

مراجعة الأهلية Eligibility Review

إذا احتجت إلى مساعدة في قراءة أو إكمال هذا النموذج، يرجى طلب المساعدة منا.
احتفظ بهذه الورقة لسجلاتك.

كيف يمكنني التقدم بطلب معونة نقدية أو غذائية؟

- يمكنك بدء العملية الآن بتقديم هذه المراجعة إلى مكتب الخدمة الاجتماعية. ويجب أن تحتوي على اسمك وعنوانك وتوقيعك أو توقيع ممثلك المصرح له. يمكنك تقديم مراجعتك الآن حتى لو كانت تحتوي على هذه البنود الثلاثة فقط.
- يمكنك الحصول على مزيد من الفوائد أو الحصول عليها قريباً عند إكمال مراجعتك وتقديمها إلينا وأي معلومات نطلبها في أقرب وقت ممكن لك.
- يمكنك أخذ مراجعتك إلى أحد المكاتب المحلية أو إرسالها بالفاكس إلى: 1-888-338-7410 يمكنك زيارة www.dshs.wa.gov لمعرفة الأماكن.
- أرسل مراجعتك بالبريد إلى أي من العناوين التالية:

DSHS
Home and Community Services – Long Term Care Services
PO Box 45826
Olympia, WA 98504-5826

DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699

- يمكنك تعبئة هذه المراجعة عبر الإنترنت بزيارة www.washingtonconnection.org
- لا يجوز استخدام استمارة مراجعة الأهلية هذه إلا لتجديد تغطية برامج أبل الصحية بواشنطن المدرجة بهذه الاستمارة. وبالنسبة للتغطيات الصحية الأخرى، عليك التقدم عبر الإنترنت بزيارة www.wahealthplanfinder.org، أو بالاتصال بـ 1-588-923-4633 أو باستخدام نموذج الرعاية الصحية (HCA) للحصول على تغطية الرعاية الصحية (HCA 18-001).

بعد كم من الوقت يمكنني تلقي المعونة الغذائية والنقدية؟

- إذا كنت بحاجة إلى معونة غذائية فورية، أملاً الأسئلة من 1 إلى 14 وقدم هذه الاستمارة إلى مكتبك المحلي. وسوف نقرر ما إذا كنت مستحقاً للمعونة الغذائية في خلال 7 أيام إذا قدمت ما يثبت شخصيتك وتوافرت فيك قواعد الاستحقاق، وسوف نصدر الإعانات في اليوم التالي لليوم الذي نقرر فيه استحقاقك.
- وتبدأ المعونة الغذائية عادة في اليوم الذي نتسلم فيه الطلب.
- أما المعونة النقدية فتبدأ عادة في اليوم الذي نتسلم فيه كل المعلومات لتقرير استحقاقك.
- يجب أن نقرر ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المعونة الغذائية في غضون 30 يوماً من تاريخ تقديم الطلب الخاص بك.
- في حالة تقديم الطلب الخاص بك من مؤسسة ما، فإن تاريخ البدء هو تاريخ الإصدار أو التحرير.

في حالة تقديم الطلب للحصول على المعونة الغذائية والبرامج الأخرى:

يجب أن نتبع قواعد برنامج المعونة الغذائية التكميلية للتعامل مع الطلب الخاص بك. ويتضمن ذلك التعامل مع الطلب في غضون المهلة الزمنية المحددة، وإصدار الإخطارات المناسبة، وإبلاغك بالحقوق الإدارية الخاصة بك. كما أنه لا يمكننا رفض المعونة الغذائية الخاصة بك لمجرد أنه تم رفض الطلب الخاص بك للحصول على برامج المساعدة الأخرى.

الحقوق المدنية

وفقاً للقانون الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية يحظر على هذه المؤسسة ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة الأمريكية وإدارتها التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل أو العمر أو الإعاقة أو الجنس وفي بعض الحالات المعتقدات الدينية أو السياسية. كما تحظر وزارة الزراعة الأمريكية التمييز ضد عملائها وموظفيها والمتقدمين للعمل لديها على أساس العرق أو اللون أو الأصل أو العمر أو الإعاقة أو الجنس أو النوع أو الدين أو المعاملة بالمثل وكذلك (إن وجدت) المعتقدات السياسية أو الحالة الاجتماعية أو الحالة الأسرية أو حالة الوالدين / الأسرة أو الميل الجنسي (بما في ذلك أسلوب التعبير عن الجنس)، أو الإعاقة أو السن أو على أساس كون كل أو جزء من دخل الفرد مأخوذاً من أي برنامج عام للمعونة، أو المعتقدات السياسية، أو الثأر أو الانتقام من النشاط السابق في مجال الحقوق المدنية، أو على أساس أي معلومات وراثية في التوظيف أو في أي برنامج أو نشاط تجاريه أو تمويله وزارة الزراعة الأمريكية. (ليست كل القواعد المحظورة سارية على كل البرامج و/ أو أنشطة التوظيف). وتختلف مواعيد تقديم الطعون والشكاوى حسب البرنامج.

ينبغي على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (على سبيل المثال، طريقة برايل، حروف الطباعة الكبيرة، الشرائط الصوتية، لغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) الاتصال بالوكالة المسؤولة أو مركز وزارة الزراعة الأمريكية المستهدف على رقم (202) 720-2600 (صوت و الهاتف النصي (TTY)) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على (800) 877-8339. بالإضافة إلى ذلك، قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

إذا كنت تريد تقديم شكوى ضد التمييز في وزارة الزراعة الأمريكية لبرنامج الحقوق المدنية، أملاً نموذج شكوى التمييز الخاصة بالبرنامج، AD-3027، والمتاح عبر الإنترنت http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html وفي أي مكتب من مكاتب وزارة الزراعة الأمريكية أو اتصل برقم (866) 632-9992 لطلب الاستمارة أو يمكنك كذلك كتابة خطاباً موجهاً إلى وزارة الزراعة الأمريكية ويحتوي على كل المعلومات المطلوبة في الاستمارة. أرسل شكواك الكاملة أو خطابك إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

1. بالبريد: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Ave, SW

Washington, D.C. 20250-9410

2. بالفاكس إلى رقم (202) 690-7442، أو

3. بالبريد الإلكتروني إلى program.intake@usda.gov

إن وزارة الزراعة الأمريكية تقدم مزود وصاحب عمل ومقرض متكافئ الفرص.

الوضع القانوني للهجرة وأرقام الضمان الاجتماعي

يمكنك الحصول على مساعدة لبعض الأشخاص الذين تعيش معهم حتى لو لم يستطع الآخرون الذين تعيش معهم الحصول عليها بسبب وضعهم القانوني للهجرة. ينبغي أن نخبرنا عن الوضع القانوني للهجرة لأي شخص يقدم طلباً. يمكن توثيق الوضع القانوني للهجرة لأفراد الأسرة عن طريق خدمات الجنسية والهجرة في الولايات المتحدة (المعروفة رسمياً باسم التأمين). قد تؤثر المعلومات المستلمة من خدمات الجنسية والهجرة على الأهلية ومبلغ الإعانة. لدينا تأمين رعاية صحية والذي قد يغطي بعض الغريباء.

بموجب القانون الاتحادي رقم (42 CFR § 435.910, 45 CFR § 205.52CFR § 273.6, 7 CFR § 205.52CFR § 273.6)، يجب أن تعطينا رقم التأمين الاجتماعي لأي شخص تعيش معه ويقدم طلباً لبرامج أبل الصحية بواشنطن. المعونة المؤقتة للأسر المعوزة أو المعونة الغذائية قد نحتاج أيضاً إلى أرقام التأمين الاجتماعي للوالدين والأزواج الذين يعيشون معك لكنهم لم يقدموا طلبات. لدينا تأمين رعاية صحية للأشخاص الذين لا يمتلكون أرقام تأمين اجتماعي.

الجنسية والهوية لبرامج أبل الصحية بواشنطن.

يجب أن يثبت مواطنوا الولايات المتحدة الجنسية والهوية للتمتع ببرامج أبل الصحية بواشنطن، ويمكننا مساعدتك للحصول على ما يثبت. إذا كنا بحاجة لوثيقة ستكلفك مالا، سنرسل من أجلها وندفع التكلفة. لانتاج لإثبات عن أي شخص في أسرتك يحصل على رعاية طبية، أو يحصل على تأمين ضمان اجتماعي للإعانة بسبب إعاقته الشخصية أو يحصل على دخل الضمان التكميلي.

السداد للولاية عن الرعاية الطبية طويلة الأجل

بموجب قانون تأمين الممتلكات لولاية واشنطن ((RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080)، قد تطلب ولايتك تسديد النفقات التي دفعتها الولاية عن أنواع معينة من الخدمات والمعونات الطبية طويلة الأجل التي حصلت عليها بعد الوصول لسن 55 سنة، وليس هناك حد عمري أقصى إذا كنت قد حصلت على الخدمات الممولة من الولاية فقط. يبدأ تأمين الممتلكات بعد وفاتك، يكون الدفع مستحقاً بعد وفاة الزوج/ الزوجة الموجود على قيد الحياة أو عندما يبلغ ابنك (أبنائك) عمر 21، إلا إذا كان ابنك كفيفاً/ معاقاً عند وفاتك. يمكن أن تقدم الولاية حق الحجز على عقاراتك قبل الوفاة، في أي عمر، إذا كنت تعيش في دار مسنين أو إذا لم يكن من المحتمل عودتك إلى منزلك. يمكن للولاية الحصول على حق الحجز هذا إذا قمت ببيع أو نقل ملكية العقارات، أو بعد وفاتك. وفي حالة العودة إلى منزلك، تلغي الدولة حق الحجز. للمزيد من المعلومات، بما في ذلك قائمة بالخدمات التي تخضع لتأمين العقارات، انظر الفصل WAC 527-182.

الخصوصية والمعونة النقدية والغذائية

يسمح لنا قانون الغذاء والتغذية لسنة 2008، بجمع المعلومات التي نحتاجها لتقديم الطلب، ويشترط أن تكون المعلومات المطلوبة اختيارية لكن الفشل في تقديم المعلومات دون سبب وجيه قد يؤدي إلى الحرمان من الإعانات الغذائية الأساسية. نتحقق من بعض المعلومات بواسطة برامج مطابقة على الكمبيوتر، تشمل نظام الدخل الاتحادي ونظام التحقق من الأهلية.

نستخدم هذه المعلومات في:	يمكن أن نقدم هذه المعلومات إلى:
<ul style="list-style-type: none"> تقرير المستحقين لبرامجنا. جمع المزيد من المعونات الغذائية. إدارة برامجنا. التأكد من اتباعنا للقانون. 	<ul style="list-style-type: none"> السلطات الفيدرالية وسلطات الولاية للاستخدام الرسمي. الجهات المخولة بتطبيق القانون التي تلاحق الأشخاص الفارين بالمخالفة للقانون. الجهات الخاصة التي تجمع المزيد من المعونات الغذائية.
<p>قد تؤثر المعلومات المرفوعة إلى وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية على استحقاق تغطية الرعاية الصحية التي تقدمها هيئة الرعاية الصحية وهيئة صرف الإعانة الصحية.</p>	
<p>تحذير عقوبة المعونة الغذائية</p>	
<p>إننا نتحقق من صحة المعلومات التي تقدمها مع الهيئات الأخرى. إذا ثبت عدم صحة أي معلومة، فقد يحرم المتقدمون من المعونة الغذائية. قد يؤدي خرق أي عضو للقواعد عمداً إلى:</p> <ul style="list-style-type: none"> تقديمه للمحاكمة طبقاً للقوانين الفيدرالية وقوانين الولايات السارية. المنع من الحصول على برنامج المعونة الغذائية التكميلية لمدة عام أو بصفة دائمة. غرامة تصل إلى 250.000 دولار أمريكي. السجن لمدة تصل إلى 20 عام. المنع من الحصول على برنامج المعونة الغذائية التكميلية لمدة 18 شهراً إضافية بأمر المحكمة. <p>إذا أدانتك المحكمة بـ:</p>	
<p>الحصول على معونات من معاملات تنطوي على:</p> <ul style="list-style-type: none"> بيع مواد محظورة..... بيع أسلحة نارية أو ذخائر أو متفجرات..... الإتجار بمعونات بمبلغ أكثر من 500 دولار مجتمعة..... تزوير الإقامة أو الهوية..... <p>فقد:</p> <ul style="list-style-type: none"> تحريم من المعونة لمدة سنتين أو على الدوام. تحريم من المعونة على الدوام. تحريم من المعونة على الدوام. تحريم من الإقامة أو الهوية..... تحريم من المعونة لمدة 10 سنوات. 	

مراجعة الأهلية Eligibility Review

إذا كنت تريد مساعدتنا في ملء هذه الاستمارة فاطلب منا ذلك.

2. رقم هوية العميل (إذا كان معروفاً)	توقيع مقدم الطلب أو الممثل المصرح له (مطلوب)	1. الاسم الأول الاسم الثاني الاسم الأخير
4. رقم هاتف المنزل/ الرقم الأساسي رسالة <input type="checkbox"/> خلوي <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/>	الولاية الرمز البريدي	3. عنوان الشارع أين تسكن المدينة
6. أرقام هواتف أخرى ثانوية رسالة <input type="checkbox"/> خلوي <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/>	الولاية الرمز البريدي	5. عنوان المراسلة (في حالة الاختلاف) المدينة
7. البريد الإلكتروني	8. أتقدم لأجل (حدد كل ما ينطبق عليك):	

- نقد برنامج مدخرات Medicare تمريض منزلي تغذية الرعاية الصحية للمسنين أو المكفوفين أو المعاقين الدعم المخصص لخدمات كبار السن
- مرفق المساعدة المعيشية / نزل الرعاية الأسرية للكبار خدمات رعاية صحية منزلية طويلة الأجل رعاية المسنين الرعاية الصحية / العمال ذوي الإعاقة (HWD)

9. أنا أو أي من أفراد أسرتي (حدد كل ما ينطبق عليك): نتعرض لموقف عنف منزلي لدي إعاقة لا يمكنني العمل بسبب مشاكل صحية حامل، الاسم: _____ تاريخ الولادة: _____

10. كم من المال تتوقع أن تحصل عليه أسرتك هذا الشهر؟ \$ _____
11. كم من المال تملك أسرتك نقداً وفي الحساب البنكي؟ \$ _____
12. كم تدفع أسرتك كإيجار أو رهنا عقارياً؟ \$ _____
13. ما هي المرافق التي تدفع لها أسرتك؟ التدفئة/ التبريد الهاتف أخرى: _____
14. هل يعمل أي من أفراد أسرتك مزارعاً موسمياً أو مهاجرًا؟ نعم لا
15. إذا كنت متقدماً للحصول على معونة غذائية، كم عدد أفراد أسرتك الذين تشتري وتعد الطعام لهم؟ _____

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: [] Yes [] No Screener's Initials: _____ Date: _____

16. أحتاج إلى مترجم. أتحديث: _____ أو توقيع وترجمة خطاباتي إلى: _____

17. اذكر كل أفراد أسرتك حتى لو لم تكن متقدماً بطلب لهم (أرفق أوراقاً إضافية عند الحاجة).

اختيار لغير المتقدمين				رقم الضمان الاجتماعي	حدد هذا الخيار إذا كنت تريد معونة لهذا الشخص	تاريخ الميلاد	ما هي صلة هذا الشخص بك؟	الجنس ذكر أو أنثى	الاسم (الأول، الثاني، الأخير)
اسم القبيلة (للأمريكان الهنود، سكان الاسكا الأصليين)	العرق (انظر التماذج أدناه)	حدد هذا الخيار إذا كان مواطناً أمريكياً	حدد هذا الخيار إذا كان مواطناً أمريكياً						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				أنا		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

18. منشئي العرقي هسباني أو لاتيني: نعم لا

المعلومات العرقية والأصلية هي معلومات اختيارية ولن تؤثر على الاستحقاق أو قدر الإعانة. تستخدم هذه المعلومات للتأكد من توزيع فوائد البرنامج دون نظر إلى عرق أو لون أو قومية. . بالنسبة للمعونة الغذائية تحتاج وزارة الزراعة الأمريكية منا الإجابة بدلا منك عند عدم تقديمك معلومات. أمثلة عرقية: أبيض، أسود أو أفروأمريكي، آسيوي، من سكان هاواي الأصليين، من سكان جزر المحيط الهادي، أمريكي هندي، من سكان ألاسكا الأصليين، أو أي مزيج عرقي آخر.



اسم مقدم الطلب	رقم الضمان الاجتماعي	رقم هوية العميل
----------------	----------------------	-----------------

I. معلومات عامة

1. تلقيت خلال الأيام الثلاثين الماضية نقداً أو غذاءً من ولاية أو قبيلة أخرى أو من مصدر آخر نعم لا
2. يعيش أحد الأشخاص الذين أتقدم عنهم خارج ولاية واشنطن نعم لا من: _____
3. أنا أو أي من أفراد أسرتي أجنبي يحصل على رعاية نعم لا من: _____
4. أنا أو أي من أفراد أسرتي في سن 16 أو أكبر (حدد كل ما ينطبق عليك): المدرسة الثانوية إحدى برامج معادلة الشهادة الثانوية كلية مدرسة تجارية من: _____
5. هناك شخص خارج المنزل مؤقتاً: نعم لا من: _____
6. أنا أو أي من أفراد أسرتي خدم قبل ذلك في القوات المسلحة الأمريكية أو الحرس الوطني أو قوات الاحتياط: نعم لا من: _____
7. أنا أو أحد من أتقدم عنهم فار من القانون لتجنب الذهاب إلى المحكمة أو السجن في جريمة جنائية: نعم لا
8. أعيش في: منزلي أو شقتي منزل جماعي أخرى: _____
9. دار (انكر النوع): _____ تاريخ الدخول: _____
9. أنا: أعزب متزوج مطلق منفصل أرمل في شراكة منزلية مسجلة
10. أدين أنا أو أي شخص في منزلي بالتجار في المعونة الغذائية للحصول على الأديبة بعد 22 سبتمبر 1996: نعم لا
11. أدين أنا أو أي شخص في منزلي بشراء أو بيع المعونة الغذائية بأكثر من 500 دولار بعد 22 سبتمبر 1996: نعم لا
12. أدين أنا أو أي شخص في منزلي بتجارة المعونة الغذائية للحصول على البنادق والذخيرة أو المتفجرات بعد 22 سبتمبر 1996: نعم لا
13. أدين أنا أو أي شخص في منزلي بالحصول على المعونة الغذائية في أكثر من ولاية واحدة بعد 22 سبتمبر 1996: نعم لا
14. أنا أو أي شخص في منزلي: أ. في حالة إضراب: نعم لا ب. مرافق نعم لا

II. معلومات التأمين الصحي (غير مطلوبة للغذاء الأساسي)

- أنا أو زوجي/ زوجتي أو أحد أفراد أسرتي
1. نخطط لدخول منشأة طبية (كمستشفى أو دار ترميز) أو داخلها حالياً أو غادرناها للتو نعم لا
 2. نحتاج إلى مساعدة في سداد فواتير طبية غير مدفوعة في أي من الأشهر الثلاثة الماضية نعم لا
 3. لدينا تأمين صحي: نعم لا (حدد كل ما ينطبق عليك): رعاية طبية (غير برامج أبل الصحية بواشنطن) رعاية ثلاثية تأمين رعاية طويل الأجل الخدمات الصحية الهندية تأمين صحي آخر:

III. المصادر (يرجى إرفاق دليل، غير مطلوب للعمال ذوي الإعاقة أو الغذاء الأساسي)

المصدر هو أي شيء تملكه أو تشتريه يمكن بيعه أو تجارته فيه أو تحويله إلى نقد أو مال يمتلكه الآخرون. لا تشمل المصادر الممتلكات الشخصية كالأثاث والملابس. ومن أمثلة المصادر:

- النقد
- حسابات جارية
- حسابات توفير
- صناديق الكلية
- أمانات
- حساب تقاعد فردي/ حساب 401k
- المنازل والأراضي أو المباني
- CDs
- حسابات سوق المال
- سندات
- صناديق التقاعد
- موارد الدفن، خطط مدفوعة مسبقاً
- معدات عمل
- ماشية
- التأمين على الحياة

يرجى ذكر المصادر التي تمتلكها أو تشتريها أنت أو زوجك/ زوجتك أو أي ممن تتقدم عنهم:

المصدر	المالك	الموقع	القيمة
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

2. لدي أنا أو زوجي/ زوجتي أو أحد من أتقدم عنهم سيارات أو سيارات نقل أو شاحنات أو قوارب أو سيارات ترفيهية أو قاطرات أو أي مركبات.

المبلغ المستحق	حدد هنا إذا كانت المركبة تستخدم لأغراض طبية	حدد هنا إذا كانت مستأجرة	الطراز (مثال اسكورت)	الصانع (مثال فورد)	العام (مثال 1980)
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

3. قمت أنا أو زوجي/ زوجتي أو أحد من أتقدم عنهم ببيع أو متاجرة أو التنازل عن أو نقل أحد المصادر في آخر خمس سنوات (بما فيها الأمانات والمركبات والنقد والعقارات المملوكة مدى الحياة). نعم لا إذا كانت الإجابة نعم فما هو: _____ متى: _____

اسم مقدم الطلب	رقم الضمان الاجتماعي	رقم هوية العميل
----------------	----------------------	-----------------

IV. المعاشات (استثمارات يقوم بها أي من أفراد الأسرة للحصول على مدفوعات دورية الآن أو في المستقبل).

من صاحب المعاش؟	شركة أو مؤسسة؟	المبلغ أو القيمة؟	الدخل الشهري	تاريخ الشراء
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

إذا كنت أنت أو زوجك/ زوجتك لكما منفعة في معاش وحصلتم على الرعاية الصحية طويلة الأجل لبرنامج أبل الصحية بواشنطن أو المتعلقة بدخل الضمان التكميلي أو تغطية CN فعليك تسمية ولاية واشنطن كمستفيد أخير بالمعاش.

V. الدخل المكتسب (أرفق دليلا)

1. لدي أنا أو زوجي/ زوجتي أو أحد من أتقدم عنهم وظيفة انتهت مدتها في الأيام الثلاثين (30) الأخيرة: نعم لا

2. لدي أنا أو زوجي/ زوجتي أو أحد من أتقدم عنهم دخلا من العمل: نعم لا إذا كانت الإجابة نعم يرجى إكمال هذا القسم:

<p>إجمالي المبلغ المتلقى (المبلغ بالدولار قبل الاستقطاعات)</p> <p>\$ _____ كل: <input type="checkbox"/> ساعة <input type="checkbox"/> أسبوع</p> <p><input type="checkbox"/> أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين شهريا <input type="checkbox"/> شهر</p> <p>عدد الساعات في الأسبوع: _____</p> <p>تواريخ الدفع (مثال يوم 1 ويوم 15 أو كل يوم جمعة): _____</p>	<p>من يتحصل على هذا الدخل؟</p> <p>اسم صاحب العمل ورقم الهاتف</p> <p>تاريخ البداية</p> <p>هل هذا العمل من الأعمال الحرة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>مبلغ مصروفات العمل الحر الشهري: \$ _____</p>
<p>إجمالي المبلغ المتلقى (المبلغ بالدولار قبل الاستقطاعات)</p> <p>\$ _____ كل: <input type="checkbox"/> ساعة <input type="checkbox"/> أسبوع</p> <p><input type="checkbox"/> أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين شهريا <input type="checkbox"/> شهر</p> <p>عدد الساعات في الأسبوع: _____</p> <p>تواريخ الدفع (مثال يوم 1 ويوم 15 أو كل يوم جمعة): _____</p>	<p>من يتحصل على هذا الدخل؟</p> <p>اسم صاحب العمل ورقم الهاتف</p> <p>تاريخ البداية</p> <p>هل هذا العمل من الأعمال الحرة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>مبلغ مصروفات العمل الحر الشهري: \$ _____</p>

VI. مصادر أخرى للدخل (أرفق دليلا، تقرير عن كل أفراد الأسرة)

<ul style="list-style-type: none"> إعانات البطالة دخل الضمان الاجتماعي الدخل القبلي دخل من اللعب إعانات تعليمية (قروض الطلاب، منح، عمل مع الدراسة) 	<ul style="list-style-type: none"> دخل الضمان التكميلي دعم طفل أو نفقة زواج إعانة السكك الحديدية دخل من الإيجار 	<ul style="list-style-type: none"> راتب تقاعد أو معاش إعانة المحاربين القدماء أو العسكريين العمل والصناعات الأمانات فوائد / أرباح
---	---	--

نوع الدخل غير المكتسب	من صاحب الدخل؟	إجمالي المبلغ شهريا
		\$
		\$
		\$
		\$

VII. نفقات شهرية

إيجار	رهن	إيجار المساحة	تأمين صاحب المنزل	ضرائب ملكية	رسوم أخرى
\$	\$	\$	\$	\$	\$

ما هي المرافق التي تدفع لها أسرته غير الإيجار أو الرهن؟

تدفئة (غاز/ كهرباء) كهرباء (غير التدفئة) مياه هاتف منزلي/ جوال صرف صحي قمامة

هناك شخص آخر أو جهة أخرى كجهة دعم الإسكان تساعدني على دفع كل هذه النفقات أو جزء منها: نعم لا إذا كانت الإجابة نعم اذكرها: _____

أي نفقات: _____ المبلدي المدفوع: \$ _____

حصلت على مبلغ إعانة الطاقة المنزلية لمحدودي الدخل في آخر 12 شهرا.

أدفع أنا أو زوجي/ زوجتي أو أحد أفراد أسرتي أو علينا أن ندفع عن (حدد كل ما ينطبق عليه):		
<input type="checkbox"/> رعاية أطفال أو كبار معيّلين (شاملة تكاليف الانتقال)	المبلغ الشهري: \$	من يدفع:
<input type="checkbox"/> فواتير طبية لمعاقين أو أشخاص تجاوزوا 60 سنة (شاملة تكاليف الانتقال وأقساط التأمين الصحي)	المبلغ الشهري: \$	من يدفع:
<input type="checkbox"/> إعانة طفل (أرفق دليلاً)	المبلغ الشهري: \$	من يدفع:
إذا لم تبلغ عن أي من النفقات المذكورة أعلاه، فسوف نعتبر هذا إقراراً من أسرته أنك لا تريد الحصول على أي خصم من هذه النفقات.		
VIII. المندوب المفوض		
المندوب المفوض هو الشخص الذي تسمح لـ DSHS بالحديث معه حول الإعانات التي تتلقاها. يمكنك تسمية أحدهم، لكن ليس عليك ذلك.		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل لديك مندوب مفوض؟	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل هذا الشخص هو الوصي القانوني عليك؟	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل لدى هذا الشخص توكيل رسمي.	
قد تحتاج إلى إكمال استمارة المندوب المفوض من (DSHS 14-532) إذا كنت تجدد تغطية الرعاية الصحية.		
الاسم	الصلة	رقم الهاتف
عنوان المراسلة (في حالة الاختلاف)	المدينة	الولاية
		الرمز البريدي
تسجيل المصوتين		
تقدم الإدارة خدمات تسجيل المصوتين على النحو المطلوب بواسطة قانون تسجيل المصوتين القومي لسنة 1993. لا يؤثر التقديم من أجل التسجيل أو التراجع عن التسجيل للتصويت على الخدمات أو مقدار الإعانات التي قد تقدم لك عن طريق هذه الوكالة. إذا احتجت إلى مساعدة في ملء نموذج تسجيل التصويت، سنقدم لك المساعدة. يرجع لك قرار طلب أو قبول المساعدة. يمكنك ملء نموذج التسجيل للتصويت على انفراد. إذا ظننت أن شخص ما قد تدخل في حقك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت، أو في حقك في خصوصية تقرير التسجيل أو التقدم للتسجيل للتصويت، أو في حقك في اختيار حزبك السياسي أو أي توجه سياسي آخر، يمكنك تقديم شكوى مع: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تريد التسجيل للتصويت أو تجديد تسجيلك للتصويت؟	
إذا لم تختار أي من الخيارين فسيُعتبر أنك قررت عدم التسجيل للتصويت هذه المرة.		
الإقرار والتوقيع		
للمعونة النقدية، يلزم توقيع كل أفراد الأسرة الراشدين (أو المندوبين المفوضين). للمعونة الغذائية أو تغطية الرعاية الصحية يلزم توقيع المتقدم (أو المندوب المفوض)		
أعي أنني علي:		
● تقديم معلومات صحيحة واتباع تعليمات التقديم.		
● تقديم ما يثبت أهليتي.		
● تفويض بعض حقوق دعم الطفل إلى ولاية واشنطن عند استلام المعونة المؤقتة للأسر المعوزة. ومع ذلك يمكنني أن أطلب من DSHS ألا تطالب بإعانة الطفل إذا كان ذلك سيعرضني أو يعرض أطفالي للخطر.		
● التعاون مع متطلبات عمل المعونة الغذائية.		
إذا لم أفعل هذه الأشياء، قد يتم حرمانني من المنافع أو التزم بردها.		
أدرك أنه يمكن محاكمتي جنائياً إذا قدمت إفادة مزيفة أو فشلت في الإبلاغ عن شيء يجب علي الإبلاغ عنه.		
أسمح لـ DSHS بالاتصال بأشخاص آخرين أو وكالات عند الضرورة لمساعدتي في الحصول على ما يثبت أهليتي.		
للحصول على المعونة النقدية والغذائية، قد قرأت أو شرحت لي حقوق ومسؤولياتي واستلمت نسخة من حقوق ومسؤوليات العميل، DSHS 14-113. للحصول على تأمين الرعاية الصحية، قرأت أو شرحت لي حقوق ومسؤولياتي واستلمت نسخة من حقوق ومسؤوليات العميل، HCA 18-003، أقر أو أعلن بموجب عقوبة شهادة الزور بموجب قوانين ولاية واشنطن أن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب، شاملة المعلومات التي تخص الجنسية ووضع الغريب القانوني للأفراد المقدمين للمنافع، حقيقية وصحيحة.		
توقيع المتقدم	التاريخ	اسم المتقدم مطبوعاً
توقيع المتقدمين الراشدين الآخرين	التاريخ	اسم الراشدين الآخرين مطبوعاً
توقيع المساعدين أو المندوبين	التاريخ	اسم المندوب مطبوعاً
توقيع الشاهد إذا تم التوقيع أمام شخص	التاريخ	اسم الشاهد مطبوعاً