مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة ومعونة العجز

طلب الحصول على بدائل لمخصصات المعونة الغذائية التكميلية (سناب) المفقودة بسبب الكوارث

(عملاً بقانون اللوائح الفدرالية رقم 280)

وفق القانون الفدرالي وسياسية وزارة الزراعة الأمريكية، يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس، أو العمر، أو الدين، أو المعتقدات الدينية، أو العجز.

لا تكتب في الخانات المظللة

تاريخ الطلب:	تاريخ المقابلة الشخصية:	المركز/المكتب	الوحدة	العامل	نوع الملف	رقم الملف	رقم التسجيل	الإصدار	اللغة إنجليزية أو أسبانية	اللغة المقروة (مدينة نيويورك) ×××××××××××

فترة تخويل الكارثة:		فترة السداد		حجم الأسرة	مبلغ السداد (بالدولار الأمريكي)	رقم البطاقة الأولى
من:	إلى:	من:	إلى:			××××××××××××××××××××××

تعليمات: أكمل هذا الطلب بصِدق ووفق أفضل ما لديك من معرفة. إذا كانت أسرتك تعرف ولكنها ترفض عمداً تزويدك بالمعلومات المطلوبة، فإنها لن تتأهل للحصول على مخصصات سناب في حالات الكوارث. وعند إجراء مقابلة شخصية معك، يتعين عليك إبراز بطاقة الهوية. يجب عليك تقديم إثبات بأن أسرتك كانت تعيش في منطقة الكوارث وقت وقوع الكارثة. وقد يتعين عليك التحقق من أي نفقات مشكوك فيها. ويمكنك تخويل شخص من خارج الأسرة للتقدم بطلب حصولك على معونة عاجلة ومخصصات سناب في حالات الكوارث بالإنابة عنك.

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____ رقم آخر يمكن الوصول إليك عن طريقه: _____

عنوان السكن: _____ رقم الشقة: _____ المدينة: _____، نيويورك الرمز البريدي: _____

عنوان السكن الحالي (إذا كان مختلفاً): _____ رقم الشقة: _____ المدينة: _____، نيويورك الرمز البريدي: _____

العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً): _____ رقم الشقة: _____ المدينة: _____، نيويورك الرمز البريدي: _____

الجزء (أ): وضع الأسرة	نعم	لا
1. هل أنت مشارك في برنامج سناب حالياً؟ إذا كانت الإجابة بنعم اذكر الولاية: _____ المقاطعة: _____.		
2. هل كانت أسرتك تعيش في منطقة الكوارث في وقت وقوع الكارثة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى الإجابة على الأسئلة التالية:		
• هل تسبّبت الكارثة في تدمير منزلك أو معدات عملك الشخصي؟		
• هل لدى أسرتك أي نفقات إضافية لم يتم تعويضها بسبب الكارثة؟		
• أثناء رفع آثار الكارثة، هل ستشتري أسرتك المواد الغذائية؟		
• هل تسبّبت الكارثة في تأخير، أو خفض، أو وقف دخل أسرتك؟		
• هل لدى أسرتك أي نقود أو أموال في حسابات جارية أو حسابات ادخار لا تستطيع الحصول عليها بسبب تعذر الوصول إلى الحسابات جرّاء الكارثة؟		
3. هل تعمل أنت أو أي من أفراد أسرتك في ولاية نيويورك، أو إدارة الموارد البشرية في مدينة نيويورك أو لدى وكالة الخدمات الاجتماعية المحلية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر أين: _____		

اذكر أفراد أسرتك – وأنت من بينهم – المتأثرين بالكارثة ويعيشون ويأكلون معك. **إذا كنت تقيم مع أسرة أخرى بصفة مؤقتة بسبب الكارثة لا تذكر أفراد تلك الأسرة في الجزء (ب).** اذكر رقم الضمان الاجتماعي الخاص بكل فرد من أفراد الأسرة، وكذلك تاريخ ميلاده، وصافي مبلغ دخله. اذكر أي دخل آخر يحصل عليه أفراد الأسرة حالياً أو متوقعاً خلال عمل مخصصات سناب أثناء الكوارث. ولا تلزم أرقام الضمان الاجتماعي للتأهل للحصول على مخصصات سناب أثناء الكوارث، ولكن يمكن استخدامها لتحديد هوية أفراد أسرتك والتأكد من أهليتهم للحصول على هذه المخصصات. كما يمكن استخدامها لأغراض مطابقة الحاسوب، مراجعات أو عمليات تدقيق البرنامج.

الجزء (ب): أفراد الأسرة والدخل أثناء فترة وقوع الكارثة

	الاسم الأول	MI	اللقب	رقم الضمان الاجتماعي الخاص بفرد الأسرة (أو اكتب "لا يوجد" إذا لم يكن هناك رقم)	تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية	النوع (ذكر أو أنثى)	أسباني أو لاتيني؟ نعم	أسباني أو لاتيني؟ لا	العرق*	علاقته بك	مصدر/نوع الدخل	إذا كانت أجور، اذكر اسم رب العمل**	وتيرة الحصول على الدخل	مبلغ الدخل الصافي
1											أنا				$
2															$
3															$
4															$
5															$
6															$
7															$
8															$
إجمالي دخل الأسرة															$

*رموز العِرق/الإثنية: I- من السكان الأمريكيين الأصليين أو من ألاسكا، A – آسيوي، B أسود أو أفريقي أمريكي، P من هاواي أو جزء المحيط الهادي، W أبيض.

تقدم هذه المعلومات طوعاً، ولكن يجوز للشخص الذي يُجري المقابلة تدوين ملاحظاته إذا لم يتم تقديم المعلومات. ولن يؤثر هذا على أهلية الأشخاص المتقدمين بالطلب أو مستوى المخصصات التي يتم الحصول عليها. والغرض من هذه المعلومات هو ضمان توزيع المخصصات بغض النظر عن العرق أو اللون أو الأصل القومي.

** لكل من أرباب الأعمال المذكورين أعلاه، يرجى ذكر الاسم والعنوان ورقم الهاتف:

رب العمل: _____ العنوان: _____ رقم الهاتف: _____

رب العمل: _____ العنوان: _____ رقم الهاتف: _____

رب العمل: _____ العنوان: _____ رقم الهاتف: _____

مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة ومعونة العجز

في **الجزء (ج)**، اذكر كل النقود التي تحصل عليها أسرتك أثناء فترة وقوع الكوارث. وفي **الجزء (د)**، اذكر النفقات التي تدفعها أسرتك أو تتوقع أن تدفعها نتيجة لوقوع الكوارث وأثنائها.
لا تذكر النفقات التي تم أو سوف يتم دفعها من قِبل أي شخص خارج أسرتك

الجزء (ج): الموارد (في بداية فترة وقوع الكارثة)	**المبلغ**
النقود المتاحة في المنزل	$
الحسابات البنكية الجارية التي يمكن الوصول إليها – اسم البنك _____	$
حسابات الادخار البنكية التي يمكن الوصول إليها – اسم البنك _____	$
إجمالي الموارد النقدية المتاحة	$
الجزء (د): نفقات الكواري (أثناء فترة وقوع الكارثة)	**المبلغ**
مواد غذائية فسدت بسبب الكارثة	$
رعاية مُعال بسبب الكارثة	$
نفقات جنازة/نفقات طبية بسبب الكارثة	$
تكاليف الانتقال والتخزين بسبب الكارثة	$
نفقات المأوى المؤقت	$
تكلفة حماية الممتلكات أثناء فترة وقوع الكارثة	$
تكلفة إصلاح أو استبدال البنود للمنزل أو ممتلكات العمل الحر	$
نفقات تتعلق بالكارثة	$
إجمالي نفقات الكارث	$

الجزء (ه): التحذير من العقوبة

إذا كانت أسرتك تحصل على مخصصات سناب، يتعين عليها اتباع القواعد المذكورة أدناه. وقد نختار أسرتك للمراجعة الفدرالية أو مراجعة الولاية في أي وقت بعد حصولك على مخصصات سناب للتأكد من أنك كنت مؤهلاً بالفعل للحصول على معونة الكوارث. **فلا تقدم** معلومات غير صحيحة أو تخفي أي معلومات للحصول على مخصصات سناب أو لمواصلة الحصول عليها. **ولا تقم** بمنح أو بيع مخصصات سناب أو تخويل الوثائق لأي شخص غير مؤهل لاستخدامها. **ولا تستخدم** مخصصات سناب لشراء بنود غير مصرح بها؛ مثل المشروبات الكحولية أو التبغ. **ولا تستخدم** أي من مخصصات سناب التي تخص أسرة أخرى لأغراض أسرتك.

الجزء (و): الإقرار والتوقيع

أتفهم الأسئلة الموجهة في هذا الطلب والعقوبات المترتبة على إخفاء المعلومات أو تقديم معلومات غير صحيحة. وأسرتي تحتاج إلى المعونة الغذائية على الفور جرّاء تلك الكارثة، وأقّر – تحت عقوبة الحنث باليمين – أن كل المعلومات التي قدمتها صحيحة ومكتملة بجدّ علمي. كما أنني أخوّل الكشف عن أي معلومات بما يلزم لتحديد صحة هذ الإقرار. وأتفهم أنه في حالة عدم موافقتي على أي إجراء يتم اتخاذه في ملفي، يحق لي طلب عقد جلسة إنصاف شفهياً (شخصياً أو عن طريق الهاتف) أو خطياً.

مقدم الطلب، أو الممثل المخوّل، أو الشاهد (إذاوقّع بـ ×):	**تاريخ التوقيع:**

مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة ومعونة العجز

الجزء (ج): حساب الأهلية (يتم إكمال هذا الجزء من قِبل موظفي سناب)			
حدّ إجمالي الدخل في أوقات الكوارث (أقل من 100 دولار أمريكي في نفقات الكوارث)	**المبلغ**	**حدّ إجمالي الدخل في أوقات الكوارث مع DSED (أكثر من 100 دولار أمريكي في نفقات الكوارث)**	**المبلغ**
1. إجمالي الدخل المتوقع (من الجزء ب).	$	1. إجمالي الدخل المتوقع.	$
2. إجمالي الموارد المتاحة للحالة/الملف (من الجزء ج).	$	2. إجمالي الموارد المتاحة للحالة/الملف.	$
3. أضف #1 و #2.	$	3. أضف #1 و #2.	$
4. إجمالي نفقات الكوارث.	$	6. الحدّ الأقصى لحدّ إجمالي الدخل (المبلغ من جدول الكارث أ).	$
5. إجمالي النقود المتاحة (استخلص #4 من #3).	$	5. **مؤهل** (#3 مساوياً أو أقل من #6). الحد الأقصى لمبلغ المخصصات الشهرية لـ HH بمبلغ _____.	$
6. الحدّ الأقصى لحدّ إجمالي الدخل (المبلغ من جدول الكارث ب).	$	6. **غير مؤهل** (#3 أكبر من #4).	$
7. **مؤهل** (#5 مساوياً أو أقل من #6). الحد الأقصى لمبلغ المخصصات الشهرية لـ HH بمبلغ _____.	$		
8. **غير مؤهل** (#5 أكبر من #6).	$		

تحظر وزارة الزراعة الأمريكية ممارسة التمييز ضد عملائها، وموظفيها، والمتقدمين بطلبات التوظيف لديها، على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو العجز، أو الإعاقة، أو الجنس، أو النوع، أو الهوية، أو الدين، أو لأغراض انتقامية، أو – متى انطبق – للمعتقدات السياسية، أو الحالة الاجتماعية، أو الحالة الأسرية أو الأبوية، أو ما إذا كان دخل الفرد – كلياً أو جزئياً – مشتقاً من أي برنامج للمساعدات العامة، أو حماية المعلومات الوراثية في التوظيف أو في أي برنامج أو نشاط تجريه أو تموّله الوزارة (لا تنطبق كل أساسيات الحظر على كل البرامج و/أو أنشطة التوظيف).

إذا كنت ترغب في تقديم شكوى للحقوق المدنية بسبب التمييز، يرجى إكمال نموذج شكوى "التمييز في وزارة الزراعة الأمريكية"، والذي تجده على الرابط http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، أو أي من مكاتب وزارة الزراعة الأمريكية، أو يمكنك طلبها بالاتصال بالرقم 632-9992 (866) لطلب النموذج. كما يمكنك أن تكتب رسالة تتضمن كل المعلومات المطلوبة في هذا النموذج. ثم ارسل إلينا نموذج أو رسالة الشكوى بعد إكمالها عن طريق البريد على وزارة الزراعة الأمريكية، مدير مكتب التحكيم، على العنوان (1400 Independence Avenue, SW Washington, DC 20250-9410)، أو عن طريق الفاكس رقم 7442-690(202)، أو على عنوان البريد الإلكتروني program.intake@usda.gov.

بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع، أو إعاقات في التحدث، يمكنهم الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية عن طريق خدمة الإحالة الفدرالية على الرقم 877-8339 (800)؛ أو على الرقم 845-6136 (800) (للغة الإسبانية).

لأية معلومات أخرى تتعلق بقضايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (سناب)، يمكن للأفراد إما الاتصال بالرقم الساخن لسناب لدى وزارة الزراعة الأمريكية 221-5689 (800)، وهو متاح باللغة الأسبانية كذلك، أو الاتصال بمكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة ومعونة العجز على الرقم 342-3009 (800)، أو الاتصال بإدارة الخدمات المحلية لديك.

يمكنك كذلك الاطلاع على هذه المعلومات إلكترونياً على الرابط http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

"وزارة الزراعة الأمريكية هي جهة عمل تقدم فرص عمل منصفة".

Human Resources Administration
Department of Social Services
Family Independence Administration

شهادة الإعاقة (Arabic)

أقر أنا _____ أنني لم أتقدم بطلب للحصول على فوائد برنامج المساعدة الغذائية التكميلية أثناء كارثة (DSNAP) في مدينة نيويورك في ديسمبر 2012 بسبب الإعاقة.

كنت في 27 أكتوبر 2012 أعيش في:

العنوان: _____

_____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

يقع العنوان المدرج أعلاه في نطاق أحد الرموز البريدية التالية: 10002 أو 10306 أو 11224 أو 11235 أو 11231 أو 11691 أو 11692 أو 11693 أو 11694 أو 11697 أو 11229 (جنوب Allen Avenue بجزيرة كوني) أو 10305 (جنوب Seaview Avenue بجزيرة ستاتن).

أقر بصحة ما ذكر أعلاه مدركًا لعقوبة الحنث باليمين.

الاسم بأحرف واضحة: _____ _____ _____

الاسم الأول — الحرف الأول من الاسم الأوسط — اسم العائلة

التوقيع: _____ التاريخ: _____

Human Resources Administration | Family Independence Administration
Department of Social Services

ملحق طلب الحصول على برنامج المساعدة الغذائية التكميلية لذوي الإعاقات أثناء كارثة (D-SNAP PD) (Arabic)

اسم مقدم الطلب: _____ **التاريخ:** _____

نطلب هذه المعلومات فقط لتيسير معالجة حالتك. ولا يؤثر وضع الهجرة على الأهلية لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية لذوي الإعاقات أثناء كارثة (D-SNAP PD).

معلومات الوظيفة

إذا أدرجت معلومات الوظيفة في **الجزء ب - أفراد الأسرة والدخل أثناء فترة الكارثة** من طلب الحصول على برنامج المساعدة الغذائية التكميلية أثناء كارثة (SNAP) (**LDSS-4988**)، فسنكون بحاجة إلى تضمين المعلومات التالية عن كل فرد بالأسرة كان له دخل في الفترة بين 27 أكتوبر 2012 و25 نوفمبر 2012:

	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اسم العائلة	صاحب العمل	ساعات العمل الشهرية:	يوم الأسبوع الذي تحصل فيه على الأجر:
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

معلومات المواطنة

هل أنت مواطن أمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا

معلومات اللغة

ما هي لغتك المفضلة للتحدث؟ يُرجى اختيار **لغة واحدة**فقط.

☐ العربية ☐ الكريولية الهايتية ☐ الكورية ☐ الإسبانية
☐ الصينية ☐ الإنجليزية ☐ الروسية ☐ أخرى: _____

هل تطلب خدمات مترجم شفهي مجانية؟ ☐ نعم ☐ لا

يمكن إرسال الإخطارات الخطية باللغات المذكورة أدناه. يُرجى اختيار **لغة واحدة**فقط. إذا كنت تفضل لغة غير مذكورة، يُرجى وضع علامة على (☑) الإنجليزية.

☐ الإنجليزية ☐ العربية ☐ الكريولية الهايتية ☐ الروسية
☐ الصينية ☐ الكورية ☐ الإسبانية