

ولاية نيويورك كيف تملأ

طلب المعونة المؤقتة (TA)، و/أو المعونة الطبية (MA) و/أو برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" (MSP) و/أو معونة قسائم الطعام (FS) و/أو الخدمات (S) بما في ذلك رعاية الربيب (FC) و/أو معونة العناية بالطفل (CC)

أينما ترى في هذا الطلب عبارة "المعونة المؤقتة" أو الحروف المختصرة لها "TA" فهذا يعني "معونة العائلة" و "معونة شبكة الأمان". نسمى هذين البرنامجين من المعونة العامة بـ"المعونة المؤقتة". تم تطوير برامج الخدمات الاجتماعية لتقديم المعونة المؤقتة إلى من هم بحاجة إليها. تفرض الآن على بعض البرامج قيود زمنية تحدد مقدار المدة التي تستطيع الحصول فيها على معونة. لهذا، من المهم جداً أن تحقق الاكتفاء الذاتي في أقرب وقت ممكن. دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية موجودة لمساعدتك في تحقيق هدفك في الوصول إلى الاكتفاء الذاتي. لكي نستطيع مساعدتك، ينبغي لنا أن نعرف من أنت و ما الذي تحتاج إليه. لهذا السبب نطلب منك تعبئة هذا الطلب. ما سنعلمه عنك من خلال هذا الطلب هو:

- من أنت
- أين تقيم
- كيف تعيش
- كيف يمكننا مساعدتك

لمساعدتك، تم ترقيم التعليمات والطلب حسب الجزء. يمكنك الكتابة فوق هذه الأرقام عندما يكون ذلك مناسباً.

- الرجاء الكتابة بحروف كبيرة وواضحة
- لا تكتب في المناطق المظلمة
- تحقق من تعبئة كل جزء ينطبق عليك
- إذا كنت تقدم الطلب بصفحتك ممثلاً لشخص آخر، فالرجاء كتابة المعلومات عن الشخص الذي تمثله وليس عن نفسك.
- إذا كنت تعاني من أية إعاقات قد تمنعك من إكمال هذا الطلب و/أو الإنتظار حتى موعد المقابلة يرجى إخطار موظف/ة الإستقبال بذلك. ستبذل الإدارة أقصى جهودها لتوفير التسهيلات المعقولة للتجاوب مع احتياجاتك.

سحب الطلب: إذا كنت تريد سحب طلبك، فتكلم مع محقق شؤون الأهلية المسؤول عنك.

إضافة إلى LDSS-2921-AR: "الطلب"، تأكد بأنه قد تم إعطاؤك نسخاً من:

- LDSS-4148A-AR: "ما ينبغي عليك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك"
- LDSS-4148B-AR: "ما ينبغي عليك معرفته عن برامج الخدمات الاجتماعية"
- LDSS-4148C-AR: "ما ينبغي عليك معرفته إذا تعرضت لحالة طارئة"

صفحة رقم 1 من الطلب

البرامج: ضع إشارة (✓) في المربع المناسب لكل برنامج من البرامج التي تريد أن تقدم عليها أو يريد أن يقدم عليها أي فرد من أفراد أهل الدار. وبسبب الإصلاحات السارية على نظام المعونات ("ويلفير")، لم يعد يعتبر تقديم الطلب إلى المعونة المؤقتة كتنفيذ تلقائي إلى المعونة الطبية. إذا أردت التقديم لكل من المعونة المؤقتة والمعونة الطبية، فعليك أن تضع إشارة (✓) في كل من مربع المعونة المؤقتة ومربع المعونة الطبية. إذا أردت التقديم لبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" فعليك أن تضع إشارة (✓) في مربع برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير". تشمل المعونة الطبية مديكير وبرنامج صحة العائلة فما فوق وبرنامج صحة الطفل فما فوق وتكلفة برنامج مديكير للعاملين من ذوي الإعاقات وبرامج مخصصات الحد من النسل (تخطيط العائلة). إذا أردت التقديم لأي من هذه البرامج فعليك أن تضع إشارة (✓) في مربع برنامج المعونة الطبية. إذا كنت مؤهلاً للمعونة المؤقتة وقررت أنك بحاجة فقط إلى معونة العناية بالطفل فضع إشارة (✓) في مربع العناية بالطفل بدلاً عن المعونة المؤقتة. إذا غيرت رأيك وقررت أنك بحاجة إلى المعونة المؤقتة فيماتك التقديم في أي وقت. إذا وضعت إشارة (✓) في مربع "الدفع الطارئة فقط" فإن ذلك يعني أنك مقدم للحصول على دفعة واحدة طارئة ولن يتم دراسة أهليتك للبرامج الأخرى كالمعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام أو المعونة الطبية.

إذا كنت متقدماً لتلقي المعونة المؤقتة ومخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، و / أو المعونة الطبية، فسيطلب منك عادة الذهاب إلى مقابلة واحدة فقط بشأن جميع هذه البرامج.

1

بأي لغة ترغب في استلام الإخطارات:

ضع إشارة (✓) في مربع "اللغتين الأسبانية والإنجليزية" أو مربع "اللغة الإنجليزية فقط".

ما هي لغتك الأم

ضع إشارة (✓) في مربع اللغة الإنجليزية أو الأسبانية أو "غير ذلك" واكتب اسم لغتك الأم.

2

معلومات عن مقدم أو مقدمة الطلب:**الاسم:**

أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسمك القانوني بما فيه اسمك الأول، والحرف الأول من اسمك الأوسط، والأخير.

الحالة الزوجية:

أكتب بحروف كبيرة وواضحة إذا كنت أعزباً، أو متزوجاً، أو أرملًا، أو منفصلاً بصورة شرعية، أو مطلقاً في الوقت الحالي.

رقم الهاتف:

أكتب بأرقام كبيرة وواضحة رقم هاتف بيتك. بما فيه رمز المنطقة.

عنوان السكن:

أكتب بحروف كبيرة وواضحة رقم البيت، والشارع أو الأفنيو أو الطريق ... الخ الذي تقيم فيه الآن.

رقم الشقة: أكتب بحروف كبيرة وواضحة رقم شقتك.**المدينة:** أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم المدينة التي تقيم فيها.**المقاطعة ("كاونتي"):** أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم المقاطعة (كاونتي) التي تقيم فيها.**الولاية:** أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الولاية التي تقيم فيها.**الرمز البريدي:** أكتب بحروف كبيرة وواضحة الرمز البريدي لعنوانك.**بواسطة:**

إذا كنت تستلم بريدك بواسطة شخص آخر، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم هذا الشخص.

العنوان البريدي:

إذا كنت تستلم بريدك في مكان غير الذي تقيم فيه، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة عنوان المكان في هذا الفراغ.

في حال قيام وكالة بمساعدتك في تقديم الطلب، فاكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الوكالة، واسم الشخص الذي يساعدك من هذه الوكالة ورقم هاتفه أو هاتفها.

أكتب بحروف كبيرة وواضحة عدد السنوات و/أو الشهور التي عشتها في المكان الذي تقيم فيه الآن.

كم مضى لك من الإقامة في عنوانك الحالي:

3

صفحة رقم 1 من الطلب	<p>معلومات حول مقدم الطلب (تابع)</p> <p>رقم هاتف آخر يمكن الاتصال بك عليه:</p> <p>إذا كان يمكن الاتصال بك في رقم هاتف لشخص آخر، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الشخص ورقم هاتفه أو هاتفها. إذا كنت تعمل، فاكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم رب العمل ورقم هاتفه.</p> <p>أكتب بحروف كبيرة وواضحة تعليمات الوصول إلى بيتك. استخدم معالم أرضية معروفة.</p> <p>أكتب بحروف كبيرة وواضحة عنوان المكان الذي كنت تقيم فيه قبل أن تنتقل إلى عنوانك الحالي.</p> <p>تعليمات الوصول إلى البيت:</p> <p>العنوان السابق:</p>
3	<p>المتقدمون لبرنامج مخصصات قسانم الطعام ("فود ستامبس"):</p> <p>يحق لك تقديم طلب مخصصات قسانم الطعام في نفس اليوم الذي تحصل فيه على النموذج، شريطة أن يكون ذلك خلال ساعات دوام العمل. يجب أن يُقبل طلبك طالما كان يحمل على الأقل اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان)، وتوقيعك. لترى إن كنت مؤهلاً لتلقي مخصصات قسانم الطعام، فعليك تعبئة كافة المعلومات المطلوبة في النموذج.</p>
4	<p>هل ينطبق عليك أي من هذه الأشياء التالية؟</p> <p>ضع إشارة (✓) في كل بند يسري وينطبق عليك.</p>
5	<p>الصفحات رقم 2 و 3 من الطلب</p> <p>معلومات عن أفراد أهل الدار</p>
6	<p>أدرج أسم كل شخص من الذين يقيمون معك، حتى ولو كان ذلك الشخص غير مشمول في الطلب الذي تقدمه. أكتب أولاً، بحروف كبيرة وواضحة، اسمك الكامل. ثم أكتب بحروف كبيرة وواضحة كل اسم من أسماء الأشخاص الآخرين الذين يقيمون معك:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ضع إشارة (✓) في خانة نوع (أو أنواع) المعونة المتقدم لها كل شخص: المعونة المؤقتة (TA)، و/أو معونة قسانم الطعام (FS)، و/أو المعونة الطبية (MA)، و/أو برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" (MSP)، و/أو معونة العناية بالطفل (CC)، و/أو رعاية الربيب (FC)، و/أو الخدمات (S) أو الدفعة الطارئة فقط. • ملاحظة: على المتقدمين لبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" (MSP) أن يكملوا جميع الأجزاء المطلوبة لبرنامج المعونة الطبية (MA). • أكتب بحروف كبيرة وواضحة تاريخ الميلاد والجنس (ذكر أو أنثى) لكل شخص متقدم. • لكل شخص متقدم معك، أكتب بحروف كبيرة وواضحة نوع صلة القرابة بينكما (مثلاً: زوجة، ابن، طفل ربيب، صديق، شخص يشاركني السكن، شخص نزيل لدي، ...الخ). • اكتب بحروف كبيرة وواضحة رقم الضمان الاجتماعي لكل شخص إلا إذا كان هذا الشخص: <ul style="list-style-type: none"> - غير متقدم لتلقي أي نوع من المعونة أو الخدمات؛ أو - امرأة حامل متقدمة فقط إلى المعونة الطبية؛ أو - أجنبي مقيم متقدم فقط لتلقي المعونة الطبية أو المخصصات بسبب حالة طبية طارئة؛ أو - شخص بالغ متقدم فقط للحصول على خدمات الحماية للأشخاص البالغين؛ أو - متقدم لمعونة العناية بالطفل فقط. (لا يجب عليك إدراج رقم الضمان الاجتماعي إذا كنت متقدماً لخدمات العناية بالطفل فقط إلا إذا كنت متقدماً للعناية بالطفل كجزء من قضية خدمات وقائية أو عوضاً عن تلقي المعونة المؤقتة).
6	<p>ملاحظة: الخدمات الأخرى مثل العناية بالربيب وحماية الطفل ووقاية الطفل والإرشاد والتوجيه النفسي، ممولة من مصادر تمويل مختلفة، وتشترط كثير منها تقديم رقم الضمان الاجتماعي. في حين لا تشترط بعض الخدمات على المتقدمين تقديم رقم الضمان الاجتماعي، إلا أنه يجوز أن لا تتوفر مثل هذه الخدمات لك إذا لم تقدم رقم الضمان الاجتماعي. لهذا، نطلب أرقام الضمان الاجتماعي لجميع المتقدمين لهذه الخدمات، لكي نساعدهم في الحصول على جميع المخصصات التي قد يكونون مؤهلين لها.</p> <ul style="list-style-type: none"> • أعلى سنة مدرسية أكملتها: أدرج أعلى سنة مدرسية (من 1 إلى 12) أكملها كل شخص متقدم لبرامج المعونة. إذا أنهيت أكثر من 12 سنة، فادرج 13. إذا لم تدخل المدرسة، فأدرج 0. إذا كنت متقدماً للحصول على المعونة الطبية فقط، أو الخدمات فقط، فلا ينبغي عليك الإجابة على هذا السؤال.

الصفحات رقم 2 و 3 من الطلب	
معلومات عن أفراد أهل الدار (تابع)	<p>• شراء الوجبات أو تحضيرها: من المهم أن تضع إشارة (✓) في خانة نعم أو لا في الإجابة على السؤال "هل هذا الشخص (بما فيه أطفالك القاصرين)" يشتري الطعام أو يحضر الوجبات معك؟". وهذا يسري على كل شخص يقيم معك. وفي بعض الأحيان قد يحصل الناس الذين يشترون الطعام ويحضرون الوجبات منفردين على قدر أكبر من مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس").</p> <p>• <u>الخلفية العرقية / الأصل التراشي:</u> يجب عليك أن تملأ هذا الجزء لكل شخص متقدم للحصول على المعونة بما فيها معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير"). أدرج نعم أو لا إذا كانت خلفيتك الأصلية الترائية من أصل هسباني أو لاتيني، وأدرج أيضاً الحرف الذي يكون أفضل تمثيلاً لخلفيتك العرقية. هذه المعلومات مطلوبة من قبل الحكومة الفدرالية. إذا لم تقم بتعبئة المعلومات المطلوبة في هذا الجزء، سيقوم المسؤول في الوكالة الذي يجري المقابلة معك بملء هذه الخانة استناداً على ملاحظاته أو ملاحظاتها.</p> <p>إذا كنت متقدماً للحصول على المعونة الطبية فقط، فيجوز لك أن تملأ هذا الجزء إن أردت ذلك. إذا لم تقم بتعبئة المعلومات المطلوبة في هذا الجزء، يمكن أن يقوم المسؤول في الوكالة الذي يجري المقابلة معك بملء هذه الخانة استناداً إلى ملاحظاته أو ملاحظاتها.</p> <p>إذا كنت متقدماً للحصول على رعاية الربيب (فوستر كير)، فعليك أن تملأ هذا الجزء فقط للأطفال الذين تسعى للحصول لهم على رعاية الربيب. إذا لم تقم بتعبئة المعلومات المطلوبة في هذا الجزء فيمكن للمسؤول في الوكالة الذي يجري المقابلة معك ملء هذه الخانة استناداً إلى ملاحظاته أو ملاحظاتها.</p> <p>ملاحظة: إذا كنت متقدماً للحصول على الخدمات ولا تقم بتعبئة هذا الجزء، فقد يكون من غير المحتمل تزويدك بخدمات معينة. يعتمد هذا على مصدر التمويل الذي نستخدمه لتمويل هذه الخدمات.</p>
صفحة رقم 2 من الطلب	
معلومات عن أسماء أخرى	<p>7 أكتب بحروف كبيرة وواضحة أي اسم استخدمه سابقاً أو يستخدمه الآن أي شخص مدرج أعلاه سواء اسماً قبل الزواج، أو من زواج سابق، أو أي اسم آخر.</p>
صفحة رقم 4 من الطلب	
معلومات عن الجنسية / الوضع القانوني للمقيم الأجنبي	<p><u>يرجى تعبئة هذا الجزء</u> وذلك إذا كنت متقدماً لأحد هذه البرامج: المعونة الطبية، أو المعونة المؤقتة، أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو رعاية الربيب ("فوستر كير").</p> <p>ملاحظة: لا يجب عليك تعبئة هذه الشهادة إذا كنت متقدماً للمعونة الطبية فقط و</p> <ul style="list-style-type: none"> • كنت حامل، أو • كنت متقدماً لتغطية علاج حالة طبية طارئة فقط، أو • لم تكن من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها أو مواطنيها الأصليين، ولا أجنبياً مقيماً متمتعاً بوضع هجرة مقبول. "وضع هجرة مقبول" يعني أي وضع هجرة لا يجعل الفرد غير مؤهل لتلقي المخصصات بموجب قوانين البرنامج المقدم إليه. للمزيد من المعلومات حول وضع الهجرة راجع LDSS-4148B-AR: "ما ينبغي عليك معرفته عن برامج الخدمات الاجتماعية" أو تكلم مع مسؤول ملفك. <p>ملاحظة: يجب عليك أن تملأ هذا الجزء إذا كنت:</p> <ul style="list-style-type: none"> • متقدماً إلى المعونة الطبية فقط، ولكن لا يتطلب منك أن تذكر أسماء الأشخاص الذين لا يريدون المعونة الطبية. • متقدماً لمعونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") فقط، ولكن يتطلب منك تعبئة المعلومات الخاصة بالأطفال المعنيين بتلقي معونة العناية بالطفل. • متقدماً لرعاية الربيب فقط، ولكن يتطلب منك تعبئة المعلومات الخاصة بالأطفال المعنيين بتلقي رعاية الربيب. • متقدماً للخدمات الأخرى تحت ظروف معينة. <p>ملاحظة: إذا كنت متقدماً للحصول على خدمات أخرى ولا تقوم بتقديم المعلومات، فقد لا يكون من الممكن تزويدك بخدمات معينة. يعتمد ذلك على مصدر التمويل الذي نستخدمه لتمويل هذه الخدمات.</p>

معلومات عن شهادة الجنسية / الوضع القانوني للمقيم الأجنبي (تابع)

إذا كنت متقدماً لأحد البرامج التالية: المعونة الطبية، أو المعونة المؤقتة، أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو رعاية الريبب (فoster كير)، فيجب عليك تعبئة وتوقيع هذه الشهادة الخطية بشأن الجنسية أو وضع الهجرة المقبول.

ملاحظة: "وضع هجرة مقبول" يعني أي وضع هجرة لا يجعل الفرد غير مؤهل لتلقي المخصصات بموجب قوانين البرنامج المقدم إليه. للحصول على المزيد من المعلومات حول وضع الهجرة راجع LDSS-4148B-AR: "ما ينبغي عليك معرفته عن برامج الخدمات الاجتماعية" أو تكلم مع مسؤول ملفك.

ملاحظة: لا يجب عليك التوقيع على هذه الشهادة إذا كنت متقدماً للمعونة الطبية فقط و:

- كنت حامل، أو
 - كنت متقدماً لتغطية علاج حالة طبية طارئة فقط، أو
 - لم تكن من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها أو مواطنيها الأصليين، ولا أجنبياً مقيماً متمتعاً بوضع هجرة مقبول.
- ملاحظة:** يجب عليك توقيع هذه الشهادة إن كنت من مواطني أو من رعايا الولايات المتحدة أو مواطنيها الأصليين، أو أجنبياً مقيماً بوضع مقبول، ومتقدماً لأحد البرامج التالية:

- المعونة المؤقتة (حيث يوجد أطفال من بين أهل الدار أو يكون فرد من أفراد أهل الدار حامل)؛ أو
- مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؛ أو
- المعونة الطبية (باستثناء إذا كانت مقدمة الطلب امرأة حامل)؛ أو
- برنامج التوفير الخاص بالـ "مديكير"؛ أو
- معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") (شهادة مطلوبة بشأن الأطفال فقط)؛ أو
- العناية بالريبب (شهادة مطلوبة بشأن الأطفال فقط)؛ أو
- خدمات أخرى تحت ظروف معينة؛ أو
- الدفعة الطارئة فقط.

ملاحظة: إذا كنت متقدماً للحصول على خدمات أخرى ولا تقم بتوقيع الشهادة، فقد يكون من غير المحتمل تزويدك بخدمات معينة. يعتمد ذلك على مصدر التمويل الذي نستخدمه لتمويل هذه الخدمات.

يجب توفير التوقيع و تاريخ التوقيع لجميع الأشخاص المتقدمين لهذه المخصصات، باستثناء ما تم ذكره أعلاه.

- يجوز لأي فرد بالغ من أفراد أهل الدار أو ممثل مفوض عنهم التوقيع نيابة عن جميع المتقدمين من أفراد أهل الدار.
- إذا كان عمر أي فرد من أفراد أهل الدار أقل من 18 سنة (أو إذا كان يبلغ 18 سنة أو أكثر ولكن غير قادر على توقيع اسمه أو اسمها بسبب إعاقة أو عجز طبي)، فيجب على فرد آخر من أفراد أهل الدار الذي يبلغ 18 سنة من العمر أو أكثر التوقيع عنه أو عنها

ملاحظة: عند التوقيع نيابة عن فرد آخر، فاحرص على توقيع اسمك. مثلاً، عندما تقوم السيدة مريم عمر بالتوقيع نيابة عن طفلها الرضيع رنا عمر، فعليها أن توقع اسمها مريم عمر.

يجوز للوالد الذي لا يتمتع بوضع هجرة مقبول أن يوقع اسمه أو اسمها نيابة عن طفله أو طفلها الذي يتمتع بوضع مقبول. مثلاً، يجوز للأب أن توقع على الشهادة نيابة عن أطفالها المواطنين بالرغم من أنها لا تتمتع بوضع إقامة مقبول.

صفحة رقم 4 من الطلب

معلومات عن شهادة الجنسية / الوضع القانوني للمقيم الأجنبي (تابع)

تنبيه

يجب عليك عدم توقيع هذا التصريح لنفسك أو لأي شخص آخر ليس مواطناً من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها أو مواطنيها الأصليين وليس أجنبياً مقيماً بوضع هجرة مقبول. إن الأجانب الذين لا يتمتعون بوضع هجرة مقبول غير مؤهلين لتلقي المخصصات من أي من برامج المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام أو مخصصات المعونة الطبية (باستثناء المعونة الطبية لامرأة حامل أو تغطية المعونة الطبية في علاج الحالة الطبية الطارئة فقط). قد يكون مثل هؤلاء الأشخاص غير مؤهلين للحصول على خدمات معينة.

قد نتأكد من صحة وضع الهجرة لأي فرد من أفراد أهل الدار المتقدم لأي من برامج المعونة المؤقتة، أو مخصصات المعونة الطبية، أو مخصصات قسائم الطعام، أو الخدمات عن طريق تقديم المعلومات التي توفرها لنا إلى مصلحة الهجرة والجنسية (USCIS). قد تؤثر المعلومات التي تصلنا من مصلحة الهجرة والجنسية (USCIS) على أهلية أهل دارك ومقدار المخصصات.

صفحة رقم 5 من الطلب

معلومات عن الوالد الذي ليست بحوزته حضانة الأطفال / إعالة ونفقة الطفل / الإعالة الطبية

لمقدمي طلب المعونة المؤقتة، والمعونة الطبية، وبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"، ومعونة العناية بالطفل ("تشايلد كير")، والخدمات فقط: يرجى تعبئة هذا الجزء إذا كان أي من الأشياء التالية يسري وينطبق عليك:

1. أنت أو أي شخص آخر يقيم معك حامل وكان أب الطفل الذي لم يلد بعد يقيم في مكان آخر.

2. تقوم بالتقديم لأي شخص آخر أقل من 21 سنة من العمر ويقيم والد أو والدي هذا الشخص خارج أهل دارك.

3. عمرك 21 سنة والدك أو والدك لا يقيمان معك.

ملاحظة: لا يجب عليك تعبئة هذا الجزء إذا كنت متقدمة للمعونة الطبية فقط أو كنت حامل، أو ولدت طفلاً في الشهرين الماضيين، أو كنت متقدمة (أو متقدماً) بشأن أطفال يقل عمرهم عن 21 سنة فقط. يجب عليك تعبئة هذا الجزء إذا كنت تسعى للحصول على الإعالة الطبية من الوالد الذي ليست بحوزته حضانة الأطفال.

معلومات عن الزوج (أو الزوجة) الغائب أو المتوفى

لمقدمي طلب المعونة المؤقتة، والمعونة الطبية، وبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"، ومعونة العناية بالطفل ("تشايلد كير")، والخدمات فقط: إذا كان أحد من المتقدمين متزوج وكان أحد الزوجين لا يقيم مع الآخر، فاملأ هذا الجزء لحد مبلغ معرفتك. إذا كنت لا تعرف مكان إقامة هذا الشخص في الوقت الحاضر، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة آخر عنوان معروف لديك.

معلومات عن الطفل الغائب

لمقدمي طلب المعونة المؤقتة، والمعونة الطبية، وبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"، ومعونة العناية بالطفل، والخدمات فقط. إذا كان لدى أحد المتقدمين طفل دون 18 سنة من العمر يقيم في مكان آخر، فالرجاء إدراج اسم الوالد أو الوالدة واسم الطفل.

معلومات عن الأباء في سن المراهقة

يجب إكمال هذا الجزء من قبل المتقدمين للمعونة المؤقتة فقط. أدرج أسماء جميع الأباء في سن المراهقة تحت عمر 18 سنة من بين أهل دارك الذين يقدمون على المعونة. إذا كان طفل الوالد المراهق يقيم في الدار، فاذكر اسم الطفل.

صفحة رقم 6 من الطلب

معلومات عن الدخل

ضع إشارة (✓) في خانة نعم أو لا لنفسك أو لأي أحد يقيم معك. لكل جواب "نعم"، أكتب بحروف كبيرة وواضحة قدر المبلغ بالدولار (\$) أو القيمة واسم الشخص الذي يحصل على الدخل.

ملاحظة: دفعات رعاية الريبب ومخصصات قسائم الطعام – إذا كنت تحصل على دفعات رعاية الريبب بسبب رعاية طفل ريبب أو شخص بالغ، فأمامك خياران: إما أن تدخل اسم الطفل الريبب أو الشخص البالغ الذي تقدم الرعاية له أو لها و دفعات رعاية الريبب التي تقبضها في تقدير مخصصات قسائم الطعام لأهل الدار، أو يمكنك أن تختار أن لا تدخل اسم الطفل الريبب أو الشخص البالغ الذي تقدم الرعاية له أو لها ودفعات رعاية الريبب التي تقبضها. اسأل مسؤول ملفك عن الطريقة الأفضل التي تمنحك أكبر قدر من مخصصات قسائم الطعام.

14

معلومات عن زوج الأم أو زوجة الأب / كفيل الشخص الأجنبي

ضع إشارة (✓) في خانة نعم أو لا بشأن نفسك وزوجتك (أو زوجك)، وأي شخص آخر متقدم للمعونة. لكل جواب "نعم"، أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الشخص الذي تتعلق به الإجابة.

15

صفحة رقم 7 من الطلب

معلومات عن العمل

يرجى تعبئة هذه الصفحة لنفسك ولكل شخص متقدم لتلقي المعونة.

ملاحظة: بالرغم من عملك في وظيفة، فقد تكون ما زلت مؤهلاً لتلقي المعونة المؤقتة، والمعونة الطبية أو غير ذلك من برامج الرعاية الطبية، والخدمة و/أو مخصصات قسائم الطعام وأن تتلقى معونة في تسديد تكاليف العناية بالطفل.

16

صفحة رقم 8 من الطلب

معلومات عن التحصيل التعليمي / التدريبي

يرجى تعبئة هذه الصفحة لنفسك وعن أي شخص متقدم لأحد برامج المعونة بما فيها معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير) و/أو رعاية الريبب أو الخدمات الأخرى. تأكد من الإجابة على السؤال المتعلق باسم المدرسة التي يذهب لها أطفالك.

ملاحظة: إذا كنت متقدماً للمعونة الطبية فقط، فلا تحتاج إلى تعبئة هذه الصفحة.

17

صفحة رقم 9 من الطلب

معلومات عن الموارد

ضع إشارة (✓) في خانة نعم أو لا لكل سؤال يتعلق بنفسك، وأي شخص آخر متقدم للمعونة. لكل جواب "نعم"، أكتب بحروف كبيرة وواضحة قدر المبلغ أو القيمة بالدولار (\$) واسم الشخص الذي يملك المورد. تأكد من إدراج أية ممتلكات ذات ملكية مشتركة. يجب على المتقدمين للمعونة المؤقتة أو المعونة الطبية أن يجيبوا أيضاً على هذه الأسئلة بشأن الأقارب المسؤولين قانونياً. هؤلاء هم الناس الذين يتطلب منهم القانون تقديم الدعم المالي لك، مثل زوجتك أو زوجك، وإذا كنت تحت سن 21 سنة، فوالديك، أو زوج أمك أو زوجة أبوك الذين تقيم معهم.

18

صفحة رقم 9 من الطلب

معلومات عن الموارد (تابع)

ملاحظة: لا يجب عليك تعبئة هذا الجزء.

- إذا كنت متقدماً للحصول على المعونة الطبية فقط لأطفال تقل أعمارهم عن 19 سنة، أو كنت امرأة حامل.
- إذا كنت متقدماً للخدمات فقط (فيما عدا رعاية الربيب)، و/أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير").
- إذا كنت متقدماً لمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") فقط، فلا يجب عليك الإجابة على سؤال التأمين على الحياة.

ملاحظة: إذا كنت متقدماً للحصول على رعاية الربيب، فيجب عليك تعبئة هذا الجزء.

لديك موارد غير تلك المدرجة أعلاه: أدخل الأشياء مثل بيوت العطللة، والمخيمات المقطورة ("كامبرز")، ودراجات التزلج على الجليد، والقوارب.

ملاحظة: من المهم جداً أن تبلغ مسؤول ملفك فوراً إذا حصلت على مبلغ إجمالي أو تتوقع الحصول عليه. والمبلغ الإجمالي هو دفعة لمرة واحدة، مثل تسوية من تأمين، أو إرث، أو حكم مالي من جراء دعوى، أو ربح من يانصيب. راجع LDSS-4148A-AR: "ما ينبغي عليك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك" للحصول على مزيد من المعلومات عن المبالغ الإجمالية.

ملاحظة: إذا قمت أنت وزوجتك (أو زوجك) بتحويل أي من الموجودات أو إعطائها إلى آخرين في ظرف 36 شهراً (60 شهراً للتحويل إلى حساب ائتمان) قبل أول شهر من تلقيك خدمات منشأة العناية بالمسنين وقمت بتقديم طلب للحصول على المعونة الطبية، فمن الممكن ألا تكون مؤهلاً لتلقي خدمات منشأة العناية بالمسنين أو الخدمات المسموح بها والمرتكزة على البيت والمجتمع بموجب برنامج المعونة الطبية.

صفحة رقم 10 من الطلب

معلومات طبية

19
ضع إشارة (✓) في خانة نعم أو لا فيما يتعلق بنفسك وأي شخص آخر متقدم للمعونة. لكل جواب "نعم"، أكتب بحروف كبيرة وواضحة المعلومات المطلوبة. تأكد من إدراج جميع عقود التأمين الخاصة بالصحة والعلاج في المستشفيات / وضد الحوادث المتوفرة والتي تتوفر لكل واحد في الطلب. يمكن أن يكون برنامج المعونة الطبية قادر على دفع الفواتير الطبية للعناية التي تلقيتها خلال الشهور الثلاث قبل الشهر الذي قدمت فيه الطلب للحصول على المعونة. إذا قمت بدفع الفاتورة، فيجوز أن تكون قادرين على دفع الفاتورة لك وذلك إذا قررنا بأنك مؤهل للحصول على المعونة الطبية في ذلك الوقت. كما نقدر أن ندفع لك حتى ولو كان طبيبك أو أي متقدم آخر لا يقبل الدفع من برنامج المعونة الطبية، علماً، بأننا في هذه الحالة نستطيع أن ندفع لك فقط المبلغ الذي يقدّره برنامج المعونة الطبية لهذه الحالة، وشرط أن تكون الفاتورة كانت بخصوص خدمات يغطيها برنامج المعونة الطبية.

اختيار البرنامج الصحي

إذا كنت مؤهلاً لبرنامج صحة العائلة فما فوق (فاميلي هيلث بلس)، فعليك اختيار برنامج صحي حتى تتلقى المعونة الطبية. إذا كنت ترغب في الحفاظ على طبيبك الحالي فعليك الالتحاق بالبرنامج الصحي الذي ينتمي إليه طبيبك. إذا كنت ترغب في اختيار طبيب جديد أو مركز طبي جديد فعليك الاتصال بالبرنامج الذي ترغب فيه للحصول على المساعدة. عندما تصبح عضواً في برنامج صحي معين، فعليك أن تستخدم الأطباء والمستشفيات الموجودة في ذلك البرنامج.

ويتعين على بعض من يتلقون معونة مديكيد الاشتراك في برنامج صحي. إذا تم اعتبارك، أو أحد أفراد عائلتك، مؤهلاً لبرنامج مديكيد وكنت تقيم في مقاطعة "كاونتي" تشترط العضوية في برنامج صحي فسنقوم بإشراكك في برنامج من اختيارك بشرط أن يكون ذلك البرنامج مشاركاً في برنامج مديكيد. وإذا كنت تقيم في مقاطعة لا تشترط عليك المشاركة في برنامج صحي فسنقوم بإشراكك في برنامج من اختيارك إلا إذا أخطرتنا بعدم رغبتك في المشاركة بهذا البرنامج عن طريق وضع إشارة في المربع المخصص لذلك في هذا القسم. وسيقوم الموظف الذي يقابلك بالتحدث معك بهذا الشأن.

بعد اليوم الذي تقدم فيه للحصول على المعونة الطبية، يجب عليك أن تتأكد من أن الطبيب أو غيره من مقدمي الخدمات الطبية يقبل التعامل مع برنامج المعونة الطبية قبل المباشرة في الحصول على العناية الطبية منهم.

صفحة رقم 11 من الطلب

معلومات عن المأوى

أكتب بحروف كبيرة وواضحة قدر المبلغ الذي تدفعه لقسط الإيجار أو البيت، أو الغرفة مع الطعام، أو غيره من أنواع السكن. إذا كنت تسدد قسط البيت، فأدخل في مبلغ تكاليف المأوى كل من مبلغ ضرائب العقار وكلفة تأمين صاحب البيت (بما فيه التأمين ضد الحريق)، والتقييمات. ضع إشارة (✓) في مربع نعم أو لا إذا كنت أنت أو أي شخص يقيم معك يسدد فاتورة التدفئة أو المرافق الأخرى. تأكد من الإجابة على السؤال الموجود في نهاية هذا الجزء.

20

ملاحظة: إذا كنت متقدماً للحصول على رعاية الربيب، فيجب عليك تعبئة هذا الجزء.

ملاحظة: لا ينبغي عليك تعبئة هذا الجزء إذا كنت متقدماً للحصول على الخدمات فقط (غير رعاية الربيب) و/أو معونة العناية بالطفل.

ملاحظة: إذا كنت غير متأكد من طريقة الإجابة على أي من الأسئلة حول نوع السكن أو قدر مبلغ مصاريف السكن، فاسأل مسؤول ملفك.

صفحة رقم 12 من الطلب

معلومات عن النفقات الأخرى

ضع إشارة (✓) في خانة نعم أو لا فيما يتعلق بنفسك وأي شخص آخر متقدم للمعونة. لكل جواب "نعم"، أكتب بحروف كبيرة وواضحة قدر المبلغ بالدولار (\$).

21

معلومات أخرى

ضع إشارة (✓) في خانة نعم أو لا فيما يتعلق بنفسك وأي شخص آخر متقدم للمعونة.

ملاحظة: تعني القوات المسلحة للولايات المتحدة كل من:

- جيش الولايات المتحدة
- بحرية الولايات المتحدة
- مشاة البحرية للولايات المتحدة
- سلاح الجو للولايات المتحدة
- خفر سواحل الولايات المتحدة
- سفن النقل البحري للولايات المتحدة أثناء الحرب العالمية الثانية

22

المعونة: إذا كنت تتلقى الآن أو تلقيت في السابق، أو كان أي أحد آخر يقيم معك يتلقى الآن أو تلقى في السابق، أي من برامج المعونة المؤقتة، أو المعونة الطبية، أو مخصصات قسائم الطعام، أو معونة العناية بالطفل، أو الخدمات، فضع إشارة (✓) في كل من مربعات "نعم". أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم هذا الشخص ونوع المعونة وفي أي مكان تم تلقيها، وآخر تاريخ تم فيه تلقيها.

وضع نقل ملكية الممتلكات: ضع إشارة (✓) في مربع قمت أو مربع لم أقم.

ملاحظة: يفرض قانون ولاية نيويورك الغرامة أو السجن، أو كليهما، على الشخص الذي ثبت عليه ذنب الحصول على معونة مؤقتة، أو معونة طبية، أو مخصصات قسائم الطعام، أو الخدمات، أو معونة العناية بالطفل عن طريق إخفاء الحقائق أو الكذب.

صفحة رقم 13 من الطلب

لا تكتب شيئاً في هذه الصفحة إلا إذا كنت ترغب في سحب طلبك لوحد أو أكثر من البرامج المدرجة في الركن الأعلى على الجهة اليمنى من الصفحة 13 من الطلب. لسحب طلبك لأحد البرامج ضع إشارة (✓) في المربع المجاور لاسم البرنامج ووقع اسمك في المكان المطلوب. سيسحب طلبك فقط للبرامج التي تضع إلى جانبها إشارة.

صفحة رقم 14 من الطلب

بيان قانون الخصوصية / استرداد النفقات الطبية / الإعالة والنفقة / إخطار بعدم التمييز: أقرأ هذا الجزء بعناية أو اطلب من شخص آخر أن يقرأه لك.

23

صفحة رقم 14 من الطلب

24 الممثل المفوض لاستلام مخصصات قسائم الطعام: إذا كنت تتلقى مخصصات قسائم الطعام وتريد من شخص آخر من خارج أهل دارك أن يحضر لك مخصصات قسائم الطعام أو أن يشتري لك الطعام، فاكتب بحروف كبيرة وواضحة اسمه أو اسمها ورقم هاتفه أو هاتفها.

العقوبات/إنذار عقوبة مخصصات قسائم الطعام (FS): أقرأ هذا الجزء بعناية أو اطلب من شخص آخر أن يقرأه لك.

25 ملاحظة: يقضي قانون ولاية نيويورك بحبس أو تغريم، أو كلاهما، أي شخص تتم إدانته بالحصول على المعونة المؤقتة، أو المعونة الطبية، أو برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" (MSP)، أو معونة قسائم الطعام، أو الخدمات أو معونة العناية بالطفل عن طريق إخفاء الحقائق أو الكذب.

صفحة رقم 15 و 16 من الطلب

26 المخصصات والتحويلات والقبول: أقرأ هذا الجزء بعناية أو اطلب من شخص آخر أن يقرأه لك.

ملاحظة: فيما يخص برنامج خط الحياة "لايف لاين" فعلى المتقدمين أو متلقي مخصصات قسائم الطعام و/أو المعونة المؤقتة أن يضعوا إشارة (✓) في المربع إذا لم يرغبوا في إعطاء مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز حق الكشف عن هويتك وعنوانك لشركة الهاتف الموفرة للخدمة. قد تستعمل شركة الهاتف هذه المعلومات لمنحك خط الحياة بسعر مخفض عن سعر الهاتف العادي. ويتمتع خط الحياة بأقل تكلفة ممكنة لخدمة الهاتف الأساسية التي توفرها شركة الهاتف.

على متلقي مخصصات مديكير أو المتقدمين لها الإتصال بشركة الهاتف التي توفر الخدمة بشكل مباشر للحصول على خدمة الهاتف المخفضة التكلفة.

التفويض بالاسترداد من دخل الضمان الإضافي (SSI): أقرأ هذا الجزء بعناية أو اطلب من شخص آخر أن يقرأه لك. إذا كان هذا الطلب متقدماً لتلقي المعونة المؤقتة، فيجب على الزوجين اللذين يقيمان معاً والمتقدمان لتلقي المعونة المؤقتة أن يوقعا أسميهما في أسفل هذه الصفحة.

27 ملاحظة: قد تعامل إدارة الضمان الاجتماعي الذي قدمت فيه هذا التفويض الموقع إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بمثابة التاريخ الذي أصبحت فيه مؤهلاً لتلقي مخصصات دخل الضمان الإضافي (SSI) وذلك إذا قمت بتقديم طلباً لتلقي مخصصات دخل الضمان الإضافي (SSI) الأولية في ظرف 60 يوماً التالية.

التوقيعات: أقرأ هذا الجزء بعناية أو اطلب من شخص آخر أن يقرأه لك. يفرض قانون ولاية نيويورك الغرامة أو السجن، أو كليهما، على الشخص الذي ثبت عليه جرم الحصول على معونة مؤقتة، أو برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"، أو معونة طبية، أو مخصصات قسائم الطعام، أو معونة العناية بالطفل، أو الخدمات عن طريق إخفاء الحقائق أو الكذب.

28 وقع اسمك. أكتب تاريخ الطلب. عندما يقوم الزوجان اللذان يقيمان معاً على التقديم سويلاً لتلقي المعونة المؤقتة، أو المعونة الطبية، أو معونة العناية بالطفل، أو الخدمات، فيجب عليهما التوقيع سويلاً. إذا كنت متقدماً لتلقي مخصصات قسائم الطعام فقط، فيتطلب توقيع شخص واحد فقط. إذا قمت بتعبئة الطلب لصالح شخص آخر، فوقع أسمك هنا وأكتب بحروف كبيرة وواضحة تاريخ توقيعك.

ملاحظة: إن المتقدمين للمعونة المؤقتة، وبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"، والمعونة الطبية، ومعونة العناية بالطفل، والخدمات، ومخصصات قسائم الطعام غير الراضين عن الإجراء المتخذ بطلباتهم، أن يلتبسوا عقد جلسة إنصاف وذلك بمخاطبة

Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary & Disability Assistance, PO Box 1930, Albany, New York 12201

ستدخل المعلومات المأخوذة من طلبك وتخزن في نظام إدارة شؤون المعونات (الويلفير)(WMS) وهو نظام كومبيوتر يعمل على مستوى الولاية. يستخدم هذا النظام لتحسين إدارة وتنظيم برامج المعونات وردع الغش والاحتتيال.

ملاحظة: آخر صفحة من هذا الطلب هو طلب التسجيل للتصويت. إذا كنت ترغب الحصول على مساعدة في تعبئة نموذج طلب تسجيل الناخب، فأسأل محقق شؤون الأهلية المسؤول عنك. تقديم طلب التسجيل أو عدم التسجيل للانتخاب لن يؤثر على قدر مبلغ المعونة التي ستتلقاها من هذه الوكالة.