

طلب للحصول على الخدمات

ماذا يجب أن أفعل للحصول على المنافع؟

1. أحصل على طلب التقديم (DHS 0415F)

يمكنك الحصول على طلب التقديم من خلال:

• طباعة واحد من <https://apps.state.or.us/Forms/Served/da0415F.pdf>.

• الاتصال بمكتب وزارة الخدمات الانسانية في أوريغون (ODHS) بالقرب منك أو على الرقم 1-800-699-9075 أو على الرقم 711 (للمبرقة الكاتبة) لثرسل نسخة عن طلب التقديم إليك عبر البريد الإلكتروني.

• احصل على واحد من مكتب إدارة الخدمات البشرية في أوريغون (ODHS) بالقرب منك؛ أو

• يمكنك التقديم عبر الانترنت عبر الذهاب إلى الرابط <https://one.oregon.gov/>

• للعثور على أقرب مكتب، الاتصال بالرقم 211 أو الذهاب على الانترنت إلى: www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx.

2. املأ استمارة التقديم

• رعاية الأطفال، الرعاية النهارية المرتبطة بالعمل (ERDC): بالنسبة للطلبة، الآباء العاملين وأولئك الذين يتلقون مساعدة TANF النقدية. يمكنك ايجاد المزيد من المعلومات على الموقع الإلكتروني التالي: <http://www.oregon.gov/delc/programs> للتقديم، املأ الصفحات 1-5. اقرأ الصفحات 13-16 ووقع في الصفحة 16.

• منافع التغذية، برنامج الإعانة الغذائية التكميلية (SNAP): المساعدة في شراء الغذاء. للتقديم، املأوا الصفحات 1-7. اقرأ الصفحات 12-16 ووقع في الصفحة 16. يمكنك تقديم الصفحة 1 بكتابة اسمك، وعنوانك وتوقيعك فقط لتقديم طلب للحصول على المخصصات الغذائية ولبدء عملية معالجة الطلب. إذا كنت متأهلاً للمخصصات الغذائية، ستبدأ المخصصات اعتباراً من تاريخ التقديم هذا.

• المساعدة الطبية: لتقديم طلب للحصول على المنافع الصحية، يرجى الذهاب إلى: <https://one.oregon.gov/> أو الاتصال على 1-800-699-9075 أو على 711 (للمبرقة الكاتبة) من الاصلين وحتى الجمعة، من الساعة 7 صباحاً وحتى 6 مساءً لطلب نسخة عن طلب التقديم.

• المساعدة النقدية، الإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families: TANF): للأسر ذات الدخل المنخفض جدا مع الأطفال المعالين، أو للنساء اللواتي في المراحل الأخيرة من الحمل، أو مساعدات نقدية للاجئين (REFC): للاجئين الذين في مرحلة 12 شهراً في الولايات المتحدة. لطلب المساعدة النقدية، املأ الاستمارة بالكامل.

3. سلم الطلب أو أكمل ملئه على الانترنت. يمكنك أن ترسل الطلب بالبريد أو الفاكس أو أو تقدمها مباشرة إلى مكتب ODHS بالقرب منك (يمكنك أخذ نسخة مختومة بتاريخ التقديم للحفاظ لديك). أو يمكنك التقديم على الانترنت على الموقع <https://one.oregon.gov/>

4. احضر إلى موعدك المحدد لغرض إجراء مقابلة. لا تتطلب جميع البرامج إجراء مقابلة. قد نحتاج إلى مراجعة طلب التقديم معك حسب المنافع التي تقدم طلباً لتلقيها. من المهم أن تكمل مقابلتك. إذا احتجت لإعادة تحديد الموعد، نرجو إعلامنا.

ماذا لو احتجت لمنافع التغذية في الحال؟

قد تتمكن من منحك منافع التغذية في غضون سبعة أيام إن كنت مؤهلاً. لتكون مؤهلاً، يجب ان تنطبق عليك واحدة مما يلي:

• دخلك الشهري اقل من \$150 ومجموع النقد السائل لدى أسرتك أو المودع في حسابك البنكي اقل من \$100.

• المجموع الكلي لدخلك الشهري، النقد السائل والمودع في البنك اقل من المجموع الكلي لايجارك وتكاليف الخدمات المنزلية الشهرية؛ أو

• إنك مهاجر أو عامل زراعة موسمي ولديك كمية نقود ضئيلة.

• يجب ان تكون قادراً على إثبات هويتك.

ماذا يتوجب علي أن استصحب للمقابلة؟

من الممكن أن تحتاج لجلب:

1. هويتك؛

2. إثبات على الدخل الشهري؛

3. رقم الضمان الاجتماعي لكل أفراد الأسرة الراغبين بالحصول على المنافع؛ و

4. إثبات لحالة الهجرة القانونية لكل الأشخاص الراغبين بالحصول على المنافع.

رجاءاً اعطنا علماً إذا كنت بحاجة لمساعدة في جمع المعلومات وقد نتمكن من مساعدتك.

متى سأبدأ بالحصول على المنافع إن كنت مؤهلاً؟

• المنافع النقدية عادة تبدأ اعتماداً على تاريخ تقديمك للطلب. كما تعتمد كمية المنافع أيضاً على تاريخ التقديم هذا.

• منافع التغذية تبدأ عادة اعتماداً على تاريخ تقديم الطلب. كما تعتمد كمية المنافع أيضاً على تاريخ التقديم هذا.

• منافع رعاية الأطفال تبدأ عادة في أول يوم من الشهر الذي طلبت فيه الحصول على المنافع. تُرسل استمارات الفواتير حالما تختار مزود الخدمة لديك، ويحصل على الموافقة لتلقي الدفعات المالية ويرتبط بملفك.

رقمي الضمان الاجتماعي (SSN) والمواطنة.

إن كنت تقوم بالتقديم لشخص آخر وليس لنفسك، لا نحتاج لرقم الضمان الاجتماعي الخاص بك أو إثبات الجنسية الأمريكية. الأشخاص الذين ليسوا مواطنين أمريكيين قد يكونوا لا يزالون مؤهلين لتلقي منافع معينة. إن كنت لا تملك رقم ضمان اجتماعي خاص بك، قد يكون أفراد الأسرة الآخرين ممن يملكون رقم الضمان الاجتماعي مؤهلين للتقديم. تخبرك الصفحتان 13-14 لماذا يقوم ODHS بأخذ كل رقم ضمان اجتماعي ولاي غرض يستخدم فيه كل رقم.

إن أرقام الضمان الاجتماعي غير مطلوبة للمساعدة المالية للاجئين (REFC) ولا المساعدة الرعاية النهارية المرتبطة بوظيفة (ERDC).

يمكنكم الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى، أو بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل للمكفوفين أو أية صيغة تفضلونها. لكي تطلب هذا النموذج بصيغة أو لغة أخرى، يجب عليك الاتصال بمكتب برنامج الاكتفاء الذاتي بالقرب منك. نستقبل جميع المكالمات المحولة أو يمكنكم الاتصال بالرقم 711 للمب-رقعة الكاتبة. للاطلاع على قائمة عناوين المكاتب المحلية، يُرجى الذهاب إلى الموقع الإلكتروني: www.oregon.gov/DHS/localoffices/index.shtml.

Agency use only:	Branch:	Case number:	Worker ID:	Case name:	Date of request:	Filing date:
	Expedited service? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Appointment date/time:	Receptionist ID:	MA notice <input type="checkbox"/>		

رجاء اسأل ان كنت تحتاج مساعدة لملئ الاستمارة.

اللغة التي اتكلمها: _____
 أخبرنا إن كنا بحاجة إلى: مترجم شفهي مترجم لغة إشارة
 مواد تحريرية مترجمة (أية لغة): _____
 مواد بشكل: لغة برايل طباعة بأحرف كبيرة شريط صوتي قرص كومبيوتر تقديم شفهي

أخبرنا عن نفسك

الاسم الكامل (الاسم الأخير، الأول، الحرف الأول للاسم الوسط) _____
 الاسم عائلة الام قبل الزواج: (أو أسماء أخرى مستخدمة) _____
 رقم الضمان الاجتماعي _____ رقم الهاتف أو رقم هاتف الرسائل النصية (أشر على واحد منها) البريد الإلكتروني _____
 عنوان البيت _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
 العنوان البريدي (إذا كان يختلف) _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
 توقيع مقدم الطلب (تاريخ التقديم للأغذية فقط). لجميع البرامج، وقع على الصفحة 16 لإكمال طلبك. _____ التاريخ _____

لإكمال طلب التقديم لتلقي مخصصات الطعام، املأ الصفحات 1-7 ووقع على الصفحة 16.

1. إني أقدم طلباً لـ: رعاية أطفال مساعدة من أجل العنف المنزلي الطعام النقد من أجل الأسر النقد للاجئين (REFC) كلا نعم
2. هل تنوي البقاء في أوريكون؟ كلا نعم
3. هل حصل أي شخص تقدم طلباً له على خدمات من ولاية أخرى في غضون الـ 30 يوماً الماضية؟
إذا نعم، أين؟ _____ تاريخ آخر استلام: _____
 كلا نعم
4. هل ترغب بإعطاء إذن لشخص آخر ليقدم أو يحصل على المنافع بدلا عنك؟ كلا نعم
5. هل تقوم عادة بشراء الطعام والأكل مع كل الذين تسكن معهم؟
إذا لا، من يشتري طعامه بمعزل عنك؟ _____
 كلا نعم

هل لديك حاجة فورية؟

1. رجاء اجب عما يلي لنفسك وكل من تقدم الطلب له معك:
 (أ) هل تمتلك أسرتك 100 دولار أو أقل بشكل نقد أو في حساب التوفير أو الحساب الجاري؟ نعم كلا
 (ب) هل تتلقى أسرتك إجمالي دخل (قبل الضرائب) أقل من 150 دولار لهذا الشهر؟ نعم كلا
 (ج) هل تتجاوز تكلفة السكن + الخدمات مبلغ الدخل + النقد + المال في حساباتك المصرفية؟ نعم كلا
 (د) هل أي فرد من أفراد أسرتك مهاجر أو عامل زراعي موسمي؟ نعم كلا
 (أجب فقط إن كان رديك على 1 أ أعلاه نعم)
 ◀ إذا أجبت بنعم على "1د"، هل ستحصل على دخل \$25 أو أكثر في العشرة أيام القادمة؟ نعم كلا
2. هل تحتاج إلى مكان للعيش فيه، أو هنالك إشعار إخلاء أو إغلاق رهن عقاري، أو تتوقع تلقي إشعار إلغاء خدمات؟ نعم كلا
3. هل يوجد أي شخص في حالة عنف منزلي أو هل إنهم بحاجة للهروب من وضع فيه إيذاء أو انعدام الأمان؟ نعم كلا
4. هل يخيف أي شخص في الأسرة شخصاً آخر فيها بالتهديد أو الصراخ أو الإيذاء البدني؟ نعم كلا

1. أخبرنا عن أفراد أفراد بيتك

الرجاء اكمال أدناه المعلومات لكل فرد في بيتك. يمكنك الامتناع عن إعطاء معلومات

عن مجموعتك العرقية أو تراث عنصرك. لن يؤثر ذلك على استحقاقك هذه المعلومات تساعدنا في الاستجابة لمتطلبات القسم السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 (Title VI of the Civil Rights Act)

اشر أدناه على المنافع المطلوبة لهذا الفرد:

لا يوجد أي الطعام رعاية الطفل
 نقد مساعدة للعنف المنزلي

هل يعاني هذا الفرد من إعاقة؟ نعم كلا
للمنافع الطعام والنقد، هل توجد مذكرة توقيف بحق هذا الفرد؟ نعم كلا
آخر مرحلة دراسية له: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____

مواطن أمريكي: نعم كلا
إذا كلا اكمال المعلومات ادناه:

رقم المقيم الاجنبي: _____

محل الولادة: _____

(المدينة / الدولة أو البلد)

تاريخ دخول الولايات المتحدة: _____ تاريخ دخول ولاية اوريغون: _____

الاسم الكامل (الاسم الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الوسط)

الذات

العلاقة (الام، الابن)

تاريخ الميلاد (الشهر/ اليوم/ السنة)

الجنس: ذكر أنثى

الحالة الزوجية: متزوج/ة أعزب/ عذباء أرمل/ة

مطلق/ة متزوج/ة، لكن منفصلين

الإثنية: اسباني/ لاتيني ليس اسباني/ لاتيني

الأصل العرقي: آسيوي ابيض

أصلي من هاواي/ جزر الباسيفيكي

هندي أمريكي / آلاسكا أصلي

أسود أو أفريقي أمريكي

اشر أدناه على المنافع المطلوبة لهذا الفرد:

لا يوجد أي الطعام رعاية الطفل
 نقد مساعدة للعنف المنزلي

هل يعاني هذا الفرد من إعاقة؟ نعم كلا
للمنافع الطعام والنقد، هل توجد مذكرة توقيف بحق هذا الفرد؟ نعم كلا
آخر مرحلة دراسية له: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____

مواطن أمريكي: نعم كلا
إذا كلا اكمال المعلومات ادناه:

رقم المقيم الاجنبي: _____

محل الولادة: _____

(المدينة / الدولة أو البلد)

تاريخ دخول الولايات المتحدة: _____ تاريخ دخول ولاية اوريغون: _____

الاسم الكامل (الاسم الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الوسط)

العلاقة (الام، الابن)

تاريخ الميلاد (الشهر/ اليوم/ السنة)

الجنس: ذكر أنثى

الحالة الزوجية: متزوج/ة أعزب/ عذباء أرمل/ة

مطلق/ة متزوج/ة، لكن منفصلين

الإثنية: اسباني/ لاتيني ليس اسباني/ لاتيني

الأصل العرقي: آسيوي ابيض

أصلي من هاواي/ جزر الباسيفيكي

هندي أمريكي / آلاسكا أصلي

أسود أو أفريقي أمريكي

2. هل أحد أفراد أسرتك حامل؟

نعم كلا

إذا نعم، من هي؟ _____ التاريخ المحسوب للولادة: _____

3. هل هنالك من هو في الجيش أو من المحاربين القدامى؟ نعم كلا، إذا نعم، من؟ _____

عسكري فعال بدوام كامل حرس وطني أو وحدة احتياط من المحاربين القدامى

نعم كلا

4. هل يعتبر أي شخص زوج(ة) أو معال لشخص في الجيش أو من المحاربين القدامى؟

5. للمخصصات النقدية، هل تود التكلم مع شخص ما حول مخاوف لديك بخصوص أطفالك؟

نعم كلا

(كأن يكون سلوك عدائي، أو مشاكل في المدرسة، أو احتياجات طبية، أو ايجاد رعاية للطفل)

6. أدرج أي فرد يطلب المنافع وهو طالب دراسة اعدادية، كلية، تجارة أو مهنية.

طالب 2	طالب 1	
		اسم الطالب:
		اسم المدرسة / البرنامج التدريبي:
مدرسة إعدادية <input type="checkbox"/> GED شهادة معادلة للإعدادية <input type="checkbox"/> خريج <input type="checkbox"/> تاهيلي <input type="checkbox"/> طالب جامعي <input type="checkbox"/>	مدرسة إعدادية <input type="checkbox"/> GED شهادة معادلة للإعدادية <input type="checkbox"/> خريج <input type="checkbox"/> تاهيلي <input type="checkbox"/> طالب جامعي <input type="checkbox"/>	نوع الطالب:
		الدروس:
الفصل السابق <input type="checkbox"/> الفصل الحالي <input type="checkbox"/> كلاهما <input type="checkbox"/>	الفصل السابق <input type="checkbox"/> الفصل الحالي <input type="checkbox"/> كلاهما <input type="checkbox"/>	طالب في الفصل السابق، الفصل الحالي أو كلاهما؟
قدم طلباً <input type="checkbox"/> يحصل حالياً <input type="checkbox"/>	قدم طلباً <input type="checkbox"/> يحصل حالياً <input type="checkbox"/>	قدم أو يحصل على دعم مالي؟

صفحات إضافية للأفراد الآخرين الساكنين معك

الرجاء اجب أدناه لمن يطلب المنافع

الرجاء اكمل أدناه المعلومات لكل فرد في بيتك. يمكنك الامتناع عن إعطاء معلومات عن مجموعتك العرقية أو تراث عنصرك. لن يؤثر ذلك على استحقاقك هذه المعلومات تساعدنا في الاستجابة لمتطلبات القسم السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 (Title VI of the Civil Rights Act)

اشر أدناه على المنافع المطلوبة لهذا الفرد:

لا يوجد أي الطعام رعاية الطفل
 نقد مساعدة للعنف المنزلي

هل يعاني هذا الفرد من إعاقة؟ نعم كلا

لنمنافع الطعام والنقد، هل توجد مذكرة توقيف بحق هذا الفرد؟ نعم كلا

آخر مرحلة دراسية له: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____-_____-_____

مواطن أمريكي: نعم كلا

إذا كلا اكمل المعلومات ادناه:

رقم المقيم الاجنبي: _____-_____-_____

محل الولادة: _____

(المدينة / الدولة أو البلد)

تاريخ دخول الولايات المتحدة: _____ تاريخ دخول ولاية اوريغون: _____

الاسم الكامل (الاسم الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الوسط)

تاريخ الميلاد (الشهر/ اليوم/ السنة) _____ العلاقة (الام، الابن)

الجنس: ذكر أنثى

الحالة الزوجية: متزوج/ة أعزب/ عذباء أرمل/ة

مطلق/ة متزوج/ة، لكن منفصلين

الإثنية: اسباني/ لاتيني ليس اسباني/ لاتيني

الأصل العرقي: أسوي ابيض

أصلي من هاواي/ جزر الباسفيكي

هندي أمريكي / الأسكا أصلي

أسود أو أفريقي أمريكي

اشر أدناه على المنافع المطلوبة لهذا الفرد:

لا يوجد أي الطعام رعاية الطفل
 نقد مساعدة للعنف المنزلي

هل يعاني هذا الفرد من إعاقة؟ نعم كلا

لنمنافع الطعام والنقد، هل توجد مذكرة توقيف بحق هذا الفرد؟ نعم كلا

آخر مرحلة دراسية له: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____-_____-_____

مواطن أمريكي: نعم كلا

إذا كلا اكمل المعلومات ادناه:

رقم المقيم الاجنبي: _____-_____-_____

محل الولادة: _____

(المدينة / الدولة أو البلد)

تاريخ دخول الولايات المتحدة: _____ تاريخ دخول ولاية اوريغون: _____

الاسم الكامل (الاسم الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الوسط)

تاريخ الميلاد (الشهر/ اليوم/ السنة) _____ العلاقة (الام، الابن)

الجنس: ذكر أنثى

الحالة الزوجية: متزوج/ة أعزب/ عذباء أرمل/ة

مطلق/ة متزوج/ة، لكن منفصلين

الإثنية: اسباني/ لاتيني ليس اسباني/ لاتيني

الأصل العرقي: أسوي ابيض

أصلي من هاواي/ جزر الباسفيكي

هندي أمريكي / الأسكا أصلي

أسود أو أفريقي أمريكي

اشر أدناه على المنافع المطلوبة لهذا الفرد:

لا يوجد أي الطعام رعاية الطفل
 نقد مساعدة للعنف المنزلي

هل يعاني هذا الفرد من إعاقة؟ نعم كلا

لنمنافع الطعام والنقد، هل توجد مذكرة توقيف بحق هذا الفرد؟ نعم كلا

آخر مرحلة دراسية له: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____-_____-_____

مواطن أمريكي: نعم كلا

إذا كلا اكمل المعلومات ادناه:

رقم المقيم الاجنبي: _____-_____-_____

محل الولادة: _____

(المدينة / الدولة أو البلد)

تاريخ دخول الولايات المتحدة: _____ تاريخ دخول ولاية اوريغون: _____

الاسم الكامل (الاسم الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الوسط)

تاريخ الميلاد (الشهر/ اليوم/ السنة) _____ العلاقة (الام، الابن)

الجنس: ذكر أنثى

الحالة الزوجية: متزوج/ة أعزب/ عذباء أرمل/ة

مطلق/ة متزوج/ة، لكن منفصلين

الإثنية: اسباني/ لاتيني ليس اسباني/ لاتيني

الأصل العرقي: أسوي ابيض

أصلي من هاواي/ جزر الباسفيكي

هندي أمريكي / الأسكا أصلي

أسود أو أفريقي أمريكي

* إذا كنت بحاجة لصفحة إضافية، انظر الصفحة الخلفية لهذه الورقة.

صفحات إضافية للأفراد الآخرين الساكنين معك

الرجاء اجب أدناه لمن يطلب المنافع

الرجاء اكمل أدناه المعلومات لكل فرد في بيتك. يمكنك الامتناع عن إعطاء معلومات عن مجموعتك العرقية أو تراث عنصرك. لن يؤثر ذلك على استحقاقك هذه المعلومات تساعدنا في الاستجابة لمتطلبات القسم السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 (Title VI of the Civil Rights Act)

اشر أدناه على المنافع المطلوبة لهذا الفرد:

لا يوجد أي الطعام رعاية الطفل
 نقد مساعدة للعنف المنزلي

هل يعاني هذا الفرد من إعاقة؟ نعم كلا
لنمنافع الطعام والنقد، هل توجد مذكرة توقيف بحق هذا الفرد؟ نعم كلا
آخر مرحلة دراسية له: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____-_____-_____

مواطن أمريكي: نعم كلا
إذا كلا اكمل المعلومات ادناه:

رقم المقيم الاجنبي: _____-_____-_____

محل الولادة: _____

(المدينة / الدولة أو البلد)

تاريخ دخول الولايات المتحدة: _____ تاريخ دخول ولاية اوريغون: _____

الاسم الكامل (الاسم الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الوسط)

تاريخ الميلاد (الشهر/ اليوم/ السنة) _____ العلاقة (الام، الابن)

الجنس: ذكر أنثى

الحالة الزوجية: متزوج/ة أعزب/ عذباء أرمل/ة
 مطلقة/ة متزوج/ة، لكن منفصلين

الإثنية: اسباني/ لاتيني ليس اسباني/ لاتيني

الأصل العرقي: أسوي ابيض

أصلي من هاواي/ جزر الباسفيكي

هندي أمريكي / الأسكا أصلي

أسود أو أفريقي أمريكي

اشر أدناه على المنافع المطلوبة لهذا الفرد:

لا يوجد أي الطعام رعاية الطفل
 نقد مساعدة للعنف المنزلي

هل يعاني هذا الفرد من إعاقة؟ نعم كلا
لنمنافع الطعام والنقد، هل توجد مذكرة توقيف بحق هذا الفرد؟ نعم كلا
آخر مرحلة دراسية له: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____-_____-_____

مواطن أمريكي: نعم كلا
إذا كلا اكمل المعلومات ادناه:

رقم المقيم الاجنبي: _____-_____-_____

محل الولادة: _____

(المدينة / الدولة أو البلد)

تاريخ دخول الولايات المتحدة: _____ تاريخ دخول ولاية اوريغون: _____

الاسم الكامل (الاسم الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الوسط)

تاريخ الميلاد (الشهر/ اليوم/ السنة) _____ العلاقة (الام، الابن)

الجنس: ذكر أنثى

الحالة الزوجية: متزوج/ة أعزب/ عذباء أرمل/ة
 مطلقة/ة متزوج/ة، لكن منفصلين

الإثنية: اسباني/ لاتيني ليس اسباني/ لاتيني

الأصل العرقي: أسوي ابيض

أصلي من هاواي/ جزر الباسفيكي

هندي أمريكي / الأسكا أصلي

أسود أو أفريقي أمريكي

اشر أدناه على المنافع المطلوبة لهذا الفرد:

لا يوجد أي الطعام رعاية الطفل
 نقد مساعدة للعنف المنزلي

هل يعاني هذا الفرد من إعاقة؟ نعم كلا
لنمنافع الطعام والنقد، هل توجد مذكرة توقيف بحق هذا الفرد؟ نعم كلا
آخر مرحلة دراسية له: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____-_____-_____

مواطن أمريكي: نعم كلا
إذا كلا اكمل المعلومات ادناه:

رقم المقيم الاجنبي: _____-_____-_____

محل الولادة: _____

(المدينة / الدولة أو البلد)

تاريخ دخول الولايات المتحدة: _____ تاريخ دخول ولاية اوريغون: _____

الاسم الكامل (الاسم الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الوسط)

تاريخ الميلاد (الشهر/ اليوم/ السنة) _____ العلاقة (الام، الابن)

الجنس: ذكر أنثى

الحالة الزوجية: متزوج/ة أعزب/ عذباء أرمل/ة
 مطلقة/ة متزوج/ة، لكن منفصلين

الإثنية: اسباني/ لاتيني ليس اسباني/ لاتيني

الأصل العرقي: أسوي ابيض

أصلي من هاواي/ جزر الباسفيكي

هندي أمريكي / الأسكا أصلي

أسود أو أفريقي أمريكي

* إذا كنت بحاجة لصفحة إضافية، رجاء قم بعمل نسخ أو اطلب استمارة DHS 0415X.

Agency use only	Branch:	Case number:	Worker ID:	Case name:
-----------------	---------	--------------	------------	------------

أخبرنا عن عمل أفراد البيت ودخلهم.

رجاء اجب عما يلي لنفسك وكل من تقدم الطلب له معك.

كلا نعم

1. هل ان أى فرد لديه أو يتوقع ان يحصل على أية نقود؟

إذا نعم، رجاءً اجب على الاسئلة 2 و3. سنحتاج إلى اثبات لدخلك للأيام الثلاثين الأخيرة.

2. نقود من العمل. رجاء اخبرنا عن أجورك، ورواتبك والعمولات التي استلمتها من الوظائف أو عمك الذاتي.

a. التوظيف الذاتي يعني انه يدفع لك لقيامك بعمل، ولكن لا يوجد لك رب عمل نظامي غيرك ليعطيك صك الراتب ويستقطع الضرائب. ربما تكون لك شركتك الخاصة ولها حساب مصرفي منفصل، أو تقوم بأعمال استثنائية لناس يدفعوا لك بالنقدي (كاش).

نحتاج أن نعرف عن النقد الذي تم دفعه أو سيتم دفعه هذا الشهر لأي فرد في بيتك يقرب لك أو لاولادك. استخدم الدخل الإجمالي (الكلي قبل الضرائب والاستقطاعات).

كلا نعم

هل ان أى فرد في بيتك يحصل على نقود من عمل؟

إذا نعم، رجاءً املا هذه الصفحة.

الدخل المكتسب	الوظيفة 1	الوظيفة 2	الوظيفة 3
الفرد العامل:			
اسم صاحب العمل:			
رقم هاتف صاحب العمل:			
العنوان الوظيفي:			
أجرة الساعة:	\$	\$	\$
عدد الساعات (في الأسبوع):			
متى يتم الدفع (أسبوعياً، شهرياً):			
مدخول آخر:	<input type="checkbox"/> بقشيش <input type="checkbox"/> عمولة <input type="checkbox"/> مكافأة <input type="checkbox"/> عمل لوقت إضافي <input type="checkbox"/> فرق المناوبة <input type="checkbox"/> أخرى:	<input type="checkbox"/> بقشيش <input type="checkbox"/> عمولة <input type="checkbox"/> مكافأة <input type="checkbox"/> عمل لوقت إضافي <input type="checkbox"/> فرق المناوبة <input type="checkbox"/> أخرى:	<input type="checkbox"/> بقشيش <input type="checkbox"/> عمولة <input type="checkbox"/> مكافأة <input type="checkbox"/> عمل لوقت إضافي <input type="checkbox"/> فرق المناوبة <input type="checkbox"/> أخرى:
هل الدخل من التوظيف الذاتي؟	كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل توجد لديك مصاريف على عمك هذا؟	كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
الدخل هذا الشهر:	\$	\$	\$
الدخل للشهر الماضي:	\$	\$	\$
* ان كان الدخل قد تغير مؤخرًا أو سيتغير، رجاء اعلمنا بالسبب:			
المبلغ الجديد:	\$	\$	\$
تاريخ التغيير:			

كلا نعم

b. هل فقد أحد عمله أو تركه خلال الأيام الثلاثين الماضية؟

إذا نعم، من؟ _____ تاريخ آخر يوم عمل: _____

سبب فقدان العمل؟ _____

تاريخ آخر دفع: _____

كلا نعم

3. هل يعمل أي فرد في بيتك كمتطوع؟

إذا نعم، اسم المتطوع: _____ عدد الساعات في الأسبوع؟ _____

4. رجاء ادرج أي دخل غير مكتسب.

نعم كلا

هل يتلقى أي فرد في بيتك يحصل على نقود من مكان غير العمل؟

إذا نعم، أخبرنا عن دخل هذا الشهر لأي فرد في بيتك يقرب لك أو لأولادك (بما في ذلك المنتظر ولادتهم).
 ◀ يجب ان ترسل إثبات. أخبرنا عن النقود، بما في ذلك:

- قروض يتم اعادتها لك
- اعادة زوجية أو للطفل
- راتب تقاعدي
- دخل الضمان الاجتماعي المساعد (SSI)
- دخل تعليمي (مثلا المساعدة المالية)
- ارباح أو فوائد على استثمارات
- مدفوعات القبايل
- تعويض البطالة
- إيجار مدفوع لك
- غير ذلك:
- منافع الإعاقة
- منافع الزوجية أو للمتني
- منافع الضمان الاجتماعي
- منافع المحاربين القداماء
- منافع الإجازة المدفوعة في أويغون

3	2	1	الدخل غير مكتسب
			الشخص متلقي المال:
			المصدر/ النوع:
			هل متوقع أن يستمر:
			المبلغ المستلم:
			تكرار مرات استلامه (اسبوعيا، شهريا):
			الدخل الغير مكتسب لهذا الشهر:
			الدخل الغير مكتسب للشهر الماضي:

اخبرنا عن مصاريف بيتك:

مصاريف رعاية المعتمدين عليك

نعم كلا

1. هل يقوم أي فرد بالدفع لرعاية الطفل أو رعاية بالغ ذو إعاقة؟

إذا نعم، من يدفع؟ _____ دولار _____ في الشهر.

نعم كلا

2. إذا كنت تحصل على منافع رعاية الطفل، هل تدفع تكاليف رعاية الطفل بالإضافة لحصتك من الدفع؟

إذا كانت الإجابة نعم، اذكر المبلغ الشهري. \$ _____ في الشهر.

اخبرنا عن احتياجاتك لرعاية الطفل

1. رجاء ادرج المعلومات عن جدول عملك أو دراستك.

الوالدة/ أو المعيل 1:

ساعات العمل الاعتيادية: من _____ صباحا / بعد الظهر إلى _____ صباحا / بعد الظهر
أيام العمل المعتادة: <input type="checkbox"/> الاثنين <input type="checkbox"/> الثلاثاء <input type="checkbox"/> الاربعاء <input type="checkbox"/> الخميس <input type="checkbox"/> الجمعة <input type="checkbox"/> السبت <input type="checkbox"/> الأحد
ساعات المدرسة المعتادة: من _____ صباحا / بعد الظهر إلى _____ صباحا / بعد الظهر
أيام المدرسة المعتادة: <input type="checkbox"/> الاثنين <input type="checkbox"/> الثلاثاء <input type="checkbox"/> الاربعاء <input type="checkbox"/> الخميس <input type="checkbox"/> الجمعة <input type="checkbox"/> السبت <input type="checkbox"/> الأحد
جدول آخر (أوصف): _____
ملاحظة: إذا كان جدولك يحتوي أوقاتا متباينة، ضع معلومات حول الأيام والأوقات التي عملت أو حضرت دروسا فيها. أخبرنا إذا ما كنت تعمل في مناوبة ليلية وتحتاج لساعات من النوم.

الوالدة/ أو المعيل 2، زوجك (زوجتك) أو العمل الإضافي أو الدراسة الإضافية للوالد رقم 1:

ساعات العمل الاعتيادية: من _____ صباحا / بعد الظهر إلى _____ صباحا / بعد الظهر
أيام العمل المعتادة: <input type="checkbox"/> الاثنين <input type="checkbox"/> الثلاثاء <input type="checkbox"/> الاربعاء <input type="checkbox"/> الخميس <input type="checkbox"/> الجمعة <input type="checkbox"/> السبت <input type="checkbox"/> الأحد
ساعات المدرسة المعتادة: من _____ صباحا / بعد الظهر إلى _____ صباحا / بعد الظهر
أيام المدرسة المعتادة: <input type="checkbox"/> الاثنين <input type="checkbox"/> الثلاثاء <input type="checkbox"/> الاربعاء <input type="checkbox"/> الخميس <input type="checkbox"/> الجمعة <input type="checkbox"/> السبت <input type="checkbox"/> الأحد
جدول آخر (أوصف): _____

2. رجاء ادرج المعلومات عن مقدم خدمة رعاية الطفل:

رقم الهاتف: _____	رقم الهاتف: _____
مقدم الخدمة:	مقدم الخدمة الثاني:

يحتاج مقدمي الرعاية غير المرخصين إلى إكمال تدقيق أمني واستكمال الموافقة عليهم قبل أن يعتبروا مؤهلين لتلقي الدفع. إذا احتجتم للمساعدة في اختيار مقدم رعاية، اتصلوا: لمعلومات الـ 211 الاتصال برقم 211، أو كتابة رسالة نصية بكلمة أساسية "children" إلى الرقم 898211، أو إرسال بريد إلكتروني إلى children@211.org أو زيارة الموقع <https://www.211info.org>.

3. هل تحتاج لرعاية الأطفال لطف متبنى؟
 نعم كلا
4. هل لديك وصاية مشتركة لأي من الأطفال المحتاجين لرعاية؟
 نعم كلا
5. هل تحتاج إلى رعاية أطفال لدى عمك، أو تواجدك في الصف الدراسي أو تلقي منافع TANF؟
 إن الساعات الدراسية، وبضمنها الدراسة لمعادلة شهادة الإعدادية GED لمن عمرهم أكبر من 20، مغطاة ضمن الأهلية الدراسية لتلقي المنافع المالية الفيدرالية. بإمكان الطلبة ممن يبلغ عمرهم 20 سنة فأكثر حضور أية مدرسة إعدادية أو برنامج GED.
 قدم معلومات تسجيلك وجدول صفوفك.
 نعم كلا
6. هل أنت في إجازة طبية من العمل من أجلك أو من أجل طفل في منزلك؟
 إذا أجبت بنعم، اسم الطفل: _____
 نعم كلا
7. لاحتياجات رعاية الطفل، هل ان سجل تلقيحات أطفالك (الحقن) محدث؟
 إذا كلا، اتصل بطبيبك أو قسم الصحة المحلي للحصول على معلومات أكثر. يجب ان توافق على الاستجابة لتوجيهات الولاية حول التلقيحات أو الإعفاءات لتحصن على منافع لرعاية الطفل.
 نعم كلا
8. هل تزيد مدخرات عائلتك عن واحد مليون دولار (1,000,000 دولار)؟
 نعم كلا

إذا كنت تقدم طلبًا من أجل رعاية الأطفال فقط، يرجى الإجابة على السؤال 1 ضمن نفقات المنزل: "هل أنت بلا مسكن" ومن ثم تجاوز باقي الأسئلة وصولاً إلى الصفحة 13، اقرأ الصفحات 13-16 ووقع على الصفحة 16.
 للتقديم على منافع الطعام والنقد (الكاش) اكمل رجاء

مصاريف الإسكان

1. هل أنت بلا سكن، أو تقطن في ملجأ، أو فندق، أو سيارة أو موقع تخيير أو مكان عام؟
 نعم كلا
2. هل تسكن مع عائلة أخرى أو شخص آخر بسبب فقدانك مسكنك؟
 (أ) هل سكنت أو تخطط للسكن في الإطار السكني هذا لأكثر من 90 يومًا؟
 نعم كلا
3. هل تدفع أنت أو شخص في أسرته تكاليف السكن؟
 إذا نعم، رجاء اكمل ادناه
 إيجار رهن عقاري ماهو الايجار/ إجمالي الرهن العقاري؟ _____

كم تدفع من المبلغ الكلي؟ دولار كل _____ أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> سنة <input type="checkbox"/>	التأمين ضد الحريق/ المخاطر، إن كانت منفصلة: دولار كل _____ أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> سنة <input type="checkbox"/>	ضريبة العقار، إن كانت منفصلة: دولار كل _____ أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> سنة <input type="checkbox"/>
الشخص أو الشركة التي تدفع لها الإيجار/ الرهن العقاري: _____		هل يمكننا الاتصال بهذا الشخص / الشركة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا إذا نعم، ماهو رقم هاتفهم: _____

4. هل تتوقع ان تدفع نفس المبلغ للسكن في الشهر القادم؟
 نعم كلا
5. هل تحصل على اعانة لتدفع مقابل السكن؟
 إذا نعم، رجاء اكمل ادناه
 نعم كلا

من يدفع	يدفع إلى	المبلغ المدفوع
		\$
		\$

6. إذا أبلغت بأنك لا تملك دخلاً، فكيف تدفع مقابل نفقات مسكنك؟

تكاليف الخدمات

1. هل تدفع لتدفئة/تبريد منزلك؟ نعم كلا
- أ) هل إن تكاليف التدفئة/التبريد متضمنة في الإيجار/الرهن؟ نعم كلا
2. أي نوع من الخدمات الأخرى تقوم بدفع تكاليفها؟
 الماء/المجاري القمامة الكهرباء الغاز الهاتف غير ذلك: _____

مصاريف إعانة الطفل بأمر المحكمة

1. هل يقوم أحد في بيتك بدفع تكاليف إعانة طفل بأمر محكمة لشخص خارج بيتك؟
إذا نعم، رجاء اكمل ادناه
- نعم كلا

المبلغ المدفوع	لأي طفل	الشخص الذي يقوم بدفع الإعانة
\$		

المصاريف الطبية

1. هل ان أي فرد تقدم له طلباً عمره 60 سنة أو اكثر أو مصاب بإعاقة ويستلم راتب ضمان اجتماعي SSD/SSI؟
إذا نعم، ادرج أي تكاليف طبية تدفعها من جيبك، بما في ذلك تكاليف التأمين الطبي.
- نعم كلا

المبلغ المدفوع	الفرد ذو التكاليف الطبية من الجيب
دولار في الشهر	

اخبرنا عن موارد بيتك

1. هل انت، أو أي فرد تقدم له، يملك أو اسمه مسجل على أي من التالي؟

- أ) حساب جاري، ادخاري، حساب ائتماني، IRA، 401k.
- ب) أسهم، قيود مالية، حسابات أموال تجارية، ودائع مصرفية CD، صناديق ائتمان.
- ج) نقد سائل تحت اليد أو من نوع آخر: _____
- إذا كان نعم لأي من اعلاه، رجاء اكمل أدناه.
- نعم كلا
- نعم كلا
- نعم كلا

النوع	اسم / موقع البنك	القيمة/ الموازنة الحالية	تعود إلى

2. هل ان أي أحد يشتري، يملك، عقار، أرض أو بناية انت لا تعيش عليها؟ نعم كلا
3. هل ان أي أحد يملك شيء ذو قيمة؟ (مثلاً: سيارة، شاحنة، قارب، الخ) نعم كلا
4. هل أصبت انت أو أحد أفراد عائلتك في حادث وتقوم بالمطالبة بتعويض نقدي؟
إذا نعم، ما تاريخ الإصابة؟ _____

إذا نعم، رجاء اكمل استمارة MSC 0451، اصابة شخصية متعلقة بمركبة أو MSC 0451 NV، اصابة شخصية غير متعلقة بمركبة.

Agency use only	<input type="checkbox"/> FUA	<input type="checkbox"/> LUA	<input type="checkbox"/> IUA	<input type="checkbox"/> TUA	<input type="checkbox"/> COS
-----------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

أخبرنا عن منافع الطعام من خارج الولاية

1. لدى أوريغون سقف زمني لـ 3 شهور لبرنامج منافع الطعام (سناب) SNAP. هذا السقف الزمني محدد لأغلب البالغين بين سن 18 وحتى 52 سنة القادرين على العمل وليس لديهم أطفال دون سن 18 في ملف SNAP لديهم. يمكنهم الحصول على (سناب) SNAP لمدة ثلاث شهور فقط في فترة ثلاث سنوات. قد تُحتسب الأشهر التي استلمت فيها (سناب) SNAP في ولاية أخرى لغرض حساب السقف الزمني لولاية أوريغون.

هل انت أو أحد تقدم له حصل على (سناب) SNAP في ولاية أخرى منذ 1 كانون الثاني 2022؟
نعم كلا

إذا نعم، رجاء اكمل ادناه

الولاية	الشخص

إذا كنت تقدم طلب للحصول على رعاية الأطفال فقط، تخطى إلى صفحة 13.
اقرأ الصفحات 13-16 ووقع في الصفحة 16.
للتقديم على منافع الطعام (SNAP) والنقد (الكاش) اكمل رجاء.

أخبرنا عن المجتمع الذي تعيش فيه

1. هل تعيش في واحد من التالي؟

محمية هندية
إذا نعم، اي واحدة؟
مجتمع هندي مستقل
إذا نعم، اي واحدة؟
أرض مخصصة هندية
إذا نعم، اي واحدة؟

نعم كلا

نعم كلا

نعم كلا

إذا كنت تقدم للحصول على منافع الطعام فقط، تخطى إلى صفحة 12.
اقرأ الصفحات 12-16 ووقع في الصفحة 16.
للتقديم على النقد (كاش) رجاء استمر.

اخبرنا عن مدتك على برنامج الإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (تانف) TANF

1. لولاية اوريغون سقف زمني مدته 60 شهراً لبرنامج الإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families: TANF). إن عدد الأشهر التي استلمت فيها (تانف) TANF في ولاية أخرى أو من برنامج تانف لقبيلة يمكن ان يحتسب لغرض السقف الزمني لولاية اوريغون.

هل انت أو شخص تقدم له حصل على TANF في ولاية أخرى أو من برنامج TANF لقبيلة منذ عام 1996؟ نعم كلا
إذا نعم، رجاء اكمل ادناه

الشخص	الولاية أو القبيلة	عدد الاشهر على (تانف) TANF

اخبرنا عن عضويتك في قبيلة

1. هل هنالك أي شخص تقدم طلباً له عضو في إحدى قبائل اوريغون التسع المعترف بها فيدرالياً؟
إذا نعم، أية قبيلة (قبائل):

- قبيلة بيرنز بايوت (Burns Paiute Tribe) القبائل الكونفدرالية لسايلتز (Confederated Tribes of Siletz)
- القبائل الكونفدرالية لهنود الكوس، وأومبكوا السفلى القبائل الكونفدرالية في محمية أوماتيلا للهنود الأصليين
- والسيوسلو (Confederated Tribes of the Coos, Lower Umpqua and Siuslaw Indians) القبائل الكونفدرالية للينابيع الدافئة (Confederated Tribes of Warm Springs)
- قبيلة كوكويل الهندية (Coquille Indian Tribe) القبائل الكونفدرالية لجراند روند (Confederated Tribes of Grand Ronde)
- جماعة جدول البقرة لهنود أومبكوا (Cow Creek Band of Umpqua Indians) قبائل الكلاماث (Klamath Tribes)

2. هل هنالك أي شخص تقدم طلباً له عضو في أي قبيلة أخرى معترف بها فيدرالياً؟

الشخص	القبيلة

اخبرنا عن الإعاقات في بيتك

1. هل يوجد لدى أحد تقدم الطلب من أجله إعاقة ستستمر لأكثر من 12 شهر؟
إذا نعم، من؟ _____

2. هل قام أي أحد في بيتك بالتقديم أو فكر بالتقديم على منافع الإعاقة من خلال دائرة الضمان الاجتماعي؟
إذا نعم، هل ان التقديم: حصل على موافقة رفض قيد التقييم

أخبرنا عن أي والدين لا يسكنون في البيت

مهم - بالتقديم على الخدمات، انت تسمح لنا باثبات الأبوة (قانونا سمي ابو الطفل) ومتابعة استحصال إعانة الأطفال من الوالدين الذين لا يعيشون في البيت الا ان كنت تفكر بان هذا الوالد قد يؤذيك انت أو الطفل.

1. إذا كان أي فرد في البيت حامل، هل الوالد يعيش في البيت؟ نعم كلا
2. هل ان أي من والدي الطفل يعيش خارج بيت الطفل؟ نعم كلا

إذا نعم، رجاء ادرج الوالد (والدين) حتى وان لك يكن الطفل قد ولد بعد. أيضا، ادرج اسم والديك إذا كنت تحت سن 18 ولا تسكن معهم. رجاء اعط أكبر قدر من المعلومات بما امكن.

أ) والد غائب 1

الاسم (الاول، الأخير ، الحرف الاول للوسط):		هذا هو: <input type="checkbox"/> طفل من زوجي أو زوجي السابق <input type="checkbox"/> شريكي أو شريكي السابق <input type="checkbox"/> ربيب <input type="checkbox"/> آخر: _____	
الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر		تاريخ الميلاد: (الشهر، اليوم، السنة): _____ رقم الضمان الاجتماعي (إذا كنت تعرفه): _____	
العنوان:		المدينة:	الولاية:
هاتف: _____		اعط التاريخ الذي توقف فيه الوالد عن السكن مع الطفل (الشهر، اليوم، السنة): _____	
عدد الساعات في الاسبوع التي يقضيها هذا الوالد مع الطفل (الأطفال): _____ كم من هذه الساعات يتم قضائها في منزل الطفل (الأطفال): _____		ادرج طفل (أطفال) هذا الوالد المذكورين في هذه الاستمارة.	
إذا كان هذا الاب غائب، هل تم اثبات الابوة قانونيا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> لا أعلم			
هل تعتقد ان هذا الاب يمكن ان يؤذيك انت أو الطفل إذا حاولنا اثبات ابوته أو التامين الصحي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا			

ب) والد غائب 2

الاسم (الاول، الأخير ، الحرف الاول للوسط):		هذا هو: <input type="checkbox"/> طفل من زوجي أو زوجي السابق <input type="checkbox"/> شريكي أو شريكي السابق <input type="checkbox"/> ربيب <input type="checkbox"/> آخر: _____	
الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر		تاريخ الميلاد: (الشهر، اليوم، السنة): _____ رقم الضمان الاجتماعي (إذا كنت تعرفه): _____	
العنوان:		المدينة:	الولاية:
هاتف: _____		اعط التاريخ الذي توقف فيه الوالد عن السكن مع الطفل (الشهر، اليوم، السنة): _____	
عدد الساعات في الاسبوع التي يقضيها هذا الوالد مع الطفل (الأطفال): _____ كم من هذه الساعات يتم قضائها في منزل الطفل (الأطفال): _____		ادرج طفل (أطفال) هذا الوالد المذكورين في هذه الاستمارة.	
إذا كان هذا الاب غائب، هل تم اثبات الابوة قانونيا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> لا أعلم			
هل تعتقد ان هذا الاب يمكن ان يؤذيك انت أو الطفل إذا حاولنا اثبات ابوته أو التامين الصحي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا			

*الرجاء عمل نسخ لهذه الصفحة لوالدين اضافيين.

معلومات عن المنافع النقدية

المنافع النقدية تعرف أيضا بالإعانة المؤقتة للعوائل المحتاجة (TANF) أو المساعدة النقدية للاجئين (REFC). إن المخصصات النقدية هل لتسد حاجات العائلة الأساسية، مثل الغذاء واللباس والمأوى والمرافق.

تُصرف أغلبية المنافع النقدية في ولاية أوريغون من خلال بطاقة تحويل منافع الكترونية (EBT). وتُعرف أيضا بـ Oregon Trail Card. لا يُسمح بسحب مخصصات المساعدة النقدية أو صرفها باستخدام Oregon Trail Card في أي من الأماكن التالية:

- محلات بيع الخمر. تشمل هذه المحلات التي تبيع تحديداً أو غالباً البيرة أو النبيذ.
- كازينو، كازينو قمار أو مؤسسة مقامرة.
- محلات بيع تقدم لهو بالغين يتم فيه التعري أو الاستعراض بدون ملابس. يشمل ذلك محلات الفيديو للبالغين التي تبيع أو تعرض تحديداً أو غالباً فيديوهات أو أفلام موجهة للبالغين.
- محلات بيع الماريجوانا.

تنطبق هذه القيود:

- في أوريغون
- خارج أوريغون
- على الأراضي القبائلية

وتنطبق هذه القيود أيضاً على الفوائد النقدية في حساب مصرفي خاص.

إذا كنت تقدم على مساعدة نقدية للعوائل:

"تعيين" المدفوعات وحق الولاية بوضع حجز على أي دعوى إصابة

للتأهل للمساعدة، يجب ان تسمح لقسم الخدمات البشرية بتحصيل المال الذي تحصل عليه انت أو أي أفراد عائلتك الاخرين، بما في ذلك أي طفل يولد مستقبلاً، تستلم أو لك الحق في استلام من:

- ناس آخرين، أعمال أو مصادر أخرى تقوم أو يمكن ان تكون مسؤولة عن تغطية مصاريف متعلقة بإصابة، مثل إصابة حادث سيارة.

يوجد حدود على المبلغ الذي تستطيع ODHS ان تأخذه. لا يمكن لها ان تأخذ اكثر من المبلغ الذي تم دفعه في مساعدة نقدية لك ولعائلتك.

بتوقيع هذه الاستمارة، فانت توافق على مساعدة ODHS بايجاد وتحصيل هذه المدفوعات. إذا كنت انت أو فرد من عائلتك ممن تستلمون المنافع أصيب في حادث أو أصيب من قبل شخص آخر أو عمل يتوجب عليك ابلاغ ODHS في غضون عشرة أيام. يمكن ان تقوم الولاية بوضع حجز على المال المستحصل من الادعاء.

إذا كنت تقدم على مساعدة نقدية للعوائل:

ماذا تحتاج أن تعرف عن "تعيين الإعانة"

"الإعانة" هي النقد الذي تحصل عليه لك أو لأطفالك، كالنفقة أو إعانة الطفل.

عندما تحصل على منافع المساعدة النقدية، انت "تعيين" للولاية الحق بالاحتفاظ بالمساعدة التي تحصل عليها انت أو أي فرد في عائلتك من شخص آخر. يذهب المال للتسديد للولاية مقابل المال الذي تحصل عليه.

ملاحظة: لا يسري هذا خلال أي فترة من الزمن تتلقى فيها المخصصات النقدية من برنامج JOBS Plus، أو برنامج العائلة التابع للولاية لما قبل تقديم الطلب إلى برنامج (State Family Pre-SSI/SSDI: SFPSS)، أو ما بعد برنامج الإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو إذا كنتم عائلة من الدين.

هذا يعني انك خلال فترة استلامك للمنافع النقدية:

ستحتفظ الولاية بجزء من مدفوعات المساعدة (لكل من المدفوعات الحالية أو السابقة) المستلمة لك ولأفراد عائلتك. لن تحتفظ الولاية بكل مبلغ مساعدة طفلك. سترسل الولاية لك مبلغ \$50 خمسون دولار من المساعدة الحالية للطفل لكل طفل في كل شهر إلى حد \$200 مئتين دولار لكل عائلة في الشهر. لن تعتبر الولاية هذا المبلغ كدخل لأغراض احتساب أهليتك ومنافعك.

ملاحظة: إذا كنت تقدم على مساعدة نقدية وانت في برنامج SFPSS أو JOBS Plus، أو انك والدين، الولاية بشكل عام لن تحتفظ باي مبلغ من مساعدة الطفل. عند تحديد أهليتك ومنافعك، \$50 (لكل طفل لكل شهر لغاية \$200 لكل عائلة شهريا) من المبلغ الحالي لمساعدة الطفل المستلم لن يحتسب كدخل شهري لك.

عندما تغادر برنامج المساعدة النقدية:

- مدفوعات مساعدة الطفل الحالية ستذهب اليك؛
- أية مدفوعات راجعة من السابق للأشهر التي كنت تستلم فيها المساعدة النقدية ستحتفظ بها الولاية؛
- أية مدفوعات راجعة من السابق للأشهر التي لم تكن تستلم فيها المساعدة النقدية ستذهب لك.

العمل مع مساعدة الطفل

بينما تستلم أنت المساعدة النقدية (كاش)، ستحتاج للعمل مع برنامج الولاية لمساعدة الطفل. مهم: أنت غير ملزم بالعمل مع برنامج مساعدة لطفل إذا كنت تعتقد ان هذا يعني خطرا عليك أو على أطفالك.

العمل مع برنامج مساعدة الطفل يمكن ان يعني:

- المساعدة في تحديد مكان والد طفلك الاخر (ما لم تعتقد ان هذ يشكل خطر لك أو لأطفالك)؛
- تسمية أب الطفل قانونيا (إثبات الأبوة)؛
- استحصاأ أمر بالمساعدة.

معلومات حول عقوبات برنامج المساعدة النقدية

إذا قمت عن معرفة بعمل ما يلي للحصول على الإعانة المؤقتة للعوائل المحتاجة (TANF) و/ أو المساعدة النقدية للاجئين (REFC) ستحصل على عقوبة:

- تقديم معلومات كاذبة عنك أو عن فرد تقدم له؛
- اخفاء معلومات عنك أو عن شخص تقدم له؛
- تقديم معلومات كاذبة عن مكان سكنك.

المرارة الأولى التي تقوم بما ذكر أعلاه ستحرم من تائف TANF لمدة 12 شهراً. المرة الثانية ستحرم من تائف TANF لمدة 24 شهراً. المرة الثالثة لن يكن بمقدورك الحصول على تائف TANF على الاطلاق. وسيتوجب عليك إعادة كل مبلغ تائف TANF الذي لم تكن تستحقه. لن تزداد منافعك للطعام حتى لو تم تقليل تائف TANF إذا أخبرتنا بمعلومة غير صحيحة أو لم تخبرنا بمعلومة صحيحة.

المرارة الأولى التي تقوم بما ذكر أعلاه ستحرم من REFC لمدة 3 أشهر. المرة الثانية ستحرم من تائف REFC لمدة 6 أشهر. وسيتوجب عليك إعادة كل مبلغ REFC الذي لم تكن تستحقه. لن تزداد منافعك للطعام حتى لو تم تقليل مبلغ REFC إذا أخبرتنا بمعلومة غير صحيحة أو لم تخبرنا بمعلومة صحيحة.

معلومات حول عقوبات برنامج الإعانة الغذائية التكميلية (SNAP)

إذا فعلت ما يلي...	ستخسر المساعدات الغذائية...
<ul style="list-style-type: none"> • إخفاء معلومات أو إعطاء بيانات كاذبة؛ • استخدام بطاقة المنافع الالكترونية (EBT) العائدة لشخص آخر؛ • استخدام منافع الطعام لشراء كحول أو تبغ؛ • مقايضة أو بيع المنافع أو بطاقة EBT؛ • تفريغ الحاويات فقط لاسترداد القيمة النقدية؛ • إعادة بيع الطعام المشتري بمساعدات الطعام للحصول على النقد؛ 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 شهر للجنة الأولى؛ • 24 شهر للجنة الثانية؛ • مدى الحياة للجنة الثالثة.
<ul style="list-style-type: none"> • استبدال المساعدات الغذائية للحصول على المواد الخاضعة للرقابة كالمخدرات. 	<ul style="list-style-type: none"> • 24 شهر للجنة الأولى؛ • مدى الحياة للجنة الثانية.
<ul style="list-style-type: none"> • استبدال المساعدات الغذائية للحصول على الأسلحة النارية، الذخيرة، أو المتفجرات. 	<ul style="list-style-type: none"> • بصورة دائمة.
<ul style="list-style-type: none"> • مقايضة، شراء أو بيع منافع الطعام بقيمة \$500 أو أكثر. 	<ul style="list-style-type: none"> • بصورة دائمة.
<ul style="list-style-type: none"> • إعطاء معلومات كاذبة عن هويتك أو مكان سكنك لغرض الحصول على منافع طعام اضافية. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 سنوات لكل لجنة.
<p>وقد تدفع غرامة قيمتها \$250,000 أو تسجن لمدة 20 سنة او كلاهما، لافعال كهذه. وقد تحصل على تهمة حسب القوانين الفيدرالية الأخرى.</p>	
إذا فعلت ما يلي بتعمد...	فقد تكون...
<ul style="list-style-type: none"> • استخدام بطاقات EBT ليست لك؛ • نقل بطاقات EBT الخاصة بك إلى ناس آخرين؛ أو • شراء أو تملك بطاقات EBT ليست لك. 	<ul style="list-style-type: none"> • مذنب بجنحة أو جنائية؛ • تُعْرَم؛ • توضع في السجن؛ • غير مؤهل بالمنافع الغذائية لفترة زمنية.

سياستنا بشأن التمييز

لن تميّز إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services: ODHS) وهيئة صحة أوريغون (OHA) ضد أحد. وهذا يعني أن ODHS/OHA سوف تساعد كل من يكون مؤهلاً ولن تعامل أهداً بشكل مختلف عن الأخر لأسباب عائدة إلى العمر أو العرق أو اللون أو المنشأ الوطني أو الجنس أو الديانة أو المعتقدات السياسية¹ أو الإعاقة أو التوجّه الجنسي.

بإمكانك تقديم شكوى إذا كنت تعتقد أن ODHS أو OHA تعاملك بطريقة مختلفة لأي من هذه الأسباب. لتقديم شكوى إلى الولاية، بإمكانك الاتصال بمكتب الدفاع للحاكم على الرقم 1-800-442-5238 (TTY 711) أو خطياً لمكتبهم:

Governor's Advocacy Office
500 Summer Street NE, E17
Salem, OR 97301

البريد الإلكتروني: GAO.info@odhs.oregon.gov

طبقاً لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية وقوانين وسياسات الحقوق المدنية في وزارة الزراعة (USDA)، يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو المأصل القومي أو الجنس (ويشمل ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو الانتماء الديني أو الإعاقة أو العمر أو المعتقدات السياسية¹، أو الانتقام أو الثأر بسبب نشاط يتعلق بالحقوق المدنية.

إضافة إلى ذلك، قد تتوفر معلومات عن البرنامج في لغات أخرى إضافة إلى اللغة الإنجليزية. ينبغي على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتطلبون وسائل بديلة للتواصل بشأن معلومات عن البرنامج (كطريقة برايل للمكفوفين، طباعة النص بحروف كبيرة، شريط تسجيل صوتي، لغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) الاتصال بالوكالة (التابعة للولاية أو المحلية) التي قاموا بتقديم طلباتهم إليها للحصول على المخصصات. يجوز للأفراد الذين يعانون من الصم أو ضعف السمع الشديد أو إعاقات في النطق الاتصال بـ USDA من خلال خدمة المرخل الفيدرالي (Federal Relay Service) على رقم الهاتف (800) 877-8339.

لتقديم شكوى تتعلق بالتمييز في أي برنامج، يجب على المشتكي ملء استمارة AD-3027، استمارة شكوى التمييز في برنامج في USDA والتي يمكن الحصول عليها من على الموقع: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>، أو من أحد مكاتب USDA أو عبر الاتصال على الرقم 833-620-1071، أو عبر كتابة رسالة معونة إلى USDA. يجب أن تحتوي الرسالة اسم المشتكي، وعنوانه، ورقم هاتفه، ووصف خطي لتصرف التمييز المزعم بتفاصيل وافية لإبلاغ مساعد أمين الحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعم. يجب تقديم استمارة AD-3027 الكاملة أو الرسالة إلى:

البريد:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314P H

فاكس: 833-256-1665 أو 202-690-7442؛ أو

البريد الإلكتروني: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

تلتزم هذه المؤسسة بتكافؤ الفرص في تقديم خدماتها.

لماذا نحتاج إلى رقم الضمان الاجتماعي

أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) - القانون الفدرالي (42 USC 1320b-7 (a) و (b)، 7 USC 2011-2036، 42 CFR 435.910، 42 CFR 435.910، 7 USC 2011-2036، و 42 CFR 457.340 (b)) وقانون ODHS (OAR 461-120-0210) يتطلب من أي فرد يقدم لاعانة الطعام أو النقد ان يزود ODHS بأرقام SSN. إذا قدمت رقم SSN ستسرع من عملية التقديم. إن لم يمتلك شخص ما SSN، راجع www.ssa.gov.

أ. ستستخدم ODHS رقمك SSN لمساعد في تقرير اهليتك للمنافع. سيستخدم رقمك SSN للتحقق من دخلك، مدخراتك ومطابقتها مع سجلات الولاية و الاتحادية (فدرالية) مثل IRS، مساعدة طبية، اعانة الطفل وبرامج المساعدات العامة الأخرى.

ب. قد تستخدم ODHS رقمك SSN لتحضير مجموعة المعلومات أو التقارير المطلوبة من المصادر الممولة للبرنامج الذي قدمت له أو استلمت المنافع منه.

¹ إن زبائن SNAP محميين من التمييز ضد المعتقدات السياسية.

ج. قد تستخدم أو تظهر ODHS و OHA رقم SSN الخاص بك:

- إذا كان هنالك حاجة له في تشغيل البرنامج الذي قدمت له أو استلمت المنافع منه؛
- لإجراء تقييم الجودة ونشاطات التطوير؛
- للتحقق من صحة مبلغ المدفوعات واسترداد الزائد من المنافع؛
- للتأكد من عدم استلام أي فرد منافع في أكثر من عائلة .

لا تكون أرقام الضمان الاجتماعي مطلوبة من أجل نقد مساعدة اللاجئين (REFC) أو الرعاية النهارية المرتبطة بالتوظيف (ERDC).

معلومات عن حقوقك وواجباتك

بتوقيعي أدناه أوافق على:

- لقد أعطيت ODHS وإدارة التعليم المبكر والرعاية (DELIC) معلومات حقيقية وصحيحة وكاملة.
- أنا أفهم إن إعطاء تصريحات كاذبة أو إخفاء معلومات يمكن ان تعني عقوبة من الولاية أو الحكومة الاتحادية (الفيدرالية)، وكذلك توجب إعادة أي مدفوعات زائدة (هذا يشمل الممثلين المخولين للمساعدة النقدية)؛
- يحق لقسم الخدمات البشرية ODHS ان يراجع ملفي. وهذا يشمل القدوم إلى بيتي.
- أنا أعلن إنني مقيم في أوريغون.
- إنني سابلغ التغييرات في المعلومات المعطاة إلى ODHS عندما يطلب ذلك ODHS.
- أنا اعطيت المعلومات الصحيحة عن مواطنتي أنا والآخرين الذين قدمت لهم؛
- أنا أعرف أن ODHS ستقوم بتدقيق وضع هجرتي للأفراد الذين أقدم لهم أو يحصلون على المنافع. أنا أعرف ان المعلومات التي تحصل عليها ODHS من خدمات الجنسية والهجرة للولايات المتحدة (United States Citizenship and Immigration Service: USCIS) يمكن ان تؤثر على من يحصل على المنافع. لن تتصل ODHS بدائرة خدمات المواطنة والهجرة (USCIS) بشأن أي شخص لا يسعى التقديم على المخصصات.
- أنا أخول باطلاق سجلات مساعدة الطفل الخاصة بي من قسم العدل (DOJ)، وحدة مساعدة الطفل (DCS) إلى ODHS؛
- إن البالغين دون سن 60 سنة في هذه الاستمارة ممن يقدمون على منافع الطعام (SNAP) سيسجلون في برنامج الولاية للتوظيف. إذا قمت باضافة ناس للبرنامج مستقبلاً، سيسجلون هم أيضاً؛
- إن لم أقم بإعطاء رقم الضمان الاجتماعي إلى ODHS لأحد ما يريد التقديم على المنافع، فلن يمكن لهذا الشخص أن يحصل عليها؛
- لن تستخدم ODHS تكاليف المأوى، والتكاليف الطبية، رعاية الطفل، مساعدة الطفل بأمر المحكمة لتقدير منفعي إن لم اقم بالابلاغ عنها.
- ستطلب ODHS بيانات نظام التحقق من الدخل والأهلية (IEVS) وستقوم باستخدامها، علماً أن هذه المعلومات قد يكون لها تأثير على مستوى الأهلية والمخصصات. يشمل هذا التحقق من خلال الاتصال بأطراف ثالثة في حال وجود تناقض بالمعلومات. وقد يتضمن الاتصال بجهات أطراف أخرى مطابقة المعلومات مع سجلات البنك والدخل ومنافع تأمين البطالة
- أنا أفهم أن ODHS يمكن ان يستخدم أو يكشف رقم الضمان الاجتماعي لي ولكل فرد اقدم له، للأسباب المذكورة في صفحة 13؛
- يمكن أن تعطي ODHS و DELC المعلومات في هذا التقديم إلى:
 - وكالات الولاية والحكومة الاتحادية (الفيدرالية) التي تقوم بالمراجعات؛
 - مسؤولي فرض القانون، لمساعدتهم في اعتقال أحد ما هارب من القانون؛
 - وكالات الولاية والحكومة الاتحادية (الفيدرالية) ووكالات استحصال الديون الخاصة، إذا توجب علي إعادة المنافع إلى ODHS و DELC.
- يمكن ان تستخدم ODHS هذه المعلومات لإدارة برامج مساعدة عامة أخرى التي استلمها من ODHS.
- أنا أفهم أن ODHS يمكن ان يراقب أين استخدم المنافع النقدية تانف TANF من خلال بطاقتي الالكترونية (Oregon Trail Card) أو

أُسحب المنافع النقدية لتانف TANF باستخدام بطاقتي الإلكترونية Oregon Trail Card. أنا أيضا أفهم إنني لا يمكن أن استخدم بطاقتي الإلكترونية Oregon Trail Card لأصرف المنافع النقدية لتانف TANF أو سحب المنافع النقدية لتانف TANF في أي:

- محلات بيع الخمر. تشمل هذه المحلات التي تبيع تحديداً أو غالباً البيرة أو النبيذ.
- كازينو، كازينو قمار أو مؤسسة مقامرة.
- محلات بيع تقدم لهو بالغين يتم فيه التعري أو الاستعراض بدون ملابس. يشمل ذلك محلات الفيديو للبالغين التي تبيع أو تعرض تحديداً أو غالباً فيديوهات أو أفلام موجهة للبالغين.
- محلات بيع الماريجوانا.

تنطبق هذه القيود::

- في أوريغون
 - خارج أوريغون
 - على الأراضي القبائلية
- وتنطبق هذه القيود أيضاً على الفوائد النقدية في حساب مصرفي خاص.
- أنا أفهم أن الشخص الذي يوقع على هذه الاستمارة يجب ان يعيد تسديد المنافع إلى ODHS و DELC متى ما حصل زيادة في الدفع ضمن ملفي. الأشخاص الآخرين الذين يطلب ان يقدموا معي والممثل المخول يمكن أيضا ان يكونوا معرضين لاعادة الدفع الزائد.
 - أعلم أن بإمكانني طلب نسخة ورقية أو الكترونية من الطلب المُقدّم مني.
 - الناس الذين يقدمون على المنافع النقدية - أنا أعطي الولاية الحق في الاحتفاظ بمبالغ مدفوعات المساعدة، كما موضح في الصفحات 10-11. انا افهم بأنني غير مضطر للعمل مع برنامج مساعدة الطفل إذا كان ذلك يؤدي إلى خطر علي أو على أطفالي.
 - الناس الذين يقدمون طلبات للحصول على المنافع النقدية والطعام - أنا أفهم بأن لا يمكن الحصول على منافع طعام من برنامج توزيع الطعام القبائلي ومن برنامج سناب في نفس الوقت. لا يمكنني أيضا ان احصل على تانف TANF قبائلي ومساعدة نقدية لتانف TANF من ODHS في نفس الوقت.
 - أنا أصرح تحت طائلة العقوبات على إعطاء معلومات كاذبة بأن التصريحات التي أعطيتها عن الأفراد في بيتي، بما فيها تصريحات عن مواظنتي، الدخل، الموارد، العقارات، وكل المعلومات الأخرى التي اعطيتها إلى ODHS والمتعاقدين معه هي صحيحة.
 - سأقدم إثباتا على المعلومات التي اعطيتها إلى ODHS. وسأسمح أيضا للـ ODHS بالاتصال بأشخاص ووكالات أخرى لاستحصال إثباتات.
 - الأشخاص الذين يتقدمون بطلب العناية المنزلية النهارية المتعلقة بالتوظيف - أنا أفهم أن أي منافع رعاية الأطفال أتلقتها سوف يتم إبلاغ قسم أوريغون للإيرادات، والتي قد تؤثر على الديون الضريبية الخاصة بي و/ أو الاعادة المحتملة.
 - أفهم بكوني أحد الوالدين يمكنني أن أختار أن يأتي مقدم الرعاية لطفلي إلى منزلي لتقديم الرعاية. إذا قدم مزود الخدمة الرعاية في منزلي، يمكن اعتباري صاحب عمل ذلك الشخص وفقا للقانون الفيدرالي. كوني صاحب عمل، يجب علي أن ألبى المتطلبات الفيدرالية للحد الأدنى من الأجر ومعدلات الوقت الإضافي.

يتوفر برنامج BOLI Technical Assistance لأصحاب العمل:

- على الموقع الإلكتروني: <https://www.oregon.gov/boli/ta/Pages/index.aspx>؛
- البريد الإلكتروني: bolita@boli.state.or.us؛ و
- هاتف: 971-673-0824

يمكن إيجاد أحكام الحد الأدنى الفيدرالي للأجور في قانون معايير العمل العادل (FLSA) للمزيد من المعلومات حول قانون العمل العادل وتحديد إذا ما كنت صاحب عمل:

- يرجى زيارة: <https://www.dol.gov/agencies/whd/compliance-assistance>
- اتصل على الرقم المجاني للمعلومات والخط الساخن للمساعدة: 1-866-4USWAGE (1-866-487-9243).

رجاء واصل إلى صفحة 16، وقرأ ووقع.

أنا قرأت وفهمت حقوقي وواجباتي كما موضح لي أعلاه وفي استمارة DHS 4214 ولدي نسخة من الاستمارة.

التاريخ	التوقيع القانوني الكامل لمقدم الطلب/ممثلته المخول
التاريخ	التوقيع القانوني الكامل للوالد الأخر، القرين أو البالغ آخر
التاريخ	توقيع الموظف الشاهد

ما هي أفضل طريقة لنا للاتصال بك؟

الهاتف:

البريد الالكتروني (الايمل):

أخرى:

أية أيام وأوقات الافضل لنا للاتصال بك؟

تسجيل الناخب

إذا لم تكن مسجل للتصويت في الانتخابات في المكان الذي تعيش فيه الآن، فهل ترغب في تقديم طلب التسجيل هنا في هذا اليوم؟

نعم كلا

إن التقديم على التسجيل للتصويت أو رفض التسجيل لن يؤثر على مبلغ المساعدة الذي ستحصل عليه من هذه الوكالة