

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

مرفق نموذج طلب تسجيل الناجحين - المساعدة متوفرة

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

نعم - أريد التسجيل للتصويت. لا - لا أريد التسجيل للتصويت.

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

رقم الحالة	جهة الاتصال بالمقاطعة
رقم هاتف جهة الاتصال بالمقاطعة	رقم فاكس جهة الاتصال بالمقاطعة

للاستمرار في تلقي إعاناتك، يجب علينا مراجعة حالتك للتأكد من أنك لا تزال مؤهلاً وأنت تتلقى المبلغ الصحيح من الإعانات.

يُرجى ملء النموذج أدناه وإعادته إلى مكتب JFS بالمقاطعة لمواصلة تلقي الإعانات. 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 إعانات المساعدة الطبية الخاصة بك.



الخطوة ١: املأ معلوماتك أدناه أو قم بإجراء التصحيحات حسب الضرور

إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر، فاكثب إجاباتك على ورقة إضافية وأرفقها بهذا النموذج.

الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)

العنوان البريدي			عنوان الشارع (إذا كان مختلفًا)		
المدينة		الولاية	الرمز البريدي	المدينة	
عنوان البريد الإلكتروني		الهاتف (المنزل)		الهاتف (العمل)	الهاتف (الجوال)

المستفيدون من برنامج SNAP و/أو برنامج Cash Assistance:

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

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

ملاحظة: إذا لم تقم بإعادة هذا النموذج الموقع وإكمال مقابلتك، فستتوقف إعانات برنامج Cash Assistance الخاصة بك وستنتهي صلاحية

إعانات برنامج SNAP.

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

المستفيدون من برنامج CHILD CARE:

من المقرر أن تنتهي صلاحية استحقاقك الحالي لبرنامج CHILD CARE في _____. يجب عليك ملء هذا النموذج

وإعادته بحلول _____. إذا لم نتلق النموذج المكتمل وجميع المستندات الداعمة بحلول تاريخ انتهاء صلاحية استحقاقك الحالي،

فسيتوقف إيقاف إعانات برنامج Child Care Assistance وستنتهي صلاحية جميع التراخيص الممنوحة لمقدمي الخدمات.

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

طرق تقديم هذا النموذج:

- عبر الإنترنت
- عبر البريد
- شخصيًا إلى مكتب JFS المحلي في المقاطعة
- عبر الفاكس

إكمال طلب إعادة التصديق عبر الإنترنت:

- 1 سجّل الدخول أو أنشئ حسابًا على ssp.benefits.ohio.gov
- 2 انقر على قسم "Access" (تسجيل الدخول) على يمين الشاشة
- 3 حدد خيار "Recertification" (إعادة التصديق) واتبع التعليمات

ملاحظة: إذا قمت بإحضار مستندات إلى مكتب JFS بالمقاطعة، فستتلقى إيصلاً.

الخطوة ٢: فيما يخص برنامج SNAP، و/أو برنامج Cash Assistance، و/أو برنامج Child Care Assistance، يُرجى مراجعة المعلومات التالية والتوقيع داخل المربع الموجود في الصفحة التالية

بالتوقيع على هذا الطلب:

فيما يخص برنامج SNAP، و/أو برنامج Cash Assistance، و/أو برنامج Child Care Assistance، فإنني أقر وأوافق على ما يلي:

- على الأسئلة الواردة في هذا النموذج، وأقر، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، بأن كل إجاباتي صحيحة وكاملة 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 أهليتي ومستوى المساعدة الذي أحتاجه، و/أو في بعض الحالات، قد يُطلب مني الموافقة على قيام مكتب JFS بالمقاطعة بإجراء هذه الاتصالات.
- قد يُطلب مني التعاون مع وكالة إنفاذ إغالة الطفل ((Child Support Enforcement Agency (CSEA)) في إثبات الأبوة أو إصدار أمر إغالة أو تنفيذه. إذا طُلب مني التعاون مع وكالة CSEA، فسيتم تقديم إحالة إلى الوكالة نيابة عني. كما أفهم أنه إذا لم يكن مطلوباً مني التعاون مع وكالة CSEA، فقد أطلب خدمات إغالة الطفل عن طريق استكمال طلب الحصول على خدمات إغالة 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 كليهما، لأي شخص يُدان بتلقي مساعدة عن طريق الاحتيال يكون غير مؤهل للحصول عليها.
- توقيعني أدناه يعطي مكتب JFS بالمقاطعة الإذن بالاطلاع على المعلومات المتوفرة على نظام تتبع تنفيذ الإغالة ((Support Enforcement Tracking System (SETS)) للتحقق من دخل إغالة الطفل/الزوج/الدعم الطبي.
- قد تخضع حالة أفراد الأسرة من غير الحاملين للجنسية للتحقق من قبل دائرة خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية ((United States Citizenship and Immigration Services (USCIS)) من خلال تقديم 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.
- يدل توقيعني أدناه على موافقتي وبفوض مكتب JFS بالمقاطعة للوصول إلى بوابة Ohio Benefits Worker Portal لغرض التحقق من حالة مواطنة الأطفال في هذه الحالة وللتحقق من تلقي مساعدة عامة إضافية. يحق لي إلغاء هذا التفويض في أي وقت عن طريق إخطار مكتب JFS بالمقاطعة كتابياً.
- يحق لك طلب عقد اجتماع على مستوى المقاطعة وجلسة استماع عامة إذا كنت لا توافق على الإجراء المتخذ بشأن حالتك. لطلب عقد اجتماع على مستوى المقاطعة، يجب عليك الاتصال بمكتب JFS بالمقاطعة أو مراجعة الإشعارات التي تلقيتها عبر البريد.

إذا تقدمت بطلب للحصول على إعانات برنامج SNAP، فأتأقر وأوافق على ما يلي:

- 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 أهليتي.
- سيتم استخدام أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من هوية أفراد الأسرة، ومنع تكرار المشاركة، وإجراء تغييرات على حالتي. وإذا لم يقدم أي فرد من أفراد الأسرة رقم الضمان الاجتماعي الخاص به، فسيتم تصنيفه 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 طوعاً. ومع ذلك، سيؤدي عدم تقديم المعلومات المطلوبة لإثبات أهليتي للحصول على المساعدة إلى رفض تقديم إعانات برنامج SNAP لأسرتي أو تقليصها. قد يتم الإفصاح عن المعلومات التي يتم الحصول عليها من طلب التقديم لمسؤولي إنفاذ القانون بغرض القبض على الفارين من القانون.
- إذا أدانتني محكمة قانونية باستخدام أو الحصول على إعانات في معاملة تنطوي على بيع مادة خاضعة للرقابة، فسوف يتم استبعادني من البرنامج ولن أكون مؤهلاً للحصول على إعانات لمدة عامين عند المخالفة الأولى، واستبعادني نهائياً عند المخالفة الثانية.
- إذا أدانتني محكمة قانونية باستخدام أو الحصول على إعانات في معاملة تنطوي على بيع أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات، 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)، ويُحظر عليّ 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 يخالف القواعد عمداً على معونة من برنامج SNAP لمدة عام واحد عند المخالفة الأولى، وعامين عند المخالفة الثانية، ونهائياً عند المخالفة الثالثة.
- إذا أدانتني محكمة قانونية بالاتجار بالإعانات بمبلغ إجمالي قدره ٥٠٠ دولار أو أكثر، فسيتم استبعادني نهائياً واعتباري غير مؤهل بشكل دائم للمشاركة في برنامج SNAP عند ارتكاب أول مخالفة من هذا القبيل.

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

- لا يجوز لأي فرد من أفراد أسرتي يخالف القواعد عمداً الحصول على إعانات من برنامج SNAP لمدة عام واحد عند المخالفة الأولى، وعامين عند المخالفة الثانية، وتوقف الإعانات نهائياً عند المخالفة الثالثة.
 - إذا أدانتني محكمة قانونية بالاتجار بالإعانات بمبلغ إجمالي قدره ٥٠٠ دولار أو أكثر، فسيتم استبعادني نهائياً واعتباري غير مؤهل بشكل دائم للمشاركة في برنامج SNAP عند ارتكاب أول مخالفة من هذا القبيل.
 - يُحظر علي 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 لعضوية برنامج SNAP بسبب أي 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 استبعادني 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 والمحليين لتحديد ما إذا كانت المعلومات حقيقية. وإذا كانت هناك أي معلومات غير صحيحة، قد يُرفض طلبي للحصول على إعانات البرنامج. وقد أعرض للملاحقة الجنائية لتقديم معلومات غير صحيحة عن قصد.
 - في حال تلقيت إعانات برنامج SNAP التي لا يجوز لي أن أحصل عليها؛ قد يحدث الآتي:
 - قد يُطلب مني تسديد الإعانات
 - قد أتهم بالاحتيال
 - قد أغرم (غرامة تصل إلى ٢٥٠ ألف دولار) أو يُحكم علي بالسجن (مدة تصل إلى ٢٠ عاماً) أو كليهما
 - قد يحظر علي الحصول على إعانات في المستقبل.
 - سأتحمل المسؤولية عن أي إعانات أتلقيها من برنامج SNAP والتي لم يكن من المفترض أن أحصل عليها إذا قدم ممثلي المفوض معلومات خاطئة.
 - إذا لم أوافق على إجراء تم اتخاذه بشأن حالتي، يمكنني رفع دعوى لعقد اجتماع على مستوى المقاطعة أو جلسة استماع عامة عبر الإنترنت، أو عبر البريد الإلكتروني أو البريد، أو عن طريق الاتصال بمكتب JFS بمقاطعتي. كما يمكنني أن أطلب من شخص ما حضور الجلسة نيابةً عني بنفويض موقع مني.
 - إذا تم اختيار حالتي عشوائياً للتأكد من أنني مؤهل للحصول على المساعدة التي أتلقيها وأنني أتلقى المبلغ الصحيح من الإعانات، فيجب علي التعاون إذا تمت مراجعة حالتي. وإذا رفضت التعاون في أية عملية مراجعة، فقد يتم إيقاف الإعانات المقدمة لي.
 - في غضون ٦٠ يوماً من تقديم الطلب وفي أي وقت أثناء تلقي الإعانات، لا يحق للشخص الموظف أو الذي يعمل لحسابه الخاص أن يترك الوظيفة طوعاً ودون سبب وجيه أو يخفض ساعات العمل إلى أقل من ٣٠ ساعة في الأسبوع أو أن يكسب أقل من الحد الأدنى الفيدرالي للأجور $\times 30$ ساعة ليظل مؤهلاً للمشاركة في برنامج SNAP.
- إذا تقدمت بطلب للحصول على إعانات برنامج Cash Assistance، فأننا أقر وأوافق على ما يلي:**
- بالتوقيع على هذا الطلب وتلقي المعونة النقدية من برنامج ((OWF (Ohio Works First))، قد يطلب مني التعاون مع وكالة إنفاذ إعالة الطفل المحلية ((CSEA (Local Child Support Enforcement Agency)) في إثبات الأبوة أو إصدار أمر إعالة أو تنفيذ. إذا طُلب مني التعاون مع وكالة CSEA، فسيتم تقديم إحالة إلى الوكالة نيابةً عني وسيتم تعيين أي حقوق متعلقة بجميع أشكال الإعالة المستحقة لي والأطفال القصر في مجموعة المساعدة إلى ولاية Ohio.
 - بتوقيعي على هذا الطلب وتلقي المساعدة النقدية من برنامج OWF، فأننا أتنازل إلى ولاية Ohio عن أية حقوق مستحقة لي متعلقة بإعالة الأطفال أو النفقة الزوجية و/أو الأطفال القصر في مجموعة المساعدة أثناء فترة استحقاق الإعانة 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 الخمر، أو الكازينوهات، أو منشآت الألعاب، أو أي من مؤسسات البيع بالتجزئة التي تقدم وسائل ترفيهية للبالغين حيث يُعرى فنانو الأداء أو يخلعون ملابسهم لأغراض الترفيه.
 - يجب أن أقوم بتنشيط بطاقة Way2Go في غضون ٩٠ يوماً من إصدار الإعانات وبطائقي الأولى وفي حالة لم يتم تنشيط بطاقة Way2Go في غضون ٩٠ يوماً، فسيتم حذف إعاناتي من حسابي.
- إذا تقدمت بطلب للحصول على إعانات رعاية الطفل، فأننا أقر وأوافق على ما يلي:**
- قد يقوم مكتب JFS في مقاطعتي أو إدارة شؤون الأطفال والشباب ((Department of Children and Youth (DCY)) بمشاركة الموافقة والرفض وحالة التقديم الخاصة بطلب رعاية طفلي مع مقدم الرعاية المدرج اسمه في هذا الطلب أو إلى أي مقدم رعاية تم تعيينه نتيجة 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 الممولة من القطاع العام ((Publicly Funded Child Care (PFCC)) إلا للأطفال المؤهلين وحتى الحد الأقصى من الساعات التي يصرح بها مكتب JFS بالمقاطعة. وكي أظل مؤهلاً للحصول على إعانات برنامج PFCC، يجب علي 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 طفلي في البرنامج بدقة باستخدام نظام آلي لتتبع الحضور. ويشمل ذلك التسجيل في النظام وتسجيل معلومات الهوية الشخصية والتي سأستخدمها في الوصول إلى النظام وتكون بمثابة توقيع إلكتروني. أدرك أن مقدم رعاية -الطفل ليس مسموحاً له بتسجيل حضور طفلي نيابةً عني وليس له الحق في الحصول على معلومات- الهوية الشخصية الخاصة بي. وأدرك أن نظام تتبع الحضور قد يلتقط صورة لي أو صورة لمن ينوب عني/المشرف بوصفه جزءاً من عمليتي تسجيل الدخول والخروج. كما أدرك أنني مسؤول عن إقرار أية تغييرات يدخلها مقدم الرعاية على نظام تتبع الحضور بخصوص حضور طفلي للبرنامج.

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

- إذا التحق 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، وحقي في طلب جلسة استماع عامة، ومسؤوليتي في إبلاغ مكتب JFS بالمقاطعة بالتغيرات والعقوبات، بما في ذلك إمكانية رفع دعوى مدنية أو المقاضاة الجنائية، نتيجةً للحجب أو التزوير المتعمد للمعلومات أو إساءة استخدام إعانات رعاية الطفل، بما في ذلك إساءة استخدام النظام الآلي لتتبع الحضور الخاص برعاية الطفل.
- يجب علي إبلاغ مكتب JFS بالمقاطعة عن أية تغيرات قد تؤثر على أهليتي، بما في ذلك التغيرات في دخل أسرتي، وساعات العمل/التدريب/التعليم، وحجم الأسرة، والعنوان. وأدرك أنني ملزم بالإبلاغ عن هذه التغيرات في غضون ١٠ أيام من حدوثها.
- كما أن توقيعني يمنح الموافقة على إصدار معرف الطالب على مستوى الولاية (SSID) الصادر عن النظام لكل طفل مدرج في هذا الطلب.
- معلومات حول مقدمي رعاية الأطفال:
- يجوز للوالدين اختيار أي برنامج معتمد لتقديم إعانات برنامج PFCC. وتشمل هذه البرامج: المراكز، ودور رعاية الأطفال الأسرية، ووسائل المساعدة المنزلية، 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://childcaresearch.ohio.gov>. يمكنك الدليل من البحث حسب الموقع، ونوع البرنامج، والخدمات المقدمة، وأيام وساعات العمل. كما تتوفر معلومات حول كل برنامج؛ بما في ذلك البرامج الحاصلة 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، ففضل 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 تقديم شكوى بشأن مقدم الرعاية فيما يتعلق بالانتهاكات المشتبه بها لقواعد الترخيص، يمكنك الاتصال بمكتب المساعدة الخاص بسياسة رعاية الطفل على 1-877-302-2347 ، الخيار ٤.

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

- الصفحات المتبقية مخصصة لبرنامج Child Care فقط -

الخطوة ٣: إذا كنت تقدم طلبًا للحصول على إعانات برنامج Child Care، يُرجى إكمال المربع

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

الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)	آخر ٤ أرقام من رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	النوع الاجتماعي	صلة القرابة بمقدم الطلب	هل يحتاج الطفل إلى رعاية؟	تاريخ الانضمام/الإيقاف
			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 <input type="checkbox"/>	

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

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

القائم على الرعاية ١ جدول العمل/المدرسة/التدريب

الأربعاء من _____ إلى _____
الخميس من _____ إلى _____
الجمعة من _____ إلى _____
السبت من _____ إلى _____
الأحد من _____ إلى _____
الاثنين من _____ إلى _____
الثلاثاء من _____ إلى _____

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

القائم على الرعاية ٢ جدول العمل/المدرسة/التدريب

الأربعاء من _____ إلى _____
الخميس من _____ إلى _____
الجمعة من _____ إلى _____
السبت من _____ إلى _____
الأحد من _____ إلى _____
الاثنين من _____ إلى _____
الثلاثاء من _____ إلى _____

**الخطوة ٤ : (يتبع): املأ 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 (SSA أو SSI)، أو إعانات البطالة، أو إعانات الإعاقة، أو مكافآت العاملين، أو إعانات التقاعد/المعاش، أو دخل الإيجار؟

نعم - أرفق إثباتاً واملأ 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 مدخرات (مثل الحسابات البنكية، أو المعاشات، أو الأسهم، أو السندات)؟ نعم	هل حدث تغيير في تكاليف التزام إعالة طفلك منذ آخر طلب قدمته؟ نعم - إذا كانت الإجابة "نعم"، فما تكلفة التزام إعالة طفلك شهرياً؟ دولار _____ أرفق إثباتاً
نعم - الحرس الوطني/الاحتياط	لا - أسرتي لا تمتلك أكثر من مليون دولار في صورة مبلغ نقدي، أو شيكات، أو مدخرات	لا - التزام إعالة طفلي لم يتغير
لا - لا يوجد أحد من أفراد أسرتي يؤدي الخدمة العسكرية		

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

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

الخطوة ٦: املا نموذج الأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية


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

التاريخ:

رقم حالتك:

بيان عدم التمييز من وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)

وفقًا 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 الجنسية والميل الجنسي) أو العقيدة الدينية، أو الإعاقة، أو العمر، أو المعتقدات السياسية، أو الانتقام، أو الثأر لفعل سابق متعلق بالحقوق المدنية.

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

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية AD-3027 Form ، الذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf> ، من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، وذلك عن طريق الاتصال بالرقم 620-1071 (833)، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية. ويجب أن يتضمن الخطاب اسم صاحب الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه، ووصفًا مكتوبًا للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كافٍ 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
أو Alexandria, VA 22314



الفاكس:

833-256-1665 أو 690-7442 (202) أو



البريد الإلكتروني:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov



هذه المؤسسة هي مؤسسة توفر تكافؤ الفرص.

يُرجى 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 للشكاوى بخصوص الحقوق المدنية فحسب. يُرجى إرسال أوراق الطلب أو عمليات التحقق إلى مكتب JFS المحلي بالمقاطعة.