



طلب التقديم / إعادة التأهل لتلقي مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (سناب)

يستخدم هذا النموذج للتقدم للحصول على مخصصات سناب فقط

إذا كنت كفيفاً أو معاقاً بصرياً بشكل كبير وتحتاج إلى طلب أو إلى هذه التعليمات بصيغة بديلة، يمكنك طلبهم من دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك. للحصول على معلومات إضافية بخصوص الصيغ المتاحة يرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك أو زر www.otda.ny.gov.

إذا كنت كفيفاً أو معاقاً بصرياً بشكل كبير، هل ترغب في تلقي الإخطارات الكتابية بصيغة بديلة؟ نعم ___ لا ___

إذا أجبت بنعم، ضع إشارة أمام الصيغة التي تفضلها: ___ نسخة بخط كبير ___ نسخة على CD ___ نسخة صوتية على CD
بريل، إذا كنت تؤكد بأن الصيغ الأخرى لن تكون مفيدة بشكل مساو لك.

إذا كنت بحاجة إلى ترتيبات أخرى يرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.

إذا كنت تريد التقديم للحصول على مخصصات سناب فقط، فيمكنك استخدام هذا الطلب القصير، أما إذا كنت تريد التقديم للحصول على مخصصات أخرى مثل المعونة المؤقتة، أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو معونة دفع مصاريف الطاقة المنزلية، أو المعونة الطبية (مديكيد) فالرجاء أن تطلب طلباً مختلفاً.

عند تقديمك للحصول على مخصصات سناب

- يمكنك تقديم الطلب في نفس اليوم الذي تستلمه؛ يجب علينا أن نقبل طلبك شرط أن يحمل على الأقل اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان)، وتوقيعك. ستثبت هذه المعلومات تاريخ تقديم طلبك.
- يجب إكمال طلبك بالكامل، بما في ذلك المقابلة والتوقيع على بيان الاعتماد في صفحة 8 من الطلب/إعادة التأهيل لكي نحدد درجة أهليتك. وستحسب مخصصاتك من تاريخ تقديم طلبك إذا كنت مؤهلاً.
- يمكنك أن تقدم طلباً للحصول على مخصصات سناب لأفراد أهل دارك المؤهلين وستحصل عليها حتى إذا كنت أو كان بعض أفراد أهل دارك الآخرين غير مؤهلين لتلقي المخصصات بسبب وضع الهجرة الذي يتمتعون به. على سبيل المثال، الآباء الأجانب غير المؤهلين يستطيعون طلب الحصول على مخصصات سناب لأطفالهم وتلقي المخصصات الخاصة بأطفالهم المؤهلين.
- سيظل بإمكانك التقدم والتأهل للحصول على مخصصات سناب حتى إذا وصلت إلى الحدود الزمنية الخاصة بالمعونة المؤقتة.

هل أنت بحاجة ماسة وفورية لمخصصات سناب؟ قد تكون مؤهلاً لتقديم للحصول على مخصصات سناب المستعجلة:

إذا كان لأهل دارك قليلاً من الدخل أو الموارد السائلة أو كانوا معدمين، أو إذا كان قدر إيجارك ومصاريف المرافق أكثر بكثير من مجموع دخلك ومواردك السائلة، أو كنت عامل زراعة موسمياً أو متنقلاً وكان لديك قدرًا قليلاً من الدخل أو الموارد أو كنت معدماً منهما عند تقديم الطلب، فقد تكون مؤهلاً لتلقي مخصصات سناب خلال 5 أيام من تاريخ تقديمك. عندما يتقدم مقيم في أحد المؤسسات إلى الضمان التكميلي (SSI) و سناب قبل مغادرته المؤسسة، سيكون تاريخ تقديم الطلب المسجل هو تاريخ مغادرة المتقدم للمؤسسة.

أين يمكنك التقدم لتلقي مخصصات سناب

إذا كنت تعيش خارج مدينة نيويورك، يمكنك التقدم بطلب إلكتروني على الموقع myBenefits.ny.gov، أو الاتصال بإدارة الخدمات الاجتماعية المحلية الخاصة بك أو اتصل بها في الدولة التي تعيش بها وأسأل عن التقدم للحصول على الطلب. يمكنك الحصول على العنوان ورقم الهاتف عن طريق الاتصال على الرقم المجاني **1-800-342-3009**.

إذا كنت تعيش في مدينة نيويورك ولم تتقدم للحصول على المعونة المؤقتة، يمكنك التقدم بطلب إلكتروني على الموقع myBenefits.ny.gov، أو الاتصال بأي مكتب للحصول على مخصصات سناب أو قم بزيارته للحصول على الطلب. يمكنك الحصول على العنوان ورقم الهاتف عن طريق الاتصال على **1-718-557-1399** أو الرقم المجاني **1-800-342-3009**.

هل تلاقى مصاعب في الذهاب إلى مكتبنا بخصوص موعد متعلق بمخصصات سناب؟

إذا كنت تواجه صعوبة في الحضور لموعد طلب مخصصات سناب [قد تتضمن الأسباب كلاً من وظيفة العمل، والمسائل الصحية، والنقل، ومشاكل في تأمين العناية بالطفل ("تشايلد كير")، فيمكنك أن تطلب من شخص آخر أن يقدم الطلب نيابة عنك، أو يمكنك التقدم بطلب إلكتروني على الموقع myBenefits.ny.gov. كما يمكنك أيضاً أن ترسل طلبك عبر البريد أو توصله إلينا باليد؛ كما يمكننا في بعض الأحيان أن نجري معك مقابلة عبر الهاتف. يرجى الاتصال بالإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية الخاصة بك إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات، لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً لإجراء مقابلة بالهاتف، أو إذا كنت في حاجة إلى تغيير موعد المقابلة.

مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز
طلب التقديم / إعادة التأهل لتلقي مخصصات سناب

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	Lifeline	<input type="checkbox"/> Apply <input type="checkbox"/> Recertify	Lang
------------------	----------------	---------------	------	--------	-----------	-------------	-----------------	---------	----------	---	------

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____ رقم هاتف آخر يمكن الاتصال بك من خلاله: _____
 عنوان السكن: _____ رقم الشقة: _____ المدينة: _____، نيويورك الرمز البريدي
 العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً) _____ رقم الشقة: _____ المدينة: _____، نيويورك الرمز البريدي
 اسم آخر: _____ هل أنت: مقدم الطلب أو تعيد تثبيت لياقتك هل تود أن تستلم الإخطارات: باللغة الإسبانية والإنجليزية أو باللغة الإنجليزية فقط

يجب علينا أن نقبل طلبك إذا تتضمن، كحد أدنى، اسمك
 وعنوانك (إذا كان لديك واحداً)، وتوقيعك في هذا المربع.

توقيع مقدم/ممثل الطلب

تاريخ التوقيع

أدرج اسم كل شخص يقيم معك حتى ولم يكن مقدم معك. أدرج نفسك أولاً.

L N	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأخير	رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للفرد المقدم (إذا لم يوجد لك رقم فاكتب "لا يوجد")	تاريخ الميلاد	الحالة الزوجية	الجنس ذكر M أو أنثى F	هل هذا الشخص مقدم معك أيضاً؟		صلة القرابتك	هل هذا الشخص يشتري و/أو يحضر الطعام معك؟		هسباني أو لايتينو؟		أدخل الحرف Y (نعم) أو N (لا) لكل عرق*																		
								نعم	لا		نعم	لا	نعم	لا	I	A	B	P	W	U													
1								✓		نفسك	✓																						
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	
8																																	

*رموز الخلفية العرقية: I - من سكان أمريكا أو الأسكا الأصليين، A - آسيوي، B - أمريكي أسود أو من أصل أفريقي، P - من السكان الأصليين لجزر هاواي أو جزر المحيط الهادي، W - أبيض، U - غير معروف (للمعونة الطبية فقط)

هل أنت وأي واحد يقيم معك مواطن من مواطني الولايات المتحدة؟ نعم لا - إذا كان الجواب لا، فمن لا يكون من مواطني الولايات المتحدة؟
 هل قامت أي محكمة بإصدار مذكرة لأنها وجدت أنك أو أي شخص يعيش معك يحاول تجنب أي دعوة أو اعتقال أو غرامة بسبب جناية أو محاولة ارتكاب جناية؟ نعم لا
 هل أنت أو أي واحد يقيم معك هارب من الجهات الأمنية بسبب اتهام بجريمة، أو مخالف لقيود المراقبة ("بروبيشن") أو الإفراج المشروط ("بيرول") بموجب قرار من محكمة؟ نعم لا
 هل تم حرمانك أو حرمان أي شخص يقيم معك في أي وقت مضى من تلقي مخصصات سناب بسبب الغش أو مخالفة البرنامج عن قصد وعمد؟ نعم لا
 هل تقوم أو يقوم أحد من أهل دارك بالتقديم للحصول على مخصصات سناب أو المعونة المؤقتة أو تتلقى أي منهما في مكان آخر؟ نعم لا
 هل أنت أو أي أحد يقيم معك أعمى، مصاب بإعاقة وعجز، أو حامل؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟
 هل أنت أو أي أحد يقيم معك مسرّح من الجنديّة ("فيتران")؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو؟

هل أنت أو أي أحد مقدم معك يقيم في مركز معالجة المخدرات والعقاقير أو الكحول، أو منشأة إقامة جماعية معتمدة من الولاية، أو شقة مشرف عليها / مدعومة ومعتمدة من قبل الولاية؟ نعم لا
 إذا كنت تقوم بإعادة التأهل لمخصصات سناب، فأدرج على الصفحة 6 ما تغير في حالتك منذ طلبك الأخير أو إعادة التأهيل الأخير (مثلاً: انتقلت إلى مكان آخر، أصبح لديك طفل، انتقل أحد إلى بيتك أو منه).

الدخل

أدرج جميع أنواع الدخل لك ولكل شخص مقيم معك. يتضمن هذا، ولكن لا يقتصر، على كل من الأجور، والدخل من الأعمال الحرة (على سبيل المثال: حضانة الطفل ("بيبي سيبتغ")، أو التنظيف، أو دخل من مستأجر غرفة عندك، أو نزيل)، و إعالة ونفقة الطفل، ومعاشات، ومخصصات الجندي المسرح ("فيتران")، و الدخل من إعاقه وعجز، ومخصصات الضمان الاجتماعي ودخل الضمان الإضافي (SSI)، وأيئة منح دراسية أو للإيجار أو للمأكولات الغذائية، وأيئة معونة مؤقتة، وأي دخل من الأصدقاء أو الأقارب.

اسم الشخص الذي يتلقى الدخل	مصدر الدخل	كم ساعة تعمل في الشهر	كم مرة تتلقاها؟ (مثلاً، أسبوعياً، كل أسبوعين، شهرياً)	قدر المبلغ الإجمالي الذي تتلقاه قبل اقتطاع الخصومات

هل تسدد أو يسدد أحد من المقيمين معك تكاليف العناية بالطفل ("تشايلد كير") / رعاية المعال وتكون متعلقة بالعمل أو التدريب؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____.

قدر المبلغ المدفوع (\$) . كم مرة يدفع؟ (مثلاً أسبوعياً، شهرياً) _____.

هل قمت أو قام أحد يقيم معك بتغيير وظيفة العمل أو الاستقالة منها أو تخفض أي نوع من الدخل في الثلاثين (30) يوماً الأخيرة - بما فيه تخفيض ساعات العمل أو الدخل؟ نعم لا

هل لديك أو لدى أي شخص مقيم معك دخل محتمل لم يتلقاه / تتلقاه بعد؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فاشرح ذلك على الصفحة 6.

هل تتلقى أو يتلقى أي شخص مقيم معك بدل الاحتياجات الشخصية (PNA) أو بدل الوجبات الغذائية؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____.

هل قمت أو قام أحد من أهل دارك بادخار أي قدر من الدخل ضمن خطة تحقيق الدعم الذاتي (PASS) موافق عليها من إدارة الضمان الاجتماعي؟

نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____.

هل تشترك أو يقيم أحد معك مشترك حالياً في إضراب عن العمل؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____.

الموارد

لن تؤثر الموارد على التأهل الخاص بمعظم أهل الدار المتقدمين للحصول على مخصصات سناب. ولكن، بعض المعلومات الخاصة بالموارد تستخدم في تحديد تأهلك للمعالجة السريعة للطلب.

كم هو قدر المال الذي يملكه كل شخص من المتقدمين؟ (مثلاً ما تحمله من نقود، وما يوجد في بيتك، ورسيدك في الحسابات الجارية ("تشكينغ") وحسابات التوفير ("سايفينغ")، أو في مواقع أخرى بما فيها الحسابات المشتركة) \$ _____ تخص

موجودات مالية أخرى؟ [مثلاً، أسهم، وسندات مالية، وحسابات تقاعد، وسندات توفير ("سيفينغ بندز")، ومحفظات مالية متبادلة ("ميونثول فندز")، وحسابات تقاعد فردية (IRA)، وصندوق ائتمان ("ترست فندز")، وشهادات مالية حسب

سعر السوق ("ماني ماركت سرتفيكينس") نعم لا

إذا كان الجواب نعم، فما هو قدر المبلغ \$ النوع _____ اسم المالك _____.

كم سيارة أو شاحنة أو مركبة أخرى لديك أو لدى أي واحد من أهل الدار؟

رقم 1: السنة _____ الصنع _____ الموديل _____ اسم المالك _____

رقم 2: السنة _____ الصنع _____ الموديل _____ اسم المالك _____

هل تملك أو يملك أي مقدم معك أي نوع من الممتلكات العقارية بما فيه بيتك؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فأدرج العقار: _____ اسم المالك: _____

هل قام أحد من المتقدمين ببيع أو إعطاء أو نقل ملكية الأموال أو الممتلكات في الشهور الثلاث الأخيرة بهدف التأهل للحصول على مخصصات سناب؟ نعم لا

ترتيبات ومصاريف المعيشة

ضع علامة في جميع المربعات التي تصف أهل دارك:

أملك بيتي أو أدفع قسط بيت مستأجر عامل متنقل / عامل في المواسم الزراعية ليس لدي سكن دائم أقيم مع أقاربي أو أصدقائي

أدرج مصاريفك:

مقدار الدفعة الشهرية للإيجار أو قسط البيت _____ \$ قدر الضريبة السنوية على البيت _____ \$ قدر التأمين السنوي على البيت _____ \$.

هل تدفع بشكل منفصل كلفة التدفئة نعم لا إذا كان الجواب نعم، فحدد نوع التدفئة: غاز كهرباء زيت خشب فحم بروبين أخرى (حدد) _____.

اسم شركة الكهرباء _____ رقم الحساب في شركة التدفئة: _____

يمكنك استخدام الصفحة 6 إذا كنت بحاجة إلى فسخة أكثر للكتابة فيها أو كان لديك معلومات أخرى تظن أننا قد نحتاج إليها.

ترتيبات ومصاريف المعيشة (تابع)

هل تدفع كلفة مكيف الهواء ضمن فاتورة الكهرباء أو بشكل منفصل؟ نعم لا

هل تدفع بشكل منفصل كلفة المرافق العامة (غير التدفئة/التبريد)؟ نعم لا (مثل، النور، غاز للطبخ، رسوم ماكينة الغسيل والتجفيف، الزبالة / القمامة، ماء، التوصيلات الأولية للمرافق العامة).

هل يقوم أحد بدفع أي من هذه المصاريف عنك (بعض الأمثلة برنامج "سكشن 8" أو أي برنامج دعم آخر)؟

نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن يدفع مقابل ماذا؟ _____

7

هل تقوم أو يقوم أحد ممن يقيمون معك بدفع إعالة ونفقة الطفل بأمر من المحكمة؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي _____

اسم كل طفل تدفع له / لها إعالة ونفقة الطفل _____

قدر مبلغ الدفعة \$ _____ مدة تكرار الدفعات (مثلاً، أسبوعياً، كل أسبوعين، شهرياً) _____

هل أنت و/أو أي أحد يقيم معك أعمى / معاق أو عاجز أو يبلغ 60 سنة من العمر على الأقل؟ إذا كان الأمر كذلك، فهل لدى هذا الشخص فواتير طبية؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم فمن هو؟ _____
ومن المسؤول عن دفعها.

هل أنت و/أو أي أحد يقيم معك يتلقى معونة الـ "مديكيد" وبخطة المصروف التنازلي "سيند داون"؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم فمن هو؟ _____ وما قيمة المبلغ _____

هل أنت و/أو أي أحد يقيم معك (يبلغ من العمر 16 سنة أو أكثر) مسجل في مدرسة أو برنامج تدريبي؟ نعم لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي _____ أين _____

يمكنك استخدام الصفحة 6 إذا كنت بحاجة إلى فسخة أكثر للكتابة فيها أو كان لديك معلومات أخرى تظن أننا قد نحتاج إليها.

اقرأ المعلومات الهامة أدناه

التحذير من العقوبة - سوف تخضع أية معلومات تقدمها بخصوص طلبك الحصول على معونات سناب للتحقق من قبل المسؤولين الفيدراليين، وفي الولاية والمسؤولين المحليين. إذا كان هناك أية معلومات غير صحيحة، فقد يتم حرمانك من سناب. قد تكون معرضاً للإجراءات الجنائية إذا أعطيت معلومات غير صحيحة عن قصد، وكان ذلك يؤثر على أهليتك أو قيمة المخصصات. أي شخص مخالف لشروط الإفراج المشروط أو الإفراج المبكر أو فار من المقاضاة أو القبض أو السجن لجناية ما، ويكون ملاحقاً بشكل نشط من قبل قوات الأمن، لن يكون مؤهلاً لتلقي مخصصات سناب.

إذا أُدين فرد من أفراد البيت بارتكاب مخالفة مقصودة للبرنامج فلن يتمكن هذا الفرد من الحصول على مخصصات سناب لمدة:

- 12 شهراً للمخالفة الأولى المقصودة للبرنامج؛
- 24 شهراً للمخالفة الثانية المقصودة للبرنامج؛
- 24 شهراً للمخالفة الأولى المقصودة للبرنامج إذا كانت بسبب حكم محكمة بأن الشخص قام باستخدام أو تلقي مخصصات سناب في تعامل لبيع مواد خاضعة للضبط. (عقافير غير قانونية أو عقافير معينة يُطلب من أجلها وصفة طبية)
- 120 شهراً إذا تمت ادانتك بالإدلاء بمعلومات كاذبة حول هويتك أو مكان إقامتك من أجل تلقي مخصصات سناب متعددة وفي الوقت ذاته، إلا إذا كنت غير مؤهل بشكل دائم نتيجة مخالفة ثالثة مقصودة للبرنامج. وفي بعض الحالات، يجوز للمحكمة أن تحرم شخصاً ما من تلقي مخصصات سناب لمدة 18 شهراً إضافية.

الحظر الدائم على التأهل ينطبق على الشخص في حالة:

- إذا كانت المخالفة الأولى المقصودة للبرنامج بسبب حكم محكمة بأن الشخص قام باستخدام أو تلقي مخصصات سناب في تعامل لبيع الأسلحة أو الذخائر أو المتفجرات.
- إذا كانت المخالفة الأولى المقصودة للبرنامج بسبب حكم محكمة بالمتاجرة بمخصصات سناب لمبلغ يساوي أو يفوق 500 دولار (تشمل المتاجرة الاستخدام أو النقل أو الاقتناء أو التغيير أو الحيازة غير القانونية لبطاقات تحويل سناب أو أجهزة الوصول).
- إذا كانت المخالفة الثانية المقصودة للبرنامج بسبب حكم محكمة بأن الشخص قام باستخدام أو تلقي مخصصات سناب في تعامل لبيع مواد خاضعة للضبط. (عقافير غير قانونية أو عقافير معينة يُطلب من أجلها وصفة طبية)
- كل المخالفات الثالثة المقصودة للبرنامج.

أي شخص تتم إدانته باستخدام أو نقل أو اقتناء أو تغيير أو حيازة لبطاقات تحويل سناب أو أجهزة الوصول قد يتعرض لغرامة قد تصل إلى 250,000 دولار أو السجن لمدة قد تصل إلى 20 عاماً أو العقوبتان معاً. قد يخضع الشخص إلى المقاضاة حسب القوانين السارية على المستوى الفدرالي أو على مستوى الولاية.

قد يتم اعتبارك غير مؤهل لمخصصات سناب أو قد تكون مذنباً بمخالفة البرنامج عن قصد إذا:

- إذا أدليت بإفادة مغلوطة أو غيرت الحقيقة أو أخفيت أو امتنعت عن الإدلاء بحقائق بغرض التأهل للمخصصات أو تلقي المزيد منها؛ أو
- شراء منتج ما باستخدام مخصصات سناب بنية الحصول على النقد من خلال التخلص من المنتج عمداً وإعادة الحاوية للحصول على مبلغ التأمين؛ أو
- ارتكاب أو محاولة ارتكاب أي عمل يعتبر مخالفة لقانون فدرالي أو قانون ولاية بغرض استخدام أو تقديم أو نقل أو اقتناء أو تلقي أو حيازة أو الاتجار بمخصصات سناب أو بطاقات التحويل أو الوثائق المتعددة الاستخدام المستخدمة كجزء من نظام التحويل الإلكتروني للمخصصات (EBT).

إضافة إلى ذلك، فإن التالي ممنوع، وقد يتم منعك من التأهل لمخصصات سناب و/أو قد تتعرض لعقوبات لأي عمل يشمل:

- استخدام أو حيازة بطاقات EBT الخاصة بالغير ودون إذن من مالك البطاقة؛ أو
- استخدام مخصصات سناب لشراء منتجات غير غذائية مثل الكحول والسجائر، أو لتسديد ثمن طعام تم شراؤه في السابق بالدين؛ أو
- السماح للغير باستخدام بطاقة EBT الخاصة بك مقابل النقد أو السلاح أو الذخيرة أو المتفجرات أو المخدرات أو لشراء طعام لأشخاص لا ينتمون إلى المنزل المغطى ببرنامج سناب.

إذا حصلت على قدر أكثر مما ينبغي عليه من مخصصات سناب (دفع زائد عن الحد)، فعليك أن تسدد هذا القدر الزائد. إذا كان ملكك سار المفعول، فسنسترد قدر الدفع الزائد عن الحد من مخصصات سناب التي ستلقاها في المستقبل. أما إذا كان ملكك مغلقاً فيمكن أن تسدد قدر الدفع الزائد عن الحد من المخصصات غير المستخدمة من سناب المتبقية في حسابك، أو يمكن تدفع قدرها نقداً.

إذا كانت لديك مدفوعات زائدة لم يتم تسديدها، يتم إحالتها للتحويل بعدة طرق، منها التحويل الآلي من قبل الحكومة الفدرالية. وقد يتم أخذ مستحقاتك الفدرالية (مثل الضمان الاجتماعي) أو المرتدات الضريبية التي يحق لك الحصول عليها، لاستخدامها في تسديد المدفوعات الزائدة. كما قد يخضع هذا الدين لرسوم التنازل.

سيتم استخدام أي مخصصات سناب من حساب EBT الخاص بك لتخفيض الدفعات الزائدة الحالية. وإذا تقدمت للحصول على مخصصات سناب مجدداً ولم تكن قد سددت المبلغ المستحق عليك، سوف يتم خفض مخصصات سناب الخاصة بك إذا بدأت تحصل عليها مجدداً. سيتم إبلاغك آنذاك بقدر مبلغ المخصصات المخفضة التي ستحصل عليها. فيما يتعلق بمخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير")

اقرأ المعلومات الهامة أدناه (تابع)

الموافقة - أفهم بأنه عند توقيعي نموذج الطلب هذا، فإنني أوافق على أي تحقيق يقوم به مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز أو مقاطعة الخدمات الاجتماعية المسؤولة عني للتحقق من صحة المعلومات التي أدليت بها أو لتثبيتها، أو أي تحقيق آخر صادر من قبلها بشأن طلبي لتلقي مخصصات سناب . كما سأقدم بمزيد من المعلومات إذا طلب مني ذلك، وسأتعاون أيضاً مع موظفي الولاية والحكومة الفيدرالية في مراجعات التحكم بالجودة فيما يتعلق بمخصصات سناب. إذا ما تم طلب معلومات إضافية، سأقوم بتقديمها. كما أنني سأتعاون مع الولاية والعاملين الفدراليين في مراجعة مراقبة الجودة الخاص بمخصصات سناب.

وأفهم أنه بالتوقيع على هذا الطلب/الشهادة فإنني أوافق على أي تحقيق أو تحقق للتأكد من المعلومات التي قدمتها وأي تحقيقات أخرى من قبل أي جهة حكومية مخولة فيما يتعلق بهذا الطلب والطلبات اللاحقة عليه للحصول على مخصصات برنامج المعونة في دفع نفقات الطاقة المنزلية (هيب) للموسم الحالي. كما أنني أوافق على السماح باستخدام المعلومات المتضمنة في هذا الطلب في الإحالات لبرامج معونات تهيئة الطقس وبرامج الدخل المنخفض لشركة المرافق الخاصة بي. وأفهم أن الولاية سوف تستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي للتحقق من استلام مزودي خدمات الطاقة المنزلي لمخصصات هيب الخاصة بي. كما يتضمن هذا التحويل تصريحاً من مزودي الطاقة المنزلية (بما فيها المرافق الخاصة بي) لإطلاق بعض المعلومات الإحصائية، بما في ذلك – على سبيل المثال لا الحصر – معدل استهلاك السني للكهرباء، تكلفة الكهرباء، والوقود، ونوع الوقود، وتكلفة الوقود السنوية، وتاريخ السداد لمكتب المعونة المؤقتة ومعونة العجز، ودائرة الخدمات الاجتماعية المحلية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية لأغراض قياس أداء برنامج معونة الطاقة المنزلي لذوي الدخل المنخفض.

الموافقة على التصريح بالمعلومات السرية الخاصة بضمان البطالة (UI) – أنا أصرح لوزارة العمل بولاية نيويورك (DOL) بالتصريح بأي معلومات سرية تحتفظ بها DOL لأغراض تتعلق بضمان البطالة (UI)، لمكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA). وتتضمن هذه المعلومات المطالبات بمخصصات UI وسجلات المرتبات. أنا أدرك أن OTDA بالتعاون مع الولاية والموظفين العاملين في الوكالة المحلية الذين يعملون في مكاتب القطاعات الخاصة بالخدمات الاجتماعية، سيستخدمون معلومات UI للتأكد من الأهلية والتحقق من صحتها ومن مبلغ مخصصات TA أو MA أو FS التي تتم المطالبة بها في هذا الطلب ولإجراء تحقيقات لتحديد ما إذا كنت قد تلقيت مخصصات لا يحق لي استلامها.

الكشف عن المعلومات لمزودي الخدمات - أصرح لدائرة الخدمات الاجتماعية ولولاية نيويورك بمشاركة المعلومات بخصوص مخصصات برنامج سناب التي تلقيتها أنا أو أي فرد من أفراد أهل بيتي الذين يمكنني قانوناً التصريح نيابة عنهم، لأغراض التحقق من أهليتي للخدمات والمبالغ المتعلقة بإدارة البرنامج التي يوفرها متعاقد مع الولاية أو الحكومة المحلية. وقد تشمل هذه الخدمات دون تحديد خدمات التوظيف أو التدريب التي تم توفيرها لمساعدتي أو أهل بيتي في الحصول على وظائف والحفاظ عليها.

معلومات بشأن البديل القياسي للمنافع العامة (SUA) – أفهم بأن متلقي مخصصات سناب مصنفيين تصنيفاً من حيث الدخل يؤهلهم للحصول على برنامج المعونة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية (HEAP). إذا لم أتلق مخصصات هيب بمبلغ يفوق 20 دولاراً في الشهر الحالي أو خلال فترة 12 شهراً السابقة، أو غير ذلك من مخصصات برامج معونة أخرى، يجب علي أن ادفع بشكل منفصل للتدفئة والتكييف والمرافق بغرض تلقي البديل القياسي للمنافع العامة.

التغييرات - أوافق على إبلاغ الوكالة بسرعة بأي تغييرات في احتياجاتي أو دخلي أو ملكيتي أو ترتيبات إقامتي أو وضع البالغ القادر بدون معالين بما في ذلك إذا انخفضت ساعات عملي عن 80 ساعة في الشهر أو حالة الحمل أو العنوان حسب ما أعرف أو أعتقد وفقاً لمتطلبات الإبلاغ الخاصة بي.

مشتراطات التبليغ / التثبيت لمصاريف أهل الدار - أفهم بأنه يجب على أهل داري أن يبلغوا عن مصاريف العناية بالطفل ("تشايلد كير") والمنافع العامة لكي يحصلوا على اقتطاع هذه المصاريف قبل تحديد مخصصات سناب. كما أفهم أيضاً بأنه يجب على أهل داري أن يبلغوا ويثبتوا كل من دفعات الإيجار أو قسط البيت ("مورتيجج")، وضرائب الممتلك، والتأمين، والمصاريف الطبية، وإعالة ونفقة الطفل المدفوعة إلى فرد ليس من أفراد أهل الدار لكي يحصلوا على اقتطاع هذه المصاريف قبل تحديد مخصصات سناب. وأفهم أن عدم القيام بالتبليغ / التثبيت لهذه المصاريف سيظهر كبيان من أهل داري بأنني / بأننا لا نريد أن نحصل على اقتطاع لهذه المصاريف غير المبلغ عنها و/ أو غير المثبتة. اقتطاع هذه المصاريف قد يجعلني مؤهلاً لتلقي مخصصات سناب أو قد يزيد قدر مخصصاتي من سناب. وأفهم بأنه يمكنني التبليغ/التثبيت لهذه المصاريف في أي وقت كان في المستقبل. سيسري هذا الاقتطاع في عملية حساب مخصصات سناب في الشهور القادمة بموجب قواعد التغيير في التبليغ عن التغييرات والتغييرات في المعالجة.

بتقديمي لخدمات سناب فإنني أدرك أن دائرة الخدمات الاجتماعية ستطلب وتستخدم معلومات متاحة من خلال نظام التحقق من الدخل والأهلية للتدقيق في طلبي، وقد تتحقق من هذه المعلومات من خلال اتصالات جانبية إذا ظهرت اختلافات كذلك أدرك أن هذه المعلومات ستؤثر على أهليتي لبرنامج سناب و/أو مقدار مخصصات سناب الذي ألتفاه.

بيان بقانون الخصوصية – **تحصيل واستخدام رقم الضمان الاجتماعي (SSN)** - تحصيل رقم الضمان الاجتماعي من كل فرد من أفراد أهل الدار بشأن مخصصات سناب بموجب قانون الطعام والتغذية لعام 2008. تستخدم المعلومات التي نحصلها لتحديد ما إذا كان أهل دارك مؤهلين لتلقي المخصصات أو الاستمرار في تلقيها. سنتحقق من هذه المعلومات عن طريق برامج مطابقة عاملة على أجهزة الكمبيوتر. كما ستستخدم هذه المعلومات في مراقبة الامتثال مع أنظمة البرنامج ولأغراض إدارة وتنظيم البرنامج. يمكن الإفصاح عن هذه المعلومات إلى وكالات الولاية والوكالات الفيدرالية لأغراض التدقيق الرسمي وإلى الجهات الأمنية لأغراض إلقاء القبض على الأشخاص الهاربين من القانون. ستستخدم هذه المعلومات للتحقق من الهوية الشخصية، وتثبيت قدر الدخل المكتسب وغير المكتسب.

إذا نشأت مطالبة من قبل سناب ضد أهل بيتك، قد يتم إعطاء معلوماتك الموجودة على هذا الطلب، بما في ذلك كل أرقام الضمان الاجتماعي، إلى وكالات الولاية أو الحكومة الفدرالية، وكذلك إلى شركات تحصيل المطالبات الخاصة لاتخاذ إجراءات التحصيل. يجب على كل مقدم لسناب أن يوفر رقم ضمان اجتماعي. ستستخدم وتشارك أرقام الضمان الاجتماعي للأفراد غير المؤهلين كذلك. إذا لم تكن تملك أنت أو أي مقدم/مطالب رقم ضمان اجتماعي (SSN)، يجب طلب الحصول على رقم ضمان اجتماعي (SSN) من وكالة الضمان الاجتماعي (SSA.gov).

اقرأ المعلومات الهامة أدناه (تابع)

إضافة إلى استخدام المعلومات التي تعطينا إياها بهذه الطريقة، تستخدم الولاية هذه المعلومات أيضاً لإعداد إحصائيات حول كل الأشخاص المتلقين للمخصصات من برنامج المعونة المنزلية للطاقة. تستخدم المعلومات لمراقبة الجودة من قبل الولاية لضمان أن الدوائر المحلية تقوم بأفضل عمل ممكن. وتستخدم للتحقق من هوية مزودك بالطاقة وللتأكد من تسديد دفعات معينة لذلك المزود.

الشهادة بشأن الجنسية أو وضع الهجرة - أقسم و/ أو أكد تحت طائلة عقوبة الحلفان الكاذب بأن المعلومات التي أقدمها بشأن الجنسية (المواطنة) وحالة الهجرة القانونية الخاصة بي وبكل واحد يقيم معي هي معلومات صحيحة وصادقة. وأفهم بأن أي من المعلومات التي أقدمها لتثبيت حالة الهجرة للأفراد المتقدمين للحصول على مخصصات سناب قد يتحقق من صحتها من قبل مصلحة شؤون الهجرة والجنسية الأمريكية.

لبرنامج مخصصات سناب، يجب التحقق من الجنسية فقد في حالة وجود شك حولها.

إخطار عدم التمييز - وفق قانون الحقوق المدنية الفدرالية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية، يُحظر على وزارة الزراعة الأمريكية، ووكلائها، ومكاتبها، وموظفيها، والمؤسسات المشاركة في التي تقوم على إدارة برامج وزارة الزراعة الأمريكية التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو النوع أو المعتقد الديني أو العجز أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو التآثر لأية أنشطة حقوق مدنية مسبقاً في أي برنامج أو فعاليات تجريها أو تمويلها وزارة الزراعة الأمريكية.

بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصالات بديلة للحصول على معلومات البرامج (مثال: طريقة برايل، أو الطبعة بأحرف كبيرة، أو الشرائط الصوتية، أو لغة الإشارات الأمريكية، إلخ)، يتعين عليهم الاتصال بالوكالة (على مستوى الولاية أو محلياً) التي تقدموا لها للحصول على المخصصات. وبالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة السمعية أو الذين يعانون من صعوبات تتعلق بالسمع أو إعاقات تتعلق بالتحدث، يمكنهم الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الإحالة الفدرالية على الرقم 877-8339 (800). وعلاوة على ذلك، ينبغي أن تكون برامج المعلومات متاحة بلغات أخرى سوى اللغة الإنجليزية.

لتقديم شكوى للبرنامج تتعلق بالتمييز، يرجى إكمال نموذج شكوى التمييز ضمن برنامج وزارة الزراعة الأمريكية (AD-3027)، والذي يمكن الحصول عليه من على شبكة الإنترنت من: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، وأي من مكاتب وزارة الزراعة الأمريكية، كما يمكنك أن تكتب رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية، على أن تقدم في تلك الرسالة كافة المعلومات المطلوبة في النموذج. ولطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل بالرقم 632-9992 (866). ويرجى تقديم النموذج المكتمل أو الرسالة إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

(1) البريد: وزارة الزراعة الأمريكية

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
9410-20250 Washington, D.C

(2) فاكس رقم: 690-7442 (202) أو

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

هذه المؤسسة رب عمل يوفر الفرص المتكافئة.

اقرأ المعلومات الهامة أدناه (تابع)

الممثل المفوض - يمكنك أن تفوض أحداً يعرف ظروف أهل دارك ليقوم بتقديم طلب الحصول على مخصصات سناب نيابة عنك. ويمكنك أيضاً أن تفوض أحداً من خارج أهل دارك ليتسلم مخصصات سناب نيابة عنك، وليستخدمها لشراء الطعام لك. إذا أردت تفويض أحد، فيجب أن تقوم بهذا الأمر كتابةً. ويمكنك القيام بهذا الأمر عن طريق كتابة اسم الشخص وعنوانه ورقم الهاتف الخاص به بخط واضح أدناه. عندما يقدم الممثل المفوض طلباً لمخصصات سناب بالنيابة عن أهل دار لا يقيمون في مؤسسة، فعلى الاثنين، فرد بالغ من أفراد العائلة التي تطلب الحصول على مخصصات سناب والممثل توقيع الطلب وتاريخه في القسم المخصص لذلك أسفل هذه الصفحة، إلا إذا كان الممثل المخول قد تم تخويله بالتوقيع من قبل أهل الدار كتابياً.

9

إذا كنت ترغب في تفويض أحد الأشخاص، قم بكتابة اسمه وعنوانه ورقم الهاتف الخاص به بخط واضح، والتوقيع أدناه.

الاسم _____ العنوان _____ الهاتف _____

شهادة: أشهد و / أو أؤكد تحت طائلة عقوبة شهادة الزور بأن المعلومات التي قدمتها أو سأقدمها إلى مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي هي معلومات صحيحة. يتعين عليك التوقيع أدناه لاستكمال عملية التقدم بالطلب.

توقيع مقدم الطلب	تاريخ التوقيع
X	10
توقيع الممثل المفوض	تاريخ التوقيع
X	

إذا كنت مقدماً لشخص آخر بصفتك الممثل المفوض، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة اسمك وعنوانك هنا. كما يمكنك أن تتطوع بكتابة رقم هاتفك.

الاسم _____ العنوان _____ الهاتف _____

استخدم هذا الفراغ لكتابة المعلومات الإضافية:

من: _____ الشرح: _____

من: _____ الشرح: _____

من: _____ الشرح: _____

11

I understand that I may reapply at any time. أوافق على سحب طلبي / طلب إعادة التأهل. I CONSENT TO WITHDRAW MY APPLICATION/RECERTIFICATION.

التوقيع SIGNATURE

التاريخ DATE

للاستخدام الرسمي فقط

For Agency Use Only

12

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency

(Specify) _____

Reason ____/____/____ Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

FS Authorization Period: From _____ To _____

IN-PERSON INTERVIEW TELEPHONE INTERVIEW

Comments:



NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

YES If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below

NO because I choose not to register **OR**

I am already registered at my current address **OR**

I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

_____/_____/_____
Signature Date

Please Print Name

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

Rev. 2/2015

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day worker

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form</small>	2	Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year</small>	For Board Use Only	
3	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____				
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____				
5	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____				
6	Date of Birth _____	7	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8	Telephone (optional) _____ Email (optional) _____
10	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		9	ID Number (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number
	In county/state _____	Under the name (if different from your name now) _____			
11	Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Independence party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Women's Equality party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Reform party <input type="checkbox"/> Green party <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Working Families party I do not wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> No party			12	Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> I am a citizen of the United States. I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. I will meet all requirements to register to vote in New York State. This is my signature or mark on the line below. The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. <p>_____/_____/_____ Signature or Mark in ink Date</p>

(Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name			
First Name		Middle Initial	Suffix
Address			
Apt Number	City/Town/Village		Zip Code
Birth Date		Sex	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Eye Color		Height	Ft. In.

By signing below, you certify that you are:

- 18 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to DOH for enrollment in the Registry;
- And authorizing DOH to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and hospitals upon your death.



_____/_____/_____
Signature Date

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old by December 31 of the year in which you file this form (note: You must be 18 years old by the date of the general, primary, or other election in which you want to vote.);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in jail or on parole for a felony conviction; and
- not claim the right to vote elsewhere.

Important!

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;

or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.
