



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

## استعراض الإعانات

This is an application for cash, health care and the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits. If you need this application in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios en efectivo, beneficios de atención médica y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). Si necesita esta solicitud en otro idioma o un intérprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia lingüística se proporcionará de forma gratuita.

Đây là đơn xin hưởng các khoản tiền phúc lợi, bảo hiểm y tế và Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP). Nếu bạn cần đơn này bằng ngôn ngữ khác hay cần thông dịch viên thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ quận tại địa phương mình. Hỗ trợ ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

此为现金、医疗和补充营养援助计划 (SNAP) 福利申请表。如需其他语言版本或口头翻译，请联系当地的县援助办公室。免费获取语言协助。

В этом приложении будут содержаться данные о ваших денежных пособиях, льготах по медицинскому обслуживанию и пособиях по программе «Программа дополнительной продовольственной помощи» (SNAP). Если вы хотите переключить язык приложения или вам требуются услуги перевода, обратитесь в окружное отделение социальной помощи по месту жительства. Языковые услуги предоставляются бесплатно.

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំប្រាក់ ទំហែទាំសុខភាព និងអត្ថប្រយោជន៍ កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ។ ប្រសិនបើអ្នក ត្រូវការដាក់ពាក្យសុំជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែ សូម ទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងទទួលបានជំនួយបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។

هذا تطبيق مخصص للمستحقات النقدية، الرعاية الصحية وميزات برنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP). إذا كنت تريد تصفح هذا التطبيق بلغة أخرى أو كنت تريد مترجماً فوراً، فالرجاء الاتصال بمكتب المساعدة المحلي التابع للمقاطعة الخاصة بك، وسيتم توفير المساعدة اللغوية مجاناً.



**COMPASS**  
CLICK. APPLY. BENEFIT.

يمكنك التجديد إلكترونياً على الموقع: [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us)

إذا كانت من ذوي الإعاقة وتحتاج إلى هذا النموذج بخط كبير أو بتنسيق آخر، فيرجى الاتصال بـ **خط المساعدة** على الرقم **1-800-692-7462**. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق ويرغبون في التواصل مع خط المساعدة الاتصال بخدمات PA Relay عن طريق الاتصال بالرقم **711**.

## سلامة الأسرة: معلومات حول الإعانات الممنوحة لك والعنف المنزلي.

يحدث العنف المنزلي عندما يقوم شخص ما في حياتك بإيذائك. يمكن أن تكون الإساءة جسدية أو جنسية أو عاطفية. ويشمل ذلك:

- التحكم في المكان الذي تذهب إليه والأشخاص الذين تراهم
- إيذاءك أنت أو أطفالك جسدياً
- عدم السماح لك أو لأطفالك بالحصول على الطعام أو الملابس
- تهديدك أو محاولة إيذائك أو إيذاء أطفالك أو ممتلكاتك
- أو الرعاية الطبية
- إجبارك على ممارسة الجنس
- منعك من الذهاب إلى العمل أو المدرسة
- الاعتداء الجنسي على أطفالك
- تعقبك أو ملاحقتك

إذا كنت ضحية للعنف المنزلي أو كنت معرضاً لخطر المزيد من العنف، فيمكن للمرشد الاجتماعي الخاص بك أن يعفك من متطلبات المساعدة النقدية إذا كان العنف المنزلي يمنعك من الامتثال. في بعض الأحيان لا يستطيع البعض اتباع متطلبات الرعاية الاجتماعية بأمان لأنهم يخشون تعرضهم أو تعرض أطفالهم للإيذاء إذا فعلوا ذلك. ويشمل ذلك:

- المتطلبات التي يعيشها آباء المراهقين في المنزل
- التعاون من أجل نفقة الطفل المُعال
- المتطلبات الأخرى على أساس كل حالة على حدة
- حدود الوقت
- التحقق
- العمل (برنامج الطريق إلى الاكتفاء الذاتي الاقتصادي من خلال التوظيف والتدريب (RESET))

إذا كنت بحاجة إلى إعفانك من متطلبات الرعاية الاجتماعية بسبب العنف المنزلي، فأخبر المرشد الاجتماعي الخاص بك.

إذا كنت أنت أو أطفالك ضحايا للعنف المنزلي أو تعرضتم للعنف المنزلي من قبل، أو كنتم معرضين لخطر المزيد من العنف، فيمكن للمرشد الاجتماعي الخاص بك:

- التحدث معك إذا كنت تريد التحدث. يمكنك أن تطلب التحدث على انفراد. سيقاظ المرشد الاجتماعي الخاص بك والموظفون على سرية معلوماتك الشخصية. ومع ، إلا أن القانون ينص على أنه يجب على إدارة الخدمات الإنسانية الإبلاغ عن إساءة معاملة الأطفال إلى وكالة الأطفال والشباب.
- مساعدتك في أن تجد برامج محلية يمكنك من خلالها الحصول على الاستشارة، والتخطيط للسلامة، والمأوى، والخدمات القانونية وغيرها من المساعدة.
- مساعدتك في أن تفهم قواعد التقدم للحصول على المساعدة النقدية، وكيف تؤثر عليك إذا قدمت بتقديم الطلب. قد يتم التنازل عن بعض متطلبات المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة بناءً على العنف المنزلي.

لمزيد من المعلومات حول التدخل في الأزمات، وتقديم المشورة، والحصول على مرافقة من الشرطة، والتسهيلات الطبية وتسهيلات المحاكم، والمأوى المؤقت في حالات الطوارئ، وبرامج الوقاية والتعليم، اتصل على:

### ائتلاف بنسلفانيا ضد العنف المنزلي

303-839-1852 (وطني)

1-800-932-4632 (في بنسلفانيا )

## PA CareerLink® - معلومات مهمة حول برنامج

PA CareerLink® هو برنامج تابع لوزارة العمل والصناعة في ولاية بنسلفانيا لمساعدة الباحثين عن عمل في العثور على وظائف. يعرف موظفو العمل والصناعة ظروف سوق العمل الحالية ويمكنهم تزويدك بالمعلومات والموارد لمساعدتك في البحث عن وظيفة.

يوصى بالتسجيل في برنامج PA CareerLink® للبدء. يمكنك التسجيل في برنامج PA CareerLink® على [www.pacareerlink.pa.gov](http://www.pacareerlink.pa.gov).

# استعراض استعراض الإعانات: يجب علينا مراجعة أهليتك للحصول على الإعانات النقدية و/أو الرعاية الصحية و/أو برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP).

لا حاجة للأوراق! هل ترغب في تلقي إشعاراتك عبر الإنترنت؟  
انتقل إلى [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us) وقم بالتسجيل في حساب MyCOMPASS الخاص بك.

## يرجى طباعة كافة المعلومات

**تنبيه هام للمستلم:** نحن بحاجة لجمع معلومات عنك.

1. يرجى الطباعة بوضوح. حاول إكمال أكبر قدر ممكن من المعلومات. المعلومات المطلوبة في هذا النموذج ضرورية لتحديد أهليتك المستمرة.
2. يرجى مراجعة أي معلومات مطبوعة في هذا النموذج. في حالة وجود أي معلومات مطبوعة مسبقاً غير صحيحة أو تغيرت، فقم بشطب المعلومات المطبوعة وتقديم معلومات محدثة. يرجى مراجعة جميع الأسئلة التي ليس لها إجابة مطبوعة وتقديم إجابة ما لم تخبرك التعليمات أنه يمكنك اختيار عدم الإجابة.
3. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فيمكن لشخص آخر مساعدتك، ويمكنك الحصول على المساعدة من مكتب المساعدة بالمقاطعة أو يمكنك الاتصال بمركز خدمة العملاء على الرقم 1-877-395-8930. يجب على مستخدمي المبرقة الكاتبة/أجهزة الهاتف النصي الاتصال بالرقم 711.
4. **قم بالتوقيع على نموذج استعراض الإعانات وتاريخه في الصفحة 1 وفي صفحة فهم حقوقك ومسؤولياتك.**
5. أحضره إلى مكتب المساعدة بالمقاطعة في تاريخ ووقت المقابلة المقررة. إذا كنت ستجري مقابلة هاتفية، أو إذا لم يكن مطلوباً منك إجراء مقابلة، فأرسل النموذج بالبريد مع أي تحقق مطلوب إلى المرشد الاجتماعي الخاص بك.
6. يمكنك إعادة التقديم إلكترونياً على الموقع: [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us).

ما هي اللغة التي تفضلها؟ ¿Qué idioma prefiere usted?  الإنجليزية/Inglés  الإسبانية/Español  أخرى/Otro (يرجى التحديد/especifique) \_\_\_\_\_  
هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ ¿Necesita un intérprete?  نعم/Sí  لا  
إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي اللغة؟ ¿de qué idioma? En caso afirmativo, \_\_\_\_\_

## معلومات عنك

**أخبرنا عن نفسك:** إننا بحاجة لجمع بعض المعلومات عنك. يرجى مراجعة أي معلومات مطبوعة أدناه. إذا كانت هذه المعلومات غير صحيحة، يرجى شطبها وكتابة المعلومات الصحيحة

الاسم (يشمل الاسم الأول، والأحرف الأولى من الاسم الأوسط، والأخير، واللاحقة (Jr./Sr./etc):

عنوان المنزل (يشمل الشارع ورقم الشقة والمدينة والولاية والرمز البريدي + 4):

رقم الهاتف:	منطقة المدرسة:	البلدة/التقسيم الفرعي/البلدية:
-------------	----------------	--------------------------------

## قم بالتوقيع هنا

عندما تقوم بالتوقيع باسمك فهذا يعني أنك تتقدم بطلب للحصول على الإعانات. ويعني ذلك أيضاً أنك تمنح الإذن لمكتب مساعدة المقاطعة لاستخدام المعلومات الواردة في هذا الطلب لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على هذه الإعانات.

X

التاريخ

توقيعك أو توقيع ممتلك

يرجى تحديد المربع أدناه إذا لم تكن تتمتع بالفعل بإعانات الرعاية الصحية وترغب في التقدم بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية لك ولأفراد أسرتك:

نعم، أرغب في التقدم بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية.

إذا اخترت نعم، يرجى إدراج أفراد الأسرة الذين ترغب في التقدم لهم، بما فيهم أنت:


لا تكمل - مكتب المساعدة بالمقاطعة فقط

WORKER ID	CSLD	RECORD NUMBER	CAT	NAME	APPT DATE/TIME	AM
						PM
AUTHORIZED				NOT AUTHORIZED		

## هل تهتم بأي خدمات أخرى؟

ضع علامة اختيار في المربع إذا كنت مهتمًا بأي من هذه الخدمات الأخرى:

<input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي (SSI)	<input type="checkbox"/> عيادة ويل بيبي	<input type="checkbox"/> خدمات الإعاقة الذهنية
<input type="checkbox"/> التحصينات (الحقن)	<input type="checkbox"/> برنامج المساعدة في الطاقة لذوي الدخل المنخفض (المساعدة في الطاقة)	<input type="checkbox"/> خدمات قدامى المحاربين
<input type="checkbox"/> WIC (النساء والرضع والأطفال)	<input type="checkbox"/> بنوك الطعام	<input type="checkbox"/> الوجبات المدرسية (بتكلفة مجانية أو مخفضة)
<input type="checkbox"/> رعاية الطفل	<input type="checkbox"/> خط الخدمة (الخدمة الهاتفية منخفضة التكلفة)	<input type="checkbox"/> المساعدة في السكن
<input type="checkbox"/> الرعاية الطويلة الأجل (التمريض المنزلي)	<input type="checkbox"/> خدمات نفقة إعالة أطفال	<input type="checkbox"/> برامج Head Start "هيد ستارت" (للأطفال من عمر 3 إلى 6 سنوات)
<input type="checkbox"/> تنظيم الأسرة/تحديد النسل	<input type="checkbox"/> التوظيف والتدريب	<input type="checkbox"/> التأهيل المهني
<input type="checkbox"/> الخدمات المنزلية والمجتمعية (خدمات الإعفاء)	<input type="checkbox"/> بدلات خاصة للتوظيف والتدريب (مثل الأدوات)	
<input type="checkbox"/> أخرى:		

## أخبرنا عن الأشخاص الموجودين في منزلك:

نحن بحاجة إلى جمع معلومات عن كل من يعيش في عنوانك، حتى لو لم يتقدموا بطلب للحصول على الإعانات. بالنسبة للمتقدمين للحصول على الرعاية الصحية، تأكد من إدراج أي شخص في إقرار ضريبة الدخل الفيدرالي الخاص بك، حتى لو كان لا يعيش معك. ملحوظة: لا تحتاج إلى تقديم إقرار ضريبي للحصول على الإعانات. يرجى مراجعة أي معلومات مطبوعة أدناه. إذا كانت هذه المعلومات غير صحيحة، يرجى شطبها وكتابة المعلومات الصحيحة.

### الشخص 1

الاسم (يشمل الاسم الأول، والأحرف الأولى من الاسم الأوسط، والآخر، واللاحقة /Jr./Sr./etc):		هل تتقدم بطلب لنفسك؟	رقم الضمان الاجتماعي:
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):	النوع:	هل لديك بطاقة PAACCESS /بطاقة تحويل إلكتروني للإعانات؟	
	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل أنت في المدرسة؟	إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو الصف؟	اسم المدرسة:	هل أنت طالب بدوام كامل؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
أجب عن الأسئلة أدناه إذا كنت تتقدم لهذا الشخص. لسبب حاجة للإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بطلب لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية فقط.			
إذا كنت غير مؤهل للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فهل تريد أن تتم مراجعتك من أجل الحصول على تغطية برنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كان عمرك أقل من 21 عامًا، فسنأخذ ذلك فقط بعين الاعتبار عند تحديدنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كنت ترغب في أن تتم مراجعتك للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فسنحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل أحد والديه (كليهما). هل تريد أن تتم مراجعتك فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة وليس لتغطية المساعدة الطبية الكاملة؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
بغض النظر عن العمر، هل تخشى أن المعلومات التي قد تتلقاها في المكان الذي تعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضررًا جسديًا أو عاطفيًا أو أي ضرر آخر من شريك زواجك أو والديك أو أي شخص آخر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، هل لديك عنوان آخر (بخلاف المكان الذي تعيش فيه) ترغب في استخدامه للحصول على معلومات حول خدمات تنظيم الأسرة؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل أنت مواطن أمريكي أو أمريكي الجنسية؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا أو أمريكي الجنسية، فأجب عن الأسئلة التالية:	هل لديك وضع هجرة مؤهل؟	إذا كانت الإجابة بنعم، أملاً نوع الوثيقة ورقم الهوية:	رقم معرف الوثيقة:
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
	هل لديك كفيل؟	هل تعيش في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟	
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

### الشخص 2

الاسم (يشمل الاسم الأول، والأحرف الأولى من الاسم الأوسط، والآخر، واللاحقة /Jr./Sr./etc):		هل تتقدم بالطلب بخصوص هذا الشخص؟	رقم الضمان الاجتماعي:
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):	النوع:	هل لدى هذا الشخص بطاقة PAACCESS /بطاقة تحويل إلكتروني للإعانات؟	هل يعيش هذا الشخص معك؟
	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل هذا الشخص في المدرسة؟	إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو الصف؟	اسم المدرسة:	هل هذا الشخص طالب بدوام كامل؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ما علاقة هذا الشخص بك؟			
<input type="checkbox"/> شريك الزواج <input type="checkbox"/> الأطفال <input type="checkbox"/> طفل من الزوج أو الزوجة <input type="checkbox"/> لا علاقة له بي <input type="checkbox"/> أخرى			
أجب عن الأسئلة أدناه إذا كنت تتقدم لهذا الشخص. لسبب حاجة للإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بطلب لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية فقط.			
إذا كان غير مؤهل للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فهل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته من أجل الحصول على تغطية برنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كان عمر هذا الشخص أقل من 21 عامًا، فسنأخذ بعين الاعتبار دخله فقط عند تحديدنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في أن تتم مراجعته للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فسنحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل أحد والديه (كليهما). هل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة وليس لتغطية المساعدة الطبية الكاملة؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
بغض النظر عن عمره، هل يخشى هذا الشخص من أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضررًا جسديًا أو عاطفيًا أو أي ضرر آخر من شريك الزواج أو والديه أو أي شخص آخر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، هل لديه عنوان آخر (بخلاف المكان الذي يعيش فيه) يرغب في استخدامه للحصول على معلومات حول خدمات تنظيم الأسرة؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو أمريكي الجنسية؟			
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا لم يكن هذا الشخص مواطنًا أمريكيًا أو أمريكي الجنسية، فأجب عن الأسئلة التالية:	هل يتمتع هذا الشخص بوضع هجرة مؤهل؟	إذا كانت الإجابة بنعم، أملاً نوع الوثيقة ورقم الهوية:	رقم معرف الوثيقة:
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
	هل هذا الشخص لديه كفيل؟	هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟	
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

### الشخص 3

الاسم (يشمل الاسم الأول، والأحرف الأولى من الاسم الأوسط، والآخر، واللاحقة (Jr./Sr./etc):		هل تتقدم بالطلب بخصوص هذا الشخص؟		رقم الضمان الاجتماعي:
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):	النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	هل لدى هذا الشخص بطاقة PAACCESS بنسلفانيا / بطاقة تحويل إلكتروني للإعانات؟		هل يعيش هذا الشخص معك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل هذا الشخص في المدرسة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو الصف؟	اسم المدرسة:	هل هذا الشخص طالب بدوام كامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
ما علاقة هذا الشخص بك؟ <input type="checkbox"/> شريك الزواج <input type="checkbox"/> الأطفال <input type="checkbox"/> طفل من الزوج أو الزوجة <input type="checkbox"/> لا علاقة له بي <input type="checkbox"/> أخرى _____				

أجب عن الأسئلة أدناه إذا كنت تتقدم لهذا الشخص. لست بحاجة للإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بطلب لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية فقط.

إذا كان غير مؤهل للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فهل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته من أجل الحصول على تغطية برنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟  نعم  لا

إذا كان عمر هذا الشخص أقل من 21 عامًا، فسأخذ بعين الاعتبار دخله فقط عند تحديدنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في أن تتم مراجعته للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فسنحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل أحد والديه (كليهما). هل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة وليس لتغطية المساعدة الطبية الكاملة؟  نعم  لا

بغض النظر عن عمره، هل يخشى هذا الشخص من أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضررًا جسديًا أو عاطفيًا أو أي ضرر آخر من شريك الزواج أو والديه أو أي شخص آخر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، هل لديه عنوان آخر (بخلاف المكان الذي يعيش فيه) يرغب في استخدامه للحصول على معلومات حول خدمات تنظيم الأسرة؟  نعم  لا

هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو أمريكي الجنسية؟  نعم  لا

إذا لم يكن هذا الشخص مواطنًا أمريكيًا أو أمريكي الجنسية، فأجب عن الأسئلة التالية:

هل يتمتع هذا الشخص بوضع هجرة مؤهل؟  نعم  لا

هل هذا الشخص لديه كفيل؟  نعم  لا

هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟  نعم  لا

### الشخص 4

الاسم (يشمل الاسم الأول، والأحرف الأولى من الاسم الأوسط، والآخر، واللاحقة (Jr./Sr./etc):		هل تتقدم بالطلب بخصوص هذا الشخص؟		رقم الضمان الاجتماعي:
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):	النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	هل لدى هذا الشخص بطاقة PAACCESS بنسلفانيا / بطاقة تحويل إلكتروني للإعانات؟		هل يعيش هذا الشخص معك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل هذا الشخص في المدرسة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو الصف؟	اسم المدرسة:	هل هذا الشخص طالب بدوام كامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
ما علاقة هذا الشخص بك؟ <input type="checkbox"/> شريك الزواج <input type="checkbox"/> الأطفال <input type="checkbox"/> طفل من الزوج أو الزوجة <input type="checkbox"/> لا علاقة له بي <input type="checkbox"/> أخرى _____				

أجب عن الأسئلة أدناه إذا كنت تتقدم لهذا الشخص. لست بحاجة للإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بطلب لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية فقط.

إذا كان غير مؤهل للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فهل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته من أجل الحصول على تغطية برنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟  نعم  لا

إذا كان عمر هذا الشخص أقل من 21 عامًا، فسأخذ بعين الاعتبار دخله فقط عند تحديدنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في أن تتم مراجعته للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فسنحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل أحد والديه (كليهما). هل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة وليس لتغطية المساعدة الطبية الكاملة؟  نعم  لا

بغض النظر عن عمره، هل يخشى هذا الشخص من أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضررًا جسديًا أو عاطفيًا أو أي ضرر آخر من شريك الزواج أو والديه أو أي شخص آخر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، هل لديه عنوان آخر (بخلاف المكان الذي يعيش فيه) يرغب في استخدامه للحصول على معلومات حول خدمات تنظيم الأسرة؟  نعم  لا

هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو أمريكي الجنسية؟  نعم  لا

إذا لم يكن هذا الشخص مواطنًا أمريكيًا أو أمريكي الجنسية، فأجب عن الأسئلة التالية:

هل يتمتع هذا الشخص بوضع هجرة مؤهل؟  نعم  لا

هل هذا الشخص لديه كفيل؟  نعم  لا

هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟  نعم  لا

### الشخص 5

الاسم (يشمل الاسم الأول، والأحرف الأولى من الاسم الأوسط، والآخر، واللاحقة (Jr./Sr./etc):		هل تتقدم بالطلب بخصوص هذا الشخص؟		رقم الضمان الاجتماعي:
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):	النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	هل لدى هذا الشخص بطاقة PAACCESS بنسلفانيا / بطاقة تحويل إلكتروني للإعانات؟		هل يعيش هذا الشخص معك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل هذا الشخص في المدرسة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو الصف؟	اسم المدرسة:	هل هذا الشخص طالب بدوام كامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
ما علاقة هذا الشخص بك؟ <input type="checkbox"/> شريك الزواج <input type="checkbox"/> الأطفال <input type="checkbox"/> طفل من الزوج أو الزوجة <input type="checkbox"/> لا علاقة له بي <input type="checkbox"/> أخرى _____				

أجب عن الأسئلة أدناه إذا كنت تتقدم لهذا الشخص. لست بحاجة للإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بطلب لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية فقط.

إذا كان غير مؤهل للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فهل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته من أجل الحصول على تغطية برنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟  نعم  لا

إذا كان عمر هذا الشخص أقل من 21 عامًا، فسأخذ بعين الاعتبار دخله فقط عند تحديدنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في أن تتم مراجعته للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فسنحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل أحد والديه (كليهما). هل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة وليس لتغطية المساعدة الطبية الكاملة؟  نعم  لا

بغض النظر عن عمره، هل يخشى هذا الشخص من أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضررًا جسديًا أو عاطفيًا أو أي ضرر آخر من شريك الزواج أو والديه أو أي شخص آخر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، هل لديه عنوان آخر (بخلاف المكان الذي يعيش فيه) يرغب في استخدامه للحصول على معلومات حول خدمات تنظيم الأسرة؟  نعم  لا

هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو أمريكي الجنسية؟  نعم  لا

إذا لم يكن هذا الشخص مواطنًا أمريكيًا أو أمريكي الجنسية، فأجب عن الأسئلة التالية:

هل يتمتع هذا الشخص بوضع هجرة مؤهل؟  نعم  لا

هل هذا الشخص لديه كفيل؟  نعم  لا

هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟  نعم  لا

## الشخص 6

الاسم (يشمل الاسم الأول، والأحرف الأولى من الاسم الأوسط، والآخر، واللاحقة (Jr./Sr./etc):		هل تتقدم بالطلب بخصوص هذا الشخص؟ رقم الضمان الاجتماعي:	
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):		النوع: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	هل لدى هذا الشخص بطاقة PAACCESS بنسلفانيا / بطاقة تحويل إلكتروني للإعانات؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص في المدرسة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		إذًا كانت الإجابة بنعم، فما هو الصف؟	اسم المدرسة:
هل هذا الشخص طالب بدوام كامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل يعيش هذا الشخص معك؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
ما علاقة هذا الشخص بك؟ <input type="checkbox"/> شريك الزواج <input type="checkbox"/> الأطفال <input type="checkbox"/> طفل من الزوج أو الزوجة <input type="checkbox"/> لا علاقة له بي <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>			
أجب عن الأسئلة أدناه إذا كنت تتقدم لهذا الشخص. لست بحاجة للإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بطلب لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية فقط.			
إذا كان غير مؤهل للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فهل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته من أجل الحصول على تغطية برنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
إذا كان عمر هذا الشخص أقل من 21 عامًا، فسأخذ بعين الاعتبار دخله فقط عند تحديدنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في أن تتم مراجعته للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فنحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل أحد والديه (كإيها). هل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة وليس لتغطية المساعدة الطبية الكاملة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
بغض النظر عن عمره، هل يخشى هذا الشخص من أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضررًا جسديًا أو عاطفيًا أو أي ضرر آخر من شريك الزواج أو والديه أو أي شخص آخر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، هل لديه عنوان آخر (بخلاف المكان الذي يعيش فيه) يرغب في استخدامه للحصول على معلومات حول خدمات تنظيم الأسرة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو أمريكي الجنسية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل يتمتع هذا الشخص بوضع هجرة مؤهل؟ نعم <input type="checkbox"/>		إذًا كانت الإجابة بنعم، أملاً نوع الوثيقة ورقم الهوية.	رقم معرف الوثيقة:
هل هذا الشخص لديه كفيل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	

## الشخص 7

الاسم (يشمل الاسم الأول، والأحرف الأولى من الاسم الأوسط، والآخر، واللاحقة (Jr./Sr./etc):		هل تتقدم بالطلب بخصوص هذا الشخص؟ رقم الضمان الاجتماعي:	
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):		النوع: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	هل لدى هذا الشخص بطاقة PAACCESS بنسلفانيا / بطاقة تحويل إلكتروني للإعانات؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص في المدرسة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		إذًا كانت الإجابة بنعم، فما هو الصف؟	اسم المدرسة:
هل هذا الشخص طالب بدوام كامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل يعيش هذا الشخص معك؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
ما علاقة هذا الشخص بك؟ <input type="checkbox"/> شريك الزواج <input type="checkbox"/> الأطفال <input type="checkbox"/> طفل من الزوج أو الزوجة <input type="checkbox"/> لا علاقة له بي <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>			
أجب عن الأسئلة أدناه إذا كنت تتقدم لهذا الشخص. لست بحاجة للإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بطلب لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية فقط.			
إذا كان غير مؤهل للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فهل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته من أجل الحصول على تغطية برنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
إذا كان عمر هذا الشخص أقل من 21 عامًا، فسأخذ بعين الاعتبار دخله فقط عند تحديدنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في أن تتم مراجعته للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فنحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل أحد والديه (كإيها). هل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة وليس لتغطية المساعدة الطبية الكاملة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
بغض النظر عن عمره، هل يخشى هذا الشخص من أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضررًا جسديًا أو عاطفيًا أو أي ضرر آخر من شريك الزواج أو والديه أو أي شخص آخر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، هل لديه عنوان آخر (بخلاف المكان الذي يعيش فيه) يرغب في استخدامه للحصول على معلومات حول خدمات تنظيم الأسرة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو أمريكي الجنسية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل يتمتع هذا الشخص بوضع هجرة مؤهل؟ نعم <input type="checkbox"/>		إذًا كانت الإجابة بنعم، أملاً نوع الوثيقة ورقم الهوية.	رقم معرف الوثيقة:
هل هذا الشخص لديه كفيل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	

## الشخص 8

الاسم (يشمل الاسم الأول، والأحرف الأولى من الاسم الأوسط، والآخر، واللاحقة (Jr./Sr./etc):		هل تتقدم بالطلب بخصوص هذا الشخص؟ رقم الضمان الاجتماعي:	
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):		النوع: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	هل لدى هذا الشخص بطاقة PAACCESS بنسلفانيا / بطاقة تحويل إلكتروني للإعانات؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل هذا الشخص في المدرسة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		إذًا كانت الإجابة بنعم، فما هو الصف؟	اسم المدرسة:
هل هذا الشخص طالب بدوام كامل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل يعيش هذا الشخص معك؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
ما علاقة هذا الشخص بك؟ <input type="checkbox"/> شريك الزواج <input type="checkbox"/> الأطفال <input type="checkbox"/> طفل من الزوج أو الزوجة <input type="checkbox"/> لا علاقة له بي <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>			
أجب عن الأسئلة أدناه إذا كنت تتقدم لهذا الشخص. لست بحاجة للإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بطلب لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية فقط.			
إذا كان غير مؤهل للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فهل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته من أجل الحصول على تغطية برنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
إذا كان عمر هذا الشخص أقل من 21 عامًا، فسأخذ بعين الاعتبار دخله فقط عند تحديدنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في أن تتم مراجعته للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فنحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل أحد والديه (كإيها). هل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة وليس لتغطية المساعدة الطبية الكاملة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
بغض النظر عن عمره، هل يخشى هذا الشخص من أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضررًا جسديًا أو عاطفيًا أو أي ضرر آخر من شريك الزواج أو والديه أو أي شخص آخر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، هل لديه عنوان آخر (بخلاف المكان الذي يعيش فيه) يرغب في استخدامه للحصول على معلومات حول خدمات تنظيم الأسرة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو أمريكي الجنسية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل يتمتع هذا الشخص بوضع هجرة مؤهل؟ نعم <input type="checkbox"/>		إذًا كانت الإجابة بنعم، أملاً نوع الوثيقة ورقم الهوية.	رقم معرف الوثيقة:
هل هذا الشخص لديه كفيل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	

## الشخص 9

الاسم (يشمل الاسم الأول، والأحرف الأولى من الاسم الأوسط، والآخر، واللاحقة (Jr./Sr./etc):		هل تتقدم بالطلب بخصوص هذا الشخص؟		رقم الضمان الاجتماعي:
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):	النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	هل لدى هذا الشخص بطاقة PAACCESS بنسلفانيا / بطاقة تحويل إلكتروني للإعانات؟		هل يعيش هذا الشخص معك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل هذا الشخص في المدرسة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو الصف؟	اسم المدرسة:	هل هذا الشخص طالب بدوام كامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
ما علاقة هذا الشخص بك؟ <input type="checkbox"/> شريك الزواج <input type="checkbox"/> الأطفال <input type="checkbox"/> طفل من الزوج أو الزوجة <input type="checkbox"/> لا علاقة له بي <input type="checkbox"/> أخرى _____				
<b>أجب عن الأسئلة أدناه إذا كنت تتقدم لهذا الشخص. لست بحاجة للإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بطلب لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية فقط.</b>				
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كان غير مؤهل للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فهل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته من أجل الحصول على تغطية برنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟				
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كان عمر هذا الشخص أقل من 21 عامًا، فسأخذ بعين الاعتبار دخله فقط عند تحديدنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في أن تتم مراجعته للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فنحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل أحد والديه (كليهما). هل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة وليس لتغطية المساعدة الطبية الكاملة؟				
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا بغض النظر عن عمره، هل يخشى هذا الشخص من أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضررًا جسديًا أو عاطفيًا أو أي ضرر آخر من شريك الزواج أو والديه أو أي شخص آخر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، هل لديه عنوان آخر (بخلاف المكان الذي يعيش فيه) يرغب في استخدامه للحصول على معلومات حول خدمات تنظيم الأسرة؟				
هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو أمريكي الجنسية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
هل يتمتع هذا الشخص بوضع هجرة مؤهل؟ <input type="checkbox"/> نعم		نوع الوثيقة: إذا كانت الإجابة بنعم، املا نوع الوثيقة ورقم الهوية.	رقم معرف الوثيقة:	
هل هذا الشخص لديه كفيل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

## الشخص 10

الاسم (يشمل الاسم الأول، والأحرف الأولى من الاسم الأوسط، والآخر، واللاحقة (Jr./Sr./etc):		هل تتقدم بالطلب بخصوص هذا الشخص؟		رقم الضمان الاجتماعي:
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):	النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	هل لدى هذا الشخص بطاقة PAACCESS بنسلفانيا / بطاقة تحويل إلكتروني للإعانات؟		هل يعيش هذا الشخص معك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل هذا الشخص في المدرسة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو الصف؟	اسم المدرسة:	هل هذا الشخص طالب بدوام كامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
ما علاقة هذا الشخص بك؟ <input type="checkbox"/> شريك الزواج <input type="checkbox"/> الأطفال <input type="checkbox"/> طفل من الزوج أو الزوجة <input type="checkbox"/> لا علاقة له بي <input type="checkbox"/> أخرى _____				
<b>أجب عن الأسئلة أدناه إذا كنت تتقدم لهذا الشخص. لست بحاجة للإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بطلب لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية فقط.</b>				
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كان غير مؤهل للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فهل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته من أجل الحصول على تغطية برنامج خدمات تنظيم الأسرة فقط؟				
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كان عمر هذا الشخص أقل من 21 عامًا، فسأخذ بعين الاعتبار دخله فقط عند تحديدنا لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة. إذا كان يرغب في أن تتم مراجعته للحصول على تغطية المساعدة الطبية الكاملة، فنحتاج إلى تقييم دخل أسرته، بما في ذلك دخل أحد والديه (كليهما). هل يريد هذا الشخص أن تتم مراجعته فقط لبرنامج خدمات تنظيم الأسرة وليس لتغطية المساعدة الطبية الكاملة؟				
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا بغض النظر عن عمره، هل يخشى هذا الشخص من أن المعلومات التي قد يتلقاها في المكان الذي يعيش فيه حول خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن تسبب ضررًا جسديًا أو عاطفيًا أو أي ضرر آخر من شريك الزواج أو والديه أو أي شخص آخر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، هل لديه عنوان آخر (بخلاف المكان الذي يعيش فيه) يرغب في استخدامه للحصول على معلومات حول خدمات تنظيم الأسرة؟				
هل هذا الشخص مواطن أمريكي أو أمريكي الجنسية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
هل يتمتع هذا الشخص بوضع هجرة مؤهل؟ <input type="checkbox"/> نعم		نوع الوثيقة: إذا كانت الإجابة بنعم، املا نوع الوثيقة ورقم الهوية.	رقم معرف الوثيقة:	
هل هذا الشخص لديه كفيل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		هل عاش هذا الشخص في الولايات المتحدة منذ عام 1996؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

## أسئلة أخرى

هل هناك امرأة حامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هي؟	تاريخ الولادة المتوقع؟	كم عدد الأطفال المتوقعين؟
هل هناك أي شخص معاق أو مريض بشدة أو بحاجة إلى رعاية طبية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	ما هي الإعاقة؟		
هل كان أي شخص في رعاية التبني في سن 18 أو أكثر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟	في أي ولاية؟	
هل يدفع أي شخص تكاليف رعاية الأطفال أو رعاية شخص بالغ ذي إعاقة إذا كانت الإجابة بنعم، فكم يدفع في الشهر؟	المبلغ الشهري: بالدولار الأمريكي	من الذي يتلقى الرعاية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل يدفع أي شخص تكاليف الانتقال للعمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فكم يدفع كل شهر؟	المبلغ الشهري: بالدولار الأمريكي	كيف تنتقل (الحافلة، القطار، السيارة، المترو)؟
<b>إذا كنت تستخدم سيارة:</b>			
ما هو القسط الشهري لسيارتك؟	المبلغ الشهري: بالدولار الأمريكي	كم يوماً في الأسبوع؟	الأيام:
		كم عدد الأميال التي تقطعها ذهاباً وإياباً إلى العمل؟	الأميال:

## معلومات حول الضرائب

أكمل هذا القسم إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على الرعاية الصحية. لست بحاجة للإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بطلب لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية فقط.

هل يخطط أي شخص لتقديم إقرار ضريبة الدخل الفيدرالي للعام القادم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فأكمل الجدول أدناه.			
أدرج كل شخص سيقدم إقرارات ضريبية. في حالة التقديم بشكل مشترك، أدرج شريك الزواج في نفس الصف. ملاحظة: يمكن المطالبة بالمعالين من قبل مقدم إقرارات ضريبية واحد فقط. بالنسبة لمقدمين الإقرارات المشتركين، ما عليك سوى إدراج المعالين لمقدم الإقرار الضريبي الذي سيقوم النموذج الضريبي.				
إذا كانت الإجابة بنعم، فأذكر اسم (أسماء) المعال (المعالين)	هل سيطالب هذا الشخص بالمعالين؟ نعم/لا	إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر اسم شريك الزواج	هل سيقدم هذا الشخص قراراً مشتركاً مع شريك الزواج؟ نعم/لا	أدرج اسم كل شخص يخطط لتقديم الإقرار الضريبي

هل ستتم المطالبة بأي شخص باعتباره معالاً في الإقرار الضريبي لشخص ما؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة بنعم، أكمال الجدول أدناه.

أدرج المعال أو مقدم الإقرار الضريبي الذي ستتم المطالبة بالمعال من أجله. ملاحظة: لا تحتاج إلى إكمال هذا الجدول إذا كان الشخص الذي ستتم المطالبة به مدرجاً بالفعل كمعال أعلاه.		
الصلة بمقدم الإقرار الضريبي	اسم مقدم الإقرار الضريبي	اسم المعال

## الإستقطاعات الضريبية

أكمل هذا القسم إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على الرعاية الصحية. لست بحاجة للإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بطلب لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية فقط.

إذا دفع أي شخص تكاليف أشياء معينة يمكن خصمها من إقرار ضريبة الدخل الفيدرالي، فإن إبلاغنا بها يمكن أن يجعل تكلفة تغطية الرعاية الصحية أقل قليلاً.

ملاحظة: إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فلا تقم بتضمين التكلفة التي ستدرجها كمصروف في النموذج الضريبي للجدول ج (على سبيل المثال، نفقات السيارات والشاحنات، والاستهلاك، وأجور الموظفين، والمزايا الإضافية، وما إلى ذلك).

هل لدى أحد نفقات من: (✓ اختر نعم)	نعم	نفقة من هذه؟	كم عدد المرات التي يتم فيها دفع النفقات؟ (مرة واحدة، مرة شهرياً، ربع سنوي، مرتين في السنة، مرة سنوياً)	كم المبلغ؟
خصم الفائدة على قرض الطالب				
خصم التأمين الصحي للعاملين لحسابهم الخاص				
الجزء القابل للخصم من ضريبة العمل الحر				
خصم حساب التوفير الصحي				
أخرى (حدد)				







## التأمين الصحي

لست بحاجة للإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بطلب لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية فقط.

هل لدى أي شخص تتقدم بطلب له تغطية تأمين صحي؟  نعم  لا  
هل كان لدى أي شخص تتقدم بطلب له تغطية تأمين صحي خلال آخر 90 يومًا؟  نعم  لا

إذا كان لديك (أو كان لديك خلال الـ 90 يومًا الماضية) أكثر من نوع واحد من تغطية الرعاية الصحية، فيرجى ملء مربع لكل بوليصة ملاحظة: إذا كان لديك أكثر من بوليصة واحدة، فستحتاج إلى عمل نسخة من الصفحات وإرفاقها.

نوع تغطية الرعاية الصحية  
 تأمين صاحب العمل  
 الرعاية الطبية  
 ترايكير\*  
 بيس كوريس  
 الخطة الفردية  
 أخرى

### أدرج من يتم تغطيته (أو تم تغطيته):

اسم حامل البوليصة:	اسم العائلة:	الاسم الأول:
اسم شركة التأمين:	اسم العائلة:	الاسم الأول:
رقم البوليصة:	اسم العائلة:	الاسم الأول:
اسم/رقم المجموعة:	اسم العائلة:	الاسم الأول:

ما هو الذي تتم تغطيته (أو تمت تغطيته)؟  
 الرعاية في المستشفى  الوصفات الطبية  العناية بالعين  
 زيارات الطبيب  العناية بالأسنان  
 هل (أو كانت) هذه خطة ذات إعانة محدودة (مثل بوليصة الحوادث المدرسية)؟  نعم  لا

متى توقف (أو سوف) يتوقف هذا التأمين؟  
 (اتركه فارغًا إذا كنت لا تزال مغطى تأمينيًا)

متى بدأ هذا التأمين؟

هل انتهى (أو هل سينتهي) هذا التأمين الصحي بسبب فقدان حامل البوليصة لوظيفته (التسريح، أو الإنهاء، أو الاستقالة) أو تغيير وظائفه؟  نعم  لا  
 إذا كانت الإجابة نعم، فمن الذي فقد التغطية؟

هل فقد (أو سوف) يفقد أي أطفال تغطية التأمين الصحي لأن صاحب العمل توقف عن تقديم التغطية؟  نعم  لا

\* لا تضع علامة اختيار إذا كان لديك رعاية مباشرة أو رعاية Line of Duty.

## التأمين الصحي من صاحب العمل الخاص بك

لست بحاجة للإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بطلب لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية فقط.

هل هناك أي شخص ممن تتقدم له بطلب قد عرض تأمينًا صحيًا من وظيفة؟  نعم  لا  
 ضع علامة اختيار على نعم حتى لو كانت التغطية من وظيفة شخص آخر، مثل أحد الوالدين أو الزوج.

إذا كانت الإجابة بنعم، أكمل هذا القسم وأكمل أكبر قدر ممكن من المعلومات في الملحق أ: التغطية الصحية من الوظيفة (الوظائف).

هل هذه خطة استحقاقات موظفي الدولة؟  نعم  لا  
 هل هذه تغطية صحية للمتعاقدين؟  نعم  لا

إذا عُرِضت عليك تغطية صحية من وظيفتك، فهل يتعين عليك (أو سيتعين عليك) دفع تكاليف التغطية الخاصة بك؟  نعم  لا

هل يتعين عليك (أو سيتعين عليك) دفع تكاليف تغطية طفلك (أطفالك)؟  نعم  لا

ما هي تكلفة التغطية العائلية من خلال الخطة الصحية الجماعية لصاحب العمل؟

ما هي تكلفة تغطية طفلك (أطفالك) من خلال الخطة الصحية الجماعية لصاحب العمل؟

## النفقات

### هذا القسم مخصص لمقدمي الطلبات الخاصة ببرنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP).

يرجى إخبارنا عن نفقاتك حتى تتمكن من الحصول على أكبر قدر ممكن من الإعانات. يجب عليك تقديم دليل على النفقات الخاصة بك إذا طلب منك ذلك. يمكنك إبلاغنا بالنفقات المنزلية في أي وقت، وقد نطلب منك تقديم دليلاً على ذلك.

هل يقوم أي شخص في منزلك بدفع نفقة إعانة أطفال لشخص لا يعيش معك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل يحصل أي شخص في منزلك على مساعدة الإسكان؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، ما نوعها؟ _____
إذا كانت الإجابة بنعم، هل هو أمر من المحكمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، هل تحصل على بدل المرافق؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل الوجبات متضمنة في إيجارك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل هناك أحد خارج أسرتك يدفع أيًا من نفقاتك؟ إذا كان الأمر كذلك، ما هي النفقات؟ _____ كم المبلغ؟ _____ كم عدد المرات؟ _____ إلى من؟ _____
هل تدفع ثمن التدفئة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تدفع ثمن الهواء المركزي أو لتشغيل مكيف (مكيفات) هواء الغرفة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ضع علامة اختيار على أي نفقات تدفعها أنت أو أي شخص في منزلك كل شهر. يرجى التحديد حتى لو كنت تدفع جزءًا فقط من الفاتورة. <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> الماء <input type="checkbox"/> القمامة <input type="checkbox"/> تركيب المرافق <input type="checkbox"/> الكهرباء <input type="checkbox"/> النفط، الفحم، الخشب، الكيروسين <input type="checkbox"/> الصرف الصحي <input type="checkbox"/> الغاز <input type="checkbox"/> البروبان <input type="checkbox"/> أخرى _____	
إذا كنت تدفع أي من هذه النفقات، كم تدفع شهريًا؟ الإيجار: دولار _____ رسوم العقار: دولار _____ تأمين صاحب المنزل: دولار _____ الرهن العقاري: دولار _____ الضرائب العقارية: دولار _____	

## النفقات الطبية

### هذا القسم مخصص للمتقدمين لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP).

قد تحصل على المزيد من مخصصات برنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP) إذا كان شخص ما في منزلك يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر، أو معاقًا، ويمكنك تقديم دليل على النفقات الطبية.

ضع علامة اختيار على أي نفقات طبية تدفعها أنت أو أي شخص في منزلك:

<input type="checkbox"/> فواتير رعاية الأسنان	<input type="checkbox"/> أي تكاليف للوصول إلى المواعيد الطبية أو العلاج الطبي أو استلام الوصفات الطبية. يمكن أن تكون هذه تكاليف مثل سيارات الأجرة والنقل العام.
<input type="checkbox"/> فواتير الطبيب	<input type="checkbox"/> مساعدو الرعاية الصحية (الأشخاص الموجودون في منزلك للمساعدة في العلاج الطبي).
<input type="checkbox"/> فواتير المستشفى	<input type="checkbox"/> المستلزمات المتعلقة بالصحة (مثل النظارات وأجهزة السمع وحفاضات البالغين).
<input type="checkbox"/> التأمين الصحي أو أقساط الرعاية الطبية	<input type="checkbox"/> الأدوية الموصوفة
<input type="checkbox"/> المعدات الطبية	<input type="checkbox"/> أخرى: _____

سَيُنظَر إلى عدم الإبلاغ عن أي من النفقات المذكورة أعلاه أو التحقق منها على أنه إقرار من أسرتك بأنك لا ترغب في الحصول على خصم مقابل النفقات غير المبلغ عنها.

## الأقارب الغائبون

هذا القسم مخصص لمقدمي الطلبات النقدية.

إذا كان أي شخص يتقدم بطلب لطفل لا يعيش والديه في منزلك أو إذا كان أي شخص يتقدم بطلب لدية شريك زواج لا يعيش في منزلك، فيرجى الإجابة على هذه الأسئلة حتى تتمكن من محاولة الحصول على نفقة الطفل المُعال. لا تحتاج إلى ملء هذا القسم إذا كان تقديم هذه المعلومات أو طلب نفقة الطفل المُعال من شأنه أن يعرضك أنت أو أفراد أسرتك لخطر العنف المنزلي أو يزيد من صعوبة الفرار من العنف المنزلي، أو إذا ولد طفلك نتيجة الاغتصاب أو سفاح القربى أو إذا كنت تفكر في التنبّي.

إذا كان تقديم هذه المعلومات أو طلب نفقة الطفل المُعال سيشكل مشكلة بالنسبة لك بسبب العنف المنزلي أو الاغتصاب أو سفاح القربى أو لأنك تفكر في عرض طفلك للتنبّي، ضع علامة اختيار على هذا المربع:

اسم الشخص الذي لديه قريب غائب:	اسم قريب الغائب:	القريب الغائب هو:
		<input type="checkbox"/> أحد الوالدين <input type="checkbox"/> شريك الزواج

اسم الشخص الذي لديه قريب غائب:	اسم قريب الغائب:	القريب الغائب هو:
		<input type="checkbox"/> أحد الوالدين <input type="checkbox"/> شريك الزواج

اسم الشخص الذي لديه قريب غائب:	اسم قريب الغائب:	القريب الغائب هو:
		<input type="checkbox"/> أحد الوالدين <input type="checkbox"/> شريك الزواج

إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على مساعدة نقدية، فيجب عليك كراسماء الذي أي أطفال قاصرين ومساعدة قسم العلاقات المنزلية (DRS) في تحصيل نفقة الطفل المُعال من خلال توفير المعلومات التي يحتاج إليها ما لم يكن لديك سبب وجيه. إذا لم تقم بمساعدة قسم العلاقات المنزلية (DRS) من خلال توفير المعلومات المطلوبة ولم يكن لديك سبب وجيه لعدم المساعدة، فسيتم تخفيض أي مبلغ مساعدة نقدية تمت الموافقة عليه بنسبة 25 بالمائة على الأقل.

إذا تمت الموافقة على الحصول على مساعدة نقدية، فيجب عليك منح الإدارة وقسم العلاقات المنزلية (DRS) الحق في تحصيل المبالغ النقدية لك وللآخرين الذين تتقدم بطلب لهم. ينص القانون على أنه سيتم توكيل حقوق النفقة للولاية إذا قبلت المساعدة النقدية.

إذا تم الدفع مقابل النفقة لطفل يحصل على مساعدة نقدية، فقد تحصل الأسرة على جزء من النفقة بالإضافة إلى منحة المساعدة النقدية.

## التحقيق في التاريخ الجنائي

لست بحاجة للإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بطلب للرعاية الصحية فقط.

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية لنفسك ولأي شخص آخر تتقدم بطلب بخصوصه:

هل لدى أي شخص أمر استدعاء أو مذكرة للمثول كمدعى عليه في إجراءات المحكمة الجنائية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟
هل يجب على أي شخص سداد غرامات أو تكاليف أو تعويضات عن جنابة أو جنحة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟
هل لدى أي شخص خطة سداد للغرامات والتكاليف؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟
هل يوجد أحد تحت المراقبة أو الإفراج المشروط؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟
هل أي شخص تحت المراقبة أو الإفراج المشروط لا يمتثل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟
هل تمت إدانة أي شخص بالاحتيال على الرعاية الاجتماعية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟
هل يوجد أي شخص يهرب من إنفاذ القانون؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟
هل يُطلب من أي شخص التسجيل كمجرم جنسي مدان؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟
هل أي شخص مطالب بالتسجيل كمجرم جنسي مدان لا يمتثل لمتطلبات التسجيل الخاصة به؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟

## تسجيل الناخبين (اختياري): هذا القسم مخصص لمواطني الولايات المتحدة فقط

إذا لم تكن مسجلاً للتصويت في المكان الذي تعيش فيه الآن، فهل ترغب في التقدم بطلب للتسجيل للتصويت هنا اليوم؟  نعم  لا  
إذا لم تقم بتحديد أي من المربعين، فسيتم اعتبارك أنك قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت.

للتسجيل يجب عليك:

- أن يكون عمرك 18 عامًا على الأقل في يوم الانتخابات التالية؛
- أن تكون مواطنًا أمريكيًا لمدة شهر واحد على الأقل قبل الانتخابات التالية؛
- أن تكون مقيمًا في ولاية بنسلفانيا ومنطقة التصويت قبل 30 يومًا على الأقل من الانتخابات التالية.

التقدم بطلب التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت لن يؤثر على مقدار المساعدة التي ستقدمها لك هذه الوكالة.

إذا كنت ترغب في المساعدة في ملء استمارة طلب تسجيل الناخبين، فسنساعدك في ذلك. يرجع اتخاذ قرار طلب المساعدة أو قبولها لك. يمكنك ملء استمارة الطلب بشكل خاص. يرجى الاتصال بمكتب المساعدة بالمقاطعة إذا كنت تريد المساعدة.

إذا كنت تعتقد أن شخصًا ما قد تدخل في حقلك في التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت، أو حقلك في الخصوصية في تقرير ما إذا كنت تريد التسجيل أو التقدم بطلب للتسجيل للتصويت، أو حقلك في اختيار حزبك السياسي أو أي تفضيل سياسي آخر يمكنك تقديم شكوى إلى أمين الكومنولث، وزارة الخارجية في بنسلفانيا، هاريسبيرج، بنسلفانيا 17120. (رقم الهاتف المجاني 1-877-VOTESPA).

سيقوم موظفو مكتب المساعدة بالمقاطعة بإكمال هذا المربع بناءً على إجابته أعلانه

<input type="checkbox"/> Given to Client ___/___/___	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration ___/___/___	<input type="checkbox"/> Mailed to Client ___/___/___
<input type="checkbox"/> Declined, not interested ___/___/___	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen ___/___/___	<input type="checkbox"/> Declined, already registered ___/___/___

### الحق في عدم التمييز

يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو السن أو الجنس وفي بعض الحالات الدين أو المعتقدات السياسية.

تحظر وزارة الزراعة الأمريكية أيضًا التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو السن أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو الرد على نشاط الحقوق المدنية السابق في أي برنامج أو نشاط تجريبه أو تمويله وزارة الزراعة الأمريكية.

يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل تواصل بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة الكبيرة، والأشرطة الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك)، الاتصال بالوكالة (الحكومية أو المحلية) التي تقدموا طلب إليها للحصول على الإعانات. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة المرشد الفيديوي على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، أكمل نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية (AD-3027)، الموجود عبر الإنترنت على: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)، وفي أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، أو اكتب خطابًا موجهًا إلى وزارة الزراعة الأمريكية وقدم في الخطاب جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. طلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل على الرقم 632-9992 (866) أرسل النموذج أو الخطاب المكتمل إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

U.S. Department of Agriculture (1)  
Office of the Assistant Secretary  
for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410

(2) فاكس: 690-7442 (202)؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

للحصول على أي معلومات أخرى تتعلق بقضايا برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، يرجى الاتصال برقم الخط الساخن لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم 221-5689 (800)، وهو متوفر أيضًا باللغة الإسبانية أو الاتصال برقم الخط الساخن/معلومات الولاية (انقر فوق الرابط للعثور على قائمة بأرقام الخطوط الساخنة حسب الولاية)؛ يمكن العثور عليها عبر الإنترنت على: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info\\_hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info_hotlines.htm).

لتقديم شكوى بشأن التمييز فيما يتعلق ببرنامج يتلقى المساعدة المالية الفيدرالية من خلال وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، اكتب:

HHS Director, Office for Civil Rights, Room  
F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201-515

أو اتصل على الرقم 619-0403 (202) (الصوت) أو 573-7697 (800) (المبرقة الكاتبة).

هذه المؤسسة توفر تكافؤ الفرص.

### الحق في السرية

سنبقي على معلوماتك سرية. وسنستخدمها فقط لتحديد البرامج التي قد تكون مؤهلاً لها. يجب على مكتب مساعدة المقاطعة (CAO)، عند الطلب، تزويد مسؤولي إنفاذ القانون الفيدراليين والحكوميين والمحليين بالهوية ورقم الضمان الاجتماعي (SSN) والصورة (إن وجدت) للشخص الذي يهرب لتجنب الملاحقة القضائية أو الاحتجاز أو الحبس لجنائية أو انتهاك المراقبة أو الإفراج المشروط. أي شخص ينتهك أيًا من قواعد ولوائح هذه الإدارة عن علم يعتبر مذنبًا بارتكاب جنحة، ويعاقب عند إدانته بغرامة لا تتجاوز مائة (100 دولار) أو بالسجن لمدة لا تتجاوز ستة أشهر، أو كليهما (62 قانون بنسلفانيا، القسم 483).

### الحق في الحصول على إخطار كتابي

سنقدم لك إخطارًا كتابيًا يشرح الإعانات التي ستحصل عليها. إذا قمنا برفض الإعانات أو تغييرها أو تعليقها أو إيقافها، سنقدم لك شرحًا كتابيًا عن السبب. لديك 30 يومًا (90 يومًا لإعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)) من تاريخ إرسال الإخطار بالبريد لطلب عقد جلسة استماع.

### الحق في الطعن

لديك الحق في طلب عقد جلسة تابعة لإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) للطعن على القرار إذا كنت تعتقد أنه غير عادل أو غير صحيح، أو إذا لم تتخذ إدارة الخدمات الإنسانية إجراءً بناءً على طلبك للحصول على الإعانات. يمكنك تقديم الطعن لدى مكتب مساعدة المقاطعة. إذا قمت بالطعن، يمكنك أيضًا طلب عقد اجتماع للوكالة قبل الجلسة. إذا كان الطعن الذي تقدمه يتضمن إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية المعجلة، فلديك الحق في عقد هذا الاجتماع مع المشرف خلال يومي عمل. في جلسة الطعن، يجوز أن تمثل نفسك، أو يجوز أن يمتلك شخص آخر، مثل محام أو صديق أو قريب.

### الحق في ادعاء وجود سبب وجيه

إذا تقدمت بطلب للحصول على إعانات نقدية أو مساعدة طبية، يتطلب منك القانون التعاون في إثبات الأوبة وطلب نفقة الطفل المُعال. قد يتم إعفاؤك من هذه المتطلبات إذا أثبتت أنها قد تشكل خطرًا عليك و/أو على أطفالك. ويعرف هذا بأنه سبب وجيه. سيطلب منك استيفاء متطلبات التوظيف والتدريب ما لم يتم إثبات إعفاء لسبب وجيه. سيطلب منك أيضًا استيفاء متطلبات إعداد التقارير نصف السنوية ما لم يتم منح سبب وجيه.

### الحق في الحصول على شهادة التغطية المعتمدة

يفرض القانون الفيدرالي حودًا عند رفض التغطية الصحية أو تقييدها بسبب حالة موجودة مسبقًا. إذا قمت بالتسجيل في خطة صحية جماعية تستبعد العلاج لحالة كنت تعاني منها بالفعل، فيمكن أن يُحسب لك رصيد مقابل الوقت الذي تلتفت فيه تغطية المساعدة الطبية. قد يساعدك هذا في الحصول على التغطية. اتصل بالمرشد الاجتماعي الخاص بك لطلب هذه الشهادة.

### مسؤولية تقديم المعلومات

يجب عليك تقديم معلومات صحيحة وحقيقية وكاملة. ويجب عليك المساعدة في إثبات المعلومات التي تقدمها. قد يتم رفض الإعانات إذا قصرت في تقديم دليل معين. إذا لم تتمكن من تقديم دليل، فيجب عليك أن تطلب من مكتب مساعدة المقاطعة مساعدتك في الحصول عليه. إذا اتصلت بك وزارة الأمن الداخلي أو مكتب المحقق العام للدولة، فيجب عليك التعاون بشكل كامل مع هؤلاء الأشخاص أو المحققين. إذا كان عمرك 55 عامًا أو أكثر وتتلقى مساعدة طبية لدفع تكاليف خدمات مرافق التمرين وخدمات الإغناء المنزلية والمجتمعية وأي خدمة ذات صلة بالمستشفى والأدوية الموصوفة، فقد يُطلب منك سداد تكلفة هذه الخدمات من مبرائك. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على مساعدة نقدية، فقد يُطلب منك التوقيع على اتفاقية لسداد مقابل الإعانات التي حصلت عليها أنت وزوجك وأطفالك.

### مسؤولية تقديم أرقام الضمان الاجتماعي

للحصول على المساعدات النقدية و/أو المساعدة الطبية و/أو إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية، يجب عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لكل شخص تتقدم بطلب بخصوصه. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي (SSN)، فيجب عليك التقدم بطلب للحصول عليه. قد يؤدي عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) إلى عدم القدرة على تلقي الإعانات. بالنسبة للمزايا النقدية، قد تطلب رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لأي شخص قد يؤثر دخله أو موارده على أهليتك أو مبلغ الإعانات. سيتم استخدام رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بك لتحديد الهوية، ولطباقات الكمبيوتر التي تتحقق من الدخل والموارد، ولمنع ازدواجية الإعانات الحكومية والفيدرالية. لا يُطلب من غير مواطني الولايات المتحدة والذي يتقدم بطلب للحصول على مساعدة طبية طارئة فقط تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN). (42 قانون الولايات المتحدة 1320-ب7)

### مسؤولية استخدام بطاقة PA ACCESS بشكل قانوني

بحمد أن تصبح مؤهلاً للحصول على الإعانات سيتم إصدار بطاقة PA ACCESS لك. لا يجوز استخدام هذه البطاقة إلا للشخص المؤهل وخلال فترة الأهلية فقط. لا يجوز لك استخدام البطاقة إلا للخدمات المطلوبة والمعقولة.

### مسؤولية الإبلاغ عن التغييرات

إذا كنت مؤهلاً للحصول على الإعانات، فستتم مطالبتك بالإبلاغ عن التغييرات في ظروفك إلى المرشد الاجتماعي الخاص بك أو إلى مركز خدمة العملاء. تشمل أنواع التغييرات المبلغ عنها الأشخاص الذين يغادرون المنزل أو ينتقلون إليه، وتغيير العنوان، والحصول على وظيفة جديدة لشخص ما، وإذا فقد شخص ما وظيفته، وولادة طفل جديد، ومصادر دخل جديدة أو تغييرات في الدخل، ومكاسب اليانصيب والمقامرة. سيغطي المرشد الاجتماعي الخاص بك والإخطارات التي تتلقاها التفاصيل بالتفصيل بناءً على البرامج والإعانات التي تكون مؤهلاً لها. قد يؤدي عدم الإبلاغ عن التغييرات المطلوبة ضمن إرشادات البرنامج إلى فقدان الإعانات والعقوبات أو توجيه اتهامات مدنية أو جنائية. يمكنك الإبلاغ عن التغييرات إلى مكتب مساعدة المقاطعة شخصيًا أو عبر الهاتف أو الفاكس أو البريد أو من خلال حساب MyCOMPASS. يمكنك أيضًا الإبلاغ عن التغييرات إلى مركز خدمة العملاء على الرقم 8930-1-877-877، أو لفيلادلفيا، 7226-560-215 في أي وقت.

### بيان قانون الخصوصية

(1) يُسمح بجمع هذه المعلومات، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لكل فرد من أفراد الأسرة، بموجب قانون الغذاء والتغذية لسنة 2008، بصيغته المعدلة، 7 U.S.C. 2011-2036d (7 قانون الولايات المتحدة 2036 - 2011 د.) سيتم استخدام المعلومات لتحديد ما إذا كانت أسرتك مؤهلة أو لا تزال مؤهلة للمشاركة في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية. سنتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج مطابقة الكمبيوتر. سيتم استخدام هذه المعلومات أيضًا لمراقبة الامتثال للوائح البرنامج وإدارة البرنامج.

(2) يجوز الكشف عن هذه المعلومات إلى الوكالات الفيدرالية ووكالات الولايات الأخرى لإجراء الفحص الرسمي، وإلى المسؤولين عن إنفاذ القانون بغرض القبض على الأشخاص الفارين لتجنب المسائلة القانونية.

(3) إذا نشأت مطالبة خاصة ببرنامج المساعدة الغذائية التكميلية ضد أسرتك، فقد تتم إحالة المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك جميع أرقام الضمان الاجتماعي، إلى الوكالات الفيدرالية والوكالات الحكومية بالإضافة إلى وكالات تحصيل المطالبات الخاصة، لاتخاذ إجراءات تحصيل المطالبات.

(4) تقديم المعلومات المطلوبة، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة، هو أمر طوعي. ومع ذلك، سيؤدي عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) إلى رفض إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) لكل فرد لم يقدم رقم الضمان الاجتماعي (SSN). سيتم استخدام أي أرقام ضمان اجتماعي مقدمة والكشف عنها بنفس طريقة استخدام أرقام الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة المؤهلين.

## المحظورات والعقوبات اقرأ عن مسؤولياتك:

قد تحدث (عقوبة)	إذا حدث هذا دون سبب وجيه	
الغرامة أو السجن أو كليهما.	إساءة استخدام بطاقة التحويل الإلكتروني للإعانات (EBT) أو بطاقة PA ACCESS بنسلفانيا.	جميع الإعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية نقداً المساعدة الطبية
الإعانات قد انقطعت أو توقفت.	لا تبلغ عن التغييرات، كما هو مطلوب.	
الغرامة و/أو عدم الأهلية و/أو السجن بتهمة الاحتيال في مجال الرعاية الاجتماعية، وعدم الأهلية لإجراءات جلسة الاستماع الإدارية. عدم الأهلية للحصول على المال: • المرة الأولى - 6 أشهر. • المرة الثانية - 12 شهراً. • المرة الثالثة - إلى الأبد. عدم الأهلية لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية: • المرة الأولى - 12 شهراً. • المرة الثانية - 24 شهراً. • المرة الثالثة - إلى الأبد.	تقديم معلومات خاطئة أو غير صحيحة أو غير كاملة عن قصد، أو عدم الإبلاغ عن التغييرات.	
عدم الأهلية: • جميع الأحكام بالإدانة الصادرة عن المحاكم - 12 شهراً.	التجارة أو البيع أو محاولة التجارة أو البيع أو الشراء أو استخدام بطاقة ACCESS الخاصة بشخص آخر.	
عدم الأهلية: • المرة الأولى - 12 شهراً. • المرة الثانية - 24 شهراً. • المرة الثالثة - إلى الأبد. • صدور إدانة من المحكمة لأول مرة بأكثر من 500 دولار - إلى الأبد.	إساءة استخدام إعانات المساعدة الغذائية التكميلية عمداً، على سبيل المثال، المتاجرة ببطاقة تحويل الإعانات الإلكترونية أو إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية أو بيعها أو شراؤها؛ تحويل الإعانات؛ أو تفرغ الحاويات التي تم شراؤها بإعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية بقصد بيعها واستلام النقد - أو شراء أشياء لا يغطيها برنامج المساعدة الغذائية التكميلية، مثل الكحول أو التبغ - أو استخدام إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية لنفع ثمن الطعام الذي تم استلامه بالفعل أو الطعام عن طريق الائتمان. شراء منتج يتمتع بإعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية بهدف الحصول على أموال نقدية أو مقابل آخر غير الطعام المؤهل عن طريق إعادة بيع المنتج مقابل مبالغ نقدية أو مقابل آخر غير الطعام المؤهل. تعهد شراء المنتجات التي تم شراؤها في الأصل باستخدام إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية مقابل مبالغ نقدية أو مقابل آخر غير الطعام المؤهل.	
عدم الأهلية: • المرة الأولى - 24 شهراً. • المرة الثانية - إلى الأبد.	استخدام/الحصول على إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية لشراء الأدوية أو المواد الخاضعة للرقابة.	برنامج المساعدة الغذائية التكميلية
المرة الأولى - غير مؤهل إلى الأبد.	استخدام/الحصول على إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية في بيع الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات.	
عدم الأهلية إلى الأبد.	أن تتم إدانتك بشراء أو بيع أو تداول إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أو أكثر.	
عدم الأهلية لمدة 10 سنوات.	الكذب بشأن هويتك أو المكان الذي تعيش فيه للحصول على أكثر من إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية.	
عدم الأهلية حتى تفعل ما ينص عليه القانون.	الفرار لتجنب الملاحقة القضائية أو الاحتجاز أو الحبس بسبب جناية/محاولة ارتكاب جناية - أو الفرار بسبب مخالفة المراقبة أو الإفراج المشروط.	
عدم الأهلية حتى تمتثل للعقوبة الخاصة بك.	عدم الامتثال لعقوبة المحكمة الخاصة بك، بما في ذلك دفع الغرامات، لجناية أو جناية.	
عدم الأهلية لمدة 10 سنوات.	الكذب بشأن المكان الذي تعيش فيه لتلقي الأموال النقدية في ولايتين أو أكثر.	
عدم الأهلية حتى تفعل ما ينص عليه القانون.	الفرار لتجنب الملاحقة القضائية أو الاحتجاز أو الحبس بسبب الإذانة بجناية/محاولة ارتكاب جناية؛ عدم المتور كمدعى عليه في إجراءات المحكمة الجنائية عند إصدار أمر استدعاء أو أمر قضائي لارتكاب جريمة أو جناية أو جناية الفرار بسبب مخالفة المراقبة/الإفراج المشروط؛ أو لديك أي مذكرة قضائية نشطة ضده.	نقداً
• غرامة تصل إلى 250,000 دولار أمريكي لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية وما يصل إلى 15,000 دولار أمريكي للأموال النقدية؛ و/أو • السجن لمدة تصل إلى 20 عاماً لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية وما يصل إلى سبع سنوات للأموال النقدية؛ و/أو • سداد الإعانات التي تلقيتها. • الحرمان من الإعانات للفترات المذكورة أعلاه حسب البرنامج.	إذا ثبتت إدانتك بالاحتيال أو انتهاك القواعد المذكورة أعلاه:	
عدم الأهلية: المرة الأولى - شهر واحد وحتى القيام بالمطلوب. • المرة الثانية - ثلاثة أشهر وحتى القيام بالمطلوب. • ثلاث مرات أو أكثر - ستة أشهر في كل مرة وحتى القيام بالمطلوب.	بالنسبة لأفراد الأسرة - الأصحاء بدنياً وعقلياً - الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاماً وأقل من 60 عاماً - غير المعفيين أو لمسبب وجيه.	قواعد العمل في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية
عدم الأهلية: المرة الأولى - شهر واحد وحتى القيام بالمطلوب. • المرة الثانية - ثلاثة أشهر وحتى القيام بالمطلوب. • ثلاث مرات أو أكثر - ستة أشهر في كل مرة وحتى القيام بالمطلوب.	تعمد اتخاذ الإجراءات اللازمة من أجل: • إنهاء وظيفة. • خفض ساعات العمل إلى أقل من 30 ساعة في الأسبوع (ما لم تكن هناك وظيفة أخرى تلبى متطلبات العمل بالفعل).	قواعد العمل للحصول على الأموال النقدية
عدم الأهلية: • الانتهاك الأول - ستكون غير مؤهل لمدة لا تقل عن 30 يوماً أو حتى التوقف عن عدم الامتثال، أيهما أطول. • الانتهاك الثاني - ستكون غير مؤهل لمدة لا تقل عن 60 يوماً أو حتى التوقف عن عدم الامتثال، أيهما أطول. • الانتهاك الثالث - ستكون غير مؤهل نهائياً. إذا حدث سبب العقوبة خلال أول 24 شهراً من استلام المساعدة النقدية، سواء كانت متتالية أو متقطعة، ستطبق العقوبة على الفرد فقط. إذا حدث سبب العقوبة بعد 24 شهراً من استلام المساعدة النقدية، سواء كانت متتالية أو متقطعة، ستطبق العقوبة على الأسرة بأكملها.	تعمد عدم تلبية متطلبات العمل للحصول على الأموال النقدية، كما هو مكتوب في اتفاقية المسؤولية المتبادلة (AMR).	

## فهم حقوقك ومسؤولياتك

عندما أقوم بالتوقيع على هذا النموذج:

- أدرك أنه إذا تقرر أهليتي للحصول على المساعدة الطبية، فسيتم وضعي في حزمة إعانات المساعدة الطبية الأكثر شمولاً المتوفرة لي. أدرك أنه قد يُطلب مني التسجيل في خطة صحية. وأدرك أن التسجيل في خطة صحية قد يكون مجانيًا أو منخفض التكلفة بالنسبة لي، لأن الإدارة تدفع رسومًا شهرية إلى الخطة الصحية نيابة عني. وأدرك أن الرسوم الشهرية هي رسوم فردية. أدرك أنه إذا تلقيت مساعدة طبية لست مؤهلاً لها، بسبب خطأ أو احتيال أو أي سبب آخر، فقد يُطلب مني سداد جميع الرسوم الشهرية المدفوعة للإدارة نيابة عني.
  - إذا تلقيت إعانات نقدية، فسوف أتعاون مع متطلبات برنامج إنقاذ إعالة الطفل وفقًا لتوجيهات الإدارة. أُمح الإدارة وقسم العلاقات المنزلية الحق في متابعة وتحصيل نفقة الطفل المَعَال. التقدي والوَ الطَبي لي وللآخرين الذين أتعن لهم.
  - أدرك أنه إذا أُبلغت عن نفقات الأسرة أو قدمت دليلاً عليها، فسأحصل على الحد الأقصى المسموح به من إعانات برنامج مساعدات التغذية التكميلية (قسائم الطعام). سيتم اعتبار عدم الإبلاغ عن نفقات الأسرة أو تقديم دليل عليها بمثابة إقرار مني بأنني لا أرغب في الحصول على خصم مقابل النفقات غير المبلغ عنها أو غير المثبتة (الهيئة: وزارة الزراعة الأمريكية، دائرة الأغذية والتغذية، منطقة وسط المحيط الأطلسي، الإنذار الإداري 6-99، الصادر في 4 يناير 1999).
  - أدرك أن لدي الحق في الحصول على رصيد لتغطية نفقات الأسرة في الوقت الذي أقوم فيه بالإبلاغ وتقديم دليل على ذلك في أي وقت خلال فترة اعتماد برنامج مساعدات التغذية التكميلية (قسائم الطعام) الخاصة بي.
  - أدرك أنه يحق لي أن أطلب من مكتب مساعدة المقاطعة (CAO) المساعدة في الحصول على إثبات للنفقات وأن مكتب مساعدة المقاطعة يمكنه الاتصال بأشخاص آخرين للتأكد إذا كنت أواجه مشكلة في الحصول على دليل على أي شيء.
  - أدرك أنه إذا كان بعض أو كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للحصول على المساعدة الطبية، فقد يكونوا مؤهلين للحصول على برنامج التأمين الصحي للأطفال.
  - أدرك أنه إذا كان بعض أو كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للحصول على المساعدة الطبية من خلال الوزارة، فقد يكونون مؤهلين للحصول على الإعانات الفيدرالية و/أو استكشاف خيارات الرعاية الصحية الخاصة من خلال برنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي.
  - في بنسلفانيا (Pennie). إذا كان الأمر كذلك، فلنا أفض الإدارة بإعطاء اسمي والمعلومات المتعلقة بهذا الطلب إلى سوق التأمين الصحي في بنسلفانيا (Pennie).
  - تجدد التغطية في السنوات القادمة: تسهيل تحديد أهليتي للمساعدة في دفع تكاليف التغطية الصحية في السنوات المقبلة، أوافق على السماح لبرنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي في بنسلفانيا (Pennie) باستخدام بيانات دخلي، بما في ذلك المعلومات المتحصل عليها من الإقرارات الضريبية. سيرسل لي برنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي في بنسلفانيا (Pennie) إخطارًا ويسمح لي بإجراء أي تغييرات، ويمكنني إلغاء الاشتراك في أي وقت.
- نعم، قم بتجديد أهليتي تلقائيًا للاشتراك التالي: (ضع علامة اختيار على خيار واحد):
- خمس سنوات (الحد الأقصى لعدد السنوات المسموح بها)
- أربع سنوات
- ثلاث سنوات
- سنتان
- سنة واحدة
- لا تستخدم معلوماتي من الإقرارات الضريبية لتجديد التغطية الخاصة بي.

قم بالتوقيع هنا:

التاريخ	توقيع مقدم الطلب أو الممثل المفوض
---------	-----------------------------------

تنبيه هام: إذا كانت أسرتك مؤهلة لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية/برنامج مساعدات الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض فقد تتلقى نموذج موافقة Fast Track عبر البريد مما قد يسمح لك ولأفراد أسرتك بالتسجيل تلقائيًا في المساعدة الطبية.

اسم الشخص المفوض	عنوان الممثل المفوض	رقم الهاتف

I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.

مكتب مساعدة المقاطعة  
فقط

CAO Signature

Date

تأكد من التوقيع على هذا الطلب وتأريخه وإدراج المستندات المطلوبة



## التغطية الصحية من الوظيفة (الوظائف)

أخبرنا عن الوظيفة التي توفر التغطية. لست بحاجة للإجابة على هذه الأسئلة إلا إذا كان أحد أفراد الأسرة مؤهلاً للحصول على التغطية الصحية من الوظيفة. لست بحاجة لاستكمال هذا الملحق إذا كنت تتقدم بطلب لبرنامج مساعدات التغذية التكميلية فقط.

اكتب اسمك ورقم الضمان الاجتماعي في قسم معلومات الموظف. قد تحتاج إلى أن تطلب من صاحب العمل مساعدتك في إكمال قسم معلومات صاحب العمل. إذا لم تتمكن من الحصول على هذه المعلومات من صاحب العمل في الوقت المناسب، أو كنت تشعر أن إكمال ذلك سيؤدي إلى تأخير بدء طلبك، فيمكنك تقديم طلبك دون الملحق أ. أرفق نسخة من هذه الصفحة لكل وظيفة توفر التغطية.

معلومات الموظف	
رقم الضمان الاجتماعي:	اسم الموظف (الأول، الأوسط، الأخير):
معلومات صاحب العمل	
اسم الموظف:	رقم تعريف صاحب العمل (EIN)
عنوان صاحب العمل (يشمل الشارع ورقم الشقة والمدينة والولاية والرمز البريدي 4+):	رقم هاتف صاحب العمل: ( )
رقم الهاتف (إذا كان مختلفاً عن المذكور أعلاه): ( )	عنوان البريد الإلكتروني:
<p>هل الموظف مؤهل حالياً للحصول على التغطية التي يقدمها صاحب العمل، أم سيكون الموظف مؤهلاً خلال الأشهر الثلاثة القادمة؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم (تابع) إذا لم يكن الموظف مؤهلاً اليوم، بما في ذلك نتيجة فترة الانتظار أو الاختبار، متى يكون الموظف مؤهلاً للحصول على التغطية؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا (توقف وأعد هذا النموذج إلى الموظف)</p>	
<p>أخبرنا عن الخطة الصحية التي يقدمها صاحب العمل هذا.</p> <p>هل يقدم صاحب العمل خطة صحية تغطي شريك الزواج للموظف أو من يعولهم؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم. أي أشخاص: <input type="checkbox"/> شريك الزواج <input type="checkbox"/> المعالين</p> <p><input type="checkbox"/> لا (انتقل إلى السؤال التالي)</p>	
<p>هل يقدم صاحب العمل خطة صحية تلي الحد الأدنى من معايير القيمة؟*</p> <p><input type="checkbox"/> نعم (انتقل إلى السؤال التالي)</p> <p><input type="checkbox"/> لا (توقف وأعد هذا النموذج إلى الموظف)</p>	
<p>بالنسبة للخطة الأقل تكلفة التي تلي الحد الأدنى من معايير القيمة* المقدمة فقط للموظف (لا تشمل الخطط الأسرية): إذا كان لدى صاحب العمل برامج صحية، فقدم القسط الذي سيدفعه الموظف إذا حصل على الحد الأقصى للخصم لأي برامج للإقلاع عن التدخين، ولم يحصل على أي خصومات أخرى على أساس برامج العافية.</p> <p>ما هو المبلغ الذي يجب على الموظف دفعه كقسط لهذه الخطة؟</p> <p>كل أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتان شهرياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> ربع سنوي <input type="checkbox"/> سنوياً <input type="checkbox"/></p>	
<p>إذا كانت خطتك ستنتهي قريباً وتعلم أن الخطط الصحية المقدمة ستتغير، فانتقل إلى السؤال التالي. إذا كنت لا تعلم، توقف وأعد النموذج إلى الموظف.</p> <p>ما هو التغيير الذي سيقوم به صاحب العمل لسنة الخطة الجديدة؟</p> <p><input type="checkbox"/> لن يقدم صاحب العمل التغطية الصحية.</p> <p><input type="checkbox"/> سيبدأ صاحب العمل في تقديم التغطية الصحية للموظفين أو تغيير قسط التأمين للخطة الأقل تكلفة المتاحة فقط للموظف الذي يستوفي الحد الأدنى من معايير القيمة* (يجب أن يعكس القسط الخصم على برامج العافية. انظر السؤال أعلاه).</p> <p>ما هو المبلغ الذي يجب على الموظف دفعه كقسط لهذه الخطة؟ دولار</p> <p>كل أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتان شهرياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> ربع سنوي <input type="checkbox"/> سنوياً <input type="checkbox"/></p> <p>تاريخ التغيير: (يوم/شهر/سنة) _____</p>	

\*تفي الخطة الصحية التي يرعاها صاحب العمل "بمعايير الحد الأدنى للقيمة" إذا كانت حصة الخطة من إجمالي تكاليف الإعانات المسموح بها التي تغطيها الخطة لا تقل عن 60 بالمائة من هذه التكاليف (القسم ب-36(ج)(2)(ج)(2) من قانون الإيرادات الداخلية لعام 1986).



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

تمتثل إدارة الخدمات الإنسانية في بنسلفانيا (DHS) لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية السارية ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس. لا تستبعد إدارة الخدمات الإنسانية الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو العقيدة أو الانتماء الديني أو النسب أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التعبير أو التوجه الجنسي.

### توفر إدارة الخدمات الإنسانية:

• مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقة للتواصل بشكل فعال معنا، مثل:

- مترجمو لغة الإشارة المؤهلون
- المعلومات المكتوبة بتنسيقات أخرى (مطبوعة بأحرف كبيرة، صوتية، تنسيقات إلكترونية يمكن الوصول إليها، تنسيقات أخرى)

• خدمات اللغة المجانية للأشخاص الذين لغتهم الأساسية ليست الإنجليزية، مثل:

- المترجمون المؤهلون
- المعلومات المكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بمكتب المساعدة المحلي بالمقاطعة.

إذا كنت تعتقد أن إدارة الخدمات الإنسانية قد قصرت في تقديم هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس، فيمكنك تقديم شكوى إلى: مكتب تكافؤ الفرص، Room 223, Health and Welfare Building, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA، (717) 787-1127, PA Relay Services 711، (717) 17105-2675، فاكس - (717) 772-4366، أو البريد الإلكتروني - [RA-PWBEOAO@pa.gov](mailto:RA-PWBEOAO@pa.gov). يمكنك تقديم شكوى شخصياً أو عبر البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم شكوى، فإن مكتب تكافؤ الفرص متاح لمساعدتك.

يمكنك أيضاً تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، إلكترونياً من خلال بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية، المتوفرة على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو عن طريق البريد أو الهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services  
Independence Avenue, SW 200  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
(TDD) 800-537-7697 ,1-800-368-1019

تتوفر نماذج الشكاوى على <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

## الحق في عدم التمييز

يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو السن أو الجنس وفي بعض الحالات الدين أو المعتقدات السياسية.

تحظر وزارة الزراعة الأمريكية أيضًا التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو السن أو المعتقدات السياسية أو الانتماء أو الرد على نشاط الحقوق المدنية السابق في أي برنامج أو نشاط تجريبه أو تمويله وزارة الزراعة الأمريكية.

يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل تواصل بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة الكبيرة، والأشرطة الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك)، الاتصال بالوكالة (الحكومية أو المحلية) التي تقدموا بطلب إليها للحصول على الإعانات. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة المرسل الفيدرالي (Federal Relay Service) الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، أكمل نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية (AD-3027)، الموجود عبر الإنترنت على: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)، وفي أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، أو اكتب خطابًا موجهًا إلى وزارة الزراعة الأمريكية وقدم في الخطاب جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل على الرقم 632-9992 (866) أرسل النموذج أو الخطاب المكتمل إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

U.S. Department of Agriculture (1)  
Office of the Assistant Secretary  
for Civil Rights  
Independence Avenue, SW 1400  
Washington, D.C. 20250-9410

فاكس: (202) 690-7442؛ أو  
البريد الإلكتروني: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

للحصول على أي معلومات أخرى تتعلق بقضايا برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، يرجى الاتصال برقم الخط الساخن لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم (800) 221-5689، وهو متوفر أيضًا باللغة الإسبانية أو الاتصال برقام الخط الساخن/معلومات الولاية (انقر فوق الرابط للتعرف على قائمته بآرقام الخطوط الساخنة حسب الولاية)، يمكن العثور عليها عبر الإنترنت على: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

لتقديم شكوى بشأن التمييز فيما يتعلق ببرنامج يتلقى المساعدة المالية الفيدرالية من خلال وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، اكتب:

HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200  
Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201

أو اتصل على الرقم (202) 619-0403 (الصوت) أو (800) 573-7697 (المبرقة الكاتبة).

هذه المؤسسة توفر تكافؤ الفرص.

## الحق في السرية

سنتقي على معلوماتك سرية. وسيتم استخدامها فقط لتحديد البرامج التي قد تكون مؤهلاً لها. يجب على مكتب مساعدة المقاطعة (CAO)، عند الطلب، تزويد مسؤولي إنفاذ القانون الفيدراليين والوكالات المحلية بالهوية ورقم الضمان الاجتماعي (SSN) والصورة (إن وجدت) للشخص الذي يهرب لتجنب الملاحقة القضائية أو الاحتجاز أو الحبس لجناية أو انتهاك المراقبة أو الإفراج المشروط. أي شخص ينتهك أيًا من قواعد ولوائح هذه الإدارة عن علم يعتبر مذنبًا بارتكاب جناية، ويعاقب عند إدانته بغرامة لا تتجاوز مائة (100 دولار) أو بالسجن لمدة لا تتجاوز ستة أشهر، أو كليهما (62 قانون بنسلفانيا، القسم 483).

## الحق في الحصول على إخطار كتابي

سنقدم لك إخطارًا كتابيًا يشرح الإعانات التي ستحصل عليها. إذا قمنا برفض الإخطار أو تغييرها أو تعليقها أو إيقافها، فنسند ذلك شرًا كتابيًا عن السبب. لديك 30 يومًا (90 يومًا لإعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)) من تاريخ إرسال الإخطار بالبريد لطلب عقد جلسة استماع.

## الحق في الطعن

لديك الحق في الفرار إذا كنت تعتقد أنه غير عادل أو غير صحيح، أو إذا لم تتخذ إدارة الخدمات الإنسانية إجراءً بناءً على طلبك للحصول على الإعانات. يمكنك تقديم الطعن لدى مكتب مساعدة المقاطعة. إذا قمت بالطعن، يمكنك أيضًا طلب عقد اجتماع للوكالة قبل الجلسة. إذا كان الطعن الذي تقدمه يتضمن إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية المعجلة، فلديك الحق في عقد هذا الاجتماع مع المشرف خلال يومي عمل. في جلسة الطعن، يجوز أن تمثل نفسك، أو يجوز أن يملك شخص آخر، مثل محام أو صديق أو قريب.

## الحق في ادعاء وجود سبب وجيه

إذا تقدمت بطلب للحصول على إعانات نقدية أو مساعدة طبية، يتطلب منك القانون التعاون في إثبات الأوبة وطلب نفقة الطفل المُعال. قد يتم إغفارك من هذه المتطلبات إذا أثبتت أنها قد تشكل خطراً عليك و/أو على أطفالك. ويُعرف هذا بأنه سبب وجيه. سيطلب منك استيفاء متطلبات التوظيف والترتيب ما لم يتم إثبات إعفاء لسبب وجيه. سيطلب منك أيضًا استيفاء متطلبات إعداد التقارير نصف السنوية ما لم يتم منح سبب وجيه.

## الحق في الحصول على شهادة التغطية المعتمدة

يفرض القانون الفيدرالي حدودًا عند رفض التغطية الصحية أو تقييدها بسبب حالة موجودة مسبقًا. إذا قمت بالتسجيل في خطة صحية جماعية تستبعد العلاج لحالة كنت تعاني منها بالفعل، فيمكن أن يتم تسجيلك في الوقت الذي حصلت فيه على تغطية التأمين الطبي. قد يساعدك هذا في الحصول على

التغطية. اتصل بالمرشد الاجتماعي الخاص بك لطلب هذه الشهادة.

## مسؤولية تقديم المعلومات

يجب عليك تقديم معلومات صحيحة وحقيقية وكاملة. ويجب عليك المساعدة في إثبات المعلومات التي تقدمها. قد يتم رفض الإعانات إذا قصرت في تقديم دليل معين. إذا لم تتمكن من تقديم دليل، فيجب عليك أن تطلب من مكتب مساعدة المقاطعة مساعدتك في الحصول عليه. إذا اتصلت بك وزارة الأمن الداخلي أو مكتب المحقق العام للدولة، فيجب عليك التعاون بشكل كامل مع هؤلاء الأشخاص أو المحققين. إذا كان عمرك 55 عامًا أو أكثر وتلتقي بمساعدة طبية لدفع تكاليف خدمات مرافق التمريض وخدمات الإغناء المنزلية والمجتمعية أو أي خدمة ذات صلة بالمستشفى والأدوية الموصوفة، فقد يُطلب منك سداد تكلفة هذه الخدمات من وميراثك. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على مساعدة نقدية، فقد تطلب منك التوقيع على اتفاقية لسداد مقابل الإعانات التي حصلت عليها أنت وزوجتك وأطفالك.

## مسؤولية تقديم أرقام الضمان الاجتماعي

للحصول على المساعدات النقدية و/أو المساعدة الطبية و/أو إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية، يجب عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لكل شخص تتقدم بطلب بخصوصه. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي (SSN)، فيجب عليك التقدم بطلب للحصول عليه. قد يؤدي عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) إلى عدم القدرة على تلقي الإعانات. بالنسبة للإعانات النقدية، قد تطلب رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لأي شخص قد يؤثر دخله أو موارده على أهليتك أو مبلغ الإعانات. سيتم استخدام رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بك لتحديد الهوية، ولمطابقات الكمبيوتر التي تتحقق من الدخل والموارد، ولمنع ازدواجية المزاي الحكومية والفيدرالية. لا يُطلب من غير مواطني الولايات المتحدة والذي يتقدم بطلب للحصول على مساعدة طبية طارئة فقط تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN). (42 قانون الولايات المتحدة 1320ب-7)

## مسؤولية استخدام بطاقة PA ACCESS بشكل قانوني

بمجرد أن تصبح مؤهلاً للحصول على الإعانات، سيتم إصدار بطاقة PA ACCESS لك. لا يجوز استخدام هذه البطاقة إلا للشخص المؤهل وخلال فترة الأهلية فقط. لا يجوز لك استخدام البطاقة للخدمات المطلوبة والمعقولة.

## مسؤولية الإبلاغ عن التغييرات

إذا كنت مؤهلاً للحصول على الإعانات فستمت مطالبتك بالإبلاغ عن التغييرات في ظروفك إلى المرشد الاجتماعي الخاص بك أو إلى مركز خدمة العملاء. تشمل أنواع التغييرات المبلغ عنها الأشخاص الذين يعادون المنزل أو ينتقلون إليه، وتغيير العنوان، والحصول على وظيفة جديدة لشخص ما، وإذا فقد شخص ما وظيفته، وولادة طفل جديد، ومصادر دخل جديدة أو تغييرات في الدخل، ومكاسب اليانصيب والمقامرة. سيغطي المرشد الاجتماعي الخاص بك والإشعارات التي تتلقاها التفاصيل بالتفصيل بناءً على البرامج والإعانات التي تكون مؤهلاً لها. قد يؤدي عدم الإبلاغ عن التغييرات المطلوبة ضمن إرشادات البرنامج إلى فقدان الإعانات أو العقوبات أو توجيه اتهامات مدنية أو جنائية. يمكنك الإبلاغ عن التغييرات إلى مكتب مساعدة المقاطعة شخصيًا أو عبر الهاتف أو الفاكس أو البريد أو من خلال حساب MyCOMPASS. يمكنك أيضًا الإبلاغ عن التغييرات إلى مركز خدمة العملاء على الرقم 1-877-395-8930، أو إخطارنا، في أي وقت. 1-215-560-7226

## بيان قانون الخصوصية

(1) يُسمح بجمع هذه المعلومات، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لكل فرد من أفراد الأسرة، بموجب قانون الغذاء والتغذية لسنة 2008، بصيغته المعدلة، 7 U.S.C. 2011-2036d (7 قانون الولايات المتحدة 2036 - 2011 د.). سيتم استخدام المعلومات لتحديد ما إذا كانت أسرته مؤهلاً أو لا تزال مؤهلة للمشاركة في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية. سنتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج مطابقة الكمبيوتر. سيتم استخدام هذه المعلومات أيضًا لمراقبة الامتثال للوائح البرنامج وإدارة البرنامج.

(2) يجوز الكشف عن هذه المعلومات إلى الوكالات الفيدرالية ووكالات الولايات الأخرى لإجراء الفحص الرسمي، وإلى المسؤولين عن إنفاذ القانون بغرض القبض على الأشخاص الفارين لتجنب المساءلة القانونية.

(3) إذا نشأت مطالبة خاصة ببرنامج المساعدة الغذائية التكميلية ضد أسرته، فقد تتم إحالة المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك جميع أرقام الضمان الاجتماعي، إلى الوكالات الفيدرالية والوكالات الحكومية بالإضافة إلى وكالات تحصيل المطالبات الخاصة، لاتخاذ إجراءات تحصيل المطالبات.

(4) تقديم المعلومات المطلوبة، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة، هو أمر طوعي. ومع ذلك، سيؤدي عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) إلى رفض إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) لكل فرد لم يقدم رقم الضمان الاجتماعي (SSN). سيتم استخدام أي أرقام ضمان اجتماعي مقدمة والكشف عنها بنفس طريقة استخدام أرقام الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة المؤهلين.

## المحظورات والعقوبات اقرأ عن مسؤولياتك:

إذا حدث هذا دون سبب وجيه		
إساءة استخدام بطاقة التحويل الإلكتروني للإعانات (EBT) أو بطاقة PA ACCESS.	إساءة استخدام بطاقة التحويل الإلكتروني للإعانات (EBT) أو بطاقة PA ACCESS.	جميع الإعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية نقذا المساعدة الطبية
لا تبلغ عن التغييرات، كما هو مطلوب.	لا تبلغ عن التغييرات، كما هو مطلوب.	
الغرامة و/أو عدم الأهلية و/أو السجن بشبهة الاحتيال في مجال الرعاية الاجتماعية، وعدم الأهلية لإجراءات جلسة الاستماع الإدارية. عدم الأهلية للحصول على المال: • المرة الأولى - 6 أشهر. • المرة الثانية - 12 شهراً • المرة الثالثة - إلى الأبد. عدم الأهلية لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية: • المرة الأولى - 12 شهراً • المرة الثانية - 24 شهراً • المرة الثالثة - إلى الأبد.	تقديم معلومات خاطئة أو غير صحيحة أو غير كاملة عن قصد، أو عدم الإبلاغ عن التغييرات.	
التجارة أو البيع أو محاولة التجارة أو البيع أو الشراء أو استخدام بطاقة ACCESS الخاصة بشخص آخر.	التجارة أو البيع أو محاولة التجارة أو البيع أو الشراء أو استخدام بطاقة ACCESS الخاصة بشخص آخر.	برنامج المساعدة الغذائية التكميلية
إساءة استخدام إعانات المساعدة الغذائية التكميلية عمداً، على سبيل المثال، المتاجرة ببطاقة تحويل الإعانات الإلكترونية أو إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية أو بيعها أو شرائها؛ تحويل الفوائد؛ أو تفريغ الحاويات التي تم شراؤها بإعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية بقصد بيعها واستلام النقد - أو شراء أشياء لا يغطيها برنامج المساعدة الغذائية التكميلية، مثل الكحول أو التبغ - أو استخدام إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية لدفع ثمن الطعام الذي تم استلامه بالفعل أو الطعام عن طريق الائتمان. شراء منتج يتمتع بإعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية بهدف الحصول على أموال نقدية أو مقابل آخر غير الطعام المؤهل عن طريق إعادة بيع المنتج مقابل مبالغ نقدية أو مقابل آخر غير الطعام المؤهل. تعهد شراء المنتجات التي تم شراؤها في الأصل باستخدام إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية مقابل مبالغ نقدية أو مقابل آخر غير الطعام المؤهل.	إساءة استخدام إعانات المساعدة الغذائية التكميلية عمداً، على سبيل المثال، المتاجرة ببطاقة تحويل الإعانات الإلكترونية أو إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية أو بيعها أو شرائها؛ تحويل الفوائد؛ أو تفريغ الحاويات التي تم شراؤها بإعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية بقصد بيعها واستلام النقد - أو شراء أشياء لا يغطيها برنامج المساعدة الغذائية التكميلية، مثل الكحول أو التبغ - أو استخدام إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية لدفع ثمن الطعام الذي تم استلامه بالفعل أو الطعام عن طريق الائتمان. شراء منتج يتمتع بإعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية بهدف الحصول على أموال نقدية أو مقابل آخر غير الطعام المؤهل عن طريق إعادة بيع المنتج مقابل مبالغ نقدية أو مقابل آخر غير الطعام المؤهل. تعهد شراء المنتجات التي تم شراؤها في الأصل باستخدام إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية مقابل مبالغ نقدية أو مقابل آخر غير الطعام المؤهل.	
استخدام/الحصول على إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية لشراء الأدوية أو المواد الخاضعة للرقابة.	استخدام/الحصول على إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية لشراء الأدوية أو المواد الخاضعة للرقابة.	
استخدام/الحصول على إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية في بيع الأسلحة النارية أو الخيصة أو المقفلات.	استخدام/الحصول على إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية في بيع الأسلحة النارية أو الخيصة أو المقفلات.	نقذا
أن تتم إيداعك بشراء أو بيع أو تداول إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أو أكثر.	أن تتم إيداعك بشراء أو بيع أو تداول إعانات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أو أكثر.	
الكذب بشأن هويتك أو المكان الذي تعيش فيه للحصول على أكثر من مخصصات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية.	الكذب بشأن هويتك أو المكان الذي تعيش فيه لتلقي الأموال النقدية في ولايتين أو أكثر.	
الفرار لتجنب الملاحقة القضائية أو الاحتجاز أو الحبس بسبب جنائية/محاولة ارتكاب جنائية - أو الفرار بسبب مخالفة المراقبة أو الإفراج المشروط.	الفرار لتجنب الملاحقة القضائية أو الاحتجاز أو الحبس بسبب الإيداع/محاولة ارتكاب جنائية؛ عدم المثول كمدعى عليه في إجراءات المحكمة الجنائية عند إصدار أمر استدعاء أو أمر قضائي لارتكاب جريمة أو جنائية أو جنحة؛ الفرار بسبب مخالفة المراقبة/الإفراج المشروط؛ أو لديك أي مذكرة قضائية نشطة ضدك.	
عدم الامتثال لعقوبة المحكمة الخاصة بك، بما في ذلك دفع الغرامات، لجنائية أو جنحة.	عدم الامتثال لعقوبة المحكمة الخاصة بك، بما في ذلك دفع الغرامات، لجنائية أو جنحة.	قواعد العمل في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية
الكذب بشأن المكان الذي تعيش فيه لتلقي الأموال النقدية في ولايتين أو أكثر.	الكذب بشأن المكان الذي تعيش فيه لتلقي الأموال النقدية في ولايتين أو أكثر.	
الفرار لتجنب الملاحقة القضائية أو الاحتجاز أو الحبس بسبب الإيداع/محاولة ارتكاب جنائية؛ عدم المثول كمدعى عليه في إجراءات المحكمة الجنائية عند إصدار أمر استدعاء أو أمر قضائي لارتكاب جريمة أو جنائية أو جنحة؛ الفرار بسبب مخالفة المراقبة/الإفراج المشروط؛ أو لديك أي مذكرة قضائية نشطة ضدك.	الفرار لتجنب الملاحقة القضائية أو الاحتجاز أو الحبس بسبب الإيداع/محاولة ارتكاب جنائية؛ عدم المثول كمدعى عليه في إجراءات المحكمة الجنائية عند إصدار أمر استدعاء أو أمر قضائي لارتكاب جريمة أو جنائية أو جنحة؛ الفرار بسبب مخالفة المراقبة/الإفراج المشروط؛ أو لديك أي مذكرة قضائية نشطة ضدك.	
عقوبة تصل إلى 250,000 دولار أمريكي لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية وما يصل إلى 15,000 دولار أمريكي للأموال النقدية؛ و/أو السجن لمدة تصل إلى 20 عاماً لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية وما يصل إلى سبع سنوات للأموال النقدية؛ و/أو سداد الإعانات التي تلقيتها؛ و/أو الحرمان من الإعانات للفترات المذكورة أعلاه حسب البرنامج.	عقوبة تصل إلى 250,000 دولار أمريكي لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية وما يصل إلى 15,000 دولار أمريكي للأموال النقدية؛ و/أو السجن لمدة تصل إلى 20 عاماً لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية وما يصل إلى سبع سنوات للأموال النقدية؛ و/أو سداد الإعانات التي تلقيتها؛ و/أو الحرمان من الإعانات للفترات المذكورة أعلاه حسب البرنامج.	قواعد العمل للحصول على الأموال النقدية
إذا ثبتت إدانتك بالاحتيال أو انتهاك القواعد المذكورة أعلاه:	إذا ثبتت إدانتك بالاحتيال أو انتهاك القواعد المذكورة أعلاه:	
بالنسبة لأفراد الأسرة - الأصحاء بدنياً وعقلياً - الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاماً وأقل من 60 عاماً - غير المعفيين أو لسبب وجيه.	بالنسبة لأفراد الأسرة - الأصحاء بدنياً وعقلياً - الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاماً وأقل من 60 عاماً - غير المعفيين أو لسبب وجيه.	
رفض ما يلي: • قبول وظيفة. • إبلاغ مكتب مساعدة المقاطعة عن حالة العمل وتوافر الوظائف.	رفض ما يلي: • قبول وظيفة. • إبلاغ مكتب مساعدة المقاطعة عن حالة العمل وتوافر الوظائف.	قواعد العمل للحصول على الأموال النقدية
تعمد عدم تلبية متطلبات العمل للحصول على الأموال النقدية، كما هو مكتوب في اتفاقية المسؤولية المتبادلة (AMR).	تعمد عدم تلبية متطلبات العمل للحصول على الأموال النقدية، كما هو مكتوب في اتفاقية المسؤولية المتبادلة (AMR).	
تعمد اتخاذ الإجراءات اللازمة من أجل: • إنهاء وظيفة. • خفض ساعات العمل إلى أقل من 30 ساعة في الأسبوع (ما لم تكن هناك وظيفة أخرى تلي متطلبات العمل بالفعل).	تعمد اتخاذ الإجراءات اللازمة من أجل: • إنهاء وظيفة. • خفض ساعات العمل إلى أقل من 30 ساعة في الأسبوع (ما لم تكن هناك وظيفة أخرى تلي متطلبات العمل بالفعل).	
عدم الأهلية: • الانتهاك الأول - ستكون غير مؤهل لمدة لا تقل عن 30 يوماً أو حتى التوقف عن عدم الامتثال، أيهما أطول. • الانتهاك الثاني - ستكون غير مؤهل لمدة لا تقل عن 60 يوماً أو حتى التوقف عن عدم الامتثال، أيهما أطول. • الانتهاك الثالث - ستكون غير مؤهل نهائياً. إذا حدث سبب العقوبة خلال أول 24 شهراً من استلام المساعدة النقدية، سواء كنت متتالية أو متقطعة، ستطبق العقوبة على الفرد فقط. إذا حدث سبب العقوبة بعد 24 شهراً من استلام المساعدة النقدية، سواء كنت متتالية أو متقطعة، ستطبق العقوبة على الأسرة بأكملها.	عدم الأهلية: • الانتهاك الأول - ستكون غير مؤهل لمدة لا تقل عن 30 يوماً أو حتى التوقف عن عدم الامتثال، أيهما أطول. • الانتهاك الثاني - ستكون غير مؤهل لمدة لا تقل عن 60 يوماً أو حتى التوقف عن عدم الامتثال، أيهما أطول. • الانتهاك الثالث - ستكون غير مؤهل نهائياً. إذا حدث سبب العقوبة خلال أول 24 شهراً من استلام المساعدة النقدية، سواء كنت متتالية أو متقطعة، ستطبق العقوبة على الفرد فقط. إذا حدث سبب العقوبة بعد 24 شهراً من استلام المساعدة النقدية، سواء كنت متتالية أو متقطعة، ستطبق العقوبة على الأسرة بأكملها.	

### عندما أقوم بالتوقيع على هذا النموذج:

- أشهد أن جميع المعلومات التي تم إدخالها صحيحة والإسراع تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين.
  - أدرك أن لدي الحق في الحصول على شهادة تغطية معتمدة للتحقق من التغطية الطبية الخاصة بي. يفرض القانون الفيدرالي حودًا عند رفض تغطية المساعدة الطبية أو تقييدها بسبب حالة موجودة مسبقًا. إذا قمت بالتسجيل في خطة صحية جماعية تحتوي على شرط موجود مسبقًا، فيمكنني الحصول على انتماء مقابل الوقت الذي تلتقيت فيه المساعدة الطبية.
  - أدرك أنه إذا تقرر أهليتي للحصول على المساعدة الطبية، فسيتم وضعي في حزمة إعانات المساعدة الطبية الأكثر شمولًا المتوفرة لي. وأدرك أنه قد يُطلب مني التسجيل في خطة صحية. وأدرك أن التسجيل في خطة صحية قد يكون مجانيًا أو منخفض التكلفة بالنسبة لي، لأن الإدارة تدفع رسومًا شهرية إلى الخطة الصحية نيابة عنى. وأدرك أن الرسوم الشهرية هي رسوم فردية. أدرك أنه إذا تلتقيت بمساعدة طبية لست مؤهلًا لها، بسبب خطأ أو احتيال أو أي سبب آخر، فقد يُطلب مني سداد جميع الرسوم الشهرية المدفوعة للإدارة نيابة عنى.
  - إذا تلتقيت إعانات نقدية، فسوف أتعاون مع متطلبات برنامج إنفاذ إعالة الطفل وفقًا لتوجيهات الإدارة. أمح الإدارة وقسم العلاقات المجتمعية الحق في متابعة وتحصيل نفقة الطفل المعال. و/أو الطبي وللاخرين الذين أتقدم لهم.
  - أدرك أنه إذا أُبلغت عن نفقات الأسرة أو قدمت دليلًا عليها، فسأحصل على الحد الأقصى المسموح به من إعانات برنامج مساعدات التغذية التكميلية (قسائم الطعام). سيتم اعتبار عدم الإبلاغ عن نفقات الأسرة أو تقديم دليل عليها بمثابة إقرار مني بأنني لا أربح في الحصول على خصم مقابل النفقات غير المبلغ عنها أو غير المثبتة. (الهيئة: وزارة الزراعة الأمريكية، دائرة الأغذية والتغذية، منطقة وسط المحيط الأطلسي، الإنذار الإداري 6-99، الصادر في 4 يناير 1999).
  - أدرك أن لدي الحق في الحصول على رصيد لتغطية نفقات الأسرة في الوقت الذي أقوم فيه بالإبلاغ وتقديم دليل على ذلك في أي وقت خلال فترة اعتماد برنامج مساعدات التغذية التكميلية (قسائم الطعام) الخاصة بي.
  - أدرك أنه يحق لي أن أطلب من مكتب مساعدة المقاطعة (CAO) المساعدة في الحصول على إثبات النفقات وأن مكتب مساعدة المقاطعة يمكنه الاتصال بأشخاص آخرين للتأكد إذا كنت أواجه مشكلة في الحصول على دليل على أي شيء.
  - أدرك أنه إذا كان بعض أو كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للحصول على المساعدة الطبية، فقد يكونوا مؤهلين للحصول على برنامج التأمين الصحي للأطفال.
  - أدرك أنه إذا كان بعض أو كل الأفراد المتقدمين غير مؤهلين للحصول على المساعدة الطبية من خلال الوزارة، فقد يكونون مؤهلين للحصول على الإعانات الفيدرالية و/أو استكشاف خيارات الرعاية الصحية الخاصة من خلال برنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي في بنسلفانيا (Pennie). إذا كان الأمر كذلك، فإنا أفوض الإدارة بإعطاء اسمي والمعلومات المتعلقة بهذا الطلب إلى سوق التأمين الصحي في بنسلفانيا (Pennie).
  - تجديد التغطية في السنوات القادمة:** لتسهيل تحديد أهليتي للمساعدة في دفع تكاليف التغطية الصحية في السنوات المقبلة، أوافق على السماح لبرنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي في بنسلفانيا (Pennie) باستخدام بيانات دخلي، بما في ذلك المعلومات المتحصل عليها من الإقرارات الضريبية. سيرسل لي برنامج Health Insurance Marketplace للتأمين الصحي في بنسلفانيا (Pennie) إخطارًا، ويسمح لي بإجراء أي تغييرات، ويمكنني إلغاء الاشتراك في أي وقت.
- نعم، قم بتجديد أهليتي تلقائيًا للاشتراك التالي: (ضع علامة اختيار على خيار واحد):
- خمس سنوات (الحد الأقصى لعدد السنوات المسموح بها)
- أربع سنوات
- ثلاث سنوات
- سنتان
- سنة واحدة
- لا تستخدم معلوماتي من الإقرارات الضريبية لتجديد التغطية الخاصة بي.
- أدرك أن ولاية بنسلفانيا تتلقى معلومات من نظام التحقق من الدخل والأهلية (IEVS) والمؤسسات المالية وتقارير المستهلكين والوكالات الحكومية والفيدرالية للتحقق من المعلومات التي أقدّمها لها. سيتم طلب المعلومات المتاحة من خلال نظام التحقق من الدخل والأهلية والكيانات الأخرى، واستخدامها ويمكن التحقق منها من خلال جهة اتصال إضافية عندما تجد الوكالة الحكومية تفاصيل متضاربة، وقد تؤثر هذه المعلومات على أهلية أسرتي ومستوى الإعانات.
  - أدرك أنه من خلال التوقيع على هذا الطلب، فإنني أسمح لأي مؤسسة مالية بالكشف، من خلال الوسائل الإلكترونية أو أي وسيلة أخرى، عن أي وجميع المعلومات المالية التي تحتفظ بها تلك المؤسسة، إلى إدارة الخدمات الإنسانية وكيلاها أو مقاولي المَعِين لغرض تحديد الموارد والتحقق منها (وتسمى أيضًا "الأصول") عند الحاجة لتحديد وإعادة تحديد الأهلية للحصول على المساعدة الطبية. وأدرك أن المعلومات المالية تتضمن عمليات الإيداع والسحب وإغلاق الحسابات وغيرها من المعلومات ذات الصلة المطلوبة أو المستلمة من المؤسسة المالية، بما في ذلك المعاملات الأخرى التي تجريها المؤسسة المالية فيما يتعلق بالحساب أو الأصل. وأدرك أن هذا التفويض يظل ساريًا حتى يتم رفض أهلية المساعدة الطبية أو انتهائها، أو إذا قررت إلغاءه عن طريق تقديم إخطار كتابي إلى الإدارة، أيهما يحدث أولاً. وأدرك أنه إذا قمت بإلغاء هذا التفويض، فقد يجعلني ذلك أو أسرتي غير مؤهلين للحصول على المساعدة الطبية.
  - أدرك أنه إذا قمت بتحويل أو إخفاء أو حجب الحقائق التي قد تؤثر على أهليتي للحصول على الإعانات فقد يُطلب مني سداد قيمة هذه الإعانات الخاصة بي ويجوز مفاضاتي وتجريدي من أهلية الحصول على بعض الإعانات في المستقبل.
  - أدرك أنه يمكنني تعيين ممثل مفوض من خلال استكمال قسم الممثل المفوض وتقديمه مع هذا الطلب.
  - أدرك وأوافق على أنني مسؤول عن أي بيانات احتيالية يتم تقديمها في هذا الطلب، حتى لو تم تقديم الطلب من قبل شخص يتصرف نيابة عنى.
  - أدرك أن أي شخص يتم إثراؤه نتيجة لتحويل الأصول أو الدخل، وهو ما قد يؤثر على أهليتي للحصول على الرعاية طويلة الأمد أو الخدمات المنزلية والمجتمعية، سيكون مسؤولًا عن سداد تلك الإعانات الصادرة بشكل غير صحيح.
  - لقد استلمت نسخة من حقوقي ومسؤولياتي، وقد قرأتها أو قرأها لي شخص ما، وأفهمها جيدًا.
  - أدرك أنه يجوز لقسم الخدمات الإنسانية أو من ينوب عنه الاتصال بي عبر طرق تشمل البريد الإلكتروني والرسائل النصية للمساعدة في معالجة طلبي أو طلب تعليقات حول عملية تقديم الطلب. إذا لم أكن أربح في إرسال رسائل بريد إلكتروني أو رسائل نصية، فإنني أدرك أن إدارة الخدمات الإنسانية ستستمر في معالجة طلبي.
  - أدرك أن المعلومات المدخلة في هذا الطلب ستبقى سرية وإدارة الإعانات فقط. أسمح بالإفصاح عن المعلومات الشخصية والمالية والطبية لغرض تحديد الأهلية.
  - أدرك أنه يجب الإبلاغ عن أي تغييرات مطلوب مني الإبلاغ عنها خلال الأيام العشرة الأولى من الشهر التالي لشهر التغيير، أو بالنسبة للرعاية طويلة الأمد والخدمات المنزلية والمجتمعية، في غضون 10 أيام من التغيير.
  - أدرك أن أسرتي قد تفقد ماعانات برنامج مساعدات التغذية التكميلية إذا حصل أحد أفراد الأسرة على أرباح يانصيب أو مقامرة مساوية أو أكبر من حد موارد برنامج مساعدات التغذية التكميلية للأسر المسنة أو المعاقين.
  - أدرك أنني سألتقي إخطارًا مكتوبًا بوضوح بالإعانات. إذا تم رفض الإعانات أو تغييرها أو تعليقها أو إيقافها، فسوف يوضح الإخطار المكتوب السبب.
  - أدرك أنه سيكون لدي 30 يومًا (90 يومًا للحصول على مزايا برنامج مساعدات التغذية التكميلية (قسائم الطعام)) من تاريخ الإخطار لطلب جلسة استماع إذا لم أوافق على القرار المتخذ بشأن هذا الطلب.
  - أدرك أن وضعي يخضع للتحقق من أصحاب العمل والمصادر المالية والأطراف الخارجية الأخرى.
  - أدرك أنه يجب على المتقدمين تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم أو التقدم للحصول على رقم إذا لم يكن لديهم رقم. يمكن استخدام هذا الرقم للتحقق من المعلومات الموجودة في هذا الطلب.
  - أدرك أنه يجب على استخدام بطاقة التحويل الإلكتروني للإعانات (EBT) أو بطاقة PA ACCESS فقط خلال الفترة التي أكون مؤهلًا فيها. أدرك أنه يجب أن أستخدم بطاقة التحويل الإلكتروني للإعانات أو بطاقة PA ACCESS للشخص المؤهل فقط وأنه يمكن لذلك الشخص الحصول على الإعانات المطلوبة والمعقولة فقط.
  - أدرك أنه لا يجوز لي استخدام أموال المساعدة النقدية الصادرة من خلال بطاقة PA ACCESS الخاصة بي لإجراء معاملات التحويل الإلكتروني للإعانات في متاجر المشروبات الكحولية أو الكازينوهات (كازينوهات القمار أو مؤسسات الألعاب) أو أماكن الترفيه للبالغين.
  - أدرك أنه ليس من الضروري تقديم رقم الضمان الاجتماعي لأي شخص ليس متقدمًا بطلب للحصول على المساعدة. إذا قمت بتقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص به، فقد يتم استخدامه للتحقق من المعلومات الواردة في هذا الطلب.

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-692-7462 (TDD: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-692-7462 (TDD: 711)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода. Звоните 1-800-692-7462 (телетайп: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។  
ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-692-7462 (TTY: 711)។

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل برقم 1-800-692-7462 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

주: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-692-7462 (TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.  
ફોન કરો 1-800-692-7462 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-692-7462 (ATS : 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-692-7462 (TDD: 711).

লক্ষ্য করুন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলতে পারেন, তাহলে আপনি বিনা খরচে ভাষা সহায়তা পরিষেবা নিতে পারেন। 1-800-692-7462- নম্বরে কল করুন (TTY: 711)।

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-692-7462 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-692-7462 (TDD: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-800-692-7462 (TDD: 711)



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES