نموذج إعادة التفويض بمنح كوبونات طعام لأسرة لا تحصل على مساعدات مالية (NAFS)

سوف يستعمل هذا النموذج عند اعادة التفويض بمنح كوبونات الطعام عوضاً عن طلب 285-A1/A2 للحصول على كوبونات طعام للأسر التي لا تحصل على مساعدات مالية الخاضعين لتقديم تقرير فصلي/تقييم الدخل.

رجاء تكملة المعلومات الشخصية للشخص الذي يطلب الحصول على كوبونات الطعام.

رجاء تزويد كافة المعلومات المتوفرة في حدود الامكان والتوقيع على الصفحة 5 وإعادة النموذج لمكتب كوبونات الطعام المحلي. نحتاج على الأقل إلى معرفة اسمك، عنوانك، وتوقيعك. **إذا كنت لا تملك أي مال لشراء الطعام، قد تكون مؤهلاً للحصول على كوبونات طعام لحالة طارئة خلال ثلاث (3) أيام من تقديم طلبك.**

عليك أن تحاول الاجابة على كافة الأسئلة الواردة في نموذج إعادة التفويض.

COUNTY USE ONLY

الاسم (الأول، الوسط، العائلة)

اسم الشخص الذي يمكن الاتصال به ( )

عنوان المنزل (الرقم والشارع)

العنوان البريدي (إذا اختلف)

المدينة | الولاية | الكود الريدي

المدينة | الولاية | الكود البريدي

هل أنت مشرد (بدون مكان للسكن) ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب "نعم"، هل تقيم مؤقتاً في منزل شخص آخر؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب "نعم"، اذكر تاريخ اليوم الذي بدأت فيه بالإقامة في هذا المنزل: _____

مساعدات معجلة

1. هل يقيم شخص في المنزل يعمل في الزراعة على أساس فصلي/نازح؟ ☐ نعم ☐ لا

أ. ماهو مبلغ الإيجار أو دفعة قرض المنزل الذي دفعته هذا الشهر؟ _____ دولار

ب. ما هو المبلغ الذي دفعته هذا الشهر للمنافع العامة إذا كان مستقلاً عن دفعة الإيجار أو قرض المنزل _____ دولار

ت. كم تملك من المال؟ يشمل هذا الحسابات المصرفية.
في منزلك أو أي مكان آخر _____ دولار

ث. هل تحصل حاليا أو في المستقبل على أي دخل هذا الشهر؟ ☐ نعم ☐ لا
يرجى سرد كافة دخل الأسرة أدناه:

اسم الشخص الذي يحصل على دخل	كم هو المبلغ الذي يحصل عليه كل شهر؟
	دولار
	دولار

أجب على الأسئلة أ، ب، ت أدناه. إذا لم تكمل هذا القسم، سيقوم مكتب الكاونتي بتكملته عنك. أشر على كل ما ينطبق. سيؤثر هذا على أهليتك.

أ. **العرق**

هل أنت اسباني أو لاتيني ☐ نعم ☐ لا

ب. **العرق/الاثنية الأصلية** (اختر واحد أو أكثر من التالي)

☐ هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين ☐ أسود أو أفريقي أمريكي

☐ أسيوي (إذا أشرت على هذا، رجاء اختيار واحد أو أكثر من التالي)

☐ فلبيني ☐ صيني ☐ ياباني ☐ كوري ☐ فيتنامي ☐ هندي أسيوي

☐ كمبودي ☐ سكان لاوس ☐ (غير ذلك يرجى التحديد) _____

☐ سكان هواي الأصليين أو غيرها من الجزر الباسيفيكية (إذا أشرت هنا عليك اختيار واحد أو أكثر من التالي)

☐ سكان هواي الأصليين ☐ سكان غوام ☐ ساموا ☐ (غير ذلك، يرجى التحديد) _____

☐ أبيض

ت. **اللغة الأصلية**

☐ إنجليزية ☐ اسبانية ☐ لاوية ☐ فلبينية ☐ لغة الإشارة الأمريكية ☐ كانتانيزية

☐ كمبودية ☐ فيتنامية ☐ روسية ☐ غير ذلك (يرجى التحديد) _____

2. أدرج أسماء كافة الأشخاص، بما فيهم أنت. أرفق صفحة مستقلة إذا لزم الأمر.

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي (SSN):	تاريخ الولادة:	العلاقة:
			رأس الأسرة

أشر على كل ما ينطبق:

☐ مواطن أمريكي ☐ لا يحمل الجنسية الأمريكية ☐ مقيم دائم قانونياً مكفول: ☐ نعم ☐ لا

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي (SSN):	تاريخ الولادة:	العلاقة:

أشر على ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة EBT (بطاقة الكترونية لتحويل المساعدات)؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ لا يحمل الجنسية الأمريكية ☐ مقيم دائم قانونياً مكفول: ☐ نعم ☐ لا

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

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي (SSN):	تاريخ الولادة:	العلاقة:

أشر على ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة EBT (بطاقة الكترونية لتحويل المساعدات)؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ لا يحمل الجنسية الأمريكية ☐ مقيم دائم قانونياً مكفول: ☐ نعم ☐ لا

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

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي (SSN):	تاريخ الولادة:	العلاقة:

أشر على ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة EBT (بطاقة الكترونية لتحويل المساعدات)؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ لا يحمل الجنسية الأمريكية ☐ مقيم دائم قانونياً مكفول: ☐ نعم ☐ لا

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

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي (SSN):	تاريخ الولادة:	العلاقة:

أشر على ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة EBT (بطاقة الكترونية لتحويل المساعدات)؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ لا يحمل الجنسية الأمريكية ☐ مقيم دائم قانونياً مكفول: ☐ نعم ☐ لا

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

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي (SSN):	تاريخ الولادة:	العلاقة:

أشر على ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة EBT (بطاقة الكترونية لتحويل المساعدات)؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ لا يحمل الجنسية الأمريكية ☐ مقيم دائم قانونياً مكفول: ☐ نعم ☐ لا

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

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي (SSN):	تاريخ الولادة:	العلاقة:

أشر على ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة EBT (بطاقة الكترونية لتحويل المساعدات)؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ لا يحمل الجنسية الأمريكية ☐ مقيم دائم قانونياً مكفول: ☐ نعم ☐ لا

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

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي (SSN):	تاريخ الولادة:	العلاقة:

أشر على ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة EBT (بطاقة الكترونية لتحويل المساعدات)؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ لا يحمل الجنسية الأمريكية ☐ مقيم دائم قانونياً مكفول: ☐ نعم ☐ لا

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

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي (SSN):	تاريخ الولادة:	العلاقة:

أشر على ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة EBT (بطاقة الكترونية لتحويل المساعدات)؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ لا يحمل الجنسية الأمريكية ☐ مقيم دائم قانونياً مكفول: ☐ نعم ☐ لا

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

الاسم:	رقم الضمان الاجتماعي (SSN):	تاريخ الولادة:	العلاقة:

أشر على ما ينطبق: هل تريد أن يحصل هذا الشخص على بطاقة EBT (بطاقة الكترونية لتحويل المساعدات)؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ مواطن أمريكي ☐ لا يحمل الجنسية الأمريكية ☐ مقيم دائم قانونياً مكفول: ☐ نعم ☐ لا

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

3. هل يقيم أي شخص في أي من أنواع المنشآت التالية أو يشترك في أي برنامج مساعدات طعام بما فيه المنشآت المدرجة أدناه؟ (أشر على كل ما ينطبق) ☐ نعم ☐ لا

- ☐ ملجأ للمشردين
- ☐ سجن تأهيل الأحداث
- ☐ مركز تأهيل المدمنين على المخدرات والمشروبات الكحولية
- ☐ برنامج توزيع المواد الغذائية
- ☐ الأراضي الفدرالية المخصصة للهنود الأمريكيين
- ☐ المؤسسات الجزائية
- ☐ ملاجئ النساء ضحايا العنف
- ☐ مستشفى أمراض نفسية/عقلية

إذا كان الجواب نعم، يرجى تكملة التالي:

الاسم:	اسم المركز/الملجأ/ برنامج الطعام، الخ.	تاريخ الدخول	التاريخ المتوقع للمغادرة

4. هل تدفع لأي شخص أو يدفع لك أي شخص نفقات وجبات طعام/أو غرفة سكن؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، يرجى تكملة التالي:

اسم الشخص الذي يدفع لك نفقات طعام/ أو غرفة سكن	اسم الشخص الذي يدفع لك نفقات طعام/ أو غرفة سكن	أشر على واحد (✓)	كم هو المبلغ؟	كل أي مدة؟	عدد الوجبات باليوم
		☐ وجبات ☐ غرفة ☐ كلاهما			

5. هل أي فرد عمره 16 سنة أو أكبر سناً ملتحق بمدرسة أو كلية أو برنامج تدريب؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، يرجى تكملة التالي:

اسم الشخص	اسم المدرسة	الحضور	عدد الوحدات الدراسية كل نصف سنة دراسية/ أو فصل	يعمل حالياً
		☐ دوام كامل ☐ دوام نصفي ☐ غير ذلك		☐ نعم ☐ لا **عدد الساعات:**
		☐ دوام كامل ☐ دوام نصفي ☐ غير ذلك		☐ نعم ☐ لا **عدد الساعات:**

6. هل أي من الأفراد المقيمين في المنزل غير قادر على شراء وتحضير الوجبات لأنه ضرير أو معاق؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، يرجى تكملة التالي:

الاسم	اشرح

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

إذا كان الجواب نعم، يرجى تكملة التالي:

الاسم	تاريخ الولادة المتوقع

8. هل أنت أو أي شخص مقيم في المنزل يتحمل تكاليف سكن؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، يرجى تكملة التالي:

تكلفة السكن	التكلفة الاجمالية	ما هو المبلغ الذي تدفعه؟	ما هو المبلغ المدفوع بموجب برنامج مساعدات الإيجار، مثل برنامج HUD، القسم 8، الخ؟	إذا كان هناك شخصاً آخر يدفع، ما هو المبلغ الذي يدفعه؟	كل أي مدة تستلم فاتورة؟
إيجار					
دفع قرض عقاري لمسكن					
ضرائب عقارية (إذا لم تكن مشمولة مع دفعة المسكن)					
التأمين (إذا لم تكن مشمولة مع دفعة المسكن)					
غير ذلك (يرجى التوضيح)					

9أ. هل لدى أي فرد تكاليف منافع عامة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، يرجى التأشير في كافة المربعات المنطبقة أدناه.

غاز		نفايات أو مهملات	
كهرباء		رسوم مجاري مياه	
غير ذلك (مثل غاز البروبين والبيوتان والخشب والفحم، الخ)		رسوم هاتف أو وسائل اتصالات أخرى مثل الانترنت، الخ. غير ذلك (وضح)	
ماء			

9ب. هل تستخدم الغاز أو نوع وقود آخر للتدفئة أو التبريد؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، يرجى التأشير أدناه.

نوع المنافع العامة	يستعمل للتدفئة أو التبريد؟
غاز	☐ نعم ☐ لا
كهرباء	☐ نعم ☐ لا
نوع وقود آخر	☐ نعم ☐ لا

10. هل تتوفر لأي شخص بما فيه الأطفال أي من الموارد المدرجة أدناه؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، اشرح أدناه:

- مبلغ نقدي أو شيكات غير مصروفة
- دفعات قرض عقاري
- تعويضات موظف مؤجله
- برامج توفير IRA أو Keogh
- صندوق توفير للتقاعد
- شهادات إيداع
- حسابات مصرفية جارية أو إدخارية
- حقوق في آبار بترول أو مشاريع تعدين
- عقود بيع
- صناديق ائتمان
- أسهم أو سندات
- حسابات سوق العملة
- حسابات مودعة في مصرف النقابة
- غير ذلك

نوع المورد	صاحب الحساب	القيمة الحالية	المبلغ المدين (إن وجد)	اسم وعنوان البنك	رقم الحساب

11. هل يملك أي شخص أو يعتزم شراء عقار في أي مكان كان (داخل أو خارج الولايات المتحدة)؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، اشرح أدناه:

نوع العقار	عنوان العقار	يستخدم:	المالك:	القيمة التقديرية: المبلغ المتبقي (المدين):
		☐ للسكن ☐ للإيجار		
نوع العقار	عنوان العقار	يستخدم:	المالك:	القيمة التقديرية: المبلغ المتبقي (المدين):
		☐ للسكن ☐ للإيجار		

12a. هل أحد أفراد أسرتك يتجنب الحكم بجناية أو الاعتقال أو السجن بعد صدور الحكم؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، اشرح أدناه:

الاسم	الشرح	الاسم	الشرح

12b. هل أحد أفراد أسرتك انتهك شروط تعليق العقوبة والوضع تحت المراقبة/اطلاق السراح المشروط ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، اشرح أدناه:

الاسم	الشرح	الاسم	الشرح

13. منذ 22 أغسطس 1996، هل صدر حكم ضدك أو ضد أحد أفراد أسرتك بسبب جناية مخدرات لم يتم حذفها من سجلك؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم:

الاسم	تاريخ صدور الحكم

إذا كان الجواب لا، انتقل للسؤال رقم 15.

هل كان الحكم في أي من المجالات التالية:

- نقل، استيراد لداخل الولاية، بيع، تزويد، إعطاء، منح، امتلاك لغرض البيع، شراء لغرض البيع، تصنيع،أو امتلاك المواد بقصد تصنيعها كمادة ممنوعة أو زراعة أو حصد أو امتلاك المارهوانا؟ ☐ نعم ☐ لا
- تشجيع، حث،استجداء، تهديد شخص قاصر للاشتراك في أي من النشاطات أعلاه؟ ☐ نعم ☐ لا

14. هل أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك:

أ) أكملت بر نامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة؟ ☐ نعم ☐ لا
ب) اشتركت في بر نامج معالجة معترف به من قبل الحكومة؟ ☐ نعم ☐ لا
ت) اشتركت في بر نامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة؟ ☐ نعم ☐ لا
ث) تم وضعك في قائمة الانتظار للاشتراك في برنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة؟ ☐ نعم ☐ لا
ج) توقفت عن تعاطي المواد الممنوعة؟ (يجب عليك إبراز إثبات للموظف المسئول عنك) ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، رجاء أن تشرح الوضع: _____

15. يمكنك تفويض شخص للنيابة عنك بصفته رأس الأسرة في حالة مرضك أو ظروف أخرى.
إذا كنت تريد تفويض شخص للنيابة عنك، رجاء تكملة المعلومات المطلوبة أدناه:

اسم الممثل المفوض	العنوان	رقم الهاتف

16. هل يهمك استلام معلومات أو إحالتك للحصول على تأمين صحي (*Medi-Cal* و برنامج *Healthy Families*)؟ ☐ نعم ☐ لا

شهادة صاحب الطلب/المستلم

لقد أجبت على الأسئلة أعلاه وقرأت المعلومات الواردة. إني أفهم أن قواعد كوبونات الطعام الجديدة والعقوبات التي تطبق على طلبي أو تجديد طلبي للحصول على كوبونات الطعام. إني أفهم القوانين الجديدة وأوافق على الالتزام بها.

تمنع وزارة الزراعة الأمريكية التمييز في كافة برامجها ونشاطاتها على أساس العرق، اللون، الجنس، المنطقة، الأصل الوطني، العمر، الإعاقة، أو المعتقدات السياسية. يمكنك التقدم بشكوى إذا اعتقدت بأنك كنت ضحية تمييز. إذا لم توافق على قرار الكاونتي، تتوفر لك إجراءات الاستئناف.

يمكن المشاركة بالمعلومات الواردة في الطلب مع الوكالات الفدرالية ووكالات الولاية والوكالات المحلية فقط لغرض التصديق على أهلية الحصول على مساعدات برنامج كوبونات الطعام. وقد يشمل هذا اثبات الجنسية الأمريكية أو وضع الهجرة مع مكتب خدمات الهجرة والجنسية (USCIS الذي سمي سابقاً INS) فقط بالنسبة للأشخاص المتقدمين بطلب الحصول على مساعدات كوبونات الطعام. ينص القانون الفدرالي أن مكتب خدمات الهجرة والجنسية (USCIS) لا يستطيع استخدام المعلومات لأي غرض آخر باستثناء قضايا الإحتيال.

توقيع

أشهد تحت عقوبة الحلفان كذباً بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا بأن المعلومات التي قمت بتزويدها في هذا الطلب هي معلومات صحيحة وكاملة.

توقيع (عضو الأسرة البالغ أو الممثل المفوض) X	التاريخ
توقيع الشاهد والمترجم X	التاريخ
توقيع موظف التاهيل X	التاريخ