

التاريخ _____
رقم الحالة: _____
اسم المشارك/مقدم الطلب: _____
المركز: _____

**بطاقة تحديد هوية بها صورة للبرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية (SNAP) /
تصوير اصبع اليد الخاص بإخطار المساعدات النقدية / إحالة مبادرة AFIS Freedom الخاصة بنظام
تصوير بصمة إصبع اليد الآلي (Arabic)**

البرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية (SNAP)

إذا كنت تقدم طلبًا للحصول على مخصصات برنامج SNAP أو تحصل عليها وكنت بحاجة لبطاقة تحديد هوية بها صورة، فسيتم إرسالك لمشغل نظام تصوير إصبع اليد التلقائي (AFIS) لأخذ صورة فوتوغرافية فقط. ستظهر الصورة الفوتوغرافية على بطاقة هوية المخصصات المشتركة (CBIC). فهذه هي البطاقة التي ستستخدمها للحصول على المخصصات الخاصة بك.

برنامج المساعدات النقدية

إذا كنت تقدم طلبًا للحصول على أو كنت تحصل على مساعدات نقدية طارئة أو عادية وكنت شخص بالغ (18 عامًا أو أكثر) أو كنت رب أسرة، فيجب عليك التسجيل في AFIS لتصوير إصبع يدك. ستتم مقارنة هذه المعلومات مع غيرها من ملفات الكمبيوتر النشطة للمساعدة في تحديد أهلية أسرتك للحصول على المساعدة ومنع المشاركة المتكررة. إذا كنت شخص بالغ يتقدم بطلب/تحصل على مخصصات Medicaid وكانت بطاقة تحديد الهوية الخاصة بالبرنامج الطبي يجب أن تحتوي على صورة، فسيطلب منك التسجيل في AFIS لأخذ صورة فقط. يتم إعفاء المشاركين/المتقدمين بطلبات لـ Family Health Plus وبرنامج Family Planning Benefit من جميع متطلبات AFIS. الرجاء إحضار بطاقة تحديد هوية معك إلى وحدة تصوير إصبع اليد.

سيقوم AFIS بالنقاط صور لإصبعك وأخذ صورتك الفوتوغرافية بسرعة وسهولة. وسيتم تخزين هذه الصور والصور الفوتوغرافية ومطابقتها مع تلك الخاصة بالمتقدمين بطلبات/المشاركين الآخرين. في نفس الوقت الذي يتم خلاله تصوير الإصبع، سنقوم بتسجيل توقيتك إلكترونيًا حتى يمكننا أن نصدرك بطاقة هوية المخصصات المشتركة (CBIC). ستحتاج هذه البطاقة للحصول على مخصصاتك.

المساعدات النقدية للتابعين لمبادرة AFIS Freedom الخاصة بنظام تصوير بصمة إصبع اليد الآلي

بموجب مبادرة AFIS Freedom الخاصة بنظام تصوير بصمة إصبع اليد الآلي، يمكنك زيارة مركز العمل الأقرب لك أو أي من مراكز العمل المنتشرة في أنحاء المدينة (راجع دليل معلومات أنظمة تصوير بصمة إصبع اليد الآلية [W-519N]) لاستيفاء متطلبات تصوير بصمة إصبع اليد. الرجاء إحضار بطاقة هوية معك إلى وحدة تصوير بصمة إصبع اليد.

يتم إعفاء الأفراد التاليين من تصوير إصبع اليد:

- المتقدمون بطلبات/المشاركون في البرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية
- بالنسبة للأفراد الذين لا يتقدمون بطلبات للحصول على مساعدات نقدية أو يتلقونها والذين لا يحملون على عاتقهم المسؤولية القانونية عن أي فرد آخر من أفراد الأسرة يتقدم بطلب للحصول على مساعدة نقدية أو يتلقاها.
- الأفراد غير القادرين جسديًا على الامتثال لهذا الشرط بسبب إصابة أو إعاقة. ومع ذلك، إذا كانت الحالة مؤقتة، فيجب تحديد موعد للعودة لتصوير إصبع اليد.
- المتقدمون بطلبات/المشاركون أقل من 18 عامًا إلا إذا كان رب أسرة.
- منلقو دخل الضمان الاجتماعي (SSI) الذين يتقدمون بطلبات للحصول على منحة المساعدات الطارئة للبالغين (EAA) لمرة واحدة (فقط في حالة حصول جميع أفراد الأسرة على دخل الضمان الاجتماعي).
- المقيمون في منشآت الرعاية الجماعية
- مقدمو الطلبات/المشاركون المقيمون في المنزل

سيترتب على عدم الامتثال لمتطلبات تصوير إصبع اليد إلى رفض/إغلاق حالة المساعدات النقدية. ولن يؤثر عدم الامتثال لتصوير إصبع اليد على أهليتك للحصول على مخصصات البرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية (SNAP).

المساعدات النقدية فقط

أنا معفى من تصوير إصبع اليد لأنني أفي بوحدة من معايير الإعفاء المذكورة في صفحة 1.

إنني لا أوافق على تصوير إصبع اليد. أتقدم بطلب/ أطلب إعادة تثبيت الأهلية للحصول على المساعدات النقدية وأدرك أنه، بموجب عدم موافقتي على تصوير إصبع اليد، سأصبح غير مؤهل وسيتم رفض حالتي أو إغلاقها، حسبما يقتضيه الأمر.

توقيع مقدم الطلب/المشارك _____ التاريخ _____

احضر إلى وحدة تصوير إصبع اليد الطابق _____ تاريخ الموعد: _____ الوقت: _____ صباحًا مساءً

اسم المشارك/مقدم الطلب: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____

رقم السجل/رقم الحالة: _____ تاريخ الميلاد: _____ CIN: _____

الجنس: ذكر أنثى

مبادرة AFIS Freedom الخاصة بنظام تصوير بصمة إصبع اليد الآلي

Instructions to the AFIS Operator

Finger Imaging Referral Applicant Participant Case Type: _____

Job Center Number: _____

Worker's Name: _____ Worker's Telephone Number: _____

Finger Image, Photograph, and Signature

Applicant/Participant imaged under CIN _____ please transfer to CIN _____
To transfer an AFIS image from one CIN to another, you must contact the HRA AFIS Helpdesk and provide them with the CIN the applicant/participant is imaged under and the CIN the image should be transferred to. (Complete a Finger-Imaging Routing Slip [W-519C] and place it in the designated basket to be returned to the Worker.)

Photograph and Signature Only (Payee Only CA Applicants/Participants)

Identification Only (Please verify identity)

بطاقة تحديد هوية بها صورة - SNAP و Medicaid فقط

الصورة الفوتوغرافية والتوقيع فقط للمشاركين/المتقدمين بطلب لـ Medicaid أو SNAP