (CHILD CARE ASSISTANCE) و/أو برنامج المعونات النقدية (CASH ASSISTANCE)

مُرْفَق نموذج طلب تسجيل الناخبين - المساعدة متوفّرة

إذا لم تكن مسجلاً للتصويت في المكان الذي تعيش فيه الآن، فهل ترغب في التقدّم بطلب للتسجيل للتصويت هنا اليوم؟

لا - لا أريد التسجيل للتصويت.

نعم - أريد التسجيل للتصويت.

ملاحظة: إذا لم تحدد أيّاً من المربعين، فلن يتم احتسابك كمسجل للتصويت حالياً.

رقم الحاله	جهة الاتصال بالمقاطعة
رقم هاتف جهة الاتصال بالمقاطعة	رقم فاكس جهة الاتصال بالمقاطعة

للاستمرار في تلقي إعانتك، يجب علينا مراجعة حالتك للتأكد من أنك لا تزال مؤهلاً وأنك تتلقى المبلغ الصحيح من الإعانت.

يرجى ملء النموذج أدناه وإعادته إلى مكتب JFS بالمقاطعة لمواصلة تلقي الإعانت. اتصل بمكتب JFS بمقاطعتك إذا كانت لديك أي أسئلة أو استفسارات.

المتقدمون بطلبات للحصول على المساعدة الطبية: هذا ليس نموذجاً معتمداً لبرامج المساعدة الطبية. يجب عليك إعادة التصديق باستخدام نماذج طلب المساعدة الطبية المعتمدة. وسيتم استخدام أي معلومات يتم تقديمها خلال مقابلتك لتحديث ملف حالتك وقد تؤثر على إعانت المساعدة الطبية الخاصة بك.

 الخطوة 1: املأ معلوماتك أدناه أو قم بإجراء التصحيحات حسب الضروري.

إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر، فاكتب إجاباتك على ورقة إضافية وارفقها بهذا النموذج.

العنوان البريدي		الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)			
عنوان الشارع (إذا كان مختلفاً)					
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	الرمز البريدي	الولاية	المدينة
الهاتف (الجهاز)		الهاتف (العمل)		الهاتف (المنزل)	عنوان البريد الإلكتروني

! المستفيدون من برنامج SNAP و/أو برنامج Cash Assistance :

يرجى التوقيع على هذا النموذج وإعادته قبل تاريخ مقابلتك في _____ ولكن ليس بعد _____ إذا كنت

ترغب في إعادة التصديق على إعانت برنامج SNAP و/أو برنامج Cash Assistance.

ملاحظة: إذا لم تقم بإعادة هذا النموذج الموقع وإكمال مقابلتك، فستتوقف إعانت برنامج Cash Assistance الخاصة بك وستنتهي صلاحيّة إعانت برنامج SNAP.

إذا لم تكن هناك تواريخ مذكورة أعلاه: فأنت لست بحاجة إلى إعادة التصديق على إعانت برنامج SNAP و/أو برنامج Cash Assistance حالياً.

! المستفيدون من برنامج CHILD CARE :

من المقرر أن تنتهي صلاحيّة استحقاقك الحالي لبرنامج CHILD CARE في _____. يجب عليك ملء هذا النموذج وإعادته بحلول _____. إذا لم نتلق النموذج المكتمل وجميع المستندات الداعمة بحلول تاريخ انتهاء صلاحيّة استحقاقك الحالي، فسيتم إيقاف إعانت برنامج Child Care Assistance وستنتهي صلاحيّة جميع التراخيص الممنوحة لمقدمي الخدمات.

إذا لم تكن هناك تواريخ مذكورة أعلاه: لست بحاجة إلى إعادة التصديق على إعانت برنامج Child Care حالياً.

إكمال طلب إعادة التصديق عبر الإنترنت:

طرق تقديم هذا النموذج:

- ١ سجل الدخول أو أنشئ حساباً على ssp.benefits.ohio.gov

٢ انقر على قسم "Access" (تسجيل الدخول) على يمين الشاشة

٣ حدد خيار "Recertification" (إعادة التصديق) واتبع التعليمات

• عبر البريد

• شخصياً إلى مكتب JFS المحلي في المقاطعة

• عبر الفاكس

ملاحظة: إذا قمت بحضور مستندات إلى مكتب JFS بالمقاطعة، فستتلقى أيضًا.

الخطوة ٢: فيما يخص برنامج SNAP، وأو برنامج Cash Assistance، وأو برنامج يُرجى مراجعة المعلومات التالية والتوجيه داخل المربع الموجود في الصفحة التالية

بالتواقيع على هذا الطلب:

فيها يخص برنامج SNAP، وأو برنامج Cash Assistance، وأو برنامج Child Care Assistance، فانتي أقر وأوافق على ما ملى:

- على الأسئلة الواردة في هذا النموذج، وأقر، تحت طائلة عقوبة الحبس باليمين، بأن كل إجاباتي صحيحة و كاملة على حد علمي ومعرفتي، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالجنسية أو حالة الهجرة لكل فرد من أفراد الأسرة المتقدمين بطلب للحصول على المساعدة.
 - قد يتصل مكتب خدمات العمل والأسرة (Job and Family Services (JFS) بالمقاطعة بأشخاص أو منظمات أخرى للحصول على الإثبات اللازم لاستحقاق وأهليتي ومستوى المساعدة الذي أحتاجه، وأو في بعض الحالات، قد يطلب مني الموافقة على قيام مكتب JFS بالمقاطعة بإجراء هذه الاتصالات.
 - قد يطلب مني التعاون مع وكالة إنفاذ إعالة الطفل (CSEA) (child support enforcement agency) في إثبات الأبوة أو إصدار أمر إعالة أو تنفيذه. إذا طلب مني التعاون مع وكالة CSEA، فسيتم تقييم حالة إلى الوكالة تباعاً عنني. كما أفهم أنه إذا لم يكن مطلوباً مني التعاون مع وكالة CSEA، فقد أطلب خدمات إعالة الطفل عن طريق استكمال طلب الحصول على خدمات إعالة الطفل (نموذج JFS 07076).
 - يمكن لمكتب JFS بالمقاطعة مساعدتي في الحصول على الإثباتات المطلوبة طالما أبديت تعاوناً مع الوكالة. ينص القانون على عقوبة الغرامة أو السجن، أو كليتهما، لأي شخص يُدان بتلقي مساعدة عن طريق الاحتيال يكون غير مؤهل للحصول عليها.
 - تُوقيعني أدناه يعطي مكتب JFS بالمقاطعة الإذن بالاطلاع على المعلومات المتوفرة على نظام تتبع تنفيذ الإعالة (Support Enforcement Tracking System (SETS)) (Support Enforcement Tracking System (SETS)) للتحقق من دخل إعالة الطفل/الزوج/الدعم الطبي.
 - قد تتضاعف حالة أفراد الأسرة من غير الحاملين للجنسية للتحقق من قبل دائرة خدمات المواطن والهجرة الأمريكية (USCIS) (United States Citizenship and Immigration Services (USCIS)) من خلال تقييم معلومات من الطلب إلى USCIS من خلال النظام المنهجي للتحقق من وضع الأجانب وأهليتهم (Systematic Alien Verification and Eligibility (SAVE) System) قد تؤثر المعلومات المقدمة من USCIS على أهلية الأسرة ومستوى استحقاقها للإعانات.
 - يُدلل تُوقيعني أدناه على موافقتي ويفوض مكتب JFS بالمقاطعة للوصول إلى بوابة Ohio Benefits Worker Portal لغرض التتحقق من حالة مواطنة الأطفال في هذه الحالة وللتحقق من تلقي مساعدة عامة إضافية. يحق لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إخبار مكتب JFS بالمقاطعة كتابياً.
 - يحق لك طلب عقد اجتماع على مستوى المقاطعة وجلسة استماع عامة إذا كنت لا توافق على الإجراء المتخذ بشأن حالتك. طلب عقد اجتماع على مستوى المقاطعة، يجب عليك الاتصال بمكتب JFS في المقاطعة أو مراجعة الإشعارات التي تلقيتها عبر البريد.

إذا تقدمت بطلب للحصول على إعانتات برنامج SNAP، فلتا أقر وأوافق على ما يلى:

- بالتوقيع على هذا الطلب، سيتم طلب هذه المعلومات من نظام التحقق من الدخل والأهلية (Income and Eligibility Verification System (IEVS)) وقد يتم التحقق من المعلومات من خلال أي جهات اتصال ضرورية لتحديد أهلية.

سيتم استخدام أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من هوية أفراد الأسرة، ومنع تكرار المشاركة، وإجراء تغييرات على حالي. وإذا لم يقدم أي فرد من أفراد الأسرة رقم الضمان الاجتماعي الخاص به، فسيتم تضمينه على أنه غير متقدم بطلب. وهذا يعني أنه لن يتم اعتباره متقدماً وبالتالي لن يكون مؤهلاً للحصول على إعانات برنامج SNAP. يُعد تقديم أي معلومات مطلوبة، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة، أمراً طوعياً. ومع ذلك، سيؤدي عدم تقديم المعلومات المطلوبة لإثبات أهلية للحصول على المساعدة إلى رفض تقديم إعانات برنامج SNAP لأسرتي أو تقليلها. قد يتم الإفصاح عن المعلومات التي يتم الحصول عليها من طلب التقديم لمسؤولي إيفاد القانون بغرض القضاء على الفارقين من القانون.

إذا أدننتي محكمة قانونية باستخدام أو الحصول على إعانات في معاملة تتضمن على بيع مادة خاضعة للرقابة، فسوف يتم استبعادي من البرنامج ولن أكون مؤهلاً للحصول على إعانات لمدة عامين عند المخالفة الأولى، واستبعادي نهائياً عند المخالفة الثانية.

إذا أدننتي محكمة قانونية باستخدام أو الحصول على إعانات في معاملة تتضمن على بيع أسلحة نارية أو ذخيرة أو منتجات، فسأكون مستبعداً بشكل دائم من المشاركة في برنامج SNAP عند ارتكاب أول مخالفة من هذا القبيل.

يتم صرف إعانات برنامج SNAP على بطاقة التحويل الإلكتروني للإعانات بولاية Ohio (Ohio Direction Card)، وتحظر على استخدام الإعانات المقدمة لي من برنامج SNAP في شراء الأسلحة أو المواد الخاضعة للرقابة أو بيعها. وإنني أفهم أنه يمكنني استخدام إعانات SNAP لشراء السلع المؤهلة فقط. لا يمكنني استخدام إعانات برنامج SNAP لشراء سلع غير غذائية مثل المشروبات الكحولية والتبغ وما إلى ذلك.

قد لا يحصل أي فرد من أفراد أسرتي بخلاف القواعد عمداً على معونة من برنامج SNAP لمدة عام واحد عند المخالفة الأولى، وعامين عند المخالفة الثانية، ونهائياً عند المخالفة الثالثة.

إذا أدننتي محكمة قانونية بالاتجار بالإعانات بمبلغ إجمالي قدره ٥٠٠ دولار أو أكثر، فسيتم استبعادي نهائياً واعتباري غير مؤهل بشكل دائم للمشاركة في برنامج SNAP عند ارتكاب أول مخالفة من هذا القبيل.

الخطوة ٢ (يُتبع): لتقديم طلب إلى برنامج SNAP، و/أو برنامج Cash Assistance، و/أو برنامج Child Care Assistance يُرجى مراجعة المعلومات التالية والتوجع داخل المربع الموجود في الصفحة التالية

- لا يجوز لأي فرد من أفراد أسرتي بخلاف القواعد عمداً الحصول على إعانات من برنامج SNAP لمدة عام واحد عند المخالفة الأولى، وعماين عند المخالفة الثانية، وتوقف الإعانات نهائياً عند المخالفة الثالثة.
- إذا أدانتني محكمة قانونية بالاتجار بالإعانات بمبلغ إجمالي قدره ٥٠٠ دولار أو أكثر، فسيتم استبعادي نهائياً واعتباري غير مؤهل بشكل دائم للمشاركة في برنامج SNAP عند ارتكاب أول مخالفة من هذا التأثير.
- يُحظر على بيع إعانات برنامج SNAP أو المتاجرة بها أو شراؤها ولا يجوز لي استخدام إعانات البرنامج المخصصة لشخص آخر لصالح أسرتي. وأنه يمكن أن أفقد أهليتي لغضوبية برنامج SNAP بسبب أيٍ من هذه الانتهاكات.
- لا يمكنني استخدام الإعانات لشراء طعام لشخص ليس من أفراد أسرتي.
- إذا تبين أنني قدمت بياناً أو إقراراً احتيالياً فيما يتعلق بالهوية أو مكان الإقامة من أجل الحصول على إعانات متعددة من برنامج SNAP في وقت واحد، فلن أكون مؤهلاً وسيتم استبعادي من المشاركة في البرنامج لمدة ١٠ سنوات.
- ستخضع المعلومات المقدمة مع طلبي للحصول على إعانات برنامج SNAP للتحقق من قبل المسؤولين الفيدراليين والمسؤولين التابعين للولاية وال محللين لتحديد ما إذا كانت المعلومات صحيحة. وإذا كانت هناك أي معلومات غير صحيحة، قد يُرفض طلبي للحصول على إعانات البرنامج. وقد أعرض لللاحقة الجنائية لتقديمي معلومات غير صحيحة عن قصد. في حال ثقتي إعانات برنامج SNAP التي لا يجوز لي أن أحصل عليها؛ قد يحدث الآتي:
 - قد يُطلب مني تسديد الإعانات
 - قد أتهم بالاحتيال
 - قد أُغرِّم (غرامة تصل إلى ٢٥٠ ألف دولار) أو يُحكم علي بالسجن (مدة تصل إلى ٢٠ عاماً) أو كليهما
 - قد يُحظر على الحصول على إعانات في المستقبل.
- سأتحمل المسؤولية عن أي إعانات أتقاها من برنامج SNAP والتي لم يكن من المفترض أن أحصل عليها إذا قدم ممثلي المفوض معلومات خاطئة.
- إذا لم أوفق على إجراء تم اتخاذ بشأن حالي، يمكنني رفع دعوى لعقد اجتماع على مستوى المقاطعة أو جلسة استماع عامة عبر الإنترنط، أو عبر البريد الإلكتروني أو البريد، أو عن طريق الاتصال بمكتب JFS مقاطعتي. كما يمكنني أن أطلب من شخص ما حضور الجلسة نيابةً عنني بتقديم موقع مني.
- إذا تم اختيار حالي عشوائياً للتأكد من أنني مؤهل للحصول على المساعدة التي أتقاها وأني أتقى المبلغ الصحيح من الإعانات، فيجب على التعاون إذا تمت مراجعة حالي. وإذا رفضت التعاون في آية عملية مراجعة، فقد يتم إيقاف الإعانات المقدمة لي.
- في غضون ٦٠ يوماً من تقديم الطلب وفي أي وقت أثناء تلقى الإعانات، لا يحق للشخص الموظف أو الذي يعمل لحسابه الخاص أن يترك الوظيفة طوغاً دون سبب وجيه أو يخوض ساعات العمل إلى أقل من ٣٠ ساعة في الأسبوع أو أن يكسب أقل من الحد الأدنى الفيدرالي للأجور × ٣٠ ساعة ليظل مؤهلاً للمشاركة في برنامج SNAP.

إذا تقدمت بطلب للحصول على إعانات برنامج Cash Assistance، فأنا أقر وأوافق على ما يلي:

- بالتوقيع على هذا الطلب وتلقى المعونة النقدية من برنامج (OWF) (Ohio Works First)، قد يطلب مني التعاون مع وكالة إنفاذ إعالة الطفل المحلية (local Child Support Enforcement Agency (CSEA)) في إثبات الأبوة أو إصدار أمر إعالة أو تتفقنيه. إذا طلب مني التعاون مع وكالة CSEA، فسيتم تقديم إحالة إلى الوكالة نيابةً عنني وسيتم تعيني أي حقوق متعلقة بجميع أشكال الإعالة المستحقة لي والأطفال القصر في مجموعة المساعدة إلى ولاية Ohio.
- بنتوقيع على هذا الطلب وتلقى المساعدة النقدية من برنامج OWF، فأنا ألتازل إلى ولاية Ohio عن آية حقوق مستحقة لي متعلقة بإعالة الأطفال أو النفقة الزوجية وأو الأطفال القصر في مجموعة المساعدة أثناء فترة استحقاق الإعالة الخاصة ببرنامج OWF.
- يتم إصدار الإعانات النقدية على بطاقة Way2Go. ويمكن استخدام بطاقة Way2Go في البنوك الأعضاء بشبكة MasterCard وأجهزة الصراف الآلي ومعظم تجار التجزئة الذين يقبلون التعامل مع MasterCard. لا يمكنني استخدام بطاقة Way2Go في متاجر الخمور، أو الكازينوهات، أو منشآت الألعاب، أو أي من مؤسسات البيع بالتجزئة التي تقدم وسائل ترفيهية للبالغين حيث يتعرى فناني الأداء أو يخلعون ملابسهم لأغراض الترفيه.
- يجب أن أقوم بتنشيط بطاقة Way2Go في غضون ٩٠ يوماً من إصدار الإعانات وبطاقتني الأولى وفي حالة لم يتم تنشيط بطاقة Way2Go في غضون ٩٠ يوماً ، فسيتم حذف إعاتي من حسابي.

إذا تقدمت بطلب للحصول على إعانات رعاية الطفل، فأنا أقر وأوافق على ما يلي:

- قد يقوم مكتب JFS في مقاطعتي أو إدارة شؤون الأطفال والشباب (DCY) (Department of Children and Youth) بمشاركة الموافقة والرفض وحالة التقديم الخاصة بطلب رعاية طفل مع مقدم الرعاية المدرج اسمه في هذا الطلب أو إلى أي مقدم رعاية تم تعينه نتيجةً لأي تغيير في طلبي. كما أفهم أن مشاركة هذه المعلومات مع أي مقدم رعاية غير مدرج في هذا الطلب يتطلب التوقيع على إصدار منفصل بموجب قانون Ohio المعدل.
- لا يمكنني استخدام إعانات برنامج رعاية الطفل المملوكة من القطاع العام (PFCC) (Publicly Funded Child Care) إلا للأطفال المؤهلين وحتى الحد الأقصى من الساعات التي يصرح بها مكتب JFS بالمقاطعة. وكى أظل مؤهلاً للحصول على إعانات برنامج PFCC، يجب على سداد المدفوعات المشتركة (إن وجدت) إلى مقدم الرعاية.
- وقد يؤدي عدم سداد المدفوعات المشتركة المطلوبة إلى إيقاف إعانات برنامج PFCC.
- إذا تمت الموافقة على منحي إعانات برنامج مساعدة رعاية الطفل (CCAP)، سأكون مسؤولاً عن تسجيل حضور طفل في البرنامج بدقة باستخدام نظام آلي لتنبيه الحضور. وسيشمل ذلك التسجيل في النظام وتسجيل معلومات الهوية الشخصية والتي سأستخدمها في الوصول إلى النظام وتكون بمثابة توقيع الإلكتروني. أدرك أن مقدم رعاية - الطفل ليس مسؤولاً له بتسجيل حضور طفل نيابةً عن وليس له الحق في الحصول على معلومات - الهوية الشخصية الخاصة بي. وادرك أن نظام تنبيه الحضور قد يلتقط صورة لي أو صورة لمم ينوب عنني/المشرف بوصفة جزءاً من عمليتي تسجيل الدخول والخروج. كما أدرك أنني مسؤول عن إقرار آية تغييرات يدخلها مقدم الرعاية على نظام تنبيه الحضور بخصوص حضور طفلي للبرنامج.

الخطوة ٢ (يتبع): فيما يخص برنامج SNAP، و/أو برنامج Cash Assistance، و/أو برنامج Child Care Assistance، يرجى مراجعة المعلومات التالية والتوفيق داخل المربع الموجود أدناه

- إذا تحقّق طفلي ببرنامج حاصل على تصنيف الجودة (Step Up To Quality)، وإذا تم إجراء تقييم لطفلي، فسيتم جمع البيانات ورفعها إلى إدارة DCY.
- لقد تلقيت شرحاً بشأن متطلبات تحديد أهلية رعاية الطفل، والأسباب التي قد تجعلني غير مؤهل، وحقّي في طلب جلسة استماع عامة، ومسؤوليتي في إبلاغ مكتب JFS بالمقاطعة بالتغييرات والعقوبات، بما في ذلك إمكانية رفع دعوى مدنية أو المقاضة الجنائية، نتيجة للحجب أو التزوير المتعذر للمعلومات أو إساءة استخدام إعانات رعاية الطفل، بما في ذلك إعادة استخدام النظام الآلي لتتبع الحضور الخاص برعاياه الطفل.
- يجب على إبلاغ مكتب JFS بالمقاطعة عن أيّة تغييرات قد تؤثر على أهليتي، بما في ذلك التغييرات في دخل أسرتي، وساعات العمل/التدريب/التعليم، وحجم الأسرة، والعنوان.
- وأدرك أنني ملزم بالإبلاغ عن هذه التغييرات في غضون ١٠ أيام من حدوثها.
- كما أن توقعي يمنح الموافقة على إصدار معرف الطالب على مستوى الولاية (SSID) الصادر عن النظام لكل طفل مدرج في هذا الطلب.
- معلومات حول مقدم رعاية الأطفال:
- يجوز للوالدين اختيار أي برنامج معتمد لتقديم إعانات برنامج PFCC. وتشمل هذه البرامج: المراكز، ودور رعاية الأطفال الأسرية، ووسائل المساعدة المنزليّة، والمخيمات النهارية للأطفال المنتشرة في أنحاء ولاية Ohio.
- إذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة فيما يتعلق باختيار مقدم رعاية، يمكنك الاتصال بالوكالة المحلية لموارد رعاية الطفل والإحالة (Child Care Resource and Referral Agency).
- يمكنك استخدام دليل رعاية الطفل الخاص بنا للبحث عن البرامج التي تناسب احتياجات رعاية طفلك على <http://childcarenetwork.ohio.gov>. يمكنك الدليل من البحث حسب الموقع، ونوع البرنامج، والخدمات المقدمة، وأيام وساعات العمل. كما تتوفر معلومات حول كل برنامج؛ بما في ذلك البرنامج الحاصل على تصنيف الجودة، وأي اعتماد أو انتساب إضافي لجهة، وعمليات فحص الترخيص، والشكاوى المثبتة بالأدلة.
- تساعد البرامج الحاصلة على تصنيف الجودة الأسر على اختيار برامج رعاية الأطفال التي تتجاوز الحد الأدنى لمعايير الترخيص. تظهر البرامج المصنفة بالنجوم مستويات جودة عالية بعدة طرق. إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول برنامج SUTQ، فنفضل بزيارة موقع DCY لرعاية الطفل على <https://childrenandyouth.ohio.gov/for-providers/step-up-to-quality>
- يمكنك أيضاً زيارة موقعنا الإلكتروني لمعرفة المزيد حول فحوصات Medicaid الصحية وخدمات التدخل المبكر لطفلك. للحصول على هذه المعلومات، انتقل إلى <http://jfs.ohio.gov/cdc/index.stm> وانقر على "الأسر".
- إذا كنت ترغب في تقييم شكوى بشأن مقدم الرعاية فيما يتعلق بالانتهاكات المشتبه بها لقواعد الترخيص، يمكنك الاتصال بمكتب المساعدة الخاص بسياسة رعاية الطفل على ٤-٣٠٢-٢٣٤٧ ، النيل.

التاريخ	توقيع مقدم الطلب أو الممثل المفوض	
التاريخ	أكتب اسم مقدم الطلب أو الممثل المفوض	

- الصفحات المتبقية مخصصة لبرنامج Child Care فقط -

الخطوة ٣: إذا كنت تقدم طلباً للحصول على إعانتات برنامج Child Care، يُرجى إكمال المربع

كم عدد أفراد أسرتك الذين يعيشون في المنزل؟ _____ يُرجى الملاء أدناه.

الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)	آخر ؛ أرقام من رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	النوع الاجتماعي	صلة القرابة بمقدم الطلب	هل يحتاج الطفل إلى رعاية؟	تاريخ الانضمام/الإيقاف
			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

الخطوة ٤: املأ معلومات دخل أسرتك في المربع أدناه (أرفق إثباتاً)

القائم على الرعاية ١ - اسم صاحب العمل وعنوانه	تاريخ البدء	معدل الأجر	تواتر دفع الأجر
_____	_____	_____	_____
أسبوعياً			
كل أسبوعين			
غير ذلك (يُرجى التحديد)			_____

القائم على الرعاية ١ جدول العمل/المدرسة/التدريب		الإثنين من _____ إلى _____
الثلاثاء من _____ إلى _____	الإحدى من _____ إلى _____	الإثنين من _____ إلى _____
الإربعاء من _____ إلى _____	الخميس من _____ إلى _____	الإثنين من _____ إلى _____
الجمعة من _____ إلى _____	السبت من _____ إلى _____	الثلاثاء من _____ إلى _____

القائم على الرعاية ٢ - اسم صاحب العمل وعنوانه	تاريخ البدء	معدل الأجر	تواتر دفع الأجر
_____	_____	_____	_____
أسبوعياً			
كل أسبوعين			
غير ذلك (يُرجى التحديد)			_____

القائم على الرعاية ٢ جدول العمل/المدرسة/التدريب		الثلاثاء من _____ إلى _____
الإثنين من _____ إلى _____	الإحدى من _____ إلى _____	الثلاثاء من _____ إلى _____
الإربعاء من _____ إلى _____	الخميس من _____ إلى _____	الإثنين من _____ إلى _____
الجمعة من _____ إلى _____	السبت من _____ إلى _____	الثلاثاء من _____ إلى _____

الخطوة ٤ (يُتبع): املاً معلومات دخل أسرتك في المربع أدناه (أرفق إثباتاً)

هل تغير الدخل غير المكتسب لأي فرد من أفراد الأسرة، بما في ذلك الدخل من مصادر مثل إعالة الأطفال، أو الضمان الاجتماعي (SSI أو SSA)، أو إعانت البطالة، أو إعانت الإعاقة، أو مكافآت العاملين، أو إعانت التقاعد/المعاش، أو دخل الإيجار؟

نعم - أرفق إثباتاً واملاً ما يلي:

• مصدر الدخل غير المكتسب:

• تاريخ بدء/تغير الدخل غير المكتسب:

• مبلغ الدخل غير المكتسب شهرياً: دولار _____

لا - الدخل غير المكتسب لم يتغير لدى أي فرد من أفراد الأسرة

هل يوجد أي فرد في الأسرة يؤدي الخدمة العسكرية؟ نعم - الخدمة الفعلية	هل تمتلك أسرتك أكثر من مليون دولار في صورة مبلغ نقدي أو شيكات أو مدخراً (مثل الحسابات البنكية، أو المعاشات، أو الأسهم، أو السنادات)؟ نعم	هل حدث تغيير في تكاليف التزام إعالة طفلك منذ آخر طلب قدمته؟ نعم - إذا كانت الإجابة "نعم"، فما تكالفة التزام إعالة طفلك شهرياً؟ أرفق إثباتاً دولار _____
لا - لا يوجد أحد من أفراد أسرتي يؤدي الخدمة العسكرية	لا - أسرتي لا تمتلك أكثر من مليون دولار في صورة مبلغ نقدي، أو شيكات، أو مدخراً	لا - التزام إعالة طفلي لم يتغير

الخطوة ٥: املاً نموذج المدرسة أو التدريب القائم على الرعاية (أرفق إثباتاً)

القائم على الرعاية ١ - اسم وعنوان المدرسة أو موقع التدريب	تاريخ البدء
القائم على الرعاية ٢ - اسم وعنوان المدرسة أو موقع التدريب	تاريخ البدء

الخطوة ٦: املأ نموذج الأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية

مدينته الميلاد	اسم أم الطفل قبل الزواج	الطفل ١ - الاسم (الأول، والأوسط، واسم العائلة)
اسم مقدم رعاية الطفل وعنوانه		
اسم وعنوان مدرسة الطفل (فقط إذا كان الطفل في روضة الأطفال فما فوق)		
المرحلة الدراسية الحالية (إذا كان الطفل في المدرسة)	هل سيلتحق الطفل بالروضة؟	
تاريخ بدء العام الدراسي	لا - طفلي لن	نعم
تاريخ انتهاء العام الدراسي	يلتحق بالروضة صباحاً	
إجمالي عدد ساعات الدراسة		مساء
ساعات الدراسة: من _____ إلى _____		يوم كامل
مدينته الميلاد	اسم أم الطفل قبل الزواج	الطفل ٢ - الاسم (الأول، والأوسط، واسم العائلة)
اسم مقدم رعاية الطفل وعنوانه		
اسم وعنوان مدرسة الطفل (فقط إذا كان الطفل في روضة الأطفال فما فوق)		
المرحلة الدراسية الحالية (إذا كان الطفل في المدرسة)	هل سيلتحق الطفل بالروضة؟	
تاريخ بدء العام الدراسي	لا - طفلي لن	نعم
تاريخ انتهاء العام الدراسي	يلتحق بالروضة صباحاً	
إجمالي عدد ساعات الدراسة		مساء
ساعات الدراسة: من _____ إلى _____		يوم كامل

التاريخ:
رقم حاليك:

بيان عدم التمييز من وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسانية والميل الجنسي) أو العقيدة الدينية، أو العلاقة، أو العمر، أو المعتقدات السياسية، أو النتقام، أو التأثير لفعل سابق متعلق بالحقوق المدنية.

قد تناول معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. وينبغي للأشخاص ذوي العلاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة بريل، والمطبوعات الكبيرة، والشرائط الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلخ) الاتصال بالوكالة (الولائية أو المحلية)، التي تقدموا إليها بطلب للحصول على الاستحقاقات. يمكن لأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو إعاقات النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة التابع الفيدرالية على رقم 800-8339-877.

لتقدم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/> ، الذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترن特 على: AD-3027 Form

USDA-OASCR%20P-Complaint-Form- 0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf ، من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، وذلك عن طريق الاتصال بالرقم 1071-620-620 (833)، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية. ويجب أن يتضمن الخطاب اسم صاحب الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه، ووصفاً مكتوباً للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كاف لإبلاغ الأمين المساعد للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية وتاريخه. يجب تقديم النموذج أو الخطاب المكتمل AD-3027 على:

العنوان البريدي:
Food and Nutrition Service, USDA
Braddock Place, Room 334 1320
;Alexandria, VA 22314 أو

الفاكس:
202-256-1665 أو 833-7442-690 (202) أو

البريد الإلكتروني:
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

هذه المؤسسة هي مؤسسة توفر تكافؤ الفرص.

يرجى عدم إرسال معلومات، مثل طلبات التقدم أو وثائق الإثبات، إلى عنوان وزارة الزراعة الأمريكية (United States Department of Agriculture (USDA)) المذكور أعلاه. فهذا العنوان مخصص للشكوى بخصوص الحقوق المدنية فحسب. يرجى إرسال أوراق الطلب أو عمليات التحقق إلى مكتب JFS المحلي بالمقاطعة.