

تقديم على معونة نقدية او غذائية

إذا كنت محتاجا لمساعدة في قراءة او تكملة هذا النموذج، من فضلك اطلب مساعدتنا.
احتفظ بهذه الصفحة لسجلاتك.

كيف يمكنني التقديم على معونة نقدية او غذائية؟

- يمكنك **بدء** الاجراء الان بتقديم الطلب شخصيا في community services office (مكتب خدمات مجتمعي). يلزم ان يحتوي الطلب على اسمك، عنوانك، وتوقيعك أو توقيع ممثلك المفوض. يمكنك تسجيل طلبك فوراً حتى لو كان يحتوي على ثلاث عناصر فقط.
- لكن إكمال الاستمارة والإجابة على أسئلتها والتوقيع في الصفحة السادسة وتقديم طلبك وتزويدنا بأي معلومات إضافية نطلبها في أقرب وقت ممكن قد ينعكس إيجاباً بفوائد أكثر تحصل عليها أو بوقت أقصر لحصولك عليها.
- يمكنك اخذ طلبك الى مكتب محلي. راجع www.dshs.wa.gov لمعرفة المواقع.
- ارسل طلبك بالفاكس على 1-888-338-7410
- أرسل طلبك إلى الآتي:
DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- قدم طلبك أونلاين عبر الموقع www.washingtonconnection.org
- لتغطية الرعاية الصحية يلزم ان تقدم عبر الأونلاين على www.wahealthplanfinder.org، عن طريق الاتصال على 1-855-923-4633، او باستخدام نموذج ال HCA لتغطية الرعاية الصحية (HCA 18-001).

ما مدى سرعة تلقي المساعدة من المعونة النقدية والغذائية؟

- لو كنت محتاجا الى مساعدة غذائية فوراً، املا الاسئلة من 1 الى 14 وخذ هذا النموذج لمكتبك المحلي.
- نحن نقرر ما اذا كنت مستحقا للمساعدة الغذائية خلال 7 ايام لو اظهرت هويتك و استوفيت واحدا من الآتي:
- احد افراد اسرتك سوف يحصل على اقل من 150 دولار دخل كلي واقل من 100 دولار مصادر سائلة هذا الشهر.
 - مصادر ودخل احد افراد اسرتك اقل من ايجارك وخدماتك الشهرية.
 - إحد أفراد أسرتك يشمل مهاجراً معدماً أو عامل بالزراعة الموسمية.
- تصدر الفوائد باليوم الذي نقرر فيه أنك مستحق.** يلزم ان نقرر ما اذا كنت مستحقا للمعونة الغذائية في خلال ثلاثين يوم من تقديم الطلب الخاص بك. المعونة الغذائية عادة ما تبدأ باليوم الذي نستلم فيه طلبك. اذا كنت مقدما طلبك عبر مؤسسة، تاريخ البداية هو تاريخ الاعفاء او الخروج. المعونة النقدية عادة ما تبدأ باليوم الذي نحصل فيه على كل المعلومات الذي نقرر فيه أنك مستحق.

الحقوق المدنية وعدم التمييز

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بـ (U.S. Department of Agriculture (USDA) (وزارة الزراعة الأمريكية)، فإن هذه المؤسسة ممنوعة من التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو النوع (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو السن أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو الثأر من نشاط سابق خاص بالحقوق المدنية.

قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. الأشخاص ذوو الإعاقات الذين يتطلبون وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل، طريقة برايل أو المطبوعات الكبيرة أو الأشرطة الصوتية أو لغة الإشارة الأمريكية، إلخ)، ينبغي عليهم الاتصال بالوكالة (الحكومية أو المحلية) حيث تقدموا لطلب المعونات. يجوز للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في التخاطب الاتصال بـ USDA من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم التالي: 800-877-8339.

لتقديم شكوى عن التمييز في البرنامج، على المشتكى تعبئة نموذج AD-3027، وهو USDA Program Discrimination Complaint Form.

(نموذج شكوى التمييز في برنامج USDA) (نموذج شكوى التمييز في البرنامج) الذي يمكن الحصول عليه على الإنترنت عبر: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> أو من أي مكتب تابع لـ USDA (وزارة الزراعة الأمريكية) أو عبر الاتصال بـ 620-1071 (833) أو عن طريق كتابة رسالة لـ USDA. يجب أن يحتوي الخطاب على اسم مقدم الشكوى، عنوانه، رقم هاتفه، ووصف خطي للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كافٍ لإخطار Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) (مساعد الأمين العام للحقوق المدنية) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعوم.

يجب تقديم نموذج أو خطاب AD-3027 المكتمل إلى:

- بريد: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria VA 22314
- فاكس: 256-1665 (833) أو 690-7442 (202)؛ أو
- بريد إلكتروني: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

تمنح هذه المؤسسة فرصاً متكافئة.

حالة الهجرة Social Security Numbers (أرقام التأمين الاجتماعي)

ربما يمكنك الحصول على المعونة لبعض الأشخاص الذين تعيش معهم حتى لو ان الآخرين الذين تعيش معهم لا يستطيعون الحصول على المساعدة بسبب حالة الهجرة. يلزم عليك ان تخبرنا بحالة الهجرة لاي احد يقدم طلب. الحالة الغربية لاعضاء افراد الاسرة المتقدمين بطلبات يمكن ان يتحقق منها بواسطة USCIS (المعروف سابقا ب INS) عبر تقديم المعلومات من التقديم على ال USCIS. المعلومات المتلقاة من ال USCIS , المعتمدة على هذا التقديم, ربما تؤثر على صلاحية و كميات الفوائد.

بموجب القانون الفيدرالي (45 CFR §273.6, 7 CFR §205.52), يلزم عليك ان تقدم لنا Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)(SSN) لاي احد تعيش منه يقدم على TANF, او معونة غذائية. ربما نحتاج ايضا SSNs للوالدين والازواج/الزوجات الذين يعيشون معك ولم يقدموا.

لو انك تقدم على معونة غذائية او برامج اخرى.

يلزم عليك ان تتبع قواعد ال SNAP لتنفيذ طلبك. هذا يشمل تنفيذ الطلب في اوقات معينة, اصدار ملاحظات صحيحة, وتقديم النصح لك بحقوقك الادارية. لا نستطيع رفض معونتك الغذائية بمجرد ان طلبك لبرامج معونات اخرى تم رفضه.

الخصوصية ومعونتك النقدية والغذائية

قانون الغذاء والتغذية لعام 2008, المعدل, يسمح للقسم بجمع المعلومات التي نطلبها لطلب التقديم, شاملة (SSN) لكل عضومن افراد الاسرة. نحن نستخدم (SSNs) لفحص الهوية, تأكيد الصلاحية, منع الاحتيال, وجمع المطالبات. نحن نتبادل المعلومات مع وكالات اخرى لادارة برامجنا والخضوع للقانون. ان تقديم المعلومات المطلوبة اختياري. لكن رفضك تزويدنا ب SSN أو دليل على تقدمك بطلب للحصول على SSN من غير سبب وجيه قد يؤدي إلى الحرمان من الاستفادة من برنامج Basic Food (برنامج تقديم الطعام الأساسي) لكل شخص لم يزودنا ب SSN. نتحقق من بعض المعلومات بواسطة برامج مطابقة حاسوبية, مثل الدخل الفدرالي و Income and Eligibility Verification System (IEVS) (نظام التحقق من الأهلية).

قد تؤثر المعلومات التي يتم إبلاغها إلى **Department of Social and Health Services (إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية، DSHS)** على الأهلية للحصول على تغطية الرعاية الصحية التي تديرها **Health Care Authority (هيئة الرعاية الصحية)** وتبادل المنافع الصحية.

نستخدم هذه المعلومات من أجل:	قد توفر هذه المعلومات من أجل:
<ul style="list-style-type: none">• تحديد من المؤهل لبرامجنا.• تحصيل المبالغ الزائدة.• إدارة برامجنا.• التأكد من اتباعنا للقانون.	<ul style="list-style-type: none">• الوكالات الفيدرالية والحكومية للاستخدام الرسمي.• وكالات إنفاذ القانون التي تتعقب الأشخاص الذين يهربون لتفادي القانون.• وكالات التحصيل الخاصة لتحصيل مبالغ المساعدات الغذائية الزائدة.
تحذير عقوبة المساعدات الغذائية	
<p>نتحقق لدى وكالات أخرى عن صحة معلوماتك. وفي حال عدم صحة أي من المعلومات، فقد لا يحصل الأشخاص المتقدمين على المساعدات الغذائية.</p> <p>قد يتعرض أي شخص ينتهك أي من القواعد عن عمد لما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none">• المقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية والحكومية المطبقة الأخرى.• الحرمان من SNAP لمدة تتراوح من سنة إلى على الدوام.• الت거يم بمبلغ يصل إلى 250,000 دولار.• السجن لمدة تصل إلى 20 عامًا.• الحرمان من SNAP لمدة 18 شهرًا إضافية في حال حكم المحكمة بذلك. <p>إذا وجدت المحكمة أنك مذنبًا:</p> <p>الحصول على فوائد في عملية مبادلة تتضمن:</p> <ul style="list-style-type: none">• بيع مادة مضبوطة.....الحرمان من البرنامج فترة عامين أو حرمان دائم.• بيع الأسلحة النارية أو الذخائر أو المتفجرات.....حرمان دائم.• الإتجار في معونات تزيد عن 500 دولار.....التجريد من الأهلية على الدوام.• تزوير الإقامة أو الهوية.....التجريد من الأهلية لمدة 10 سنوات.	

تقديم على معونة نقدية وغذائية.
اسألنا اذا كنت محتاجا لمساعدة في تعبئة هذا النموذج.

إذا كنت غير قادر على إكمال هذا النموذج اليوم، زدنا رجاءً ب الاسم والعنوان والتوقيع فقط لنبدأ بمعالجة طلبك. لا زالت بحاجة إلى إكمال الطلب قبل أن يقبل طلبك للحصول على فوائد. التوقيع في الصفحة السادسة ضروري لإكمال طلبك.

1. الاسم الاول البادئ الاوسط اسم العائلة

2. رقم تعريف العميل (إذا وُجد)

3. عنوان الشارع الذي تعيش فيه

المدينة

الولاية

الرقم البريدي

4. رقم الهاتف الرئيسي

الخلوي المنزلي الرسائل

5. العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا)

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

6. رقم (أرقام) الهاتف الثانوي

الخلوي المنزلي الرسائل

7. البريد الإلكتروني:

8. انني اقدم ل (راجع كل ما يقتضي)

النقود الطعام العناية بالطفل

9. أنا او اي احد من افراد الاسرة (راجع كل ما يقتضي):

في حالة عنف منزلي

في حالة عجز عن العمل بسبب مشاكل صحية

حاملاً؛ الاسم: _____ التاريخ المتوقع للولادة: _____

10. ما كمية الدعم المالي التي تتوقع أن تحصل عليها أسرتك هذا الشهر؟

11. كم تملك أسرتك من المال نقدًا أو في الحساب البنكي؟ \$ _____

12. كم تدفع أسرتك مقابل الإيجار أو الرهن العقاري؟ \$ _____

13. ماهي الخدمات التي يدفع لها احد افراد اسرتك؟ التدفئة/التكييف

الهاتف غير ذلك: _____

14. هل اي احد من افراد اسرتك عامل مزرعة مهاجر او موسمي؟

نعم لا

15. إذا كنت تقدم طلبًا للحصول على مساعدة غذائية، ما عدد أفراد الأسرة الذين تشتري لهم الطعام وتحضره لهم؟

16. لو كنت مقدما لرعاية طفل، ما النشاط الذي تحتاج الى رعاية له (قدم كل ما هو مطبق)؟

العمل المدرسة WorkFirst Basic Food Employment and Training (برنامج تقديم الطعام الأساسي والتوظيف والتدريب) (BFET)

لا استخدام المكتب حصراً - الأسرة مؤهلة للخدمة المعجلة: نعم لا الأحرف الأولى من اسم الفاحص: _____ التاريخ: _____

17. أحتاج إلى مترجم فوري أتحديث: _____ أو وُقِع؛ ترجموا رسائلي إلى: _____

18. اذكر أسماء جميع أفراد أسرتك حتى إذا لست تقدم طلبًا من أجلهم (أرفق أوراقًا إضافية حسب الحاجة).

اسم القبيلة (للهنود الأمريكيين، سكان الاسكا)	السلالة (انظر العينات ادناه)	ضع علامة إذا لم تكن مواطننا أمريكيًا	Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)	هل تريد مزايا لهذا الشخص؟	تاريخ الميلاد	ما علاقة هذا الشخص بك؟	النوع	الاسم (الأول، الوسط، العائلة)
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		نفسي		
		<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"/>				

19. خلفيتي العرقية إسبانية أو لاتينية: نعم لا

ان معلومات السلالة والخلفية العرقية تطوعية ولن تؤثر الصلاحية او كميات المنافع. هذه المعلومات تستخدم للتأكد من منافع البرنامج توزع بدون اعتبار للسلالة، اللون، او الاصل القومي. للمعونة الغذائية تتطلب ال USDA منا ان نجيب نيابة عنك لو لم تقدم معلومات. سنختار "غير مذکور" إذا لم تزودنا بإجابة. أمثلة عن العرق: أبيض أو أسود أو إفريقي أمريكي أو آسيوي أو من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ أو هندي أمريكي أو من سكان الاسكا الأصليين أو أي مزيج آخر من الأجناس.



14001

Barcode label

اسم مقدم الطلب	Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)	رقم تعريف العميل
1. معلومات عامة		
1. في الثلاثين يوم الاخيرة، أنا تلقيت نقدًا أو غذاءً من ولاية أخرى، قبيلة، أو مصدر آخر. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
2. أحد الأشخاص الذين أقدم طلبًا لهم يعيش خارج ولاية Washington: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا من: _____		
3. أنا أو أحد أفراد أسرتي هو أجنبي مدعوم: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا من: _____		
4. أنا أو أحد أفراد أسرتي الذين يبلغون من العمر 16 فما فوق في (اختر كل ما ينطبق): <input type="checkbox"/> المدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> High School Equivalency Program (برنامج معادلة الثانوية العامة) <input type="checkbox"/> الجامعة <input type="checkbox"/> المدرسة التجارية من: _____		
5. يعيش أحد الأفراد مؤقتًا خارج المنزل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا من: _____		
6. أنا أو أحد آخر من أسرتي قد خدم في القوات المسلحة للولايات المتحدة أو الحرس الوطني أو القوات الاحتياطية أو كان معتمدًا على أو زوجًا لأحد الأشخاص الذين خدموا: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا نعم، من: _____		
7. أنا أو أحد الأشخاص الذين أقدم طلبًا لهم هارب من القانون لتجنب الذهاب إلى المحكمة أو السجن لارتكابه جريمة جنائية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
8. أعيش في: <input type="checkbox"/> منزلي أو شقتي الخاصة بي <input type="checkbox"/> منزل جماعي <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ تاريخ الدخول: _____		
9. منشأة (اذكر نوعها): _____		
أنا: <input type="checkbox"/> عازب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> في شراكة منزلية مسجلة		
10. أنا أو احد ما في منزلي سبق ادانته في تجارة معونة غذائية لادوية بعد سبتمبر 22, 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
11. أُدبنت أنا أو أحد أفراد أسرتي بشراء أو بيع مساعدات غذائية تفوق قيمتها \$500 بعد 22 سبتمبر، 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
12. أُدبنت أنا أو أحد أفراد أسرتي بمقايضة المساعدات الغذائية مقابل الأسلحة أو الذخائر أو المتفجرات بعد 22 سبتمبر، 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
13. أُدبنت أنا أو أحد أفراد أسرتي بالحصول على مساعدات غذائية في أكثر من ولاية واحدة بعد 22 سبتمبر، 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
14. أنا أو أحد أفراد أسرتي: a. مضرب عن العمل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا b. متنقل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
II. المصادر (ارفق الاثبات, للمعونة النقدية فقط).		
المصدر هو اي شئ تملكه او تشتريه ويمكن بيعه, التجارة فيه, تحويله الى نقد او مال يملك بواسطة اخرين. المصدر لا يشمل ملكية شخصية مثل الاثاث, او الملابس. امثلة للمصادر:		
• سيولة نقدية	• ائتمانات	• اموال الدفن, خطط مسبوقه الدفع
• حسابات جارية	• IRA / 401k	• معدات اعمال
• حسابات توفير	• منازل, ارض او مباني	• الماشية
• اموال الكلية	• صناديق التقاعد	• بوليصة تأمين على الحياة
1. من فضلك ضع قائمة بالمصادر التي تقدمها انت, زوجتك, او اي احد تقدم بالنيابة عنه او تشتري:		
المصدر:	من يملك	الموقع
		القيمة
		\$
		\$
		\$
		\$
أنا أو زوجي (زوجتي) أو أحد الأشخاص الذين أقدم طلبًا لديهم سيارات أو شاحنات أو شاحنات صغيرة أو قوارب أو RVs أو مقطورات أو مركبات أخرى:		
العام (E.G., 1980)	صنع (E.G., FORD)	موديل (E.G., ESCORT)
راجع لو كانت مستجرة	راجع اذا كانت المركبة قد استخدمت لاغراض طبية	المبلغ المستحق
		\$
		\$
		\$
3. أنا أو زوجي (زوجتي) أو أحد الأشخاص الذين أقدم طلبًا لهم قد باع أو قايض أو تبرع أو نقل مورد (بما في ذلك الصناديق الائتمانية أو المركبات أو عقارات الحياة): <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا نعم، ما هو: _____ متى: _____		
III. المعاشات (الاستثمارات بواسطة اي عضو من افراد الاسرة ليستقبل مدفوعات منتظمة حاليا او في المستقبل)		
من يملك المعاش؟	شركة او مؤسسة؟	الكمية او القيمة
		الدخل السنوي
		تاريخ الشراء
		\$
		\$
		\$

اسم مقدم الطلب	Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)	رقم تعريف العميل			
IV. الدخل المكتسب (ارفق اثبات)					
<p>1. أنا أو زوجي (زوجتي) أو أحد الأشخاص الذين أقدم طلبًا لهم كان لديه وظيفة انتهت في الـ 30 يومًا التي مضت: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>2. أنا أو زوجي (زوجتي) أو أحد الأشخاص الذين أقدم طلبًا لهم لديه دخل من عمله: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كان الجواب نعم، أكمل هذا القسم رجاءً:</p>					
من يكسب هذا الدخل	الكمية الكلية المستلمة (كمية الدولار قبل الخصومات)				
رقم هاتف صاحب عمل الموظف	\$ كل: <input type="checkbox"/> ساعة <input type="checkbox"/> أسبوع				
تاريخ البدء	<input type="checkbox"/> أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين شهريًا <input type="checkbox"/> شهر				
هل هذا العمل توظيف ذاتي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الساعات في الأسبوع: _____				
مقدار تكاليف التوظيف الذاتي الشهرية: \$	تواريخ الدفع (مثلًا، 1 و15، أو كل يوم جمعة): _____				
من يكسب هذا الدخل	الكمية الكلية المستلمة (كمية الدولار قبل الخصومات)				
رقم هاتف صاحب عمل الموظف	\$ كل: <input type="checkbox"/> ساعة <input type="checkbox"/> أسبوع				
تاريخ البدء	<input type="checkbox"/> أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين شهريًا <input type="checkbox"/> شهر				
هل هذا العمل توظيف ذاتي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الساعات في الأسبوع: _____				
مقدار تكاليف التوظيف الذاتي الشهرية: \$	تواريخ الدفع (مثلًا، 1 و15، أو كل يوم جمعة): _____				
V. دخل اخر (ارفق اثبات, تقرير لكل اعضاء افراد الاسرة)					
إعانات البطالة	• Supplemental Security Income (دخول الضمان الإضافي) (SSI)	• معاش أو تقاعد			
دخول الضمان الاجتماعي	• دعم الطفل أو استمرار الزواج	• Veteran Administration (محارب قديم) (VA) أو اعانات عسكرية			
دخول قبلي	• اعانات السكن الحديدية	• Labor and Industries (العمل والصناعات) (L&I)			
دخول قمار	• دخل الايجار	• ائتمانات			
اعانات تعليمية (قروض، منح طلابية، عمل - دراسة)		• فوائد / إيرادات			
نوع الدخل الذي لم يربح	من يحصل على الدخل؟	الكم الكلي الشهري			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
VI. المصاريف الشهرية					
الإيجار	القروض العقاري	إيجار المساحة	تأمين لأصحاب المنازل:	ضرائب الأملاك:	مصاريف اخرى
\$	\$	\$	\$	\$	\$
ما هي المرافق التي تدفع أسرتك ثمنها بشكل منفصل عن الإيجار أو الرهن العقاري؟					
<input type="checkbox"/> الحرارة (الكهرباء / الغاز) <input type="checkbox"/> الكهرباء (وليس الحرارة) <input type="checkbox"/> الماء <input type="checkbox"/> المنزل / الهاتف الخليوي <input type="checkbox"/> الصرف الصحي <input type="checkbox"/> النفايات					
شخص أو وكالة أخرى، مثل تسكين مدعوم، يساعدني في الدفع سواء كليًا أو جزئيًا من هذه النفقات:					
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا نعم، من: _____ ما النفقات: _____ المبلغ الذي يدفعونه: \$ _____					
<input type="checkbox"/> حصلت على مبلغ Low Income Home Energy Assistance Act (قانون مساعدة الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض) (LIHEAA) في الـ 12 شهرًا الماضية.					
انا، زوجتي، أو احد ما من افراد المنزل يدفع او من المفترض ان يدفع (راجع كل ما هو مطبق):					
المبلغ الشهري: \$	من يدفع:	Child or Adult Dependent Care <input type="checkbox"/>			
(رعاية الأطفال والبالغين المعالين) (وتشمل تكاليف التنقل)					
المبلغ الشهري: \$	من يدفع:	<input type="checkbox"/> فواتير طبية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة أو المسنين + 60 (وتشمل تكاليف التنقل وأقساط التأمين الصحي)			
المبلغ الشهري: \$	من يدفع:	<input type="checkbox"/> رعاية الطفل (أرفق الدليل)			
إذا لم تسجل أي من النفقات المذكورة أعلاه، سوف نعتبر ذلك كإقرار من أفراد أسرتك أنك لا تتلقى خصمًا لهذه النفقة.					

اسم مقدم الطلب	Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)	رقم تعريف العميل
VII. الممثل المفوض		
<p>مندوب مفوض هو احد ما انت تسمح لل DSHS بالتحدث معه عن اعاناتك. يمكنك تسمية احد ما, لكن لا يلزمك فعل ذلك.</p> <p>هل لديك ممثل مفوض؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل هذا الشخص حارسك القانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>من الممكن ان تحتاج ان تكمل نموذج الممثل المفوض (DSHS 14-532).</p>		
الاسم	العلاقة	رقم الهاتف
عنوان المراسلة:	المدينة	الولاية الرمز البريدي
تسجيل الناخب		
<p>يقدم القسم خدمات تسجيل التصويت, وتشمل تسجيل التصويت التلقائي. 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, فستقدم لك المساعدة. فقرار طلب أو قبول المساعدة يعود إليك. يمكنك تعبئة نموذج تسجيل الناخب بشكل خاص. إذا كنت تعتقد أن شخصاً ما قد تدخل في حقلك في التسجيل أو في رفض التسجيل للتصويت, أو حقلك في خصوصية تقرير التسجيل أو في التقدم بطلب للتسجيل على التصويت, أو حقلك في اختيار حزبك السياسي أو أي تفضيل سياسي آخر, يمكنك تقديم شكوى عن طريق: (Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)).</p> <p>هل تريد التسجيل للتصويت أو تحديث تسجيل الانتخاب الخاص بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>لو قمت باختيار احد الصندوقين, سوف نعتبرك انك قد قررت الا تسجل للتصويت في هذا الوقت, ما لم تكن كنت صالحا لذلك, ولم تمنع, تسجيل التصويت التلقائي</p> <p>ما لم تكن قد اخترت "لا" اعلام, يمكن ان تكون صالحا لتسجيل التصويت التلقائي. انت صالح لتسجيل التصويت التلقائي اذا كنت علي الاقل 18 عاما في التصويت القادم, انت مواطن من الولايات المتحدة الأمريكية, و ال DSHS لديه اسمك, عنوان السكن والمراسلة, تاريخ الميلاد, تأكيد معلومات المواطنة, وتوقيعك بالتصديق على صحة المعلومات المعطاة في هذا التقديم.</p> <p>هل تريد أن تُسجَل تلقائياً للتصويت؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>لو اخترت الصندوق "نعم", او لم تقم باختيار احد الصندوقين وقابلت متطلبات تسجيل التصويت التلقائي, سوف يرسل ال DSHS معلوماتك الى مكتب سكرتيرة الولاية وسوف يسجلك تلقائياً للتصويت.</p>		
التصريح والتوافيق (وَقَّع أدناه لإكمال نموذج الأهلية والاستحقاق الخاص بك).		
<p>أفهم أن:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعطي معلومات صحيحة وتتابع متطلبات الإبلاغ. • قدم إثبات انك مؤهل ومستحق. • خصص حقوق معينة لدعم الطفل, لولايه Washington, عندما أتلقى Temporary Assitance for Needy Families (معمونة مؤقتة للعائلات المحتاجة, TANF). مع ذلك, يمكنني أن اطلب من ال DSHS ألا يتحرى دعم الطفل لو كان ذلك يضعني أو أولادي في خطر. • تعاون مع متطلبات عمل الاعانة الغذائية. <p>إذا لم أقم بعمل هذه الأشياء, ربما يتم رفض الاعانات أو أقوم بدفعهم.</p> <p>انا افهم انه من الممكن ان ادان جنائيا اذا قدمت اقرارا غير صحيح او فشلت في تسجيل شيء يجب تسجيله.</p> <p>أنا افوض ال DSHS للتواصل مع أشخاص آخرين أو وكالات أخرى عند الضرورة لمساعدتي في الحصول على إثبات أنني مؤهل ومستحق.</p> <p>لقد قمت بقراءة او تم شرح لي حقوقي ومسؤولياتي وتلقيت نسخة من حقوق العميل ومسؤولياته, DSHS 14-113. انا اشهد انه اذا قمت بشهادة الزور بموجب قوانين ولاية Washington ان المعلومات المقدمة في هذا الطلب, وتشمل المعلومات الخاصة بالمواطنة و حالة الغربة لاعضاء المقدمين للاعانات, صحيحة وحقيقية.</p> <p>لو انك تقدم للاعانة النقدية, كل البالغين (او الممثلين المفوضين) ل احد افراد الاسرة يلزمهم التوقيع.</p> <p>للمساعدة الغذائية, على كل من المتقدم وممثله القانوني المعتمد التوقيع إلا في حال وجود وثيقة ممثل معتمد حالي في الملف.</p>		
CITY AND STATE SIGNED	اسم مقدم الطلب مطبوعا	التاريخ
CITY AND STATE SIGNED	اسم بالغ اخر مطبوعا	التاريخ
CITY AND STATE SIGNED	اسم الممثل مطبوعا	التاريخ
توقيع المتقدم بطلب (الزامي)	اسم الشاهد مطبوعا	التاريخ