

طلب للحصول على الخدمات

ماذا يجب أن أفعل للحصول على المنافع؟

١. 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 الاكتفاء الذاتي المحلي ليرسل نسخة بالبريد لك؛

• خذ نسخة من مكتب الاكتفاء الذاتي المحلي؛ أو

• للحصول على إعانات الغذاء SNAP فقط، يمكن التقديم على الانترنت عن طريق الذهاب إلى: <https://apps.state.or.us/connect>

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

٢. املأ استمارة التقديم

• رعاية الأطفال، الرعاية النهارية المرتبطة بالعمل (ERDC): للأسر العاملة ذات الدخل المنخفض، ويمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات على الموقع التالي: <http://www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE>. لتطبيق، وملء الصفحات ١-٥. اقرأ الصفحات ١١-١٣ ووقع في الصفحة ١٥

• منافع التغذية، برنامج الإعانة الغذائية التكميلية (SNAP): المساعدة في شراء الغذاء. للتقديم، املأوا الصفحات ١-٧. اقرأ الصفحات ١٥-١٢ ووقع في الصفحة ١٥ يمكنك تقديم الصفحة ١ بكتابة اسمك، وعنوانك وتوقيعك فقط لتقديم طلب للمخصصات الغذائية ولبدء عملية معالجة الطلب. إذا كنت متأهلاً للمخصصات الغذائية، ستبدأ المخصصات اعتباراً من تاريخ التقديم هذا.

• المساعدة الطبية: لتقديم طلب الحصول على التغذية الصحية، اذهب في الإنترنت إلى: OregonHealthCare.gov أو اطلب رقم هاتف 1-800-699-9075 أو 711 (TTY) من الاثنين إلى الجمعة، ٧:٠٠ صباحاً حتى ٦:٠٠ مساءً لطلب الاستمارة.

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

٣. قم بتقديم الاستمارة. يمكنك أن ترسل الاستمارة بالبريد أو الفاكس أو أو تقدمها مباشرة إلى مكتب الاكتفاء الذاتي المحلي (يمكنك أخذ نسخة مختومة بتاريخ التقديم للحفاظ لديك). إذا كنت لاجئاً واصل حديثاً وخلال ٨ أشهر من وصولك الولايات المتحدة ومقيم في مقاطعات مولتنوماه، أو اشطنن أو كلاكس، قدم الاستمارة الخاصة بك في مكتب إعادة توطين اللاجئين المحلي. ستتم خدمتك في برنامج خدمة حالات اللاجئين (RCSP).

٤. احصل على موعد لمقابلة مع موظف خدمة الحالة. يمكن ان تراجع الاستمارة معك في مقابلة. من المهم ان تحضر في موعد المقابلة. 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. لتكن مؤهلاً، يجب ان تنطبق عليك واحدة مما يلي:

• دخلك الشهري اقل من \$١٥٠ ومجموع النقد السائل أو المودع في حسابك البنكي اقل من \$١٠٠.

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

• أنت مهاجر أو عامل زراعة موسمي ولديك كمية نفود ضئيلة.

يجب ان تكون قادراً على إثبات هويتك.

تستكمل في الصفحة التالية

ماذا يتوجب علي أن استصحب للمقابلة؟

يمكن أن تحتاج لـ جلب:

١ . هويتك؛

٢ . إثبات على الدخل الشهري؛

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

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

رجاء اعطنا علما 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 للاستمارة. كمية المنافع تعتمد أيضاً على تاريخ التقديم هذا.
- **منافع التغذية** عادة تبدأ اعتماداً على تاريخ تقديم الاستمارة. كمية المنافع تعتمد أيضاً على تاريخ التقديم هذا.
- **منافع رعاية الطفل** تبدأ من اليوم الأول في الشهر الذي تم فيه التقديم إن كنت مؤهلاً. مع ذلك، فالتاريخ الفعلي للدفع لا يمكن أن يسبق التاريخ الذي يكون فيه مقدم الخدمة الذي اخترته لك مسجلاً في قائمة الموافقة الرسمية لقسم الخدمات البشرية (DHS).

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 لمنافع معينة. إن كنت لا تملك رقم ضمان اجتماعي خاص بك، قد يكون أفراد الأسرة الآخرين الذين يملكون رقم الضمان الاجتماعي مؤهلين للتقديم. الصفحة ١١ تخبرك لماذا يقوم DHS بجمع كل رقم ضمان اجتماعي ولاي غرض يتم استخدام كل رقم.

رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب للحصول على الإعانة النقدية للاجئين.

بإمكانكم الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى، أو مطبوعة بأحرف كبيرة أو مطبوعة على طريقة برايل أو حسب التنسيق المفضل لديكم. لطلب هذا النموذج بتنسيقات أو لغات أخرى، اتصل بالمكتب المحلي لك أو اتصل بالرقم ٧١١ لذوي الإعاقة السمعية TTY . للاطلاع على قائمة عناوين المكاتب المحلية انظر: www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx.

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 لملاً الاستمارة.

اللغة التي استخدمها: _____
أعلمنا ان كنت تحتاج إلى: _____
 مترجم مترجم لغة اشارات.
 مواد تحريرية مترجمة (أي لغة؟): _____
مواد في: بريل طباعة كبيرة شريط صوتي قرص كومبيوتر تقديم شفهي

اخبرنا عن نفسك

الاسم الكامل (الاسم الأخير، الأول، الحرف الأول لاسم الوسط)	اسم عائلة الام قبل الزواج (أو اسماء أخرى مستخدمة)
رقم الضمان الاجتماعي	رقم الهاتف أو <input type="checkbox"/> رقم الرسالة النصية (ضع علامة على واحد منهما)
رقم البريد الإلكتروني	
عنوان البيت	الولاية
العنوان البريدي (إن كان مختلفاً)	الولاية
المدنية	المدنية
المدنية	المدنية
الرمز البريدي	الرمز البريدي
الرمز البريدي	الرمز البريدي

توقيع مقدم الطلب (تاريخ التقديم للأغذية فقط). لجميع البرامج، وقع على الصفحة ١٥ لإكمال طلبك.

لإكمال استمارة التقديم على مخصصات الطعام، املاً الصفحات 1-7 ووقع على الصفحة 15.

١. انا اقدم على: رعاية طفل اعادة عنف منزلي اعادة نقدية للاجئين (RCA) طعام

٢. هل تنوي البقاء في اوريجون؟ نعم كلا

٣. هل حصل أي شخص تقدم طلباً له على خدمات من ولاية أخرى في غضون ال ٣٠ يوماً الماضية؟ نعم كلا

إذا نعم، اين؟ _____ تاريخ آخر استلام: _____

٤. هل حصل أي شخص تقدم طلباً له على خدمات من ولاية أخرى في غضون ال ٣٠ يوماً الماضية؟ نعم كلا

٥. هل تقوم عادة بشراء الطعام والأكل مع كل الذين تسكن معهم؟ نعم كلا

إذا لا، من يشتري لهم الطعام بمعزل عنك؟ _____

هل لديك حاجة فورية؟

١. رجاء اجب عن التالي لك ولكل من تقدم له:

(أ) هل لأي منكم دخل \$١٥٠ أو أكثر شهرياً؟ نعم كلا

(ب) هل يملك أي منكم \$١٠٠ أو أكثر كنفد، حساب مصرفي جاري أو ادخاري؟ نعم كلا

(ج) هل ايجارك الشهري ومدفوعات الخدمات أكثر من دخلك الشهري، النقد السائل والنقد المودع في حساباتك المصرفية؟ نعم كلا

(د) هل أي منكم مهاجر أو عامل زراعي موسمي؟ نعم كلا

إذا نعم هل يملك أي منكم \$١٠٠ أو أكثر كنفد، حساب مصرفي جاري أو ادخاري؟ نعم كلا

هل ستحصل على دخل \$٢٥ أو أكثر في العشرة ايام القادمة؟ نعم كلا

٢. هل تحتاج مكان للسكن نعم كلا

٣. هل لديك اشعار بالاخلاء أو حجز عقار مرهون؟ نعم كلا

٤. هل لديك أو تتوقع الحصول على اشعار بقطع خدمة؟ نعم كلا

٥. هل تحتاج للهروب من وضع فيه إيذاء أو انعدام أمان لك؟ نعم كلا

٦. هل يخيفك شريكك بالتهديد، الصراخ، أو إيذائك بدنياً؟ نعم كلا

١. أخبرنا عن أفراد بيتك

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.

أشر أدناه على المنافع المطلوبة لهذا الفرد:

لا يوجد طعام رعاية الطفل
 نقد إعانة عنف منزلي

هل ان هذا الفرد معاق؟ نعم كلا

لمنافع 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 أدناه:

رقم المقيم الاجنبي: _____

محل الولادة: _____

(المدينة / الدولة أو البلد)

تاريخ دخول الولايات المتحدة: _____

تاريخ دخول ولاية أوريغون: _____

الاسم الكامل (الاسم الأخير ، الأول، الحرف الأول لاسم الوسط)
ذاتي

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

الجنس: ذكر أنثى

الحالة الزوجية: متزوج/ة أعزب/ عذراء أرمل/ة
 مطلق/ة متزوج/ة، لكن منفصلين

العرق: اسباني/ لاتيني ليس اسباني/ لاتيني

تراث العنصر: آسيوي أبيض

أصلي من هاواي/ جزر الباسيفيكي

هندي أمريكي / الاسكا أصلي

أسود أو أفريقي أمريكي

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

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

الجنس: ذكر أنثى

الحالة الزوجية: متزوج/ة أعزب/ عذراء أرمل/ة
 مطلق/ة متزوج/ة، لكن منفصلين

العرق: اسباني/ لاتيني ليس اسباني/ لاتيني

تراث العنصر: آسيوي أبيض

أصلي من هاواي/ جزر الباسيفيكي

هندي أمريكي / الاسكا أصلي

أسود أو أفريقي أمريكي

أشر أدناه على المنافع المطلوبة لهذا الفرد:

لا يوجد طعام رعاية الطفل
 نقد إعانة عنف منزلي

هل ان هذا الفرد معاق؟ نعم كلا

لمنافع 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 أدناه:

رقم المقيم الاجنبي: _____

محل الولادة: _____

(المدينة / الدولة أو البلد)

تاريخ دخول الولايات المتحدة: _____

تاريخ دخول ولاية أوريغون: _____

٢. هل أحد من أفراد بيتك حامل؟

نعم كلا

إذا نعم، من هي؟ _____

٣. هل أحد في الجيش، محارب قديم أو متزوج أو معتمد عليه/ها؟

نعم كلا

٤. للمخصصات النقدية، هل تود التكلّم مع شخص ما حول مخاوف لديك بخصوص أطفالك؟
(كان تكون سلوك عدائي، مشاكل في المدرسة، احتياجات طبية، أو ايجاد رعاية للطفل).

نعم كلا

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

طالب ٢	طالب ١	
		اسم الطالب:
		اسم المدرسة / البرنامج التدريبي:
		نوع الطالب:
<input type="checkbox"/> مدرسة إعدادية <input type="checkbox"/> شهادة معادلة للإعدادية <input type="checkbox"/> خريج <input type="checkbox"/> تاهيلي <input type="checkbox"/> طالب جامعي	<input type="checkbox"/> مدرسة إعدادية <input type="checkbox"/> شهادة معادلة للإعدادية <input type="checkbox"/> خريج <input type="checkbox"/> تاهيلي <input type="checkbox"/> طالب جامعي	دروس:
<input type="checkbox"/> 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	طالب في الفصل السابق، الفصل الحالي أو كلاهما؟
<input type="checkbox"/> يحصل حالياً <input type="checkbox"/> قدم	<input type="checkbox"/> يحصل حالياً <input type="checkbox"/> قدم	قدم أو يحصل على دعم مالي؟

صفحات إضافية للأفراد الآخرين الساكنين معك

الرجاء اكتب أدناه لمن يطلب المنافع

الرجاء اكتب 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.

أشر أدناه على المنافع المطلوبة لهذا الفرد:

لا يوجد طعام رعاية الطفل
 نقد إعانة عنف منزلي

هل ان هذا الفرد معاق؟ نعم كلا

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

آخر مرحلة دراسية له:

رقم الضمان الاجتماعي: _____

مواطن أمريكي: نعم كلا

إذا كلا اكتب المعلومات أدناه:

رقم المقيم الاجنبي: _____

محل الولادة: _____

(المدينة / الدولة أو البلد)

تاريخ دخول الولايات المتحدة: _____

تاريخ دخول ولاية أوريغون: _____

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

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

الجنس: ذكر أنثى

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

مطلق/ة متزوج/ة، لكن منفصلين

العرق: اسباني/ لاتيني ليس اسباني/ لاتيني

تراث العنصر: آسيوي أبيض

أصلي من هاواي/ جزر الباسيفيكي

هندي أمريكي / آلاسكا أصلي

أسود أو أفريقي أمريكي

أشر أدناه على المنافع المطلوبة لهذا الفرد:

لا يوجد طعام رعاية الطفل
 نقد إعانة عنف منزلي

هل ان هذا الفرد معاق؟ نعم كلا

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

آخر مرحلة دراسية له:

رقم الضمان الاجتماعي: _____

مواطن أمريكي: نعم كلا

إذا كلا اكتب المعلومات أدناه:

رقم المقيم الاجنبي: _____

محل الولادة: _____

(المدينة / الدولة أو البلد)

تاريخ دخول الولايات المتحدة: _____

تاريخ دخول ولاية أوريغون: _____

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

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

الجنس: ذكر أنثى

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

مطلق/ة متزوج/ة، لكن منفصلين

العرق: اسباني/ لاتيني ليس اسباني/ لاتيني

تراث العنصر: آسيوي أبيض

أصلي من هاواي/ جزر الباسيفيكي

هندي أمريكي / آلاسكا أصلي

أسود أو أفريقي أمريكي

أشر أدناه على المنافع المطلوبة لهذا الفرد:

لا يوجد طعام رعاية الطفل
 نقد إعانة عنف منزلي

هل ان هذا الفرد معاق؟ نعم كلا

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

آخر مرحلة دراسية له:

رقم الضمان الاجتماعي: _____

مواطن أمريكي: نعم كلا

إذا كلا اكتب المعلومات أدناه:

رقم المقيم الاجنبي: _____

محل الولادة: _____

(المدينة / الدولة أو البلد)

تاريخ دخول الولايات المتحدة: _____

تاريخ دخول ولاية أوريغون: _____

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

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

الجنس: ذكر أنثى

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

مطلق/ة متزوج/ة، لكن منفصلين

العرق: اسباني/ لاتيني ليس اسباني/ لاتيني

تراث العنصر: آسيوي أبيض

أصلي من هاواي/ جزر الباسيفيكي

هندي أمريكي / آلاسكا أصلي

أسود أو أفريقي أمريكي

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

صفحات إضافية للأفراد الآخرين الساكنين معك

<p>الرجاء امل 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.</p>	<p>الرجاء امل 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.</p>
<p>الرجاء امل 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.</p>	<p>الرجاء امل 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.</p>
<p>الرجاء امل 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.</p>	<p>الرجاء امل 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.</p>
<p>الرجاء امل 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.</p>	<p>الرجاء امل 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.</p>

* 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.

١. هل إن أي فرد لديه أو يتوقع ان يحصل على أي نقود؟ نعم كلا

إذا نعم، رجاء اجب على الاسئلة ٢ و ٣. سنحتاج إلى اثبات لدخلك للأيام الثلاثين الأخيرة.

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

أ. 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).

هل إن أي فرد في بيتك يحصل على نقود من عمل؟ نعم كلا
إذا نعم، رجاء املا هذه الصفحة.

الدخل المكتسب	الوظيفة ١	الوظيفة ٢	الوظيفة ٣
الفرد العامل:			
اسم صاحب العمل:			
رقم هاتف صاحب العمل:			
العنوان الوظيفي:			
أجرة الساعة:	\$	\$	\$
عدد الساعات (في الأسبوع):			
متى يتم الدفع (أسبوعيا، شهريا):			
مدخول آخر:	<input type="checkbox"/> (بقشيش) وقت اضافي <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (بقشيش) وقت اضافي <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (بقشيش) وقت اضافي <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> مكافاة <input type="checkbox"/> عمولة <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مكافاة <input type="checkbox"/> عمولة <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مكافاة <input type="checkbox"/> عمولة <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> فرق وجبة العمل <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> فرق وجبة العمل <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> فرق وجبة العمل <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>
هل الدخل من التوظيف الذاتي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا
هل توجد لديك مصاريف على عمالك هذا؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا
الدخل هذا الشهر:	\$	\$	\$
الدخل للشهر الماضي:	\$	\$	\$
*ان كان الدخل قد تغير مؤخرا أو سيتغير، رجاء اعلنا بالسبب:			
المبلغ الجديد:	\$	\$	\$
تاريخ التغيير:			

ب هل فقد أي فرد عمل أو ترك عملا خلال الثلاثين يوما الماضية؟ نعم كلا

إذا نعم، من هو؟ _____

سبب فقدان العمل؟ _____

تاريخ آخر دفع: _____

٣. هل يعمل أي فرد في بيتك كمتطوع؟ نعم كلا

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

٤. رجاء ادرج أي دخل غير مكتسب (ممنوح).

نعم كلا

هل ان 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 أثبات. أخبرنا عن النقود، بما في ذلك:

- قروض يتم اعادتها لك
- مساعدة نقدية
- راتب تقاعدي
- دخل الضمان الاجتماعي المساعد (SSI)
- دخل تعليمي (مثلا المساعدة المالية)
- منافع العوق
- اعانة زوجية أو للطفل
- مدفوعات للوصي أو المتبني
- منافع الضمان الاجتماعي
- منافع المحاربين القدماء
- أرباح أو فوائد على استثمارات
- تعويض العاملين
- مدفوعات القبائل
- تعويض البطالة
- إيجار مدفوع لك
- غير ذلك:

الدخل الغير مكتسب	١	٢	٣
الفرد الذي يستلم النقود:			
المصدر/ النوع:			
هل متوقع أن يستمر:	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>
الكمية المستلمة:	\$	\$	\$
متى يتم استلامها (اسبوعيا، شهريا):			
الدخل الغير مكتسب لهذا الشهر:	\$	\$	\$
الدخل الغير مكتسب للشهر الماضي:	\$	\$	\$

أخبرنا عن مصاريف بيتك:

مصاريف رعاية المعتمدين عليك

نعم كلا

١. هل يقوم أي فرد بالدفع لرعاية الطفل أو رعاية بالغ ذو عوق؟

إذا نعم، من يدفع؟ \$ _____ شهريا.

نعم كلا

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

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

أخبرنا عن احتياجاتك لرعاية الطفل

١. رجاء ادرج المعلومات عن جدول عملك.

الوالد ١:

ساعات العمل الاعتيادية: من _____ صباحا / بعد الظهر إلى _____ صباحا / بعد الظهر
أيام العمل الاعتيادية: <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 طرأ تغيير على جدول عملك، اعطوا المعلومات عن الأيام والأوقات التي عملتم فيها.

الوالد ٢ أو القرين/ة ان كان في البيت أو في وظيفة اضافية:

ساعات العمل الاعتيادية: من _____ صباحا / بعد الظهر إلى _____ صباحا / بعد الظهر
أيام العمل الاعتيادية: <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): _____

٢. رجاء ادرج المعلومات عن مقدم خدمة رعاية لطفل:

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

إذا كنت بحاجة لاختيار مقدم، اتصل بـ (211Info) وذلك عن طريق الاتصال هاتفياً بالرقم 211، أو كتابة رسالة نصية إلى الرقم 898211 تحتوي على الكلمة الأساسية (children)، أو إرسال بريد إلكتروني إلى children@211.org أو زيارة الموقع 211Info.org.

٣. هل أنت متشرد؟ نعم كلا
- إن كلمة متشرد يمكن ان تعني العيش في ملجأ طواريء، سكن مشترك مع عائلة أخرى بسبب فقدان عمل أو فقدان سكنك، العيش في فندق، سيارة، مكان عام، مخيم أو أماكن مشابهة.
٤. هل تحتاج لرعاية الأطفال لطفل متبنى؟ نعم كلا
٥. هل لديك وصاية مشتركة لأي من الاطفال المحتاجين لرعاية؟ نعم كلا
٦. هل تحتاج لرعاية الطفل خلال عملك أو حضور صفوف دراسية؟ نعم كلا
- ساعات الصفوف الدراسية يمكن الموافقة عليها فقط إذا كنت تعمل وتداوم في مدرسة مؤهلة لتلقي مساعدة مالية فيدرالية. يجب ان تقدم نسخة من تسجيلك في المدرسة وجدول صفك الحالي.
٧. لاحتياجات رعاية الطفل، هل ان سجل تلقينات أطفالك (الحقن) محدث. نعم كلا
- إذا كلا، اتصل بطبيبك أو قسم الصحة المحلي للحصول على معلومات أكثر. يجب ان توافق على الاستجابة لتوجيهات الولاية حول التلقيحات أو الإعفاءات لتحصل على منافع لرعاية الطفل.
٨. هل تزيد مدخرات عائلتك عن واحد مليون دولار (\$١,٠٠٠,٠٠٠)؟ نعم كلا
- إذا نعم، من هو/ هي؟ _____ عسكري دائمى فعال حرس وطني أو وحدة احتياطية
٩. هل اي من أفراد منزلك عضو فعال في الخدمة العسكرية؟ نعم كلا

إذا كنت تقدم على رعاية الطفل فقط، رجاء تخطى إلى صفحة ١٣، اقرأ الصفحات ١٣-١١ ثم وقع في الصفحة ١٣. للتقديم على منافع الطعام والنقد (الكاش) اكمل رجاء.

مصاريف الإسكان

١. هل تقوم انت أو فرد في بيتك بالدفع للسكن؟ نعم كلا
- إذا نعم، رجاء اكمل ادناه.
- إيجار رهن. ماهو الايجار/ الرهن الكلي؟ _____

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

٢. هل تتوقع ان تدفع نفس المبلغ للسكن في الشهر القادم؟ نعم كلا
٣. هل تحصل على اعانة لتدفع للسكن؟ نعم كلا
- إذا نعم، رجاء اكمل ادناه.

من يدفع	يدفع لمن	المبلغ المدفوع
		\$
		\$

٤. إذا كنت قد بلغت ان لا دخل لديك، كيف ستقوم بدفع تكاليف سكنك؟ _____

تكاليف الخدمات

١. هل تدفع لتدفئة/ تبريد منزلك؟ نعم كلا
- (أ) هل ان تكاليف التدفئة / التبريد متضمنة في الايجار/ الرهن؟ نعم كلا
٢. أي نوع من الخدمات الأخرى تقوم بدفع تكاليفها؟ الماء / المجاري القمامة الكهرباء الغاز التلفون أخرى: _____

مصاريف إعانة الطفل بأمر المحكمة

١. هل يقوم أحد في بيتك بدفع تكاليف إعانة طفل بأمر محكمة لشخص خارج بيتك؟
إذا نعم، رجاء اكمل أدناه

نعم كلا

المبلغ المدفوع	لأي طفل	الشخص الذي يقوم بدفع الإعانة
\$		

المصاريف الطبية

١. هل ان أي فرد تقدم له عمره ٦٠ سنة أو اكثر أو انه معوق 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
\$	في الشهر

اخبرنا عن موارد بيتك

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

نعم كلا

(أ) حساب جاري، ادخاري، حساب ائتماني، IRA، 401k

نعم كلا

(ب) اسهم، قيود مالية، حسابات أموال تجارية، ودائع مصرفية CD، صناديق ائتمان.

نعم كلا

(ج) نقد سائل تحت اليد أو آخر: _____

إذا كان نعم لأي من اعلاه، رجاء اكمل أدناه.

النوع	اسم / موقع البنك	القيمة/ الموازنة الحالية	تعود إلى

نعم كلا

٢. هل ان أي أحد أحد يشتري، يملك، عقار، أرض أو بناية انت لا تعيش عليها؟

نعم كلا

٣. هل ان أي أحد يملك شيء ذو قيمة؟ (مثلا: سيارة، شاحنة، قارب، الخ)

نعم كلا

٤. هل انت أو أحد أفراد عائلتك قد اصيب في حادث وتقوم بالمطالبة بتعويض نقدي؟

إذا نعم، ما تاريخ الاصابة؟ _____

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

اخبرنا عن منافع الطعام من خارج الولاية

١. لدى اوربيكون سقف زمني ل ٣ شهور لبرنامج منافع الطعام (سناب) SNAP. إن هذا السقف لأغلب البالغين عمر ١٨ سنة ولكن دون ال ٥٠ بعد، وقادرين على العمل. لا يوجد أطفال في البيت. يمكن لهم الحصول على (سناب) SNAP لمدة ثلاث شهور فقط في فترة ثلاث سنوات. الأشهر التي استلمت فيها (سناب) SNAP في ولاية أخرى قد تحتسب لغرض السقف الزمني لولاية اوربيكون.

هل انت أو أحد تقدم له حصل على (منافع الطعام سناب) SNAP في ولاية أخرى منذ ١ يناير، ٢٠١٩؟

نعم كلا

إذا نعم، رجاء اكمل ادناه.

الولاية	الشخص

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

إذا كنت تقدم على منافع الطعام ورعاية الأطفال فقط، تخطى إلى صفحة ١٠. اقرأ الصفحات ١٢-١٥ ووقع في الصفحة ٣١.
للتقديم على النقد (كاش) رجاء استمر.

أخبرنا عن مدتك على برنامج الإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (تائف) TANF

١. لولاية أوريغون سقف زمني مدته ٦٠ شهراً لبرنامج الإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families: TANF) إن عدد الأشهر التي استلمت فيها (تائف) TANF في ولاية أخرى أو من برنامج تائف لقبيلة يمكن ان يحتسب لغرض السقف الزمني لولاية أوريغون.

هل انت أو أحد تقدم له حصل على (تائف) TANF في ولاية أخرى أو من برنامج تائف لقبيلة منذ عام ١٩٩٦؟ نعم كلا
إذا نعم، رجاء اكمل ادناه

الشخص	الولاية أو القبيلة	عدد الاشهر على (ج) تائف TANF

أخبرنا عن عضويتك في قبيلة

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

- قبيلة بيرنز بايوت (Burns Paiute Tribe)؛
 القبائل الكونفدرالية لهنود الكوس، وأومبوكوا السفلى والسيوسلو (Confederated Tribes of the Coos, Lower Umpqua and Siuslaw Indians)؛
 قبيلة كوكويل الهندية (Coquille Indian Tribe)؛
 جماعة جدول البقرة لهنود أوميكوا (Cow Creek Band of Umpqua Indians)؛
 القبائل الكونفدرالية لغراند روند (Confederated Tribes of Grand Ronde)؛
 قبائل الكلاماث (Klamath Tribes)؛
 القبائل الكونفدرالية لسايلتز (Confederated Tribes of Siletz)؛
 القبائل الكونفدرالية لمحمية أوماتيلا الهندية (Confederated Tribes of the Umatilla Indian Reservation)؛
 القبائل الكونفدرالية للينابيع الدافئة (Confederated Tribes of Warm Springs)؛

الشخص	القبيلة

أخبرنا عن المجتمع الذي تعيش فيه

١. هل تعيش في واحد من التالي؟

- محمية هندية
إذا نعم، ايها؟
 المجتمع الهندي المعتمد (Dependent Indian community)
إذا نعم، ايها؟
 مخصصة هندية
إذا نعم، ايها؟

أخبرنا عن العوق في بيتك

١. هل يوجد لدى أحد تقدم له عوق سيستمر لاكثر من ١٢ شهر؟

نعم كلا، إذا نعم، من؟

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

اخبرنا 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.

نعم كلا

١. إذا كان أي فرد في البيت حامل، هل الوالد يعيش في البيت؟

نعم كلا

٢. هل ان أي من والدي الطفل يعيش خارج بيت الطفل؟

إذا نعم، رجاء ادرج الوالد (والدين) حتى وان لك يكن الطفل قد ولد بعد. أيضا، ادرج اسم والديك إذا كنت تحت سن ١٨ ولا تسكن معهم. رجاء اعط أكبر قدر من المعلومات بما امكن.

أ) والد غائب ١

الاسم (الاول، الأخير ، الحرف الاول للوسط):		هذا هو: <input type="checkbox"/> زوجي أو زوجي السابق <input type="checkbox"/> طفلي <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> شريكي أو شريكي السابق <input type="checkbox"/> ربيبي <input type="checkbox"/> آخر: <input type="checkbox"/>	
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 اعرف			
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 ٢

الاسم (الاول، الأخير ، الحرف الاول للوسط):		هذا هو: <input type="checkbox"/> زوجي أو زوجي السابق <input type="checkbox"/> طفلي <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> شريكي أو شريكي السابق <input type="checkbox"/> ربيبي <input type="checkbox"/> آخر: <input type="checkbox"/>	
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 اعرف			
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 لوالدوين اضافيين.

المنافع النقدية تعرف أيضا بالإعانة المؤقتة للعوائل المحتاجة (TANF) أو المساعدة النقدية للاجئين (RCA). إن المخصصات النقدية تسد حاجات العائلة الأساسية، مثل الغذاء والملابس والمأوى والمرافق.

إن أغلبية المنافع النقدية في ولاية أوريغون تصرف 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؛
- محلات تقديم الترفيه للبالغين التي يتم فيها التعري أو الاستعراض بدون ملابس. يشمل ذلك محلات الفيديو للبالغين التي تبيع أو تعرض تحديداً أو غالباً فيديوهات أو أفلام موجهة للبالغين؛
- محلات بيع تقدم لهو بالغين يتم فيه التعري أو الاستعراض بدون ملابس؛
- 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 كم يمكن لل DHS ان يأخذ. لا يمكن له ان يأخذ اكثر من المبلغ الذي تم دفعه في مساعدة نقدية لك ولعائلتك.

بتوقيع هذا النموذج، انت توافق على مساعدة DHS بايجاد وتحصيل هذه المدفوعات. إذا انت أو فرد من عائلتك ممن تستلموا المنافع أصيب في حادث أو أصيب من قبل شخص آخر أو عمل يتوجب عليك ابلاغ DHS 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. المال يذهب 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 \$ ٥٠ خمسون دولار من المساعدة الحالية للطفل لكل طفل في كل شهر إلى حد \$ ٢٠٠ مئتين دولار لكل عائلة في الشهر. لن تعتبر الولاية هذا المبلغ كدخل لاغراض 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، \$ ٥٠ (لكل طفل لكل شهر لغاية \$ ٢٠٠ لكل عائلة شهريا) من المبلغ الحالي لمساعدة الطفل المستلم لن يحتسب كدخل شهري لك.

عندما تغادر برنامج المساعدة النقدية (كاش):

- مدفوعات مساعدة الطفل الحالية ستذهب اليك؛

- أي مدفوعات راجعة من السابق لأشهر التي كنت تستلم فيها المساعدة النقدية ستحتفظ بها الولاية؛
 - أي مدفوعات راجعة من السابق لأشهر 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 عن عقوبات برنامج تائف TANF

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

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

المررة الأولى التي تقوم بما ذكر أعلاه ستحرم من تائف TANF لمدة ١٢ شهراً. المرة الثانية ستحرم من تائف TANF لمدة ٢٤ 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.

الحدود الزمنية في برنامج الإعانة الغذائية التكميلية (SNAP)

إذا فعلت ما يلي:	ستخسر إعانة الطعام
<ul style="list-style-type: none"> • إخفاء معلومات أو إعطاء بيانات كاذبة • استخدام بطاقة المنافع الالكترونية (EBT) العائدة لشخص آخر • استخدام بطاقة الطعام لشراء كحول أو تبغ • مقايضة أو بيع المنافع أو بطاقة EBT • تفريغ الحاويات فقط للتخلص من الديون • إعادة بيع الطعام المشتري ببطاقة الطعام للحصول على نقد 	<ul style="list-style-type: none"> • ١٢ شهر للجنة الأولى • ٢٤ شهر للجنة الثانية • مدى الحياة للجنة الثالثة
<ul style="list-style-type: none"> • التجارة بمنافع الطعام للحصول على المواد الخاضعة للرقابة كالمخدرات 	<ul style="list-style-type: none"> • ٢٤ شهرا للجنة الاولى • مدى الحياة للجنة الثانية
<ul style="list-style-type: none"> • التجارة بمنافع الغذاء لأغراض الأسلحة النارية، الذخيرة ، أو المتفجرات 	<ul style="list-style-type: none"> • مدى الحياة
<ul style="list-style-type: none"> • مقايضة، بيع أو شراء منافع الطعام بقيمة \$٥٠٠ أو اكثر. 	<ul style="list-style-type: none"> • مدى الحياة
<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"> • ١٠ سنوات لكل لجنة
<p>وقد تدفع غرامة قيمتها \$٢٥٠,٠٠٠ أو تسجن لمدة ٢٠ سنة او كلاهما، لافعال كهذه. وقد تحصل على تهمة حسب القانون الفدرالي.</p>	
إذا تعمدت بفعل ما يلي:	فقد تكون
<ul style="list-style-type: none"> • استخدام بطاقات EBT ليست لك. • نقل بطاقات EBT الخاصة بك إلى ناس اخرين • اكتساب أو تملك بطاقات EBT ليست لك 	<ul style="list-style-type: none"> • مذنب بجنة أو جنائية • تغرم • توضع في السجن • غير جدير بمنافع الطعام لفترة زمنية .

سياستنا بشأن التمييز

لن تميّز إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services: DHS) ضد أحد. وهذا يعني أن DHS/OHA سوف تساعد كل من يكون مؤهلاً ولن تعامل أحداً بشكل مختلف عن الآخر لأسباب عائدة إلى العمر أو العرق أو اللون أو المنشأ الوطني أو الجنس أو الديانة أو المعتقدات السياسية أو الإعاقة أو التوجّه الجنسي^١.

بإمكانك تقديم شكوى إذا كنت تعتقد ان DHS يعاملك بطريقة مختلفة لاي من هذه الاسباب. لتقديم شكوى إلى الولاية، بإمكانك الاتصال بمكتب الدفاع للحاكم على الرقم 1-800-442-5238 (TTY 711) أو خطياً لمكتبهم:

Governor's Advocacy Office

(أمين المظالم، مكتب الدفاع التابع للحاكم)

500 Summer Street NE, E17

Salem, OR 97301

البريد الإلكتروني (الايمل) DHS.info@state.or.us

«تكافؤ الفرص هو القانون»

وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) ووزارة الصحة والخدمات البشرية (HHS) الأمريكية يقدمون الخدمات والتوظيف بفرص متساوية. إن الأجهزة والخدمات المساعدة متوفرة عند طلبها للأشخاص ذوي إعاقة.

لتقديم شكوى إلى USDA و HHS الرجاء قراءة معلومات شكوى التمييز ضد العميل استمارة (DHS 9001). بإمكانك إيجاد هذه الاستمارة في حزمة الاحالة والمعلومات (DHS 6609)

لماذا تحتاج رقم الضمان الاجتماعي

أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) - القانون الفدرالي [42 USC 1320b-7(a) و (b)، 42 USC 2011-2036، 42 CFR 435.910، 42 CFR 435.920 و 42 CFR 457.340(b)] وقانون DHS (OAR 461-120-0210) يتطلب أي فرد يقدم لاعانة الطعام أو النقذ ان يزود DHS ارقام SSN. إذا قدمت رقم SSN ستسرع من عملية التقديم إذا شخص ما ليس لديه SSN، راجع www.ssa.gov.

(أ) DHS سيستخدم رقمك SSN ليساعد 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 الاخرى.

(ب) DHS قد يستخدم رقمك SSN للتحضيرمجموعة المعلومات أو التقارير المطلوبة من المصادر الممولة للبرنامجالذي قدمت له أو استلمت المنافع منه.

(ج) DHS قد يستخدم أو يحفظ رقمك SSN :

- إذا احتيج في تشغيل البرنامج الذي قدمت له أو استلمت المنافع منه
- لتقييم نوعية السلوك وجودة النشاطات
- للتحقق من صحة كمية لمدفوعات واسترداد الزائد من المنافع
- للتأكد من عدم استلام أي فرد منافع زيادة عن الفرد الواحد في العائلة

إن رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب لمساعدات اللاجيء النقدية.

١ إن زبائن SNAP محميين من التمييزوفق المعتقدات السياسية

٢ إن التوجه الجنسي محمي بولاية اوركيون ولكن ليس في القوانين الفدرالية

- أنا أفهم إنني إذا كنت في برنامج مساعدة اللاجئين RCSP، يشمل مصطلح "DHS" المتعاقد مع DHS.
- لقد أعطيت DHS معلومات صحيحة وصادقة 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 DHS ان يراجع حالتي. وهذا يشمل القوم إلى بيتي؛
- أنا أعلن إنني مقيم في أوريغون؛
- إنني سأبلغ التغييرات في المعلومات المعطاة إلى DHS عندما يطلب ذلك DHS؛
- أنا اعطيت المعلومات الصحيحة عن مواطني أنا والآخرين الذين قدمت لهم؛
- أنا أعرف أن DHS سيقوم بتدقيق وضع هجرتي للأفراد الذين أقدم لهم أو يحصلون على المنافع. أنا أعرف ان المعلومات التي يحصل عليها DHS من خدمات الجنسية والهجرة للولايات المتحدة USCIS يمكن ان تؤثر على من يحصل على المنافع. لن تتصل DHS بدائرة خدمات المواطنة والهجرة (USCIS) بشأن أي شخص لا يسعى التقديم على المخصصات؛
- أنا أخول باطلاق إضبارة مساعدة الطفل الخاصة بي من قسم العدل (DOJ)، وحدة مساعدة الطفل (DCS) إلى DHS؛
- البالغين تحت سن ٦٠ سنة في هذا النموذج ممن يقدمون على منافع الطعام (SNAP) سيسجلون في برنامج الولاية للتوظيف. إذا قمت باضافة ناس للبرنامج مستقبلاً، سيسجلوا هم أيضاً؛
- إن لم أقم بإعطاء رقم الضمان الاجتماعي إلى DHS لأحد ما يريد التقديم على المنافع، فلن يمكن لهذا الشخص أن يحصل عليها؛
- DHS لن يستخدم تكاليف المأوى، الطبية، رعاية الطفل، مساعدة الطفل بأمر المحكمة لتقدير منفعي ان لم اقم بالابلاغ عنها؛
- ستطلب DHS 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 بجهات أطراف أخرى في حال وجود تناقض بالمعلومات. وقد يتضمن الاتصال بجهات أطراف أخرى مطابقة المعلومات مع سجلات البنك والدخل ومنافع تأمين البطالة أنا
- أفهم أن DHS يمكن ان يستخدم أو يكشف رقم الضمان الاجتماعي لي ولكل فرد اقدم له، للأسباب المذكورة في صفحة ١١؛
- DHS يمكن أن يعطي المعلومات في هذا التقديم إلى:
 - وكالات الولاية والحكومة الاتحادية (الفيدرالية) التي تقوم بمراجعة؛
 - مسؤولي فرض القانون، لمساعدتهم في اعتقال أحد ما يهرب من القانون؛
 - وكالات الولاية والحكومة الاتحادية (الفيدرالية) ووكالات استحصال الديون الخاصة، إذا توجب علي إعادة المنافع إلى DHS.
- DHS يمكن ان يستخدم هذه المعلومات لإدارة برامج مساعدة عامة أخرى التي استلمها من DHS.
- أنا أفهم أن DHS يمكن ان يراقب أين استخدم المنافع النقدية تانف TANF من خلال بطاقتي الالكترونية (Oregon Trail Card) أو أسحب المنافع النقدية للتانف TANF باستخدام بطاقتي الالكترونية Oregon Trail Card. أنا أيضاً أفهم إنني لا يمكن أن استخدم بطاقتي الالكترونية Oregon Trail Card لأصرف المنافع النقدية لتانف TANF أو سحب المنافع النقدية لتانف TANF في أي:
 - محلات بيع الخمور. تشمل هذه المحلات التي تبيع تحديداً أو غالباً البيرة أو النبيذ؛
 - كازينو، كازينو قمار أو مؤسسة العاب؛
 - محلات تقديم الترفيه للبالغين التي يتم فيها 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 هذا النموذج يجب ان يعيد دفع المنافع إلى DHS متى ما حصل زيادة في الدفع لحالتي. الأشخاص الآخرين الذين يطلب ان يقدموا معي والممثل المخول يمكن أيضاً ان يكونوا معرضين لاعادة الدفع الزائد.
- أعلم أن بإمكانني طلب نسخة ورقية أو الكترونية من الطلب المُقَدَّم مني.
- الناس الذين يقدمون على المنافع النقدية — أنا أعطي الولاية الحق في الاحتفاظ بمبالغ مدفوعات المساعدة، كما موضح في الصفحات 9-10. أنا أفهم اننا غير مضطر للعمل مع برنامج مساعدة الطفل إذا كان ذلك يؤدي إلى خطر علي أو على أطفالي.
- الناس الذين يقدمون على المنافع النقدية والطعام -- أنا أفهم بأن لا يمكن الحصول على منافع طعام من برنامج توزيع الطعام القبائلي ومن برنامج سناب في نفس الوقت. أنا أيضاً لا يمكن ان احصل على تانف TANF قبائلي ومساعدة نقدية لتانف TANF من DHS في نفس الوقت.
- أنا أصرح تحت طائلة العقوبات على إعطاء معلومات كاذبة بأن التصريحات التي أعطيتها عن الأفراد في بيتي، بما فيها تصريحات عن مواطني، الدخل، الموارد، العقارات، وكل المعلومات الأخرى التي اعطيتها إلى DHS والمتعاقدين معه هي صحيحة.
- سأقدم إثباتات على المعلومات التي اعطيتها إلى DHS. وسأسمح أيضاً للـ DHS بالاتصال باشخاص ووكالات أخرى لاستحصال إثباتات.
- الأشخاص الذين يتقدمون بطلب العناية المنزلية النهارية المتعلقة بالتوظيف - أنا أفهم أن أي منافع رعاية الأطفال أتلقاها سوف يتم إبلاغ قسم أوريغون للإيرادات، والتي قد تؤثر على الديون الضريبية الخاصة بي و/ أو الاعادة المحتملة.

إعلان وتوقيع

أنا قرأت وفهمت حقوقي وواجباتي كما موضح لي أعلاه وفي نموذج DHS 0415R ولدي نسخة من النموذج.

التاريخ	التوقيع القانوني الكامل لمقدم الطلب التاريخ
التاريخ	التوقيع القانوني الكامل للوالد الآخر، القرين أو البالغ آخر
التاريخ	توقيع الموظف الشاهد

ما هي أفضل طريقة لنا للاتصال بك؟

هاتف:

بريد الكتروني (ايميل):

أخرى:

أي أيام واورقات الافضل لنا للاتصال بك؟

تسجيل الناخب

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

نعم كلا

التقديم على التسجيل للتصويت أو رفض التسجيل لن يؤثر على مبلغ المساعدة التي ستحصل عليها من هذه الوكالة.