

فقط برای استفاده شهرستان	
CASE NUMBER	
WORKER	
DATE RECEIVED	

درخواست نامه امداد اضطراری برای کوین غذایی

مزایای دوره مصیبت:

تا

اطلاعات مهم - به دقت بخوانید

بايستی به فرد دیگری اختیار دهید تا کوین های غذایی شما را برایتان تحويل بگیرد وبا برای خرید غذا از آنها استفاده کند. اگر می خواهید به شخص دیگری اختیار دهید، قسمت زیر را پر کنید:

شماره تلفن	اسم نماینده مجاز
نشانی	
شهر	

اطلاعات مجازات!!

اگر خانوار شما کوین های غذایی دریافت می کند، بايستی مقرراتی که در زیر ذکر شده را دنبال کند. قصور در گزارش وبا غلط جلوه دادن واقعیت ها می تواند موجب پیگیری قانونی شود که مجازات آن جرمیه، حبس وبا هردو می باشد. مجازات ها می تواند موجب سلب صلاحیت از برنامه، جرمیه به میزان حداقل \$250,000 وبا حبس به مدت حداقل 20 سال شود. مجازات سلب صلاحیت 6 ماه برای تخلف اول، 12 ماه برای تخلف دوم و سلب صلاحیت دائم برای تخلف سوم است.

- برای دریافت کوین های غذایی اطلاعات اشتباه ارائه نکرده وبا از افسای اطلاعات امتناع نکنید.

کوین های غذایی، کارت های مجوز مشارکت (ATPs) وبا هرگونه ابزار صدور دیگر را معامله نکنید وبا نفوذشید.

در ATPs وبا هرگونه ابزار صدور دیگر تغییری ایجاد نکنید تا کوین های غذایی که مشمول شما نمی شود را دریافت کنید.

از کوین های غذایی برای خرید اقلام غیرمشمول از قبیل مشروبات الکلی و دخانیات استفاده نکنید.

از کوین های غذایی، ATPs وبا ابزار صدور فرد دیگری برای خانوار خود استفاده نکنید.

حقوق شما به عنوان یک متقاضی وبا دریافت کننده:

- بدون توجه به نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، مذهب، وابستگی سیاسی، جنسیت، معلولیت وبا سن به شما خدمت رسانی شود واگر احساس می کنید در مورد شما تعییضی احوال شده است یک شکایت را تسليم کنید.
- کوین های غذایی را در صورت مشمولیت در ظرف یک روز دریافت کنید.
- در مورد هر اقدامی در رابطه با پرونده تان با سازمان رفاه بخشداری صحبت کرده و در ظرف 90 روز برای یک جلسه رسیدگی ایالتی درخواست کنید.
- در صورتیکه درخواست شما رد شود، یک مرور فوری توسط یک سرپرست داشته باشید.
- توسط مکاتبه با سازمان رفاه بخشداری خود وبا با تماس گرفتن با شماره مجازی 1-800-952-5253، یک شکایت نامه را تسليم کرده وبا برای یک جلسه رسیدگی ایالتی درخواست کنید. شماره رایگان برای ناشنوایان (TDD)، 1-800-952-8349 از طرف خودتان در جلسه رسیدگی ایالتی حاضر شوید وبا توسط یک عضو خانوار، دوست، وکیل وبا هر شخص دیگری نمایندگی شوید.

مسئولیت های شما به عنوان یک متقاضی وبا دریافت کننده:

- به سوالات تا آنجایی که می توانید به طور صادقانه و کامل جواب دهید. اگر از ارائه هرگونه اطلاعات لازم امتناع کنید، کوین های غذایی دریافت نخواهید کرد.
- در مصاحبه تان، بايستی مدرک شناسایی سرپرست خانوار، مدرک شناسایی فردی که درخواست نامه را پر می کند و در صورت امکان، مدرک سکونت خانوار در زمان وقوع مصیبت را نشان دهید.
- اگر برای یک مرور بعد از دوره مصیبت انتخاب شدید، بايستی با کادر اداری بخشداری، ایالتی و فدرال همکاری کنید

دستورالعمل ها: لطفاً سوالات در این فرم را برای اوضاع احتمالی خود در طول دوره دریافت مزایای مصیبت که در بالا نشان داده شد پر کنید.

شما، عضو دیگری از خانوار شما وبا بزرگسال دیگر که شما را می شناسد می تواند این فرم را پر کند. اگر توسط بزرگسالی پر شود که عضوی از خانوار شما نیست، موافقت کننده که توسط سرپرست خانوار وبا عضو بزرگسال دیگر خانوار امضا، شده را الصاق کنید.

اسم (سرپرست خانوار)	نشانی دائم منزل در هنگام وقوع مصیبت
شماره تلفن	نشانی موقع
شماره تلفن	

فقط برای استفاده شهرستان

- Disaster Application
 Disaster Recertification

Can the head of household's identity be verified?

 YES NO

Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?

 YES NO

Type of verification:

Can the household's residence be verified?

 YES NO

Type of verification:

بخش A - وضعیت خانوار (بايستی هو سوال را بله یا خیر علامت بزنید)

- آیا هر یک از مخارج مربوط به مصیبت زیر را در دوره پرداخت مزایای مصیبت پرداخته اید وبا قرار است بپردازید: تعمیر وبا تعویض خانه، محل کار وبا ملک اجاره ای؛ پناهگاه موقت؛ نقل مکان از خانه تخلیه شده؛ محافظت از خانه، محل کار وبا ملک اجاره ای؛ مخارج پزشکی، تدبین وبا به حاکسپاری در نتیجه صدمات مربوط به مصیبت؟
 - آیا قادر به دریافت درآمد وبا منابع مالی خانوار خود نیستید؟
 - آیا درآمد وبا منابع مالی شما به خاطر این مصیبت کاوش یافته، عقب افتاده وبا متوقف شده است؟
 - آیا در طول دوره دریافت مزایای مصیبت، غذا خریداری و خوارک مهیا خواهد کرد؟
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بله |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بله |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بله |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بله |

فقط برای استفاده شهرستان

بخش B - اعضای خانوار

5. فهرست همه افرادی که برای کوین های غذای اضطراری درخواست می کنند. همه افرادی که در هنگام وقوع مصیبت با شما زندگی می کردن را ذکر نمایید.

تاریخ تولد	SSN*	اسم (سپریست خانوار) (HH)	
.A		رابطه خویشاوندی با	HH
تاریخ تولد	SSN*	رابطه خویشاوندی با	HH
.B		رابطه خویشاوندی با	HH
تاریخ تولد	SSN*	رابطه خویشاوندی با	HH
.C		رابطه خویشاوندی با	HH
تاریخ تولد	SSN*	رابطه خویشاوندی با	HH
.D		رابطه خویشاوندی با	HH
تاریخ تولد	SSN*	رابطه خویشاوندی با	HH
.E		رابطه خویشاوندی با	HH
تاریخ تولد	SSN*	رابطه خویشاوندی با	HH
.F		رابطه خویشاوندی با	HH
تاریخ تولد	SSN*	رابطه خویشاوندی با	HH
.G		رابطه خویشاوندی با	HH

* ارائه شماره تأمین اجتماعی (SSN) داوطلبانه است. صرفه برای منظورات شناسایی استفاده خواهد شد.

آیا هیچ فردی که در بالا ذکر شد در حال حاضر به خاطر تخلف از برنامه (کلاهبرداری) و یا قصور در انجام لزومات شغلی سلب صلاحیت شده است؟ اگر بله، چه کسی؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
---	---

بخش C - درآمد/منابع مالی/مخارج

7. a. مقدار کل درآمد خالص و یا درآمد دیگری که همه افراد فوق الذکر دریافت کرده اند و یا در طول دوره پرداخت مزایای مصیبت دریافت خواهند کرد چقدر است؟ \$ _____
b. همه منابع درآمد خود را ذکر نمایید:

دیگر	حساب های جاری	حساب های پس انداز	بولند
\$	\$	\$	\$

9. مقدار مخارج برای ضررها و یا صدمات در رابطه با مصیبت را وارد کنید که پرداخت کرده اید و یا انتظار می روید در دوره مصیبت پیروزی. مقادیری که توسط فرد دیگری پرداخت شده که در بالا ذکر نشده و یا در طول دوره مصیبت بازپرداخت خواهد شد را ذکر نمایید.
\$ _____
\$ _____
\$ _____
\$ _____

a. تعمیر و یا تعویض خانه، محل کار و یا ملک اجاره ای.
b. مخارج پناهگاه موقت.
c. هزینه های نقل مکان از خانه تخلیه شده.
d. مخارج محافظت از خانه، محل کار و یا ملک اجاره ای.
e. هزینه های پزشکی و یا به حاکسپاری در نتیجه خدمات مربوط به مصیبت.

10. a. آیا فردی که در فوق ذکر شد در حال حاضر کوین های غذایی دریافت می کند؟ اگر بله، چه کسی؟ _____ سهمیه ماهانه _____
b. آیا برای کوین های جایگزین در این ماه درخواست کردید و یا آنها را دریافت کردید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>

گواهی شما

اینجانب گواهی می کنم که سوالات در این درخواست نامه را درک کرده و خانوار من نیاز به کمک غذایی اضطراری دارد. اینجانب اخطار مجازاتی فوق را خوانده ام (ویا برایم خوانده شد). اینجانب اجازه می دهم هرگونه اطلاعاتی که برای تعیین صحت واحد شرایط بودنم لازم است افشا شود. اگر انتخاب شدم، با قادر اداری بخشداری، ایالتی و فدرال در مروری که بعد از دوره دریافت مزایای مصیبت انجام می شود همکاری کامل خواهم کرد. همچنین توجه دارم که ممکن است لازم باشد هر مزایایی که زیادی پرداخت شده باشد را بازپرداخت کنم به خاطر اینکه من، عضو بزرگسال دیگری از خانوار و یا نماینده مجاز، اطلاعات نادرست و یا ناکاملی گزارش کرده باشد.

اینجانب تحت مجازات شهادت کذب تحت قوانین ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اظهار می دارم اطلاعاتی که در درخواست نامه من آمده حقیقت داشته، صحیح بوده و کامل است.

امضاء (عضو بزرگسال خانوار و یا نماینده مجاز)	<input type="checkbox"/>
تاریخ	تاریخ

شاهد، اگر با یک "X" امضاء کردید

فقط برای استفاده شهرستان

Number of Persons in household from (5)

Number of IPV/ET disqualified from (6) -

Household size =

Computation

A. Anticipated Income (from (7))	\$ _____
B. Accessible Cash Resources (from (8))	+ \$ _____
C. Total disaster period income = (A+B)	\$ _____
D. Total allowable disaster-related expenses (from (9))	- \$ _____
E. Accessible disaster period income = (C-D)	\$ _____
F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table)	\$ _____

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible: YES NO

Allotment

1. Disaster Allotment (from Table)	\$ _____
2. Regular Allotment Already Received	- \$ _____
3. Net Disaster Allotment (1-2)	= \$ _____

Issuance document ID Number # _____

Client ID issued

YES NO

WORKER'S SIGNATURE	DATE
►	►