

# NEW YORK CITY HOUSING AUTHORITY

الإسكان العمومي

## أ. التغيير المؤقت في الإسكان العمومي التغيير في الدخل - المسؤول عن إعالة الأسرة

1. اسم المستأجر:	4. رقم الحالة:
2. عنوان المستأجر:	5. هاتف المنزل:
3. البريد الإلكتروني:	6. الهاتف الخليوي:

7. يرجى استخدام هذا النموذج للإبلاغ عن أي تغييرات تطرأ على دخل المسؤول عن إعالة الأسرة فقط. يرجى استخدام نموذج هيئة الإسكان بمدينة نيويورك (NYCHA) 040.932A للإبلاغ عن أي تغيير يطرأ على دخل الأعضاء الآخرين في الأسرة. لا يلزم الإبلاغ عن التغييرات والزيادات الأخرى، ومنها تعديلات تكلفة المعيشة التي يتم إجراؤها على متلقي الضمان الاجتماعي، وبرنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة، ومساعدة المحاربين القدامى، ومبالغ الدخل غير المكتسب الجديدة أو الزائدة، حتى موعد إعادة التصديق السنوي القادم.

8. إذا كانت هناك أي تعليقات إضافية متعلقة بالتغيير في ذلك، يرجى تحديدها أدناه.

9. أكمل جميع الصفحات المناسبة. يجب إعادة جميع النماذج بعد إكمالها مع الوثائق الداعمة (أي خطاب صاحب العمل، وخطاب الإنهاء، وكشفي مفردات مرتب لشهرين متواليين إلى غير ذلك).
--

## ب. طلب التغيير الخاص بالمسؤول عن إعالة الأسرة

1. اسم العائلة	2. الاسم الأول	3. الاسم الأوسط
4. رقم الضمان الاجتماعي	5. رقم تحديد الهوية البديل (إذا لم يوجد رقم ضمان اجتماعي)	6. تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)



## ج. التغيير في الدخل

### 1. الدخل رقم 1: نوع التغيير

أ. دخل جديد أو زيادة في الدخل  ب. انخفاض في الدخل  ج. فقدان الدخل: تاريخ الفقدان

(شهر/يوم/سنة)

### 2. مصدر الدخل رقم 1 (يرجى تحديد مصدر دخل واحد فقط)

أ. تبنى/رعاية حاضنة  ط. رواتب العسكريين/مخصصات شؤون المحاربين القدامى  ط. لضمان الاجتماعي  مستحقات الوراثة من الضمان الاجتماعي

ب. دعم الطفل/النفقة  ي. معاش تقاعدي/معاش سنوي  ي. أمين ضد البطالة  خصصات الضمان الاجتماعي لذوي الإعاقة

ج. الإسهامات  ك. مساعدة حكومية  ك. تعويض للعاملين

د. التوظيف (الأجور)  ل. دخل الضمان التكميلي (SSI)

### 3. تاريخ البدء

### 4. إجمالي الدخل

(شهر/يوم/سنة)

\$  ,

أ. أسبوعياً  ج. شهرياً

ب. كل أسبوعين  د. نصف شهر

هـ. سنوياً

### 7. رقم الهاتف

### 6. اسم مصدر الدخل رقم 1

### 8. العنوان

### 9. الرمز البريدي

### 11. المدينة

### 10. الولاية

### 1. الدخل رقم 2: نوع التغيير

أ. دخل جديد أو زيادة في الدخل  ب. انخفاض في الدخل  ج. فقدان الدخل: تاريخ الفقدان

### 2. مصدر الدخل رقم 2 (يرجى تحديد مصدر دخل واحد فقط)

أ. تبنى/رعاية حاضنة  ط. رواتب العسكريين/مخصصات شؤون المحاربين القدامى  م. لضمان الاجتماعي  س. مستحقات الوراثة من الضمان الاجتماعي

ب. دعم الطفل/النفقة  ي. معاش تقاعدي/معاش سنوي  ن. أمين ضد البطالة  ع. خصصات الضمان الاجتماعي لذوي الإعاقة

ج. الإسهامات  ك. مساعدة حكومية  س. تعويض للعاملين

د. التوظيف (الأجور)  ل. دخل الضمان التكميلي (SSI)

### 5. لكل (حدد الفترة الزمنية)

### 4. إجمالي الدخل

(mm/dd/yyyy)

\$  ,

أ. أسبوعياً  ج. شهرياً

ب. كل أسبوعين  د. نصف شهر

هـ. سنوياً

### 7. رقم الهاتف

### 6. اسم مصدر الدخل رقم 2

### 8. العنوان

### 9. الرمز البريدي

### 11. المدينة

### 10. الولاية

## د. التغيير في الأصول

أ. نعم  ب. لا

1. هل يزيد صافي أصول الأسرة الآن عن 5000 دولار أمريكي؟

### 2. حساب الدخل من الأصول

إذا كان إجمالي القيمة النقدية لأصول الأسرة يتجاوز 5000 دولار أمريكي، فسيتم تحديد الدخل السنوي المتحقق من هذه الأصول بناءً على الأعلى من (1) الدخل الفعلي من الأصول، أو (2) الدخل التقديري من الأصول.





هـ. لعضو الأسرة الطفل الأقل من 13 عامًا

1. القاصر رقم 1: نوع التغيير

لطفل أقل من 13 عامًا من أفراد الأسرة

أ. مصروفات جديدة أو زيادة في المصروفات

ج. انخفاض في المصروفات

ب. انتهاء المصروفات: تاريخ الانتهاء

(شهر/يوم/سنة)

2. القاصر رقم 1 - اسم العائلة

3. الاسم الأول

4. الحرف الأول من الاسم الأوسط

Form fields for name information.

5. إجمالي مصروفات رعاية الطفل

6. في حالة قيامك باسترداد أي جزء من مبلغ مصروفات رعاية الطفل، يرجى كتابة إجمالي مبلغ الاسترداد الخاص برعاية الطفل هنا.

أ. أسبوعيًا  
ب. كل أسبوعين  
ج. شهريًا  
د. نصف شهر  
هـ. سنويًا

أ. أسبوعيًا  
ب. كل أسبوعين  
ج. شهريًا  
د. نصف شهر  
هـ. سنويًا

Form fields for monthly allowance and return amount.

7. اسم وكالة رعاية الطفل أو مقدم خدمات رعاية الطفل

8. رقم الهاتف الخاص بالوكالة/مقدم خدمات رعاية الطفل

Form fields for agency name and phone number.

9. عنوان الوكالة/مقدم خدمات رعاية الطفل

Form fields for agency address.

a. المدينة

b. الولاية

c. الرمز البريدي

Form fields for city, state, and zip code.

1. القاصر رقم 2: نوع التغيير

لطفل أقل من 13 عامًا من أفراد الأسرة

أ. مصروفات جديدة أو زيادة في المصروفات

د. انخفاض في المصروفات

ب. انتهاء المصروفات: تاريخ الانتهاء

(شهر/يوم/سنة)

2. القاصر رقم 1 - اسم العائلة

3. الاسم الأول

4. الحرف الأول من الاسم الأوسط

Form fields for name information.

5. إجمالي مصروفات رعاية الطفل

6. في حالة قيامك باسترداد أي جزء من مبلغ مصروفات رعاية الطفل، يرجى كتابة إجمالي مبلغ الاسترداد الخاص برعاية الطفل هنا.

أ. أسبوعيًا  
ب. كل أسبوعين  
ج. شهريًا  
د. نصف شهر  
هـ. سنويًا

أ. أسبوعيًا  
ب. كل أسبوعين  
ج. شهريًا  
د. نصف شهر  
هـ. سنويًا

Form fields for monthly allowance and return amount.

7. اسم وكالة رعاية الطفل أو مقدم خدمات رعاية الطفل

8. رقم الهاتف الخاص بالوكالة/مقدم خدمات رعاية الطفل

Form fields for agency name and phone number.

9. عنوان الوكالة/مقدم خدمات رعاية الطفل

Form fields for agency address.

d. المدينة

e. الولاية

f. الرمز البريدي

Form fields for city, state, and zip code.



## و. التغيير في المصروفات الطبية/ مصروفات ذوي الإعاقة

يرجى الإشارة إلى نوع التغيير في المصروفات الطبية غير المستردة، بما في ذلك أي أقساط تأمين طبي في المساحة الواردة أدناه لكل فرد من أفراد الأسرة. يتم إدراج جميع المصروفات في نموذج رب الأسرة.

### 1. نوع التغيير في المصروفات الطبية/ مصروفات ذوي الإعاقة رقم 1

ج. انخفاض في المصروفات الطبية/ مصروفات ذوي الإعاقة

أ. مصروفات جديدة أو زيادة في المصروفات الطبية/ مصروفات ذوي الإعاقة

(شهر/يوم/سنة)

د. انتهاء المصروفات: تاريخ الانتهاء

4. الحرف الأول من الاسم الأوسط

3. الاسم الأول

2. المصروفات رقم 1 اسم العائلة

5. نوع المصروفات الطبية

6. مبلغ النفقات الطبية

أ. أسبوعيًا  
ب. كل أسبوعين  
ج. شهريًا  
د. نصف شهر  
هـ. سنويًا

### 1. نوع التغيير في المصروفات الطبية/ مصروفات ذوي الإعاقة رقم 2:

ج. انخفاض في المصروفات الطبية/ مصروفات ذوي الإعاقة

أ. مصروفات جديدة أو زيادة في المصروفات الطبية/ مصروفات ذوي الإعاقة

(شهر/يوم/سنة)

ب. انتهاء المصروفات: تاريخ الانتهاء

4. الحرف الأول من الاسم الأوسط

3. الاسم الأول

2. المصروفات رقم 1 اسم العائلة

5. نوع المصروفات الطبية

6. مبلغ النفقات الطبية

أ. أسبوعيًا  
ب. كل أسبوعين  
ج. شهريًا  
د. نصف شهر  
هـ. سنويًا

## ز. شهادة المستأجر الواجب توقيعها من المسؤول عن إعالة الأسرة

1. أقر أن المعلومات المقدمة إلى هيئة الإسكان بمدينة نيويورك في هذا المستند وأي مستندات أخرى مقدمة دعمًا له صحيحة وكاملة وفقًا لمعرفتي واعتقادي. وأدرك وأقر أن تقديم بيانات أو معلومات زائفة أمر يعاقب عليه القانون الفيدرالي والقوانين المحلية. وأدرك أيضًا أن المعلومات أو البيانات الزائفة تُعد أسبابًا لإنهاء مساعدة الإسكان. وعلاوة عليه، فقد قرأت بنفسي أو قرأ علي أحدهم البيان الوارد أعلاه.

أ. اسم المسؤول عن إعالة الأسرة (المستأجر) بحروف واضحة

ب. توقيع المسؤول عن إعالة الأسرة (المستأجر)

ج. تاريخ التوقيع

(شهر، يوم، سنة)

د. توقيع المسؤول عن إعالة الأسرة (المستأجر بالاشتراك مع شخص آخر)

هـ. توقيع المسؤول عن إعالة الأسرة (المستأجر بالاشتراك مع شخص آخر)

و. تاريخ التوقيع

(شهر، يوم، سنة)

