الطلب

WASHCAP هو برنامج معونة غذائية للأشخاص الذين:

- يحصلون على Supplemental Security Income (دخل الضمان التكميلي، SSI).
- يستوفون تعريف الضمان الاجتماعي لترتيب المعيشة "A"
- يبلغون من العمر ثمانية عشر عامًا فما فوق.
- ليس لديهم دخل مكتسب.
- لديهم ترتيب معيشة يستوفي كل الشروط أدناه:
  - لا يعيشون في مؤسسة؛
  - يعيشون بمفردهم أو يعيشون مع آخرين يشترون الطعام ويطهونه بشكل منفصل عنهم؛
  - غير متزوجين أو متزوجين ولا يعيشون مع الزوج/الزوجة.
- إذا كان السن 18 إلى 21 عامًا ويستوفون الشروط أدناه:
  - لا يعيشون مع والديهم الذين يحصلون على Basic Food (الغذاء الأساسي)؛ أو
  - يعيشون مع والديهم الذين لا يحصلون على Basic Food ويشترون الطعام على نحو منفصل عنهم.
- لا يعيشون مع أطفالهم البالغين من العمر أقل من 22 عامًا.

لمزيد من المعلومات حول هذا البرنامج، راجع الفصل WAC 492-388 بما في ذلك WAC 388-492-0020 حتى 388-492-0120.

إذا كانت لديك أسئلة حول WASHCAP، فاتصل على الرقم المجاني 1 (877) 380-5784.

أقر بأنني:

- أعيش وحدي، أو أشتري طعامي وأعده بشكل منفصل عن أشخاص آخرين في بيتي.
- أسدد _____ دولار مقابل الإيجار/الرهن كل شهر.
  حصتي

بالتوقيع أدناه، أقر بأنني:

- أُخبرت بخصوص WASHCAP.
- أفهم حقوق ومسؤوليات WASHCAP الخاصة بي.
- أفهم أنني سأحصل على معوناتي الغذائية عن طريق WASHCAP.

أقر تحت عقوبة حنث اليمين بموجب قوانين ولاية Washington بأن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة وحقيقية.

التوقيع والتاريخ	الاسم مطبوع

العنوان

عنوان المراسلة، إذا كان مختلفًا

رقم الهاتف الأساسي (XXX) XXX-XXXX	رقم هاتف الرسائل الثانوي (XXX) XXX-XXXX	SOCIAL SECURITY NUMBER (رقم الضمان الاجتماعي) أو رقم هوية العميل
☐ خلوي ☐ منزلي ☐ رسائل	☐ خلوي ☐ منزلي ☐ رسائل	

نستخدم هذه المعلومات من أجل:	**قد نوفر هذه المعلومات من أجل:**
• تحديد من المؤهل لبرامجنا. • تحصيل المبالغ الزائدة. • إدارة برامجنا. • التأكد من اتباعنا للقانون.	• الوكالات الفيدرالية والحكومية للاستخدام الرسمي. • وكالات إنفاذ القانون التي تتعقب الأشخاص الذين يهربون لتفادي القانون. • وكالات التحصيل الخاصة لتحصيل مبالغ المساعدات الغذائية الزائدة.

تسجيل الناخب

تقدم الدائرة خدمات تسجيل الناخبين، بما في ذلك التسجيل التلقائي للناخبين. **التقدم بطلب للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت لن يؤثر على الخدمات أو مقدار المزايا التي قد تتلقاها من هذه الوكالة.** إذا كنت ترغب في المساعدة في تعبئة نموذج تسجيل الناخب، فسنقدم لك المساعدة. فقرار طلب أو قبول المساعدة يعود إليك. يمكنك تعبئة نموذج تسجيل الناخب بشكل خاص. إذا كنت تعتقد أن شخصًا ما قد تدخل في حقك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت، أو حقك في الخصوصية في تقرير ما إذا كنت تريد التسجيل أو التقدم للتسجيل للتصويت، أو حقك في اختيار حزبك السياسي أو تفضيل سياسي آخر، يمكنك تقديم شكوى إلى: Washington State Elections Office PO Box 40229، Olympia، WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

Barcode label

تسجيل الناخبين (تابع)

هل ترغب في التسجيل للتصويت أو تحديث سجل الناخب الخاص بك؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا لم تقم بتحديد أي من المربعين، فسنعتبر أنك قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت ، ما لم تكن مؤهلاً للتسجيل التلقائي للناخبين ولاترفضه.

ما لم تحدد "لا" أعلاه، فقد تكون مؤهلاً للتسجيل التلقائي للناخبين. أنت مؤهل للتسجيل التلقائي للناخبين إذا كان عمرك 18 عامًا على الأقل بحلول الانتخابات التالية، وكنت مواطنًا في الولايات المتحدة الأمريكية، ولديك DSHS اسمك وعنوانك السكني والبريدي وتاريخ الميلاد والتحقق من الجنسية المعلومات وتوقيعك الذي يشهد على حقيقة المعلومات المقدمة في هذا الطلب.

هل تريد أن يتم تسجيلك تلقائيًا للتصويت؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا قمت بتحديد المربع المميز بعلامة "نعم"، أو لم تحدد أيًا من المربعين وكنت تفي بمتطلبات الأهلية لتسجيل الناخبين تلقائيًا، فسيقوم DSHS بإرسال معلوماتك إلى Office of the Secretary of State (مكتب وزير الخارجية) وسيتم تسجيلك تلقائيًا للتصويت.

تحذير عقوبة المساعدات الغذائية

نتحقق لدى وكالات أخرى عن صحة معلوماتك. وفي حال عدم صحة أي من المعلومات، فقد لا يحصل الأشخاص المتقدمين على المساعدات الغذائية.

قد يتعرض أي شخص ينتهك أي من القواعد عن عمد لما يلي:

- المقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية والحكومية المطبقة الأخرى.
- الحرمان من SNAP لمدة تتراوح من سنة إلى على الدوام.
- التغريم بمبلغ يصل إلى 250,000 دولار.
- السجن لمدة تصل إلى 20 عامًا.
- الحرمان من SNAP لمدة 18 شهرًا إضافية في حال حكم المحكمة بذلك.

إذا وجدت المحكمة أنك مذنبًا:

تحصل على المعونات في معاملة تتضمن:	**فقد تكون عرضةً لـ:**
• بيع المواد الخاضعة للرقابة	التجريد من الأهلية لمدة تتراوح من سنتين إلى على الدوام.
• بيع الأسلحة أو الذخيرة أو المتفجرات	التجريد من الأهلية على الدوام.
• الإتجار في معونات تزيد عن 500 دولار	التجريد من الأهلية على الدوام.
• تزوير الإقامة أو الهوية	التجريد من الأهلية لمدة 10 سنوات.

بيان الحقوق المدنية وعدم التمييز

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية التابعة لـ USDA، يُحظر على USDA ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في USDA أو البرامج الإدارية التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الدين، أو الجنس، أو الإعاقة، أو العمر، أو الحالة الاجتماعية، أو الحالة الأسرية / الأبوية، أو الدخل الناتج عن برنامج المساعدة العامة، أو المعتقدات السياسية، أو الانتقام أو التنكيل من نشاط الحقوق المدنية السابق، في أي برنامج أو نشاط يتم إجراؤه أو تمويله بواسطة USDA (لا تنطبق جميع القواعد على جميع البرامج). تختلف المواعيد النهائية لتقديم سبل الانتصاف أو الشكاوى حسب البرنامج أو الحادثة.

على ذوي الإعاقة الذي يحتاجون إلى وسائل بديلة للتواصل من أجل معلومات البرنامج (على سبيل المثال: لغة برايل أو خطوط الطباعة الكبيرة أو التسجيل الصوتي أو لغة الإشارة الأمريكية أو غيرها) التواصل مع الولاية أو الوكالة المحلية التي تدير البرنامج أو التواصل مع USDA من خلال خدمة ترحيل الاتصالات السلكية واللاسلكية على الرقم 711 (صوتي و TTY). كما أن معلومات البرنامج قد تتوفر بلغات خلاف اللغة الإنجليزية.

لتقديم شكوى تمييز خاصة بالبرنامج، أكمل نموذج شكوى تمييز في البرنامج الخاص بـ USDA، AD-3027، الموجود على الإنترنت في "كيفية تقديم شكوى تمييز في البرنامج" وفي أي من مكاتب USDA أو اكتب خطابًا إلى USDA واذكر فيه كل المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل على الرقم التالي: 9992-632 (866). أرسل النموذج المكتمل أو الخطاب إلى USDA عن طريق:

1. **البريد**: USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314؛ أو
2. **البريد الإلكتروني**: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

للحصول على أي معلومات أخرى تتعامل مع مشكلات Supplemental Nutrition Assistance Program (برنامج المساعدة الغذائية التكميلية، SNAP)، يجب على الأشخاص إما الاتصال برقم خط SNAP الساخن التابع لـ USDA على الرقم 5689-221 (800)، والذي يتوفر أيضًا باللغة الإسبانية أو الاتصال بمعلومات الولاية / أرقام الخط الساخن (انقر فوق الرابط الخاص بـ قائمة أرقام الخطوط الساخنة حسب الولاية)؛ الموجودة عبر الإنترنت على: خط SNAP الساخن.

بيان عدم التمييز
لتقديم شكوى بشأن التمييز ضدك أو ضد أي شخص آخر فيما يتعلق ببرنامج يتلقى مساعدة مالية فيدرالية من خلال HHS، أكمل النموذج عبر الإنترنت من خلال بوابة الشكاوى الخاصة OCR بـ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/. يمكنك أيضًا الاتصال بـ OCR عبر البريد على: Centralized Case Management Operations، U.S. Department of Health and Human Services (عمليات إدارة الحالات المركزية، وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية)، 200 Independence Avenue، S.W.، Room 509F HHH Bldg.، Washington، D.C. 20201؛ فاكس: (202) 619-3818 ؛ أو البريد الإلكتروني:OCRmail@hhs.gov. للحصول على معالجة أسرع، نشجعك على استخدام بوابة OCR عبر الإنترنت لتقديم الشكاوى بدلًا من تقديمها عبر البريد. يمكن للأشخاص الذين يحتاجون إلى المساعدة في تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إرسال بريد إلكتروني إلى OCRعلى OCRMail@hhs.gov أو الاتصال برقم OCR المجاني على الرقم .1-800-537-7697, TDD 1-800-368-1019. بالنسبة للأشخاص الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من صعوبات في النطق ، يرجى الاتصال بالرقم 7-1-1 للوصول إلى خدمات ترحيل الاتصالات. نقدم أيضًا تنسيقات بديلة (مثل طريقة برايل وطباعة كبيرة)، ومساعدات إضافية وخدمات المساعدة اللغوية مجانًا لتقديم شكوى. هذه المؤسسة هي مزود تكافؤ الفرص.