إعادة المصادقة للأسرة في برنامج كالفريش (NACF) لغير الحاصلين على المساعدة

يمكن استخدام هذا النموذج في فترة إعادة المصادقة بدلاً من الطلب الخاص بكالفريش (CalFresh) فقط لأسر (CalFresh) غير الحاصلة على المساعدة التي تخضع للإبلاغ الربع سنوي/الميزانية المتوقعة.

يُرجى ملء المعلومات الشخصية التالية للشخص الذي يطلب الحصول على إعانات كالفريش (CalFresh).

املأ قدر استطاعتك من هذا النموذج ثم وقع في الصفحة 5 وأعده إلى مكتب كالفريش (CalFresh) المحلي. نحتاج إلى اسمك وعنوانك وتوقيعك على الأقل. **إذا كنت لا تملك أموالاً للحصول على طعام، يمكنك الحصول على إعانات طوارئ كالفريش (CalFresh) في غضون ثلاثة (3) أيام.**

يتعين عليك محاولة الإجابة على جميع الأسئلة الواردة في نموذج المصادقة هذا.

مخصص لاستخدام المقاطعة فقط

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) | رقم جهة الاتصال: ( )

عنوان المنزل (الرقم والشارع) | العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا)

المدينة | الولاية | الرمز البريدي | المدينة | الولاية | الرمز البريدي

هل أنت بلا مأوى؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فهل هذا يعني أنك تسكن بشكل مؤقت في منزل شخص آخر؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، اكتب تاريخ بدء سكنك في بيته: _____

الإعانات العاجلة

1. هل يوجد شخص في الأسرة مهاجر/عامل زراعي؟ ☐ نعم ☐ لا

أ. ما قيمة إيجارك أو رهنك العقاري خلال هذا الشهر؟ $ _____

ب. ما مقدار المبلغ الذي تم دفعه مقابل المرافق خلال هذا الشهر، بغض النظر عن الإيجار أو الرهن؟ $ _____

ج. ما مقدار الأموال التي تمتلكها؟ وهذا يتضمن أموالك في حسابات البنوك وفي منزلك وفي أي مكان آخر.
$ _____

د. هل لديك أي دخل أو ستحصل على دخل خلال هذا الشهر؟ ☐ نعم ☐ لا

قم بإدخال دخل الأسرة كاملاً أدناه:

اسم الشخص الذي يتلقى الأموال	ما هو مقدار الأموال في كل شهر؟
	$
	$

أكمل النقاط أ، ب، ج أدناه. في حال عدم إكمال هذا القسم، ستكمله المقاطعة بهذا نيابة عنك. حدد جميع ما ينطبق. فلن يؤثر ذلك على استحقاقك.

أ. العرق

هل أنت من أصل إسباني أو لاتيني؟ ☐ نعم ☐ لا

ب. الأصل العرقي/الجنسي *(حدد واحدًا أو أكثر مما يلي:)*

☐ مواطن هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا ☐ أسود أو أمريكي من أصل إفريقي

☐ أسيوي *(يُرجى تحديد خيار أو أكثر مما يلي)*

☐ فلبيني ☐ صيني ☐ ياباني ☐ كوري ☐ فيتنامي ☐ هندي آسيوي

☐ كمبودي ☐ لاوسي ☐ جنسية آسيوية أخرى *(يرجى التحديد)* _____

☐ من سكان ولاية هاواي أو جزر المحيط الهادئ الأخرى *(يُرجى تحديد خيار أو أكثر مما يلي)*

☐ من سكان هاواي ☐ غوامي ☐ ساموي ☐ غير ذلك *(يُرجى التحديد)* _____

☐ أبيض

ج. اللغة الأصلية

☐ الإنجليزية ☐ الإسبانية ☐ لاو ☐ التاجالوج ☐ لغة الإشارة في أمريكا ☐ الكانتونية

☐ الكمبودية ☐ الفيتنامية ☐ الروسية ☐ غير ذلك *(يُرجى التحديد)* _____

2. أدخل أسماء جميع الأشخاص الذين يعيشون معك بما في ذلك نفسك. أرفق صفحة ورقية منفصلة عند الطلب.

الاسم:	SSN:	تاريخ الميلاد:	صلة القرابة:
			رب الأسرة

حدد جميع ما ينطبق:

☐ مواطن أمريكي ☐ أجنبي ☐ مقيم دائم بصورة قانونية هل تخضع لرعاية؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم:	SSN:	تاريخ الميلاد:	صلة القرابة:

حدد جميع ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية (EBT) لشراء طعام لك؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ أجنبي ☐ مقيم دائم بصورة قانونية يخضع لرعاية: ☐ نعم ☐ لا

هل تشتري وتعد الطعام مع هذا الشخص؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم:	SSN:	تاريخ الميلاد:	صلة القرابة:

حدد جميع ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية (EBT) لشراء طعام لك؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ أجنبي ☐ مقيم دائم بصورة قانونية يخضع لرعاية: ☐ نعم ☐ لا

هل تشتري وتعد الطعام مع هذا الشخص؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم:	SSN:	تاريخ الميلاد:	صلة القرابة:

حدد جميع ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية (EBT) لشراء طعام لك؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ أجنبي ☐ مقيم دائم بصورة قانونية يخضع لرعاية: ☐ نعم ☐ لا

هل تشتري وتعد الطعام مع هذا الشخص؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم:	SSN:	تاريخ الميلاد:	صلة القرابة:

حدد جميع ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية (EBT) لشراء طعام لك؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ أجنبي ☐ مقيم دائم بصورة قانونية يخضع لرعاية: ☐ نعم ☐ لا

هل تشتري وتعد الطعام مع هذا الشخص؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم:	SSN:	تاريخ الميلاد:	صلة القرابة:

حدد جميع ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية (EBT) لشراء طعام لك؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ أجنبي ☐ مقيم دائم بصورة قانونية يخضع لرعاية: ☐ نعم ☐ لا

هل تشتري وتعد الطعام مع هذا الشخص؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم:	SSN:	تاريخ الميلاد:	صلة القرابة:

حدد جميع ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية (EBT) لشراء طعام لك؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ أجنبي ☐ مقيم دائم بصورة قانونية يخضع لرعاية: ☐ نعم ☐ لا

هل تشتري وتعد الطعام مع هذا الشخص؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم:	SSN:	تاريخ الميلاد:	صلة القرابة:

حدد جميع ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية (EBT) لشراء طعام لك؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ أجنبي ☐ مقيم دائم بصورة قانونية يخضع لرعاية: ☐ نعم ☐ لا

هل تشتري وتعد الطعام مع هذا الشخص؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم:	SSN:	تاريخ الميلاد:	صلة القرابة:

حدد جميع ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية (EBT) لشراء طعام لك؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ أجنبي ☐ مقيم دائم بصورة قانونية يخضع لرعاية: ☐ نعم ☐ لا

هل تشتري وتعد الطعام مع هذا الشخص؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم:	SSN:	تاريخ الميلاد:	صلة القرابة:

حدد جميع ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية (EBT) لشراء طعام لك؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ أجنبي ☐ مقيم دائم بصورة قانونية يخضع لرعاية: ☐ نعم ☐ لا

هل تشتري وتعد الطعام مع هذا الشخص؟ ☐ نعم ☐ لا

3. هل يعيش أي فرد في أي من أنواع المرافق التالية أو يشارك في أي برنامج تغذية ☐ نعم ☐ لا

يتضمن البرامج المدرجة أدناه؟ *(حدد جميع ما ينطبق)*

- ☐ مأوى المشردين
- ☐ المرافق الإصلاحية
- ☐ مراكز تأهيل متعاطي المخدرات/المشروبات الكحولية
- ☐ برنامج توزيع المواد الغذائية
- ☐ منطقة للأمريكيين الأصليين
- ☐ المؤسسات التأديبية
- ☐ ملاجئ مخصصة للنساء اللاتي يتعرضن للضرب
- ☐ مستشفى الأمراض النفسية/مصحة للأمراض العقلية

في حالة الإجابة بنعم، يُرجى استكمال البنود الآتية:

الاسم:	اسم المركز/الملجأ/برنامج المواد الغذائية وهكذا	تاريخ الدخول	تاريخ المغادرة المتوقع

4. هل تدفع لأي شخص أو هناك من يدفع لك نظير الحصول على الوجبات و/أو الغرفة؟ ☐ نعم ☐ لا

في حالة الإجابة بنعم، يُرجى استكمال البنود الآتية:

اسم الشخص الذي يدفع مقابل الوجبات/الغرفة	اسم الشخص الذي يوفر الوجبات/الغرفة	حدد واحدًا: (✓)	المبلغ؟	كم مرة؟	عدد الوجبات كل يوم
		☐ الوجبات ☐ الغرفة ☐ كلا			

5. هل هناك أي فرد يبلغ من العمر 16 عامًا أو أكبر مسجلاً في مدرسة أو جامعة أو برنامج تدريبي؟ ☐ نعم ☐ لا

في حالة الإجابة بنعم، يُرجى استكمال البنود الآتية:

اسم الشخص	اسم المدرسة	الحضور	عدد الوحدات لكل فصل دراسي/ ربع سنة	العمل
		☐ دوام كلي ☐ دوام جزئي ☐ غير ذلك		☐ نعم ☐ لا **عدد الساعات:**
		☐ دوام كلي ☐ دوام جزئي ☐ غير ذلك		☐ نعم ☐ لا **عدد الساعات:**

6. هل هناك أي شخص في المنزل غير قادر على شراء أو تحضير وجبات لأنه يعاني من العمى أو الصمم أو الإعاقة؟ ☐ نعم ☐ لا

في حالة الإجابة بنعم، يُرجى استكمال البنود الآتية:

الاسم	اشرح

7. هل هناك امرأة حامل في المنزل؟ ☐ نعم ☐ لا

في حالة الإجابة بنعم، يُرجى استكمال البنود الآتية:

الاسم	تاريخ الاستحقاق المتوقع

8. هل تتحمل أنت أو أي فرد يعيش في المنزل تكاليف السكن؟ ☐ نعم ☐ لا

في حالة الإجابة بنعم، يُرجى استكمال البنود الآتية:

تكاليف السكن	إجمالي التكلفة	ما مقدر المبلغ الذي تدفعه؟	ما مقدار المبلغ الذي تتحمله برامج مساعدة الإيجار مثل وزارة الإسكان والتنمية الحضرية (HUD)، القسم 8، وهكذا؟	في حال دفع شخص آخر، ما مقدار المبلغ الذي يتم دفعه؟	كم مرة دفعت؟
إيجار					
مبلغ *(رهن)* السكن					
الضرائب العقارية *(إن لم تكن مضمنة في مبلغ السكن)*					
التأمين *(إن لم يكن مضمنًا في مبلغ السكن)*					
غير ذلك *(يُرجى الشرح)*:					

9أ. هل يتحمل أي شخص تكاليف المرفق؟ ☐ نعم ☐ لا

في حال كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تحديد جميع المربعات التي تنطبق أدناه.

الغاز		النفاية أو القمامة	
الكهرباء		قناة المجاري	
غير ذلك من الوقود *(مثل البروبين وغاز البيوتين والخشب والفحم وخلافه)*.		الهاتف/الوسائل الأخرى للتواصل مثل الإنترنت وهكذا.	
المياه		غير ذلك *(يُرجى الشرح)*	

9ب. هل تستخدم الغاز أو الكهرباء أو غيره من أنواع الوقود للتسخين أو التبريد؟ ☐ نعم ☐ لا

في حال كانت الإجابة "نعم"، يُرجى التحديد أدناه.

المرفق	**المستخدم للتسخين أو التبريد؟**
الغاز	☐ نعم ☐ لا
الكهرباء	☐ نعم ☐ لا
غير ذلك من أنواع الوقود	☐ نعم ☐ لا

10. هل يمتلك أي شخص، بما في ذلك الأطفال، أي من الموارد الواردة أدناه؟ ☐ نعم ☐ لا

في حالة الإجابة بنعم، يُرجى الشرح أدناه:

- نقود أو شيكات
- رهن
- تعويض مؤجل للموظف
- حساب تقاعد فردي (IRA) أو خطط كيوه
- صناديق التقاعد
- شهادة إيداع
- حساب ادخار أو جاري
- حقوق التعدين أو استخراج النفط
- عقود بيع
- صناديق استثمانية
- أسهم وسندات
- أرصدة سوق النقد
- حسابات البنك التعاوني
- غير ذلك

نوع المورد	**المالك**	**القيمة الحالية**	**المبالغ المستحقة *(إن وجد)***	**اسم وعنوان البنك**	**رقم الحساب**

11. هل يملك أو يشتري أي فرد عقارًا في أي مكان (داخل الولايات المتحدة أو خارجها)؟ ☐ نعم ☐ لا

في حالة الإجابة بنعم، يُرجى استكمال البنود الآتية:

العنوان أو الموقع	**العنوان أو الموقع**	**يستخدم كـ:**	**المالك:**	**القيمة المقدرة:**
		☐ **منزل** ☐ **إيجار**		**المبلغ المستحق:**
العنوان أو الموقع	**العنوان أو الموقع**	**يستخدم كـ:**	**المالك:**	**القيمة المقدرة:**
		☐ **منزل** ☐ **إيجار**		**المبلغ المستحق:**

12أ. هل هناك أي عضو من أسرتك أفلت من المقاضاة على جريمة أو من السجن أو الحبس بعد ثبوت إدانته؟ ☐ نعم ☐ لا

في حالة الإجابة بنعم، يُرجى الشرح أدناه:

الاسم	**اشرح**	**الاسم**	**اشرح**

12ب. هل هناك أي عضو من عائلتك تمت ادانته مع وقف العقوبة/إخلاء سبيل مشروط؟ ☐ نعم ☐ لا

في حالة الإجابة بنعم، يُرجى الشرح أدناه:

الاسم	**اشرح**	**الاسم**	**اشرح**

13أ. هل تمت إدانتك أو إدانة أي شخص آخر من عائلتك منذ 22 أغسطس عام 1996 بجريمة تتعلق بتعاطي المخدرات لم يتم إسقاطها؟

إذا كانت الإجابة **لا**، انتقل إلى السؤال رقم 15.

في حالة الإجابة بنعم: _____ الاسم _____ تاريخ الإدانة

13ب. هل كانت الإدانة بسبب أي مما يلي:

- التوصيل أو النقل إلى هذه الولاية أو البيع أو الإمداد أو التنظيم أو التنازل أو الحيازة للبيع أو الشراء لأغراض البيع أو التصنيع أو معالجة السلائف بغرض تصنيع مواد خاضعة للرقابة أو زراعة أو حصاد أو معالجة الماريجوانا؟ ☐ نعم ☐ لا
- تشجيع أو حث أو إغواء أو إكراه قاصر على الاشتراك في أي من الأنشطة المذكورة أعلاه. ☐ نعم ☐ لا

14. هل قمت أو أي من أفراد أسرتك بأي مما يلي:

أ) إكمال برنامج العلاج بالعقاقير المعترف به من الحكومة؟ ☐ نعم ☐ لا
ب) شاركت في برنامج علاج معترف به من قبل الحكومة؟ ☐ نعم ☐ لا
ج) تم تسجيلك في برنامج العلاج بالعقاقير المعترف به من الحكومة؟ ☐ نعم ☐ لا
د) تم وضعك على قائمة انتظار برنامج علاج معترف به من الحكومة؟ ☐ نعم ☐ لا
هـ) توفي بسبب استخدام مواد خاضعة للرقابة؟ (يجب أن يُظهر دليلاً للموظف) ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الشرح: _____

15. يمكنك تخويل شخص بالتصرف نيابة عنك لتولي مهام رب المنزل في حال الإصابة بأي مرض أو أي حالات أخرى.
إذا كنت تريد تخويل شخص ما، فأكمل ما يلي:

اسم الممثل المخوَّل	العنوان	رقم الهاتف

16. هل أنت مهتم بالمعلومات أو الإحالة إلى التغطية الطبية *(ميدكال (Medi-Cal) أو برنامج الأسر المعافاة (Healthy Families)؟* ☐ نعم ☐ لا

مصادقة المستلم/مقدم الطلب

لقد أكملت الأسئلة أعلاه وقرئت جميع المعلومات كما أعي عقوبات وقواعد كالفريش (CalFresh) الجديدة المطبقة على طلبي أو إعادة تقديم الطلب لكالفريش (CalFresh). إنني أتفهم القواعد الجديدة وأوافق على الالتزام بها.

تحظر وزارة الزراعة الأمريكية التمييز في جميع برامجها وأنشطتها على أساس العرق أو اللون أو الموطن الأصلي أو الجنس أو العمر أو الدين أو المعتقدات السياسية. ويمكنك رفع شكوى في حال الاعتقاد بممارسة التمييز ضدك. وفي حال عدم الاتفاق مع قرار المقاطعة، فإن عملية تقديم الطعون تكون متاحة بالنسبة لك.

يمكن مشاركة المعلومات الواردة في هذا الطلب مع الهيئات الفيدرالية والمحلية والتابعة للولاية لأغراض اعتماد الأهلية لبرنامج كالفريش (CalFresh). وهذه العملية قد تتضمن التأكيد من دائرة خدمات الجنسية والهجرة الأميركية (USCIS، المعروفة بـ INS سابقًا) بحالة الهجرة لهؤلاء الأشخاص فقط الذين يسعون للحصول على إعانات كالفريش (CalFresh). ينص القانون الفيدرالي على أن مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة (USCIS) لا يحق له استخدام المعلومات في أي حالة إلا في حالات الاحتيال.

التوقيع

أقر بموجب عقوبة الحنث في اليمين بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا أن المعلومات الواردة بهذا الطلب صحيحة وكاملة.

التوقيع (عضو بالغ بالأسرة أو ممثل مخوَّل) **X**	التاريخ
توقيع الشاهد أو المترجم **X**	التاريخ
توقيع موظف الاستحقاق **X**	التاريخ