

طلب للحصول على المخصصات

يجب أن تسلم الطلب باليد بعد ملئه أو ترسله بالفاكس أو البريد إلى مكتب المقاطعة المحلي الذي تتبعه.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في قراءة أو استكمال هذه الوثيقة أو كنت بحاجة إلى المساعدة في التواصل معنا، فاسألنا أو اتصل بالرقم 1-877-423-4746. تكون خدماتنا، بما في ذلك المترجمين الفوريين، مجانية. إذا كنت أصمًا أو تعاني من ضعف السمع أو أصمًا وأعمى أو لديك صعوبة في التحدث، يمكنك الاتصال بنا على الرقم أعلاه عن طريق الاتصال برقم 711 (Georgia Relay).

الأسئلة الشائعة

ما الوقت الذي سيستغرقه الأمر للحصول على المخصصات؟

Food Stamps: ما يصل إلى 30 يومًا

TANF: ما يصل إلى 45 يومًا

برنامج Medicaid: من 10 إلى 60 يومًا

يمكنك الحصول على مخصصات Food Stamps في غضون 7 أيام إذا كنت مؤهلاً. راجع الصفحة 5.

كم سيكون المبلغ الذي سأحصل عليه؟

يحدد ذلك مواردك وحجم عائلتك ومبالغ المخصصات. وسنكون قادرين على إعطائك معلومات محددة بمجرد تحديد أهليتك.

كيف سأحصل على مخصصاتي؟

بالنسبة لبرنامج Food Stamps، ستحصل على بطاقة تحويل المخصصات الإلكترونية (EBT) للوصول إلى مخصصاتك. وبالنسبة لبرنامج TANF، ستحصل على بطاقة خصم EPPIC من ماستر كارد للوصول إلى مخصصاتك. بالنسبة لبرنامج Medicaid، ستلقى بطاقة Medicaid لكل عضو مؤهل.

ما هي الخدمات التي نقدمها في قسم خدمات الأسرة و الطفل (DFCS)؟

يقدم DFCS الخدمات التالية:

المساعدات الغذائية

Food Stamps هي مخصصات يمكنك استخدامها لشراء الطعام في أي متجر يحمل علامة EBT/Quest. وسنطرح سعر شراء الطعام من حساب Food Stamp الخاص بك.



خدمات المساعدات النقدية/دعم التوظيف

خدمات المساعدات النقدية/دعم التوظيف يوفر برنامج المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) مساعدات نقدية للأسر التي لديها أطفال معالين لفترة محدودة. ويُطلب من أولياء الأمور ومقدمي الرعاية الذين تم تضمينهم في المنحة المشاركة في برنامج عمل. كذلك يوفر برنامج المساعدات النقدية أيضًا المساعدة المالية للأسر اللاجئة غير المؤهلة لبرنامج TANF.



- سيقدم برنامج الأجداد الذين يربون أحفادهم (GRG) الدعم اللازم حتى يمكن رعاية الأطفال في بيوت أجدادهم.

المساعدات الطبية

قد يساعد برنامج Medicaid في دفع الفواتير الطبية وزيارات الأطباء وأقساط Medicare للأشخاص المؤهلين.



طلب للحصول على المخصصات

ما المعلومات التي سأحتاج إلى تقديمها؟
من الجيد تقديم ما يلي:

- إثبات الهوية لمقدم الطلب إذا تقدم بطلب للحصول على مخصصات Food Stamps و/أو TANF. إثبات الهوية للجميع عند التقدم بطلب للحصول على المساعدات الطبية. تعتبر بطاقة الهوية (ID) أو رخصة القيادة (DL) شكلاً مقبولاً من أشكال التحقق من الهوية.
- إثبات الجنسية الأمريكية/حالة الهجرة المؤهلة لكل من يطلب المخصصات. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على خدمات طبية طارئة فقط، فلن تحتاج إلى تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك أو معلومات حول حالة الهجرة الخاصة بك.
- أرقام الضمان الاجتماعي لكل من يطلب المساعدات.
- إثبات الدخل مثل إيصالات الراتب ومدفوعات إعالة الطفل وخطابات منح الدخل.
- إثبات النفقات مثل إيصالات رعاية الأطفال والفواتير الطبية وتكاليف النقل الطبي وتكاليف الإيجار/الرهن العقاري ومدفوعات إعالة الأطفال.

سيتم منحك الوقت الكافي لإعادة أي معلومات إلى مكتبنا. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في الحصول على هذه المعلومات، يرجى إخبارنا.

كيف نستخدم المعلومات الشخصية لمقدم الطلب؟

لا يلزم عليك إلا تقديم أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) وحالة الجنسية أو الهجرة للأشخاص الذين يرغبون في التقدم للحصول على المخصصات. سيتم استخدام هذه المعلومات للرجوع إلى نظام التحقق من الدخل والأهلية (IEVS). وسنطابق أيضاً معلوماتك مع الوكالات الفيدرالية والحكومية والمحلية الأخرى للتحقق من دخلك وأهليتك، ولتتبع معلومات الأجور والمشاركة في أنشطة العمل. إذا كان أحد أفراد الأسرة لا يريد أن يعطينا معلومات حول رقم الضمان الاجتماعي أو حالة الجنسية أو وضع الهجرة الخاص به، فيمكن أن يظل أفراد الأسرة الآخرون يتلقون مخصصات. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على خدمات طبية طارئة فقط، فلن تحتاج إلى تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك أو معلومات حول حالة الهجرة الخاصة بك.

هل يمكن لشخص آخر التقدم بطلب نيابة عني؟

بالنسبة لبرنامج Food Stamps و Medicaid، يمكنك أن تطلب من شخص التقدم بطلب نيابة عنك. وبالنسبة لبرنامج TANF، يمكن لأي شخص تقديم طلب ولكن يجب مقابلة ولي الأمر أو القائم بالرعاية.

خدمات التوعية المجتمعية

لمزيد من المعلومات حول خدمات DHS الأخرى، يرجى زيارة موقعنا على <http://dfcs.georgia.gov> أو الاتصال بالرقم 1-877-423-4746.

كيف أتقدم بطلب للحصول على المخصصات؟

الخطوة 1. ملء الطلب.

اقرأ الأسئلة بعناية وقدم معلومات دقيقة. قم بتوقيع الطلب وتأريخه.

الخطوة 2. تسليم الطلب إلى مكتبك المحلي.

ستحتاج إلى تمزيق الصفحات 1 و 12-13 والاحتفاظ بها لنفسك.

أرسل الصفحات من 2 إلى 11 من نموذج الطلب بالبريد أو الفاكس أو أحضرها إلى مكتب قسم خدمات الأسرة والأطفال (DFCS) المحلي. يمكنك تحديد موقع مكتبك المحلي على <http://dfcs.georgia.gov/locations>

إذا كنت أنت أو الشخص الذي تتقدم نيابة عنه مؤهلاً للحصول على المخصصات، فسيتم تقديم مخصصات Food Stamp من تاريخ استلامنا للطلب مع اسمك وعنوانك وتوقيعك عليه. سيتم تقديم مخصصات TANF من تاريخ الموافقة على الطلب.

إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على مخصصات Food Stamps و TANF و/أو Medicaid، يمكنك تقديم نموذج طلب للحصول على المخصصات مع ذكر اسمك وعنوانك وتوقيعك فقط. ومع ذلك، إذا أكملت النموذج بالكامل، فسيساعدنا ذلك في معالجة طلبك بشكل أسرع. يمكنك استخدام هذا النموذج لتقديم طلب مشترك لأكثر من برنامج أو لبرنامج Food Stamp (FS) فقط. ولن يتم إنهاء تجديد اشتراكك في برنامج FS فقط على أساس رفض طلبك للاشتراك في برنامج آخر. سنقوم بإجراء عملية منفصلة لتحديد الأهلية لطلب FS الخاص بك. إذا كنت في مؤسسة وتتقدم بطلب للحصول على مخصصات Food Stamps ودخل الضمان التكميلي في نفس الوقت، فإن تاريخ تقديم طلبك سيكون تاريخ خروجك من المؤسسة.

الخطوة 3. التحدث معنا.

قد تحتاج إلى إكمال مقابلة مع أحد الموظفين المختصين. وإذا كان الأمر كذلك، فسندد لك موعداً. كما يمكن إكمال هذه المقابلة عبر الهاتف.



طلب للحصول على المخصصات

(أكمل هذا الطلب وأعدّه إلى مكتب DFCS المحلي بالمقاطعة.)

ما الذي أتقدم بطلب للحصول عليه: (ضع علامة على جميع ما ينطبق)

- برنامج Food Stamps (برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP))
برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، المعروف سابقًا باسم Food Stamps، هو برنامج ممول فيدراليًا يوفر مخصصات شهرية للأسر ذات الدخل المنخفض للمساعدة في دفع تكاليف الطعام. كذلك يوفر البرنامج أيضًا التثقيف الغذائي للأسر لتلبية احتياجاتها الغذائية والتغذية وفرص العمل والتدريب لمساعدة الأسر في الحصول على عمل يؤدي إلى تقليل الاعتماد على SNAP.
- المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)
يقدم برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) مدفوعات نقدية شهرية مؤقتة أو مدفوعات نقدية مفردة أو خدمات دعم أخرى، لتعزيز الأسر المؤهلة التي لديها أطفال. إذا كنت أحد والدي الطفل أو مقدم رعاية وترغب في أن يتم تضمينك في المنحة، فسوف نطلب منك المشاركة في برنامج عمل.
- الأجداد الذين يربون أحفادهم (GRG)
سيقدم برنامج الأجداد الذين يربون أحفادهم (GRG) مدفوعات نقدية إضافية حتى يمكن رعاية الأطفال في بيوت أجدادهم. **يجب على المتقدمين تقديم طلب للحصول على مخصصات TANF ليكونوا مؤهلين لبرنامج GRG.**
- المساعدات النقدية للاجئين
يوفر برنامج المساعدات النقدية للاجئين المساعدة المالية للأسر اللاجئة غير المؤهلة لبرنامج TANF. ويشمل مصطلح "لاجئ" اللاجئ والمتواجدين من الكوبيين/الهائيتيين وضحايا الاتجار بالبشر والأمريكيين الآسيويين واللاجئين القصر غير المصحوبين بذويهم.
- Medicaid
يقدم برنامج Medicaid تغطية طبية للمسنين والمكفوفين والمعاقين والنساء الحوامل والأطفال والأسر. وعند تقديم الطلب، سنلقي نظرة على جميع برامج Medicaid ونقرر البرامج التي قد تكون مؤهلاً لتلقيها.

يرجى ملء المخطط أدناه حول مقدم الطلب.

الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اسم العائلة	اللقب
عنوان الشارع محل إقامتك	الشقة		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا)			
رقم الهاتف الرئيسي	رقم الاتصال الإضافي	عنوان البريد الإلكتروني (اختياري)	
التواصل عبر البريد الإلكتروني نعم ___ أو لا ___ (اختياري)		الرسائل النصية: نعم ___ أم لا ___ (اختياري)	
ما هي لغتك المفضلة؟	إذا كانت المقابلة مطلوبة، فهل تحتاج إلى مترجم فوري؟ نعم ___ أم لا ___		

قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة: طلب التعديل المعقول والمساعدة في التواصل (إن أمكن):

- هل لديك إعاقة تتطلب تعديلاً معقولاً أو مساعدة في التواصل؟ نعم ___ لا ___ (إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى وصف التعديل المعقول أو المساعدة في التواصل التي تطلبها):
مترجم لغة إشارة ___ ؛ هاتف نصي ___ ؛ طباعة كبيرة ___ ؛ اتصالات إلكترونية (البريد الإلكتروني) ___ ؛ برايل ___ ؛ خدمة اتصال الفيديو ___ ؛ مترجم لغة الإشارة ___ ؛ مترجم فوري ___ ؛ مترجم لغة الإشارة باللمس ___ ؛ التذكير بالمواعيد النهائية للبرنامج عبر المكالمات الهاتفية ___ ؛ التوقيع الهاتفي (إن وجد) ___ ؛ المقابلة وجهاً لوجه (زيارة منزلية) ___ ؛ غير ذلك: _____
- هل تحتاج إلى هذا التعديل المعقول أو المساعدة في التواصل لمرة واحدة ___ أم بشكل مستمر ___ ؟ اشرح بإيجاز متى وإلى متى تحتاج هذا التعديل أو المساعدة إذا كان ذلك ممكناً؟

طلب للحصول على المخصصات

أقر تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين حسب علمي واعتقادي بأن الشخص (الأشخاص) الذي أتقدم بطلب للحصول على مخصصات له/لهم هو/هم مواطن أمريكي / مواطنين أمريكيين أو غير مواطن / غير مواطنين موجود / موجودين بشكل قانوني في الولايات المتحدة. أشهد أيضاً أن جميع المعلومات المقدمة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة على حد علمي. أفهم وأوافق على أنه يجوز لإدارة DHS-DFCS و DCH والوكالات الفيدرالية المعتمدة التحقق من المعلومات التي أقدمها في هذا الطلب. يمكن الحصول على المعلومات من أصحاب العمل السابقين أو الحاليين. أفهم أنه سيتم استخدام معلوماتي لتتبع معلومات الأجور ومشاركتي في أنشطة العمل.

سوف أبلغ عن أي تغيير في وضعي وفقاً لمتطلبات برنامج Food Stamp/Medicaid و/أو TANF. سأقوم أيضاً بالإبلاغ إذا حصل أي شخص في أسرتي على مكاسب يانصيب أو قمار إجمالي مبلغ 3500 دولار أو أكثر (قبل خصم الضرائب أو المبالغ الأخرى). وسأبلغ عن هذه المكاسب في غضون 10 أيام من نهاية الشهر الذي تتسلم فيه أسرتي المكاسب. أعني أنه إذا ما كانت أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم تخفيض مخصصاتي أو رفضها، وقد أكون عرضة للملاحقة الجنائية أو الاستبعاد من برامج DHS-DFCS بسبب تقديم معلومات غير صحيحة عن عمد. أفهم أنه يمكن مفاضاتي إذا قدمت معلومات خاطئة أو أخفيت معلومات. أفهم أنه إذا لم أقم بإبلاغ DHS-DFCS ببعض نفقاتي في مقابلة طلب الاشتراك أو التجديد و/أو لم أقم بإثبات صحتها، فلن تضيف DHS-DFCS تلك النفقات في حساب مبلغ مخصصات Food Stamp الخاصة بي.

التاريخ	التوقيع
_____	_____
التاريخ	توقيع الشاهد في حالة التوقيع بواسطة "X"

الممثل المفوض:

أكمل هذا القسم فقط إذا كنت تريد أن يقوم شخص ما بملء الطلب الخاص بك واستكمال مقابلتك و/أو استخدام بطاقة EBT لشراء الطعام عندما لا يمكنك الذهاب إلى المتجر. إذا كنت تتقدم لبرنامج Medicaid، يمكنك اختيار أكثر من شخص لتقديم طلب للحصول على المساعدة الطبية نيابةً عنك.

الاسم 1: _____	الهاتف: _____
العنوان: _____	الشقة: _____
المدينة: _____	الولاية: _____
اللغة المفضلة: _____	هل هناك حاجة إلى مترجم؟ نعم _____ أو لا _____
الاسم 2: _____	الهاتف: _____
العنوان: _____	الشقة: _____
المدينة: _____	الولاية: _____
اللغة المفضلة: _____	هل هناك حاجة إلى مترجم؟ نعم _____ أو لا _____

بالنسبة لبرنامج Medicaid، هل تريد أن يحصل هذا الشخص على نسخة من بطاقة Medicaid الخاصة بك؟ نعم لا

قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة: طلب التعديل المعقول والمساعدة في التواصل للممثلين المفوضين (إن وجدوا):

هل لدى الممثل المفوض إعاقة تتطلب تعديلاً معقولاً أو مساعدة في التواصل؟ نعم _____ لا _____ (إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى وصف التعديل المعقول أو المساعدة في التواصل التي تتطلبها):

مترجم لغة إشارة _____؛ هاتف نصي _____؛ طباعة كبيرة _____؛ اتصالات إلكترونية (البريد الإلكتروني) _____؛ برايل _____؛ خدمة اتصال الفيديو _____؛
مترجم لغة الإشارة _____؛ مترجم فوري _____؛ مترجم لغة الإشارة باللمس _____؛ التذكير بالمواعيد النهائية للبرنامج عبر المكالمات الهاتفية _____؛ التوقيع الهاتفي
(إن وجد) _____؛ المقابلة وجهاً لوجه (زيارة منزلية) _____؛ غير ذلك: _____

هل يحتاج الممثل المفوض إلى هذا التعديل المعقول أو المساعدة في التواصل لمرة واحدة _____ أم بشكل مستمر _____؟ اشرح بإيجاز متى وإلى متى تحتاج هذا التعديل أو المساعدة إذا كان ذلك ممكناً؟

جزء خاص بالمكتب فقط تاريخ الاستلام: _____

طلب للحصول على المخصصات

هل أنا مؤهل للحصول على مخصصات Food Stamps بشكل أسرع

أجب على هذه الأسئلة حول مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة لمعرفة إذا ما كان يمكنك الحصول على مخصصات Food Stamps في غضون 7 أيام.

1. هل أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة مهاجر أو عامل موسمي بمزرعة؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فمن _____

2. إجمالي الدخل المكتسب الذي سيتم تلقيه لهذا الشهر: _____ دولار

اسم صاحب العمل _____

تاريخ بداية التوظيف _____

تاريخ انتهاء التوظيف _____

معدل الدفع _____ ساعات العمل في الأسبوع _____ أسبوعياً/كل أسبوعين/نصف شهري/شهرياً (ضع دائرة على خيار واحد)

3. إجمالي الدخل غير المكتسب الذي سيتم تلقيه لهذا الشهر: _____ دولار

نوع الدخل غير المكتسب _____ المبلغ _____ أسبوعياً/كل أسبوعين/نصف شهري/شهرياً (ضع دائرة على خيار واحد)

نوع الدخل غير المكتسب _____ المبلغ _____ أسبوعياً/كل أسبوعين/نصف شهري/شهرياً (ضع دائرة على خيار واحد)

4. إجمالي الدخل المكتسب وغير المكتسب لهذا الشهر: _____ دولار

5. كم من المال لديك ولدى جميع أفراد الأسرة سواء نقدًا أو في البنك؟ _____ دولار

6. ما هو المبلغ الشهري للإيجار و/أو الرهن العقاري و/أو ضرائب الممتلكات و/أو تأمين مالك المنزل؟ _____ دولار

7. ما هو المبلغ الإجمالي لمرافق الكهرباء والمياه والغاز و/أو المرافق الأخرى هذا الشهر؟ _____ دولار

(باستثناء المبالغ المستحقة المتأخرة ومبالغ الرسوم المتأخرة في الإجمالي)

أ. ما هو مصدر التدفئة أو التبريد الأساسي للمنزل؟ ضع علامة على كل ما ينطبق

كهرباء _____ غاز _____ مكيف هواء مركزي أو بالنافذة _____ زيت كيروسين _____ خشب _____

ب. هل تلقيت مساعدة في الطاقة خلال الاثني عشر شهرًا الماضية؟ نعم لا إذا كان الجواب "نعم"، فالمبلغ المستلم دولار _____

طلب للحصول على المخصصات

أخبرنا عن مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة

يرجى ملء المخطط أدناه حول مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة. إن القوانين واللوائح الفيدرالية التالية: قانون الغذاء والتغذية لعام 2008، والفصل 7، البند 2036-2011 من قانون الولايات المتحدة، والفصل 7، البند 273.2 من القانون التنظيمي الفيدرالي، والفصل 45 البند 205.52 من القانون التنظيمي الفيدرالي، والفصل 42، البند 435.910 من القانون التنظيمي الفيدرالي، والفصل 42

البند 435.920 من القانون التنظيمي الفيدرالي، تصرح لقسم DFCS بطلب رقم (أرقام) الضمان الاجتماعي لك ولأفراد أسرتك. يمكن معاملة أي شخص يعيش ضمن أسرتك ولا يتقدم بطلب للحصول على مخصصات بصفته غير متقدم بطلب. لا يتعين على غير المتقدمين إعطائنا معلومات حول رقم الضمان الاجتماعي أو الجنسية أو حالة الهجرة وهم غير مؤهلين للحصول على مخصصات. قد يظل أفراد الأسرة الآخرون قادرين على تلقي المخصصات، إذا كانوا مؤهلين بخلاف ذلك. إذا كنت تريد منا أن نقرر إذا ما كان أي فرد من أفراد الأسرة مؤهلاً للحصول على مخصصات، فستظل بحاجة إلى إخبارنا عن جنسيته أو حالة الهجرة وإعطائنا رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص به. وستظل بحاجة إلى إخبارنا عن دخله وموارده لتحديد الأهلية ومستوى المخصصات للأسرة. لن نبلغ عن أي فرد من أفراد الأسرة غير المتقدمين إلى نظام الإثبات المنهجي لتأهل الأجانب للاستحقاقات (SAVE) التابع لإدارة خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية (USCIS) إذا لم يبلغنا بحالة الجنسية أو حالة الهجرة الخاصة به. ومع ذلك، إذا تم تقديم معلومات عن حالة الهجرة في طلبك، فقد تخضع هذه المعلومات للتحقق من خلال نظام SAVE وقد تؤثر على أهلية الأسرة ومستوى المخصصات. سنقوم بمطابقة معلوماتك مع الوكالات الفيدرالية والحكومية والمحلية الأخرى للتحقق من دخلك وأهليتك. يمكن أيضاً تقديم هذه المعلومات إلى مسؤولي إنفاذ القانون لاستخدامها للقبض على الأشخاص الهاربين من القانون. إذا كان لدى أسرتك مطالبة بشأن برنامج Food Stamp، فقد يتم تقديم المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي، إلى الوكالات الفيدرالية وحكومات الولايات ووكالات تحصيل المطالبات الخاصة لاستخدامها في تحصيل المطالبة. لن نرفض تقديم مخصصات لأفراد الأسرة المتقدمين بسبب عدم تقديم أي من أفراد الأسرة الآخرين لرقم ضمانه الاجتماعي أو حالة الجنسية أو الهجرة الخاصة به.

هل أنت مواطن أمريكي، أجنبي/مهاجر مؤهل؟	رمز الأصل العرقى	أصل إسباني أو لاتيني؟	الجنس	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	هل هذا الشخص يتقدم بطلب للحصول على مخصصات؟	صلة القرابة	الاسم الاسم الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط اسم العائلة
(مقدمو الطلبات فقط)	(اختياري)	(اختياري)	(مقدمو الطلبات فقط)			(نعم/لا)		
(نعم/لا)	(انظر الرموز أدناه)	(نعم/لا)	(ذكر/أنثى)		الصيغة (--/--/--)	(نعم/لا)		
							أنا	

رموز الأصل العرقي (اختر كل ما ينطبق):

BL - أسود أو أمريكي من أصل إفريقي

AS - آسيوي

AI - هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين

WH - أبيض

HP - من مواطني هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادي الآخرين

من خلال تقديم معلومات العرق/الأصل الإثني، سوف تساعدنا في إدارة برنامجنا بطريقة غير تمييزية. لا يلزم على أسرتك أن تعطينا هذه المعلومات، ولن تؤثر على أهليتك أو مستوى مخصصاتك.

طلب للحصول على المخصصات

أخبرنا المزيد عن مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة

نحن بحاجة إلى مزيد من المعلومات حول مقدم الطلب وجميع أفراد الأسر من أجل تحديد من هو المؤهل للحصول على المخصصات. يرجى الإجابة على الأسئلة حول المخصصات التي ترغب في الحصول عليها فقط في الصفحة أدناه.

نعم لا

1. هل حصل أي شخص على أي مخصصات في مقاطعة أو ولاية أخرى؟

إذا كانت الإجابة "نعم":

من: _____

أين: _____

متى: _____

نعم لا

2. هل أدين أي شخص بإعطاء معلومات كاذبة عن مكان إقامته وهويته

للحصول على مخصصات FS متعددة في أكثر من منطقة بعد 8/22/96؟ (بالنسبة لبرنامج Food Stamp فقط)

إذا كانت الإجابة "نعم":

من: _____

أين: _____

متى: _____

نعم لا

3. هل ترك أي شخص في أسرتك العمل طوعاً أو خفض ساعات العمل طوعاً إلى أقل من 30 ساعة في الأسبوع خلال آخر 30 يوماً من تاريخ هذا الطلب؟ (Food Stamps و TANF فقط) إذا كانت الإجابة "نعم"، فمن الذي استقال؟ لماذا استقال؟

نعم لا

4. هل توجد أي امرأة حامل؟* يرجى تقديم دليل على الحمل إذا كان متاحاً.

من: _____

تاريخ الاستحقاق: _____

(لا ينطبق هذا السؤال على المتقدمين لبرنامج Food Stamp فقط)

نعم لا

5. بالنسبة لبرنامج Medicaid، هل لدى أي شخص أي فواتير طبية غير مدفوعة خلال الأشهر الثلاثة الماضية؟

(لا ينطبق هذا السؤال على المتقدمين لبرنامج Food Stamp أو TANF فقط)

نعم لا

6. هل هناك أي شخص تم استبعاده من برنامج Food Stamp أو TANF؟

إذا كانت الإجابة "نعم":

أ. من: _____

ب. أين: _____

نعم لا

7. هل يحاول أي شخص تجنب المقاضاة أو السجن بسبب جنائية؟ (Food Stamps و TANF فقط)

إذا كانت الإجابة "نعم"، فمن: _____

نعم لا

8. هل يخالف أي شخص شروط المراقبة أو إطلاق السراح المشروط؟ (بالنسبة لبرنامج Food Stamps و TANF فقط)

إذا كانت الإجابة "نعم"، فمن: _____

طلب للحصول على المخصصات

9. هل لدى أي شخص إدانة جنائية بسبب سلوك يتعلق بحيازة أو استخدام أو توزيع مادة مخدرة خاضعة للرقابة (أي جنائية مخدرات) بعد 96/22/8 (لبرنامج Food Stamps و TANF فقط) أو جنائية عنيفة (لبرنامج TANF فقط)؟
إذا كانت الإجابة "نعم":

من: _____

متى: _____

أ. هل أنت ملتزم بأي شروط مراقبة تتعلق بأي عقوبة يتم تلقيها نتيجة إدانة بسبب جنائية تتعلق بالمخدرات؟
(Food Stamps و TANF فقط)

لا نعم

ب. هل أنت ممتثل لشروط إطلاق السراح المتعلقة بأي عقوبة وردت نتيجة لإدانة جنائية متعلقة بالمخدرات؟
(Food Stamps و TANF فقط)

لا نعم

ج. هل أكملت بنجاح **جميع** شروط المراقبة أو إطلاق السراح المشروط لأي إدانة تتعلق بالمخدرات؟
(Food Stamps و TANF فقط)

لا نعم

10. هل أدينت أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة بتداول مخصصات Food Stamp مقابل المخدرات بعد 96/22/8؟
(لبرنامج Food Stamp فقط)
إذا كانت الإجابة "نعم":

لا نعم

من: _____

متى: _____

11. هل أدينت أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة بشراء أو بيع مخصصات Food Stamp مقابل ما يزيد عن 500 دولار بعد 96/22/8؟
(لبرنامج Food Stamp فقط)

لا نعم

إذا كانت الإجابة "نعم":

من: _____

متى: _____

12. هل أدينت أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة بتبديل مخصصات Food Stamp مقابل البنادق والذخيرة والمتفجرات بعد 96/22/8؟
(لبرنامج Food Stamp فقط)

لا نعم

إذا كانت الإجابة "نعم":

من: _____

متى: _____

13. هل حصلت أنت أو أي فرد من أفراد الأسرة على مكاسب من اليانصيب أو المقامرة؟ (لبرنامج Food Stamp فقط)

لا نعم

إذا كانت الإجابة "نعم":

من: _____

متى: _____

المبلغ المستلم: _____

14. هل استخدم أي شخص أموال TANF أو بطاقة EPPIC في أي من المنشآت التالية، متاجر الخمور والكازينوهات وغرف البوكر وأعمال الترفيه للبالغين وسندات الكفالة والنوادي الليلية/الصالونات/الحانات وقاعات البينجو ومسارات السباق ومتاجر الأسلحة/الذخيرة وسفن الرحلات والوسائط الروحانيين ومتاجر التدخين ومحلات الوشم/التقبة والمنتجعات الصحي/صالونات التدليك؟ (لبرنامج TANF فقط)

لا نعم

إذا كانت الإجابة "نعم":

من: _____

متى: _____

طلب للحصول على المخصصات

أخبرنا عن دخل مقدم الطلب وجميع دخل أفراد الأسرة

هل تتلقى أنت أو أي شخص تتقدم بطلب نيابة عنه أي نوع من الدخل مثل: الأجور أو اليقشيش أو المكافآت أو العمل الحر أو الضمان الاجتماعي/تقاعد السكك الحديدية أو تعويض عن إعاقة أخرى أو دخل المحاربين القدامى أو معاش تقاعدي أو إعانة بطالة أو إعالة أطفال أو نفقة أو مال من أشخاص آخرين أو تعويض للعمال أو أي دخل آخر؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فأكمل المخطط أدناه.

اسم فرد الأسرة الذي يحصل على دخل	نوع الدخل	اسم صاحب العمل /مصدر الدخل	المبلغ الشهري (قبل الخصومات)	عدد مرات تلقي الدخل (شهرياً، كل أسبوعين، أسبوعياً)	الأجر في الساعة	ساعات العمل في الأسبوع	تاريخ الدفع (تواريخ)

أخبرنا عن نفقات مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة

هل تدفع لرعاية طفل معال أو فرد بالغ يعاني من إعاقة بالأسرة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فأكمل المخطط أدناه. (بالنسبة لبرنامج Food Stamps يتم تقديم دليل إذا كان المبلغ أكثر من 200 دولار شهرياً)

الشخص الذي يحتاج إلى رعاية	الشخص الذي يدفع مقابل الرعاية	سبب طلب مساعدة الرعاية	اسم/رقم مقدم الخدمة	المبلغ المدفوع لمقدم الخدمة	عدد مرات الدفع

هل تدفع مصاريف النقل لطفل معال أو فرد بالغ يعاني من إعاقة بالأسرة؟ نعم لا

هل هذه النفقات مدرجة في نفقات رعاية المعالين؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "لا"، يرجى الإجابة عن هذا السؤال: إجمالي عدد الأميال المقطوعة أسبوعياً: _____

هل يوجد أي شخص يبلغ من العمر 60 عاماً أو أكثر أو يعاني من إعاقة ولديه نفقات طبية؟ نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فأكمل المخطط أدناه.

فرد الأسرة الذي لديه نفقات	نوع النفقات (زيارات الطبيب أو زيارة المستشفى أو الوصفات الطبية أو أقساط التأمين الصحي أو التأمين الصحي أو النظارات)	المبلغ المدان	هل ما زلت مديناً؟ نعم/لا	تاريخ الدفع	هل سيدفعها التأمين؟ نعم/لا

هل يوجد أي شخص يبلغ من العمر 60 عاماً أو أكثر أو يعاني من إعاقة ولديه نفقات طبية للنقل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فأكمل المخطط أدناه.

الغرض من الرحلة (زيارة الطبيب أو المستشفى؛ استلام أدوية من الصيدلية)	إجمالي الأميال المقطوعة:	تكلفة سيارة الأجرة أو الحافلة أو موقف السيارات أو الإقامة:

طلب للحصول على المخصصات

أخبرنا المزيد عن نفقات مقدم الطلب وجميع أفراد الأسرة

نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"،

هل يدفع أي أحد من أفراد أسرتك إعالة طفل لشخص يعيش خارج المنزل؟
فأكمل المخطط أدناه.

فرد الأسرة الملزم بالدفع	اسم الطفل الذي تُدفع له الإعالة	المبلغ الذي يبزم دفعه	المبلغ الفعلي المدفوع	لمن تُدفع إعالة الطفل؟

هل لديك أو أي فرد في الأسرة نفقات للمأوى والمرافق؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فأكمل المخطط أدناه.

النفقات	المبلغ	كم مرة؟	من قام بالدفع؟
الإيجار/الرهن العقاري			
الملكية			
تأمين الملكية			
الكهرباء			
الغاز			
القمامة			
الهاتف			
غير ذلك			

هل تشترك في نفقات الأسرة الشهرية مع أي شخص في المنزل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فمن؟ _____

التعليقات/الوثائق المدفوعة _____

متلقي المدفوعات _____ المبلغ المدفوع _____ دولار لكل _____

اسم مالك العقار _____

عنوان المالك: _____

هل يقوم شخص آخر بدفع أي من هذه الفواتير المنزلية لك؟ نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فأكمل المخطط أدناه.

من يدفع الفاتورة؟	ما هي الفواتير المدفوعة؟
ما المبلغ المدفوع؟	لمن يدفع هذا الشخص الفواتير؟

طلب للحصول على المخصصات

عقوبات برنامج FOOD STAMP (SNAP)

قد تفقد مخصصاتك أو تخضع للملاحقة الجنائية نتيجة تقديم معلومات كاذبة عن قصد.

- لا تقدم معلومات خاطئة أو تخفي معلومات للحصول على مخصصات لا يفترض بأسرتك الحصول عليها.
- لا تستخدم بطاقات Food Stamp أو بطاقات EBT التي ليست لك ولا تدع أي شخص آخر يستخدم بطاقتك.
- لا تستخدم مخصصات Food Stamp لشراء سلع غير غذائية مثل الكحول أو السجائر أو سداد بطاقات الائتمان.
- لا تتاجر ببطاقات Food Stamp أو بطاقات EBT أو تبيعها مقابل عناصر غير قانونية؛ مثل الأسلحة النارية والذخيرة أو المواد الخاضعة للرقابة (المخدرات غير المشروعة).

يمكن منع أي فرد في الأسرة يخالف أيًا من هذه القواعد عن عمد من برنامج Food Stamp من عام واحد إلى الأبد ودفع غرامة تصل إلى 250000 دولار أو السجن لمدة 20 عامًا أو كليهما. وقد يخضع أيضًا للمحاكمة بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها. وقد يُمنع أيضًا من برنامج Food Stamp لمدة 18 شهرًا إضافيًا إذا أمرت المحكمة بذلك.

- قد لا يحصل أي فرد في الأسرة يخالف القواعد عن عمد على مخصصات Food Stamp لمدة سنة للجريمة الأولى وستين للجريمة الثانية وبشكل دائم للجريمة الثالثة.
- إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة مذنب باستخدام أو تلقي مخصصات Food Stamp في معاملة تنطوي على بيع مادة خاضعة للرقابة، فلن تكون أنت أو ذلك الفرد من أفراد الأسرة مؤهلين للحصول على مخصصات لمدة عامين عن المخالفة الأولى وبشكل دائم عن الجريمة الثانية.
- إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة مذنب باستخدام أو تلقي مخصصات في معاملة تنطوي على بيع أسلحة نارية أو ذخائر أو متفجرات، فستكون أنت أو ذلك الفرد غير مؤهل بشكل دائم للمشاركة في برنامج Food Stamp عند أول جريمة تنطوي على مثل هذا الانتهاك.
- إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة مذنب بتهمته الحصول على مخصصات تم الاتجار بها بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أو أكثر، فستكون أنت أو ذلك الفرد غير مؤهل بشكل دائم للمشاركة في برنامج Food Stamp عند ارتكاب المخالفة الأولى التي تنطوي على مثل هذا الانتهاك.
- إذا وجد أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة قد قدم بيانًا أو إقرارًا احتياليًا فيما يتعلق بالهوية (من هم) أو مكان الإقامة (حيث يعيشون) من أجل الحصول على مخصصات Food Stamp، فستكون أنت أو ذلك الفرد من الأسرة غير مؤهل للمشاركة في برنامج Food Stamp لمدة 10 سنوات.

عقوبات برنامج TANF

في برنامج TANF، يعد الانتهاك المتعمد للبرنامج (IPV) إجراء متعمدًا من قبل الفرد للحصول على أهلية وحدة المساعدة (AU) أو الحفاظ عليها، أو لزيادة أو منع انخفاض مخصصات AU، وذلك من خلال تقديم معلومات كاذبة أو مضللة أو حجب المعلومات.

- وسيُفقد أي فرد من أفراد الأسرة يخفي المعلومات ولا يبلغ عن التغييرات في الوقت المحدد أو لا يقول الحقيقة مخصصات TANF لمدة ستة أشهر للانتهاك الأول، واثنى عشر شهرًا للانتهاك الثاني وبشكل دائم للانتهاك الثالث. يُحظر تمامًا إساءة استخدام أموال المساعدات النقدية أو بطاقة TANF DEBIT لسحب النقود أو إجراء المعاملات في الكازينوهات ومتاجر الخمور ومرافق الترفيه الخاصة بالكبار "نوادي التعري" وغرف البوكر وسنندات الكفالة والنوادي الليلية/الصالونات/الحنانات وقاعات البينغو وحلبات السباق ومؤسسات الألعاب ومتاجر الأسلحة/الذخيرة وسفن الرحلات البحرية والوسطاء الروحيين ومحلات التدخين ومحلات الوشم/الثقب وصالونات السبا/التدليك، وستؤدي إلى فقدان مخصصات TANF لمدة ستة أشهر للانتهاك الأول واثنى عشر أشهر للانتهاك الثاني وبشكل دائم للانتهاك الثالث.
- إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة تخفي معلومات أو لم تبلغ عن تغييرات في الوقت المحدد أو لم تقل الحقيقة وتم إدانتك، فقد لا تحصل على TANF لمدة 6 أشهر للانتهاك الأول و12 شهرًا للانتهاك الثاني وبشكل دائم للانتهاك الثالث.
- إذا وجدت المحكمة أنك أو أي فرد من أفراد الأسرة مذنب بتقديم معلومات كاذبة عن مكان إقامتك حتى تتمكن من الحصول على مخصصات في أكثر من ولاية، فسيتم حرمانك من المخصصات لمدة 10 سنوات.
- إذا ادانتك محكمة بتهمته تتعلق بالمخدرات أو المواد الخاضعة للرقابة أو بجناية عنيفة في 97/1/1 أو بعد ذلك، فلن تكون أنت أو ذلك الفرد في الأسرة مؤهلًا و/أو سيتم الاستبعاد من البرنامج بشكل دائم.

طلب للحصول على المخصصات

لجميع المتقدمين لبرنامج Food Stamp و TANF و Medicaid:

أقر تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين حسب علمي واعتقادي بأن الشخص (الأشخاص) الذي أتقدم بطلب للحصول على مخصصات له/لهم هو/هم مواطن أمريكي / مواطنين أمريكيين أو غير مواطن / غير مواطنين موجود / موجودين بشكل قانوني في الولايات المتحدة. أشهد أيضًا أن جميع المعلومات المقدمة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة على حد علمي. أفهم وأوافق على أنه يجوز لإدارة DHS-DFCS و DCH والوكالات الفيدرالية المعتمدة التحقق من المعلومات التي أقدّمها في هذا الطلب. يمكن الحصول على المعلومات من أصحاب العمل السابقين أو الحاليين. أفهم أنه سيتم استخدام معلوماتي لتتبع معلومات الأجور ومشاركتي في أنشطة العمل.

سوف أبلغ عن أي تغيير في وضعي وفقًا لمتطلبات برنامج Food Stamp/Medicaid و/أو TANF. سأقوم أيضًا بالإبلاغ إذا حصل أي شخص في أسرتي على مكاسب يانصيب أو قمار بإجمالي مبلغ 3500 دولار أو أكثر (قبل خصم الضرائب أو المبالغ الأخرى). وسأبلغ عن هذه المكاسب في غضون 10 أيام من نهاية الشهر الذي تتسلم فيه أسرتي المكاسب. أعني أنه إذا ما كانت أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم تخفيض مخصصاتي أو رفضها، وقد أكون عرضة للملاحقة الجنائية أو الاستبعاد من برامج DHS-DFCS بسبب تقديم معلومات غير صحيحة عن عمد. أفهم أنه يمكن مفاضاتي إذا قدمت معلومات خاطئة أو أخفيت معلومات. أفهم أنه إذا لم أقم بإبلاغ DHS-DFCS ببعض نفقاتي في مقابلة طلب الاشتراك أو التجديد و/أو لم أقم بإثبات صحتها، فلن تضيف DHS-DFCS تلك النفقات في حساب مبلغ مخصصات Food Stamp الخاصة بي.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

التاريخ

توقيع الممثل المفوض

معلومات تسجيل الناخبين

إذا لم تكن مسجلًا للتصويت حيث تعيش الآن، فهل ترغب في التقدم للتسجيل للتصويت هنا اليوم؟

نعم _____

لا _____

لا أريد الإجابة على سؤال تسجيل الناخبين _____

لن يؤثر تقديم نموذج طلب التسجيل للانتخاب أو رفضه على مبلغ المساعدة الذي ستقدمه هذه الوكالة.

وإذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة في ملء نموذج طلب تسجيل الناخب، فسنساعدك. ويظل القرار بشأن طلب المساعدة أو قبولها راجعًا إليك. يمكنك ملء نموذج الطلب في مكان خاص.

إذا كنت تعتقد أن شخصًا ما قد تدخل في حقلك في التسجيل أو في رفض التسجيل للتصويت، أو الحق في الخصوصية في تقرير إذا ما كنت ستقوم بالتسجيل أو التقدم للتسجيل للتصويت، أو حقلك في اختيار حزب سياسي خاص أو تفضيل سياسي آخر، يمكنك تقديم شكوى إلى وزير الخارجية على العنوان:
2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 أو الاتصال بالرقم 404-656-2871.

إذا لم تضع علامة في أي من المربعات، فسيتم اعتبار أنك قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت.

يتم تضمين نسخة من طلب تسجيل الناخبين في جورجيا مع نماذج طلبات DFCS وطلبات التجديدات وتغيير العناوين. يمكنك أيضًا طلب نموذج طلب تسجيل الناخبين من الموظف المسؤول عن حالتك. إذا أكملت طلب تسجيل الناخب، فأرسله إلى مكتب وزير الخارجية بجورجيا مع اتباع التعليمات الواردة في نموذج طلب تسجيل الناخبين.

طلب للحصول على المخصصات

(احتفظ بهذه الوثائق لمعلوماتك)

ماذا تعني الكلمات المستخدمة في نموذج الطلب هذا ؟

يوضح هذا المخطط الكلمات التي استخدمناها في نموذج الطلب هذا.

الشخص الذي يختار التقدم بطلب للحصول على المساعدة أو المخصصات العامة.	مقدم الطلب
الفرد الذي لا يتقدم بطلب للحصول على مساعدات/مخصصات عامة ولا يتلقاها؛ ولا يُطلب من غير المتقدمين تقديم رقم الضمان الاجتماعي أو حالة الجنسية أو الهجرة.	غير المتقدم بطلب
تشمل وحدة المساعدة الأفراد المؤهلين الذين يعيشون معًا ويتلقون المساعدات/المخصصات العامة.	وحدة المساعدة (AU)
والد أو قريب أو وصي قانوني يتقدم بطلب للحصول على مخصصات TANF ويتلقاها مع أطفال تحت رعايته.	مقدم الرعاية
والد أو قريب أو وصي قانوني يتقدم بطلب للحصول على مخصصات TANF ويحصل عليها باسمه نيابةً عن الأطفال.	قريب المستفيد
الإجراء المتخذ لإخراج فرد من حالة Food Stamp أو TANF لأنه لم يقل الحقيقة وتلقى مخصصات لم يكن ينبغي له الحصول عليها.	الاستبعاد
النظام المستخدم في جورجيا لدفع المخصصات للأفراد المؤهلين لبرنامج Food Stamps (SNAP). يتم إصدار بطاقة خصم EBT للأفراد الذين يتلقون المساعدة، والتي يتم استخدامها للوصول إلى حسابات Food Stamps الخاصة بهم.	تحويل المخصصات الإلكترونية (EBT)
بطاقة خصم جديدة صادرة عن Xerox للأفراد الذين يتلقون مساعدات نقدية في جورجيا. سيتم قبول بطاقة الخصم المباشر EPPICard من ماستر كارد في عمليات الشراء والسحب النقدي في أي مكان تقبل فيه بطاقة ماستر كارد.	بطاقة الخصم المباشر EPPICard من ماستر كارد
الأفراد الذين يعيشون في منزلهم. وبالنسبة لبرنامج Food Stamps (SNAP)، فهم الأفراد الذين يعيشون معًا ويشتركون ويحضرهم وجباتهم معًا.	أفراد الأسرة
المدفوعات مثل الأجور والمرتببات والعمولات والمكافآت وتعويضات العمال ومخصصات العجز والمعاش التقاعدي واستحقاقات التقاعد والفوائد وإعالة الأطفال أو أي شكل آخر من أشكال الأموال المستلمة.	الدخل
إجمالي دخل الشخص قبل اقتطاع الضرائب أو الخصومات الأخرى.	الدخل الإجمالي
الأفراد الذين يعملون في المزارع بشكل موسمي والذين ينتقلون من منزل إلى آخر للعمل أو يبحثون عن عمل في مزرعة.	عمال المزارع المهاجرون
النقود أو الممتلكات أو الأصول مثل الحسابات المصرفية والسيارات والأسهم والسندات والتأمين على الحياة.	الموارد
الأفراد الذين يعملون في أوقات معينة من العام للزراعة أو الحصاد أو تغليف المنتجات. ويتم توظيفهم على أساس مؤقت عندما تتطلب الوظيفة عمالاً أكثر مما توظفه المزرعة على أساس منتظم.	عمال المزارع الموسميون
يحظر هذا القانون استخدام أموال المساعدات النقدية أو بطاقات الخصم التابعة لبرنامج TANF لسحب النقود أو إجراء المعاملات في الكازينوهات ومتاجر الخمور ومرافق الترفيه الخاصة بالكبار وغرف البوكر وسندات الكفالة والنوادي الليلية/الصالونات/الحانات وقاعات البيغوي ومسارات السباق مؤسسات الألعاب ومتاجر الأسلحة والذخيرة والسفن السياحية والوسطاء الروحيين ومحلات التدخين ومحلات الوشم/النقوب وصالونات السبا/التدليك. وسيشكل استخدام أموال المساعدات النقدية أو بطاقات الخصم الخاصة ببرنامج TANF في هذه الأعمال انتهاكاً (احتمالاً) مقصوداً للبرنامج من جانب المستلم.	قانون الإعفاء الضريبي للطبقة المتوسطة لعام 2012

طلب للحصول على المخصصات

<p>يعني الاتجار بمخصصات SNAP: (1) شراء أو بيع أو سرقة أو تبادل مخصصات SNAP التي تم إصدارها والوصول إليها عبر بطاقات EBT وأرقام البطاقات وأرقام PIN أو عن طريق القسائم والتوقيعات اليدوية، مقابل النقد أو أي مقابل بخلاف الأغذية المؤهلة، إما بشكل مباشر أو غير مباشر أو بتواطؤ أو اشتراك مع الآخرين، أو التصرف على نحو مفرد؛ (2) التبدل مقابل الأسلحة النارية والذخائر والمتفجرات والمواد الخاضعة للرقابة؛ (3) شراء منتج بمخصصات SNAP يحتوي على حاوية تتطلب وديعة مرتجعة بقصد الحصول على النقد عن طريق التخلص من المنتج وإعادة الحاوية واستعادة المبلغ المدفع، مع التخلص من المنتج عن قصد، وإعادة الحاوية عن عمد لاسترداد مبلغ الإيداع؛ (4) شراء منتج بمخصصات SNAP بقصد الحصول على نقد أو مقابل بخلاف العناصر الغذائية المؤهلة عن طريق إعادة بيع المنتج، ثم إعادة بيع المنتج الذي تم شراؤه بمخصصات SNAP عمداً مقابل نقد أو مقابل غير العناصر الغذائية المؤهلة؛ (5) تعتمد شراء منتجات تم شراؤها في الأصل بمخصصات SNAP مقابل نقد أو مقابل بخلاف العناصر الغذائية المؤهلة؛ (6) محاولة شراء أو بيع أو سرقة أو التأثير على تبادل مخصصات SNAP الصادرة والتي يتم الوصول إليها عبر بطاقات تحويل المنافع الإلكترونية (EBT) وأرقام البطاقات وأرقام التعريف الشخصية (PINS) أو عن طريق القسائم والتوقيعات اليدوية مقابل النقود أو أي مقابل بخلاف العناصر الغذائية المؤهلة، إما بشكل مباشر أو غير مباشر، بالتواطؤ أو الاشتراك مع الآخرين، أو كتصرف فردي.</p>	<p>الاتجار بمخصصات برنامج SNAP/Food Stamp</p>
<p><i>الأجنبي/المهاجر المؤهل هو شخص يقيم بشكل قانوني في الولايات المتحدة ويقع ضمن إحدى الفئات التالية: شخص تم قبوله بشكل قانوني للإقامة الدائمة (LPR) بموجب قانون الهجرة والجنسية ((INA)؛ مهاجر آسيوي/أمريكي بموجب المادة 584 من قانون العمليات الخارجية وتمويل الصادرات ومخصصات البرامج ذات الصلة لعام 1988؛ أو شخص تم منحه حق اللجوء بموجب المادة 208 من قانون الهجرة والجنسية؛ أو لاجئ مقبول بموجب المادة 207 من قانون الهجرة والجنسية؛ أو شخص حصل على إطلاق سراح مشروط في الولايات المتحدة بموجب القسم 212 (د) (5) من قانون الهجرة والجنسية لمدة عام واحد على الأقل؛ أو شخص تم إيقاف ترحيله بموجب المادة 243 (ج) من قانون الهجرة والجنسية كما كان سارياً قبل 1 أبريل 1997، أو القسم 241 (ب) (3) من قانون الهجرة والجنسية، بصيغته المعدلة؛ أو شخص تم منحه الدخول المشروط بموجب القسم 203 (أ) (7) من قانون الهجرة والجنسية كما كان سارياً قبل 1 أبريل 1980؛ أو من المهاجرين الكوبيين أو الهايتيين على النحو المحدد في القسم 501 (هـ) من قانون المساعدة التعليمية للاجئين لعام 1980؛ أو من ضحايا الاتجار بالبشر بموجب المادة 107 (ب) (1) من قانون حماية ضحايا الاتجار لعام 2000؛ أو من المهاجرات ضحايا الضرب اللاتي يستوفين الشروط المنصوص عليها في المادة 431 (ج) من قانون المسؤولية الشخصية ومصالحة العمل لعام 1996، بصيغته المعدلة؛ المهاجرون الأفغان أو العراقيون الذين تم منحهم وضع هجرة خاص بموجب المادة 101 (أ) (27) من قانون الهجرة والجنسية (وفقاً لشروط محددة)؛ من الهنود الأمريكيين المولودين في كندا ويعيشون في الولايات المتحدة بموجب القسم 289 من قانون الهجرة والجنسية أو غير المواطنين من القبائل الهندية المعترف بها فيدرالياً بموجب القسم 4 (هـ) من قانون تقرير المصير والمساعدة التعليمية للهنود الحمر وأعضاء قبائل الهومونغ أو اللاوسيين من المناطق الجبلية الذين اعتبروا أفراداً أمريكيين من خلال المشاركة في العمليات العسكرية أو الإنقاذ خلال فترة حرب فيتنام (1964/05/8 - 1975/07/5).</i></p>	<p>أجنبي/مهاجر مؤهل</p>

مساعدة الأشخاص ذوي الإعاقات

يلزم القانون الفيدرالي وزارة الخدمات الإنسانية ووزارة الصحة المجتمعية بجورجيا ("الوزارات") * بتزويد الأشخاص ذوي الإعاقة بفرصة متساوية للمشاركة في برامج أو خدمات أو أنشطة الإدارات والتأهل لها. وهذا يشمل برامج مثل SNAP و TANF والمساعدات الطبية. تقدم الولايات تعديلات معقولة عندما تكون التعديلات ضرورية لتجنب التمييز على أساس الإعاقة. فعلى سبيل المثال، قد نقوم بتغيير السياسات أو الممارسات أو الإجراءات لتوفير وصول متساوي. ولضمان التواصل الفعال بنفس القدر، نقدم المساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة أو رفاقهم من ذوي الإعاقة، مثل مترجمي لغة الإشارة. وتكون جميع مساعداتنا مجانية. لا يلزم على الولايات إجراء أي تعديل من شأنه أن يؤدي إلى تغيير جذري في طبيعة الخدمة أو البرنامج أو النشاط أو أعباء مالية وإدارية لا داعي لها.

كيفية طلب تعديل معقول أو مساعدة في التواصل

يرجى الاتصال بأخصائي الحالة إذا كان لديك إعاقة وتحتاج إلى تعديل معقول أو مساعدة في التواصل أو مساعدة إضافية. على سبيل المثال، يمكنك الاتصال إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو خدمة للتواصل الفعال، مثل مترجم للغة الإشارة. كذلك يمكنك الاتصال بأخصائي الحالة الخاص بك أو التواصل مع DFCS على الرقم 404-657-3433 أو DCH على الرقم 678-248-7449 لتقديم طلبك. يمكنك أيضًا تقديم طلبك باستخدام نموذج طلب التعديل المعقول في ADA DFCS، والذي يتوفر في مكتب DFCS المحلي أو عبر الإنترنت على <https://dhs.georgia.gov/forms-notice>، أو يمكنك الحصول على نموذج طلب التعديل المعقول من DCH ADA في مكتب فريق كاتي بيكت التابع لإدارة DCH أو عبر الإنترنت على <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>، ولكن ليس عليك استخدام نموذج.

كيفية التقدم بشكوى

لديك الحق في تقديم شكوى إذا قامت الإدارات بالتمييز ضدك بسبب إعاقتك. على سبيل المثال، يمكنك تقديم شكوى تمييز إذا كنت قد طلبت تعديلاً معقولاً أو مترجم لغة إشارة وتم رفضه أو لم يتم العمل به في غضون فترة زمنية معقولة. يمكنك تقديم شكوى شفهيًا أو كتابيًا عن طريق الاتصال بالموظف المسؤول عن حالتك، أو مكتب DFCS المحلي أو قسم DFCS للحقوق المدنية أو منسق ADA/القسم 504 على العنوان 2 Peachtree Street N.W., Ste 19-454, Atlanta, GA, 30303, 404-657-3735، بالنسبة لإدارة DCH، اتصل بمنسق فريق ADA KB/القسم 504 على العنوان 5815 Live Oak Pkwy Suite 2-F, Norcross, GA, 30093, 678-248-7449.

يمكنك أن تطلب من الموظف المسؤول عن حالتك الحصول على نسخة من نموذج شكوى DFCS فيما يتعلق بالحقوق المدنية. نموذج الشكوى متاح أيضًا على <https://dhs.georgia.gov/documents/dfcs-discrimination-complaint-form-0>. إذا كنت بحاجة للمساعدة في تقديم شكوى تتعلق بالتمييز، يمكنك الاتصال بفريق عمل DFCS المذكور أعلاه. يمكن للأفراد الصم أو الذين يعانون من ضعف في السمع أو الذين قد يعانون من إعاقات في الكلام الاتصال برقم 711 لأحد العاملين للاتصال بنا.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى تمييز إلى الوكالة الفيدرالية المناسبة. توجد معلومات الاتصال الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS) ضمن "بيان USDA-HHS المشترك لعدم التمييز" المتضمن.

*تضمن المادة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973؛ قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 1990؛ وقانون تعديلات قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 2008 حماية الأشخاص ذوي الإعاقة من التمييز غير القانوني.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى تمييز أخرى في ظل عمل إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) عن طريق الاتصال بمكتب DFCS المحلي أو قسم DFCS أو منسق ADA/القسم 504 للحقوق المدنية على العنوان 2 Peachtree Street N.W., Ste 19-454, Atlanta, GA, 30303, 404-657-3735. لتقديم شكوى تدعي التمييز على أساس الكفاءة المحدودة للغة الإنجليزية، تواصل مع برنامج محدودة اللغة الإنجليزية وضعف الحواس التابع لإدارة DHS على العنوان التالي: Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 أو الاتصال بالرقم 404-657-5244 (صوت) أو 404-463-7591 (الهاتف النصي) أو 404-651-6815 (فاكس).

بموجب سياسة إدارة الصحة المجتمعية (DCH) لا يمكن لبرامج لمساعدات الطبية أن تحرمك من الأهلية أو المخصصات بناءً على العرق أو العمر أو الجنس أو الإعاقة أو الأصل القومي أو المعتقدات السياسية أو الدينية.

للإبلاغ عن تمييز يتعلق بتحديد الأهلية أو مقدم الخدمة، اتصل بمكتب نزاهة البرامج التابع لإدارة الصحة المجتمعية بجورجيا (الرقم المحلي 404-463-7590) أو (الرقم المجاني) 800-533-0686. يمكنك أيضًا الإبلاغ عن احتيال مشتبه فيه على برنامج Medicaid الاتصال بالرقم 1-800-533-0686 (مجاني).

بيان عدم التمييز

يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو السن أو الجنس وفي بعض الحالات الدين أو المعتقدات السياسية.

تحظر وزارة الزراعة الأمريكية أيضًا التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية أو أعمال الثأر أو الانتقام بسبب ممارسة أنشطة الحقوق المدنية السابق ذكرها في أي برنامج أو نشاط يتم تنفيذه أو تمويله بواسطة وزارة الزراعة الأمريكية.

يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل تواصل بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل والطباعة الكبيرة والتسجيل الصوتي ولغة الإشارة الأمريكية وما إلى ذلك)، الاتصال بالوكالة (بالولاية أو الهيئة المحلية) حيث تقدموا للحصول على المخصصات. يمكن للصم أو من يعانون من صعوبات في السمع أو إعاقات في الكلام التواصل مع USDA عبر خدمة ضعاف السمع الفيدرالية على الرقم (800) 877-8339. بالإضافة إلى ذلك، يمكن إتاحة معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى بالبرنامج تتعلق بالتمييز، أكمل نموذج شكوى التمييز لبرنامج USDA، (AD-3027)، الموجود على الإنترنت على الرابط:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، وفي أي مكتب من مكاتب USDA، أو اكتب رسالة موجهة إلى USDA وأدرج بها جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل على الرقم (866) 632-9992. أرسل النموذج أو الرسالة المكتملة إلى USDA عن طريق:

(1) عبر البريد: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) عبر الفاكس: (202) 690-7442؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

للحصول على أي معلومات أخرى خاصة بقضايا برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، يجب على الأفراد الاتصال بالخط الساخن لبرنامج SNAP التابع لوزارة الزراعة USDA على الرقم (800) 221-5689، وهو متاح أيضًا باللغة الإسبانية أو الاتصال بأرقام الخط الساخن/خط معلومات الولاية (انقر فوق الرابط لعرض قائمة بأرقام الخط الساخن وفقًا للولاية)، الموجودة عبر الإنترنت على الرابط: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

لتقديم شكوى تتعلق بالتمييز فيما يتعلق ببرنامج يتلقى مساعدة مالية فيدرالية من خلال وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، يرجى إرسالها بالبريد على العنوان التالي: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو الاتصال بالرقم (800) 368-1019 (صوت) أو (800) 537-7697 (الهاتف النصي).

هذه المؤسسة هي مقدم خدمات يعمل بمبدأ تكافؤ الفرص.