

بيان الوقائع لإضافة طفل تحت 16 سنة من العمر

(طلب تكميلي للحصول على إعانة مالية و/أو كويونات طعام)

تعليمات:

رجاء تكملة هذا النموذج لطفل جديد في المنزل ووقع على قسم التصديق.
إذا احتجت لمجال أوسع للإجابة على الأسئلة، رجاء إرفاق صفحة ورق أخرى. استعمل نموذج واحد لكل طفل.
إذا كنت تحصل على إعانة مالية وأردت الحصول على إعانة للطفل الجديد، يجب تكملة هذا النموذج من قبل ولي الأمر أو الشخص البالغ الذي يعتني بالطفل.

للعائلات الحاصلة على كويونات الطعام التي لا تحصل أو تريد الحصول على إعانات مالية، يجب تكملة هذا النموذج من قبل أحد أفراد العائلة البالغين أو ممثل مفوض.

يحتاج الطفل للإعانة لأن أحد الوالدين			
أذناه (✓)			
عاطل عن العمل	متقن	معاق	متقني

1 - اسم ولي الأمر أو القريب المعنوي		رقم الهاتف	
		()	
2 - قم بتزويدنا بكافة الوقائع المتعلقة بهذا الطفل.			
اسم الطفل (الأول، الوسط، العائلة)		اسم الأم	
رقم الضمان الاجتماعي		الجنس (✓) ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	
مكان الولادة (المدينة/الولاية/الدولة)		تاريخ الولادة (شهر، يوم، سنة)	
نوع المساعدة المطلوبة (✓) مساعدة مالية <input type="checkbox"/> كويونات طعام <input type="checkbox"/>		وضع مواطن/غير مواطن (✓) جنسية أمريكية <input type="checkbox"/> بدون جنسية مكفول <input type="checkbox"/>	
العلاقة بمتقدم الطلب أو بالقرب الذي يرعى الطفل		طفل تشبه <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	
3 - هل حصل الطفل على إعانة مالية أو كويونات طعام هذا الشهر؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:			
نوع الإعانة		في أي كاونتي/ولاية	
<input type="checkbox"/> مساعدة مالية <input type="checkbox"/> كويونات طعام			
4 - هل يحصل الطفل أو يتوقع الحصول على أي دخل مثل: مكاسب، دخل تكميلي من الضمان الاجتماعي/دفعة تكميلية من الولاية (SSI/SSP)، منافع ضمان اجتماعي، مساندة طفل، دفعة طفل تشبه، منافع محاربين قداماء، الخ. إذا كان الجواب «نعم»، يرجى تكملة البيانات أدناه.			
نوع الدخل		المبلغ (قبل الاقتطاع، إن وجد)	
موايد الحصول		متى	
		دولار	
5 A. يرجى تكملة البيانات أدناه إذا كنت تريد الحصول على الإعانة المالية لهذا الطفل وعمر الطفل حالياً بين 6 إلى 16 سنة. هل يداوم هو/هي على المدرسة بشكل نظامي؟ إذا كان الجواب «لا»، يرجى توضيح سبب عدم المداومة.			
B. هل الطفل حامل أو أم في سن المراهقة؟ إذا كان الجواب «نعم»، أشر (✓) على الوضع. <input type="checkbox"/> حامل <input type="checkbox"/> أم في سن المراهقة			
الوضع الدراسي، أشر (✓) <input type="checkbox"/> حاصل على شهادة الهايسكول <input type="checkbox"/> حاصل على شهادة ثقافة عامة <input type="checkbox"/> لا يداوم على المدرسة (وضح): <input type="checkbox"/> مداوم حالياً على المدرسة <input type="checkbox"/> غير ذلك (وضح):			
C. هل حصل الطفل على علاوة أو غرامة مالية، أو مساعدة لرعاية طفل، مواصلات، إلى غير ذلك من برنامج Cal-Learn. إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه: في أي كاونتي/ولاية			
تاريخ/تواريخ الاستلام			
6 - هل خدم أولياء أمر هذا الطفل في القوات العسكرية الأمريكية؟ إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:			
اسم ولي الأمر		هل ولي الأمر أمريكي الجنسية	
تواريخ الخدمة		فرع الخدمة	
إنهاء الخدمة بدرجة امتياز		تواريخ الخدمة	
		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
7 - يرجى تكملة البيانات أدناه إذا كنت تريد الحصول على كويونات طعام لهذا الطفل والطفل لا يحمل الجنسية الأمريكية.			
A. ما هو عدد سنوات إقامة هذا الطفل و/أو أولياء أمره في الولايات المتحدة؟			
B. خلال إقامتهم في الولايات المتحدة ما هو عدد السنوات التي كسب فيها هذا الطفل و/أو أولياء أمره دخلاً عن طريق العمل في الولايات المتحدة؟			
C. أثناء إقامتهم خارج الولايات المتحدة، ما هو إجمالي عدد السنوات التي عمل فيها هذا الطفل و/أو أولياء أمره في الولايات المتحدة أو لشركة أمريكية؟			

لاستعمال الكاونتي فقط

CASE NAME			
CASE NUMBER			
WORKER NAME AND NUMBER			
DATE RECEIVED			
AU	Non-AU	MFG Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	FS Non-HH Excl. Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:			
WtW:		FS:	
VERIF: <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> Immun.			
Alien Reg. No.		D.O.E.	
<input type="checkbox"/> CA and FC Elig/CR Chooses: Child <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> Foster Care CR <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> None			
<input type="checkbox"/> Verification provided			
<input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> FC Income Counted on FS Case <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CA Eligible for Higher MAP			
Income		(✓) if exempt	
Unearned	Earned	CA	FS
Verified:			
<input type="checkbox"/> Referred to Cal-Learn			
<input type="checkbox"/> CA 25			
<input type="checkbox"/> CA 25A			
CA 5		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Date Initiated _____			
FS: Honorable Discharge		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

لاستعمال الكاونتي فقط <input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account <input checked="" type="checkbox"/> Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code:		8 - هل يملك الطفل عقار أو لديه موارد مثل: مبلغ نقدي، عقار، حسابات مصرفية، مبالغ ائتمان، دفعات أو مبالغ ائتمان مستندة على الدخل الضري للهنود الحمر الأصليين أو غيرها. إذا كان الجواب «نعم»، رجاء تكملة البيانات أدناه:
نوع المورد	رقم الحساب/البوليصة	اسم وعنوان البنك، الخ
القيمة الحالية		القيمة الحالية
دولار		
9 - هل لدى الطفل Medicare أو تأمين صحي مثل Blue Cross، Kaiser، CHAMP US، الخ مسدد التكلفة من قبل ولي الأمر أو صاحب العمل الذي يعمل له ولي الأمر؟ إذا كان الجواب «نعم»، أذكر اسم/ أسماء التأمين الصحي:		
10 - هل الطفل يتجنب أو يتهرب من القانون لتحاكي المقاضاة الجنائية أو الوصاية أو السجن بعد الإفراج أو مخالفة شروط إطلاق السراح المشروط أو التمتع بعدم محاولة الهرب.		
11 - هل صدر حكم ضد الطفل بسبب جنائية تتعلق بحياسة أو استعمال أو توزيع المخدرات أو المواد الممنوعة؟ إذا كان الجواب «نعم»، اذكر الوقائع عن المساعدات المالية ووقائع الإدانات التي حصلت بتاريخ أو بعد 98/1/1، وللحصول على كوبونات الطعام أذكر الجرائم والإدانات التي حصلت بعد تاريخ 96/22/8.		
تاريخ الحكم بالإدانة	تاريخ اقرار الجريمة	

12 - A. إذا كنت مؤهلاً للحصول على إعانة مالية قد يستطيع أعضاء أسرته المؤهلين تحت عمر 21 سنة الحصول على بعض الفحوصات الصحية عن طريق برنامج صحة ومنع إعاقة الطفل (CHDP).		<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date: <input type="checkbox"/> Referred for Immunization <input type="checkbox"/> Other services referral <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning info given Date Referred:
لا	نعم	
		• هل ترغب في الحصول على معلومات عن خدمات CHDP؟
		• هل تريد الحصول على خدمات CHDP الطبية؟
		• هل تحتاج للمساعدة في تحديد موعد أو لتأمين المواصلات لزيارة طبيب الصحة أو الأسنان؟
		B. هل ترغب في الحصول على معلومات عن خدمات التطعيم؟
		C. هل تريد الإطلاع على حقائق عدم التمييز والاستشارة الخاصة بتعاطي المشروبات الكحولية والمخدرات، التكاليف الطبية التي تحملتها في السابق، وغيرها من الاحتياجات الخاصة؟
		D. هل تحتاج أي امرأة حامل إلى إيجاد طبيب و/أو مساعدة أخرى؟
		E. هل هناك أي مرضعة لطفل؟
		إذا كان الجواب «نعم»، هل حصلت الولادة خلال الأشهر الثلاثة (3) الماضية؟
		F. هل تريد/تريدين الحصول على الحقائق المتعلقة بعبادة التخطيط العائلي لمساعدتك في تخطيط حجم عائلتك ومنع الحمل غير المخطط له؟

تصديق

س يتم التحقق من الوقائع التي أدلت بها من قبل موظفي الوكالات المحلية والتابعة للولاية والحكومة الفدرالية. سترسل الكاونتي الوقائع التي أدلت بها لوكالة خدمات الهجرة والجنسية (INS) لإثبات وضع الهجرة. الوقائع التي قد تحصل عليها الكاونتي من وكالة الهجرة والجنسية (INS) قد تؤثر على أهليتي للحصول على إعانة مالية وكوبونات طعام. سيتم مقارنة الوقائع التي أدلى بها مع وكالات الضرائب والبطالة ومديريات التعليم وإدارة الضمان الاجتماعي لإثبات أهلية الطفل للحصول على الإعانة المالية و/أو كوبونات الطعام وإثبات أنني أحصل على المبلغ أو كوبونات الطعام المتناسبة مع وظيفي. كما سيتم مطابقة رقم الضمان الاجتماعي مع سجلات وكالة الأمن للتحقق من حالات القبض السابقة أو وجود مذكرة بالقبض.	إني أفهم: إذا أعطيت وقائع خاطئة أو فشلت عن قصد في سرد كافة الوقائع أو الأوضاع التي تؤثر على أهليتي والإعانات المالية، قد يتم تغريمي أو سجنني أو كلاهما. قد أغرم حتى 10000 دولار لحصولي على إعانات مالية و 25000 لحصولي على كوبونات طعام. يمكن أن أسجن حتى 3 سنوات لحصولي على الإعانة المالية وحتى 20 سنة لحصولي على كوبونات طعام. كما يمكن إيقاف منافع الإعانة المالية وكوبونات الطعام لمدة 6 أشهر، 12 شهر، سنتين (2)، 4 سنوات، 10 سنوات، 20 سنة أو للأبد، وإيقاف إعانات اللاجئين المالية ثلاثة (3) أشهر وستة (6) أشهر. قد يتم اختيار قضيتي للمراجعة لإثبات أهليتي وعلي أن أتعاون كلياً مع موظفي الكاونتي أو الولاية أو الحكومة الفدرالية في أي تحقيق لمراقبة الجودة.
أعلن مع الخضوع لعقوبة الشهادة بالزور بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا بأن المعلومات الواردة في بيان الوقائع هذا هي حقيقية وصحيحة وكاملة. من عليه التوقيع على هذا النموذج: للحصول على الإعانة المالية، أنت وزوجك/زوجتك الحاصل/الحاصلة على الإعانة أو ولي الأمر الآخر (إذا كان مقيماً في المنزل) لطفل حاصل على الإعانة.	للحصول على كوبونات طعام، عضو بالغ في العائلة أو الممثل المفوض.
توقيع القريب الذي يقوم برعاية الطفل و/أو عضو العائلة البالغ أو الممثل المفوض للحصول على كوبونات الطعام	التاريخ
توقيع الزوج/الزوجة الحاصلة على الإعانة المالية أو ولي الأمر الآخر (إذا كان مقيماً في المنزل) لطفل حاصل على الإعانة المالية	التاريخ
توقيع الشاهد على التوقيع أو المترجم أو الشخص الآخر الذي قام بتكملة هذا النموذج	التاريخ

لاستعمال الكاونتي فقط

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason) <input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	IMMUNIZATION <input type="checkbox"/> Informing (TEMP CW 101/101A) Regs Met: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Signature of County Worker	Date	Signature of Supervisor	Date	