تقرير الأهلية\ الوضع

نرجو التوقيع على النموذج بعد الاول من _____ وإعادته قبل الخامس من الشهر.
شهر التقديم

هل تحتاج للمساعدة؟ اتصل بعاملك.

اسم العامل:

هاتف العامل:

الرمز:

أرجو إيقاف فوائدي من: ☐ المساعدة المالية ☐ طوابع الأغذية ☐ الضمان الصحي ميدي-كال في نهاية هذا الشهر. وقع واكتب التاريخ على الصفحة الأخيرة.
أعد النموذج إلى عاملك. يمكنك التقديم مرة أخرى في أي وقت.

الجزء 1: رجاء أخبرنا ماذا حصل في _____ _____
الشهر السنة

1. هل حصلت انت او شخص آخر على أي دخل من أي مصدر هذا الشهر؟ إذا كانت الإجابة نعم، أذكر أدناه **وألحق الأدلة.** ☐ **نعم** ☐ **لا**

الأرباح: مجالسة الاطفال والفوائد وأرباح الأسهم ودخل الإيجار والراتب والتوظيف الذاتي وراتب المريض والبقشيش وراتب الإجازة و إلخ. **أية فوائد حكومية:** تعويض الإعاقة الحكومي (SDI) والضمان الإجتماعي ودخل الضمان الإضافي\ الدفعات الإضافية الحكومية (SSI/SSP) والدفعات الحكومية الأخرى للإعاقة والتقاعد ومعونة الإيجار والبطالة وتقاعد الجنود وتعويض العامل (UIB) وإلخ. **فوائد أخرى:** إعالة الطفل\الزوج والتامين او التسوية القانونية ودخل آخر خاص للإعاقة او التقاعد والتقاعد من العمل في السكة الحديدة وفوائد الإضراب وإلخ. **فوائد أخرى:** نقود وهدايا وقروض ومنح وإلخ. **دخل معنوي:** كالمسكن المربوح والمسكن\المرافق\الألبسة\الأغذية المجانية وإلخ.

من حصل على الدخل؟	ممن؟	المبلغ الإجمالي	$	$	$	$	$
		تاريخ الإستلام					
من حصل على الدخل؟	ممن؟	المبلغ الإجمالي	$	$	$	$	$
		تاريخ الإستلام					
من حصل على الدخل؟	ممن؟	المبلغ الإجمالي	$	$	$	$	$
		تاريخ الإستلام					

1أ . عدد ساعات العمل او التدريب في هذا الشهر:

من عمل؟	أين؟	مجموع الساعات	من عمل؟	أين؟	مجموع الساعات
من درب؟	أين؟	مجموع الساعات	من درب؟	أين؟	مجموع الساعات

1ب. إذا كان الدخل او المبلغ المالي المذكور أعلاه سيتغير في الأشهر الثلاثة التالية بعد شهر التقديم، نرجو تقديم الشرح **وإلحاق الادلة.**

اسم الشخص	مصدر الدخل او الأموال	لماذا سيتغير؟	كم المبلغ الذي ستحصل عليه؟		
			الشهر الاول	الشهر الثاني	الشهر الثالث
			$	$	$
			$	$	$

قد تساعدك الأسئلة 2 و 3 و 4 و 5 على الحصول على طوابع أغذية أكثر

2. التكاليف الطبية: هل قام أحد الحاصلين على طوابع الأغذية او المعاقين او الذين هم في سن الستين او أكثر بدفع تكاليف طبية؟ إذا كانت الإجابة نعم، نرجو ذكر المبلغ المدفوع أدناه **وإلحاق الأدلة** على الدفع ☐ **نعم** ☐ **لا**

من دفع؟	من يحصل على العناية؟	المبلغ
		$

3. عناية المعالين: هل قام أحد الحاصلين على طوابع الأغذية بالدفع لقاء العناية بطفل او معاق او معال آخر أثناء العمل او السعي للعمل أو الذهاب للمدرسة او التدريب؟ إذا كانت الإجابة نعم، نرجو ذكر المبلغ المدفوع أدناه **وإلحاق الأدلة** على الدفع ☐ **نعم** ☐ **لا**

من دفع؟	من يحصل على العناية؟	المبلغ
		$

COUNTY USE SECTION

4. إعالة الاطفال: هل قام أحد الحاصلين على طوابع الأغذية بالدفع لقاء إعالة طفل بأمر المحكمة؟ ☐ **نعم** ☐ **لا**

إذا كانت الإجابة نعم، نرجو ذكر المبلغ المدفوع أدناه **وإلحاق الأدلة** على الدفع

من دفع؟	المبلغ $	من دفع؟	المبلغ $

5. إذا كانت المعلومات التابعة للأسئلة 2 او 3 او 4 ستتغير في الأشهر الثلاثة التالية بعد شهر التقديم، نرجو وضع علامة داخل المربعات ادناه و تقديم الشرح **و إلحاق الأدلة.**

التكاليف الطبية ☐	من يدفع؟	المبلغ $	من يحصل على الرعاية؟	ماذا تغير؟	متى سيتغير؟
رعاية المعال ☐	من يدفع؟	المبلغ $	من يحصل على الرعاية؟	ماذا تغير؟	متى سيتغير؟
إعالة طفل بأمر المحكمة ☐	من يدفع؟	المبلغ $	ممن؟	ألحق امر المحكمة الجديد	متى سيتغير؟

الجزء 2: ماذا حصل بعد تقريرك الأخير؟

6. هل قام أحد بالحصول على ملكية [أرض أو منزل أو سيارات أو حسابات مصرفية او دفعات مالية (مثل: اليناصيب او أرباح الكازينوهات او ضمان إجتماعي رجعي او دفعات ضريبية) او غير ذلك] اوبشرائها او بيعها او المتاجرة بها أو التخلي عنها؟ إذا كانت الإجابة نعم، نرجو ذكرها أدناه **و إلحاق الأدلة.** ☐ **نعم** ☐ **لا**

من الذي يملك او باع أو تاجر أو تخلى؟	نوع الملكية	متى؟	القيمة $	
				☐ اشترى ☐ باع ☐ ربح ☐ هدية متلقاة ☐ تاجر ☐ تخلى

حساب جارٍ ☐ مفتوح ☐ مقفل الرصيد $ | حساب إدخار ☐ مفتوح ☐ مقفل الرصيد $

7. هل انتقل أحدهم من أو إلى منزلك او هل انتقلت للسكن مع أحد آخر؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، نرجو ملء الجدول أدناه. ☐ **نعم** ☐ **لا**

الإسم الكامل للشخص	صلة القرابة	انتقل من المنزل او إليه؟	متى؟

8. هل أدين أحد أفراد أسرتك بجرم حيازة المخدرات أو تعاطيها او توزيعها; هل يتجنب أحد أفراد أسرتك او يتهرب من المحاكمة لجرم ارتكبه او من الحجز او الحبس; هل يقوم احد أفراد أسرتك بخرق التعهد بحسن السلوك أو إطلاق السراح بشرط حسن السلوك؟ ☐ **نعم** ☐ **لا**

إذا كانت الإجابة "نعم"، أذكر الإسم: **هل أدين؟** **تاريخ الإدانة:**

9. هل طرأت أي من الأمور التالية أو أية تغييرات أخرى على أحد افراد منزلك؟ ☐ **نعم** ☐ **لا**

إذا كانت الإجابة "نعم"، نرجو وضع علامة في المربع/ المربعات أدناه **وإلحاق الأدلة.**

☐ **تغير عائلي** (زواج او طلاق أو إنفصال أو تسجيل شراكة محلية في كاليفورنيا او الحصول على شراكة محلية خارج كاليفورنيا او إنهاء شراكة محلية أو حمل أو إنجاب أو إنهاء حمل؟)

☐ **إعاقة** (الإصابة بإعاقة او الشفاء من إعاقة او مرض خطير؟)

☐ **عمل** (الشروع او التوقف عن العمل او رفض وظيفة او تدريب أو زيادة ساعات العمل او التدريب او نقصانها أو الإضراب؟)

☐ **هجرة** (تغير في وضع الجنسية او الهجرة او الحصول على بطاقة جديدة أو نموذج أو رسالة من دائرة خدمات الهجرة والجنسية الامريكية (مصلحة خدمات الهجرة والجنسية)؟)

☐ **تأمين** (بدء فوائد التامين على الصحة او الأسنان أو الحياة او إيقافها أو تغييرها بما في ذلك التأمين الصحي ميديكاير Medicare؟)

☐ **حضانة الاطفال** (أي تغيير في كمية الوقت المخصصة لرعاية/ حضانة أطفالك؟)

☐ **خدمات إعالة داخل المنزل** (بدأت او توقفت عن الحصول على خدمات؟)

☐ **إرتياد المدرسة**

- **للإعالات المالية فقط- التلاميذ الذين تتراوح أعمارهم بين 18-6 عاماً** هل بدأوا أو توقفوا عن إرتياد المدرسة بانتظام؟
- **التلاميذ الذين تتخطى اعمارهم 16 عاماً** هل بدأوا أو توقفوا عن إرتياد المدرسة/ الكلية؟ (يمكن أن تحصل على تكاليف الكتب او النقليات إلى المدرسة أو غيرها)

☐ **تغيرات أخرى**

إذا كانت إجابتك "نعم" على أي مما تقدم، نرجو ملء المعلومات أدناه. يمكنك إلحاق اوراق إضافية إذا استدعت الحاجة:

إسم الشخص/الأشخاص	صلة القرابة	ماذا حصل؟	متى؟

تغير العنوان

إملأ هذا القسم **فقط** إذا انتقلت من منزلك أو لديك عنوان بريدي جديد. إذا كنت تحصل على طوابع الأغذية، قد يطلب منك تقديم ادلة على تكاليف محل إقامتك الجديد.

عنوان المنزل الجديد (الرقم او اسم الشارع أو الجادة أو الطريق إلخ.)	رقم الشقة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف الجديد ( )

تاريخ الإنتقال	العنوان البريدي الجديد (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

هل تتحمل تكاليف السكن في هذا العنوان الجديد؟

☐ **نعم** ☐ **لا** إذا كانت الإجابة "نعم"، كم المبلغ؟ $_____

هل يتعين عليك دفع تكاليف التدفئة/ التبريد إلى جانب تكاليف السكن؟

☐ **نعم** ☐ **لا** إذا كانت الإجابة "نعم"، كم المبلغ؟ $_____

تصديق- إحذر التزوير

أعي أنه: إذا قمت عمداً بعدم الإدلاء بكافة المعلومات او صرحت بمعلومات خاطئة حول دخلي او أملاكي او وضعي العائلي للحصول او للإستمرار في الحصول على المساعدات او الفوائد، يمكن أن أحاكم قانونياً كما يمكن أن أتهم بإرتكاب جرم إذا تم دفع أكثر مما قيمته $400 من المساعدات المالية و/أو طوابع الأغذية نتيجة لفعلي هذا. حصلت على نسخة من التعليمات والعقوبات الخاصة بتقرير الأهلية/ الوضع للمساعدات المالية وطوابع الأغذية.

عليك التوقيع وكتابة التاريخ على هذا النموذج بعد اليوم الأخير من الشهر الذي يخصص له هذا النموذج وإلا سيعتبر النموذج غير كامل. أقر تحت طائلة مسؤولية الحنث باليمين المنصوص عليها في القوانين المرعية في الولايات المتحدة وولاية كاليفورنيا بأن المعلومات الواردة في هذا التقرير صحيحة و حقيقية وكاملة.

من عليه التوقيع أدناه:
للمساعدات المالية: انت وزوجك المتلقي للمساعدة او شريكك المحلي ووالد/والدة (الاطفال المتلقين للمساعدات المالية) إذا كان يقيم في المنزل
لطوابع الأغذية: رب المنزل او الفرد المسؤول عن المنزل أو الفرد المخول تمثيل المنزل

التوقيع او العلامة	تاريخ التوقيع	رقم هاتف المنزل	الهاتف الخلوي
		( )	( )

توقيع الزوج أو الشريك المحلي أو والد/والدة الأطفال المتلقين للمساعدات المالية	تاريخ التوقيع	توقيع شاهد العلامة او المترجم او شخص آخر قام بتعبئة النموذج	تاريخ التوقيع