

# التقديم/إعادة الاعتماد للحصول على مزايا برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program).

إذا كنت كفيلاً أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، فهل ترغب في تلقي إشعارات مكتوبة بتنسيق بديل؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فتتحقق من نوع التنسيق الذي تريده:

☐ طباعة بخط كبير

☐ قرص بيانات مضغوط

☐ قرص مضغوط صوتي

☐ طريقة برايل، إذا أكدت أن أيًا من التنسيقات البديلة الأخرى لن يكون بنفس القدر من الفعالية بالنسبة لك.

إذا كنت بحاجة إلى مكان إقامة آخر، فيرجى الاتصال بمنطقة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.

## عند التقدم بطلب للحصول على برنامج SNAP

- يمكنك تقديم الطلب في نفس اليوم الذي تستلمه فيه. يجب أن نقبل طلبك إذا كان يحتوي على اسمك وعنوانك (إذا كان لديك واحدًا) وتوقيعك على الأقل. ستحدد هذه المعلومات تاريخ تقديم طلبك.
- يجب عليك إكمال عملية التقديم، بما في ذلك إجراء المقابلة والتوقيع على بيان الشهادة في الصفحة 2 من الطلب/إعادة الاعتماد لتحديد أهليتك. إذا كنت مؤهلاً، فسيتم تقديم المزايا مرة أخرى حتى تاريخ تقديم طلبك.
- يمكنك التقدم بطلب للحصول على برنامج SNAP والحصول عليه لأفراد الأسرة المؤهلين حتى لو كنت أنت أو بعض أفراد أسرتك غير مؤهلين للحصول على المزايا بسبب حالة الهجرة. على سبيل المثال، يمكن للوالدين غير المؤهلين غير المواطنين التقدم بطلب للحصول على برنامج SNAP لأطفالهم والحصول على المزايا لأطفالهم المؤهلين.
- لا يزال بإمكانك التقدم بطلب للحصول على برنامج SNAP والتأهل له حتى لو كنت قد وصلت إلى الحدود الزمنية للمساعدة المؤقتة.

## عند إعادة تأهيلك لبرنامج SNAP

- يجب عليك تقديم طلب إعادة الاعتماد الموقع والمكتمل.

تذكر التوقيع على طلبك.

**هل تحتاج إلى مزايا برنامج SNAP على الفور؟ قد تكون مؤهلاً للمعالجة السريعة لطلب برنامج SNAP الخاص بك:**

إذا كان لدى أسرته دخل أو موارد سائلة قليلة أو معدومة أو إذا كانت نفقات الإيجار والمرافق الخاصة بك أكبر من دخلك ومواردك السائلة أو أنت مهاجر أو عامل مزرعة موسمي مع دخل أو موارد قليلة أو معدومة عند تقديم الطلب، قد تكون مؤهلاً للحصول على برنامج SNAP خلال 7 أيام تقويمية من تاريخ تقديم الطلب. عندما يتقدم أحد المقيمين في مؤسسة بشكل مشترك للحصول على SSI و SNAP قبل مغادرة المؤسسة، فإن تاريخ التقديم المسجل للطلب هو تاريخ إطلاق سراح مقدم الطلب من المؤسسة.

**أين يمكنك التقدم بطلب للحصول على برنامج SNAP**

إذا كنت تعيش خارج مدينة نيويورك، فيمكنك تقديم طلب عبر الإنترنت على [myBenefits.ny.gov](http://myBenefits.ny.gov)، أو الاتصال أو زيارة منطقة الخدمات الاجتماعية في المقاطعة التي تعيش فيها وطلب المساعدة. حزمة تطبيق، والتي يمكن إرسالها بالبريد إلى أو تسليمها إلى ذلك المكتب المناسب. يمكنك الحصول على العنوان ورقم الهاتف الخاص بمنطقة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك عن طريق الاتصال بالرقم المجاني 1-800-342-3009.

إذا كنت تعيش في مدينة نيويورك ولم تتقدم أيضًا بطلب للحصول على مساعدة مؤقتة، فيمكنك التقديم عبر الإنترنت على Access HRA، أو الاتصال أو زيارة أي مكتب لبرنامج SNAP وطلب حزمة تقديم طلب. يمكنك الحصول على العنوان ورقم الهاتف عن طريق الاتصال على الرقم المجاني 1-800-342-3009 أو الرقم المجاني 1-718-557-1399.

**إشعار عدم التمييز – وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية**

(U.S. Department of Agriculture, USDA)، فإن هذه المؤسسة يُحظر التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي)، العقيدة الدينية، أو الإعاقة، أو العمر، المعتقدات السياسية، أو الانتقام أو الانتقام بسبب نشاط الحقوق المدنية السابق.

إضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. الأشخاص ذوو الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل والطباعة بحروف كبيرة وأشرطة صوتية ولغة الإشارة الأمريكية) يجب أن يتصلوا بالوكالة (على مستوى الولاية أو المحلية) حيث تقدموا بطلب للحصول على المزايا. ويمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال مع USDA من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800).

لتقديم شكوى تمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج AD-3027، نموذج شكوى التمييز في برنامج USDA والذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>، من أي مكتب من مكاتب USDA عن طريق الاتصال بالرقم 620-1071 (833) أو عن طريق كتابة رسالة إلى USDA. إذ يجب أن تحتوي الرسالة على اسم مقدم الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصفًا مكتوبًا للإجراء التمييزي المزعم بتفاصيل كافية لإبلاغ مساعد وزير الحقوق المدنية (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) عن طبيعة الانتهاك المزعم للحقوق المدنية وتاريخه. ويجب تقديم نموذج أو خطاب AD-3027 تم ملؤه إلى:

(1) البريد: Food and Nutrition Service, USDA

Braddock Place, Room 334 1320

Alexandria, VA 22314؛ أو

(2) فاكس: 256-1665 (833) أو 690-7442 (202)؛ أو

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

تُقدّم هذه المؤسسة فرص قائمة على مبدأ التكافؤ. لا ترسل طلبك بالبريد إلى هذا العنوان.

تذكر التوقيع على طلبك.

# التقديم/إعادة الاعتماد للحصول على مزاي برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program).

## معلومات الطلب

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
اسمك (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط): \_\_\_\_\_  
رقم (أرقام) الهاتف أثناء النهار (مع رمز المنطقة): \_\_\_\_\_  
عنوان المنزل (الشارع، رقم الشقة): \_\_\_\_\_  
المدينة، الولاية، الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً): \_\_\_\_\_

عرقك/إثنيك: \_\_\_\_\_ يتم جمع هذه المعلومات لضمان معاملة الجميع بشكل عادل. إجابتك طوعية، ولن تؤثر على أهليتك أو مبلغ المزايا.

الإثنية: من أصول إسبانية أو لاتينية؟ ☐ نعم ☐ لا

العرق: (اختر كل ما ينطبق)

☐ هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين ☐ آسيوي ☐ أمريكي أسود أو أفريقي  
☐ سكان هاواي الأصليون أو سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى ☐ أبيض

اللغة التي تتحدث بها: من فضلك أخبرنا باللغة التي تتحدثها \_\_\_\_\_

هل أنت مواطن أمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أنت مقيم في ولاية نيويورك؟ ☐ نعم ☐ لا في أي مقاطعة تعيش؟ \_\_\_\_\_

هل لديك وضع خاص؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق عليك.)

☐ الإعاقة الجسدية/العقلي ☐ ضعف السمع ☐ ضعف البصر

☐ مطلوب مترجم فوري ☐ مطلوب لغة الإشارة ☐ أخرى: \_\_\_\_\_

هل ساعدك أحد في إكمال هذا النموذج؟ ☐ نعم ☐ لا

اسم الشخص الذي يساعدك: \_\_\_\_\_

رقم هاتفه مع رمز المنطقة: \_\_\_\_\_

## معلومات الأسرة:

قائمة الأشخاص الذين يعيشون معك:

اسمك (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط): \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

النوع: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ X

هوية مختلفة: \_\_\_\_\_ اللغة التي تتحدث بها: \_\_\_\_\_

اسمك (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط): \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

النوع: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ X

هوية مختلفة: \_\_\_\_\_ اللغة التي تتحدث بها: \_\_\_\_\_

اسمك (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط): \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

النوع: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ X

هوية مختلفة: \_\_\_\_\_ اللغة التي تتحدث بها: \_\_\_\_\_

| هل تتلقى أنت أو أي شخص آخر في منزلك أيًا من أنواع الدخل التالية؟ |            |             |                               |
|------------------------------------------------------------------|------------|-------------|-------------------------------|
| نوع الدخل                                                        | مبلغ الدخل | تكرار الدخل | اسم الشخص الذي يحصل على الدخل |
| الضمان الاجتماعي                                                 |            |             |                               |
| الضمان الاجتماعي/ دخل الضمان التكميلي (SSI)                      |            |             |                               |
| معاش                                                             |            |             |                               |
| معاونات المحاربين القدامى                                        |            |             |                               |
| تعويض العاملين                                                   |            |             |                               |
| الأجر                                                            |            |             |                               |
| أخرى                                                             |            |             |                               |

هل تدفع تكاليف رعاية المعالين؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تدفع أي نفقات طبية أخرى مثل الوصفات الطبية، والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية، ومستلزمات مرضى السكري، والنظارات، ونفقات طب الأسنان، وأجهزة السمع، وما إلى ذلك؟ ☐ نعم ☐ لا

كم تدفع مقابل الإيجار أو الرهن العقاري الخاص بك كل شهر؟ \_\_\_\_\_ دولار  
هل تدفع مقابل أي مما يلي:

- أدفع مقابل تدفئة منزلي (النفط أو الغاز أو الكهرباء أو البروبان، وما إلى ذلك) أو أتقاسم تكاليف التدفئة مع الآخرين. ☐ نعم ☐ لا
- لدي مكيف هواء أستخدمه في الصيف، وأدفع ثمن الكهرباء أو أتقاسم التكلفة مع الآخرين. ☐ نعم ☐ لا
- لدي مكيف هواء أستخدمه في الصيف، وأدفع رسومًا لاستخدامه. ☐ نعم ☐ لا
- أدفع ثمن الكهرباء أو الغاز أو أشارك هذه التكلفة مع الآخرين. ☐ نعم ☐ لا
- أنا أدفع مقابل خدمة الهاتف، بما في ذلك خدمة الهاتف الخليوي (وليس الهاتف المدفوع مسبقًا). ☐ نعم ☐ لا

**الممثل المعتمد** — يمكنك تفويض شخص يعرف ظروف أسرتك لكي يقدم طلب إلى SNAP نيابة عنك. يمكنك أيضًا تفويض شخص ما من خارج أسرتك للحصول على بطاقة EBT التمثيلية المعتمدة لشراء الطعام لك. إذا كنت ترغب في تفويض شخص ما، فعليك القيام بذلك كتابةً. يمكنك القيام بذلك عن طريق طباعة اسم الشخص وعنوانه ورقم هاتفه أدناه. عندما يقوم ممثل معتمد بتقديم طلب نيابة عن أسرة برنامج SNAP التي لا تقيم في مؤسسة، يجب على كل من الممثل المعتمد وعضو بالغ مسؤول في أسرة برنامج SNAP التوقيع على أقسام التوقيع في الأسفل وتاريخها من هذه الصفحة، ما لم يتم تعيين الممثل المعتمد من قبل الأسرة كتابيًا.

إذا كنت ترغب في تفويض شخص ما، فاطبع اسم الشخص وعنوانه ورقم هاتفه، وقم بالتوقيع أدناه.

الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

☐ اختر هذا المربع إذا كنت تريد أن يحصل ممثلك المعتمد على بطاقة EBT لشراء الطعام لك.

لكي تتمكن من قبول طلبك، يجب عليك التوقيع والتاريخ أدناه

**إقرار:** بتوقيع هذا الطلب، أشهد بموجب عقوبة الحنث باليمين بأنني قرأت (أو قرأت لي) وأفهم وأوافق على "الحقوق والمسؤوليات" الموضحة في الصفحات 4 - 6 من هذا الطلب، والإجابات الواردة في هذا الطلب وأي مستند إضافي أقدمه للإدارة في المستقبل دقيقة وكاملة على حد علمي. لقد قرأت تحذير عقوبة برنامج SNAP بلغتي الأساسية، أو قرأته لي أو ترجمته لي. وأشهد أيضًا أن جميع أفراد أسرتي الذين يطلبون برنامج SNAP هم إما مواطنون أمريكيون أو غير مواطنين يتمتعون بوضع هجرة مريض.

يرجى الاطلاع على الصفحات من 4 إلى 6 التي تحتوي على "تحذير عقوبة برنامج SNAP" و"حقوقك ومسؤولياتك".

توقيعك مطلوب أدناه لإكمال عملية التقديم.

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

توقيع الممثل المعتمد: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

## تعليمات إكمال نموذج الطلب

- حاول الإجابة على أكبر عدد ممكن من الأسئلة.
- في الصفحة 1 من نموذج الطلب، ضع رقم هاتفك حيث يمكن الاتصال بك خلال أيام الأسبوع أو حيث يمكن ترك رسالة لك.
- تذكر التوقيع باسمك قبل إرسال نموذج الطلب الخاص بك.
- تأكد من قراءة إشعار الحقوق والمسؤوليات المتضمن وتحذير عقوبة برنامج SNAP على الصفحات التالية.
- يمكنك تقديم طلب غير مكتمل عن طريق ملء اسمك وعنوانك في المقدمة وتوقيعك في الخلف وإكمال بقية الطلب لاحقًا. سيحدد هذا الحد الأدنى من المعلومات تاريخ تقديم طلبك.
- ستكون مزايا برنامج SNAP سارية اعتبارًا من تاريخ تقديم الطلب.

**يجب أن تتم مقابلتك:** سنراجع طلبك عند استلامه وسنتصل بك لمناقشة المعلومات التي قدمتها في طلبك.

**ملاحظة:** إذا لم نتمكن من الوصول إليك، فسوف نتلقى خطابًا لإجراء مقابلة هاتفية مجدولة.

**يجب عليك إرسال التحقق:** أثناء مقابلتك، سنشرح لك نوع التحقق والمعلومات التي ستحتاج إلى تقديمها للحصول على مخصصات برنامج SNAP. سنرسل لك قائمة مرجعية للتحقق تتضمن العناصر التي تحتاج إلى تقديمها. لديك 30 يومًا من تاريخ استلام طلبك لتزويدنا بالتحقق الذي نحتاجه. تأكد من طلب المساعدة منا إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على هذه المستندات.

**القرار:** سوف نتلقى قرارًا بشأن طلبك خلال 30 يومًا.

### ما هو التحقق الذي سأحتاج إلى تقديمه؟

هذه هي معظم العناصر التي ستحتاجها عند التقدم بطلب للحصول على مخصصات برنامج SNAP:

- بطاقة هوية توضح اسمك وعنوانك:
  - إذا لم يكن لديك عنوان، من فضلك أخبرنا.
  - إثبات الدخل.
  - رسالة منحة أو بيان إيداع مباشر للدخل غير المكتسب بما في ذلك مبالغ دخل الفوائد وتكرار الدفعات. إذا كنت تعمل، فأرسل قسائم دفع آخر أربعة أسابيع، أو بيانات الإيداع المباشر، أو نسخ من الشيكات.
  - أرقام الضمان الاجتماعي لجميع الأعضاء المتقدمين.
  - إثبات حالة غير مواطن – إذا لم تكن مواطنًا، فقدم دليلاً على حالة غير مواطن قانونيًا.
  - إثبات بعض النفقات: على الرغم من أنها اختيارية، إلا أنه إذا قدمت إثباتًا لأي مما يلي، فقد تكون مزايا برنامج SNAP الخاصة بك أعلى.
  - النفقات الطبية – إذا كان عمرك أنت أو أي شخص في أسرتك 60 عامًا أو أكثر أو لديه إعاقة معتمدة يجب التحقق من النفقات الطبية/النثرية من خلال إيصال المشاركة في مدفوعات أو أقساط التأمين الصحي أو إيصالات أطقم الأسنان والنظارات وأدوات السمع وبطاريات أدوات السمع والأدوية الموصوفة طبيًا ومسكنات الألم الموصوفة من قبل الطبيب أو الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية والنقل من وإلى الخدمات الطبية.
  - مدفوعات إعالة الطفل – إثبات، مثل وثائق المحكمة، على مدفوعات إعالة الطفل التي تدفعها لشخص لا يعيش معك والمبلغ المدفوع.
- أخبرنا أيضًا إذا كان لديك أي من النفقات المذكورة أدناه (هذا اختياري، ولكنه قد يؤدي إلى زيادة مخصصات SNAP الخاصة بك):
1. تكاليف السكن: مدفوعات الإيجار أو الرهن العقاري أو الضرائب العقارية أو تأمين أصحاب المنازل.
  2. المرافق العامة: تكاليف تكييف الهواء وزيت التدفئة المنزلية والغاز للتدفئة والخشب أو الفحم للتدفئة والغاز للطهي والكهرباء والهاتف (بما في ذلك الهواتف المحمولة) أو نفقات المرافق الأخرى مثل المياه والصرف الصحي أو خدمة التخلص من القمامة.
  3. نفقات رعاية المعالين: الرعاية داخل المنزل أو خارج المنزل.

## يُرجى قراءة المعلومات المهمة أدناه

**تحذير من عقوبة SNAP –** ستخضع أي معلومات تقدمها فيما يتعلق بطلبك لبرنامج SNAP للتحقق من قبل المسؤولين الفيدراليين ومسؤولي الولاية والمسؤولين المحليين. إذا كانت هناك أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم رفض طلبك للحصول على برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP). قد تتعرض للملاحقة الجنائية إذا قدمت معلومات غير صحيحة عن قصد تؤثر في الأهلية أو مقدار الاستحقاقات التي تتلقاها. أي شخص ينتهك شرطاً من شروط المراقبة أو إطلاق السراح المشروط أو أي شخص يفر لتجنب الملاحقة القضائية أو الاحتجاز أو الحبس بسبب جنائية وتلاحقه هيئة إنفاذ القانون بنشاط يُعد غير مؤهل لتلقي معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP).

إذا تبين أن أحد أفراد الأسرة التي تحصل على معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) قد ارتكب انتهاكاً متعمداً للبرنامج (Intentional Program Violation, IPV)، فلن يتمكن هذا الفرد من الحصول على معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) لمدة:

- 12 شهراً لأول انتهاك متعمد لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP-IPV)؛
- 24 شهراً للانتهاك المتعمد الثاني (IPV) لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)؛
- 24 شهراً لأول برنامج SNAP-IPV، استناداً إلى حكم المحكمة بأن الفرد استخدم أو حصل على مزايا برنامج SNAP في معاملة تنطوي على بيع مادة خاضعة للرقابة. (المخدرات غير المشروعة أو بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبية من الطبيب).
- 120 شهراً إذا ثبت إدانتك بالإدلاء ببيان كاذب حول هويتك أو المكان الذي تعيش فيه من أجل الحصول على مزايا برنامج SNAP المتعددة في وقت واحد، ما لم يتم استبعادك بشكل دائم للحصول على IPV ثالث.
- بالإضافة إلى ذلك، يجوز للمحكمة أن تمنع فرداً من المشاركة في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) لمدة 18 شهراً إضافية.
- الاستبعاد الدائم لفرد بسبب:
- الانتهاك المتعمد الأول لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP-IPV) استناداً إلى ما توصلت إليه المحكمة بخصوص استخدام معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو تلقيها في معاملة تتضمن بيع أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات؛
- الانتهاك المتعمد الأول لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP-IPV) استناداً إلى إدانة المحكمة بالإتجار بمعونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أمريكي أو أكثر (يشمل الإتجار استخدام بطاقات ترخيص برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو أجهزة الوصول أو نقلها أو حيازتها أو تبديلها أو امتلاكها بشكل غير قانوني)؛
- يعتمد قانون SNAP-IPV الثاني على حكم المحكمة بأن الفرد استخدم أو حصل على مزايا SNAP في معاملة تنطوي على بيع مواد خاضعة للرقابة. (المخدرات غير المشروعة أو بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبية من الطبيب).
- جميع الانتهاكات المتعمدة لبرنامج SNAP-IPV الثالثة.

يتم تغريم أي شخص حكم عليه في جنائية بسبب استخدام بطاقات ترخيص برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو أجهزة الوصول أو نقلها أو الحصول عليها أو تبديلها أو حيازتها عن قصد بما يصل إلى 250,000 دولار أمريكي، أو السجن مدة تصل إلى 20 عاماً أو كليهما. قد يخضع الفرد أيضاً للمقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها.

قد تُعد غير مؤهل لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو مرتكباً انتهاكاً متعمداً للبرنامج إذا:

- قدمت بياناً خاطئاً أو مضللاً، أو حُرّفت الحقائق أو أخفيت أو حجبته من أجل التأهل للحصول على المعونات أو الحصول على المزيد من المعونات؛
- أو اشترت منتجاً باستخدام معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) بقصد الحصول على النقود عبر التخلص من المنتج عمداً وإعادة الحاوية للحصول على مبلغ الإيداع؛
- أو ارتكبت أو حاولت ارتكاب أي فعل يشكل انتهاكاً للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية بغرض استخدام معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو بطاقات الترخيص أو المستندات القابلة لإعادة الاستخدام المستخدمة كجزء من نظام التحويل الإلكتروني للمعونات (Electronic Benefit Transfer, EBT) أو تقديمها أو تحويلها أو الحصول عليها أو استلامها أو حيازتها أو الإتجار بها.
- إضافة إلى ذلك، لا يُسمح بما يأتي، وقد يتم استبعادك من تلقي معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) و/أو تخضع لعقوبات بسبب الأعمال التي تشمل:
- استخدام أو حيازة بطاقات التحويل الإلكتروني للمعونات (EBT) التي لا تمتلكها من دون موافقة مالك البطاقة؛
- أو استخدام معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) في شراء مواد غير غذائية، مثل الكحول أو السجائر، أو لدفع ثمن طعام تم شراؤه سابقاً بالائتمان؛
- السماح لشخص آخر باستخدام بطاقة EBT الخاصة بك مقابل النقود أو الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات أو المخدرات أو شراء الطعام للأفراد الذين ليسوا أعضاء في أسرة برنامج SNAP.

**الدفع الزائد –** إذا حصلت على مزايا برنامج SNAP أكثر مما ينبغي (دفعة زائدة) فيجب عليك سدادها. إذا كان ملفك نشطاً، فسنسترد المبالغ الزائدة من معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) المستقبلية التي ستحصل عليها. أما في حال إغلاق ملف حالتك، يمكنك سداد المدفوعات الزائدة من خلال أي معونات لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) المتبقية في حسابك، أو يمكنك الدفع نقدًا.

في حال تعثرك في سداد مدفوعات زائدة كنت ملزمًا بها، ستُحال هذه المدفوعات إلى التحصيل، بما في ذلك تحصيل الحكومة الفيدرالية إياها آلياً. فقد تُمنع عنك المعونات الفيدرالية (مثل الضمان الاجتماعي) ومستردات الضرائب التي يحق لك الحصول عليها لسداد هذه المدفوعات الزائدة. وسيخضع الدين أيضاً لرسوم المعالجة.

سيتم استخدام أي معونات من برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) حُذفت من حساب التحويل الإلكتروني للمعونات (EBT) الخاص بك لتقليل المدفوعات الزائدة الحالية. وإذا تقدمت بطلب للحصول على معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) مرة أخرى، ولم تُسدد المبلغ المستحق عليك، فستخضع معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) الخاصة بك إذا بدأت في الحصول عليها مرة أخرى. وسيتم إخطارك، في ذلك الوقت، بمقدار المعونات المخففة التي ستحصل عليها.

**الموافقة –** أدرك أنه من خلال التوقيع على نموذج الطلب هذا فإنني أوافق على أي تحقيق يجريه مكتب ولاية نيويورك للمساعدة المؤقتة ومساعدة ذوي الإعاقة أو منطقة الخدمات الاجتماعية المحلية الخاصة بي للتحقق أو تأكيد المعلومات التي قدمتها أو أي تحقيق آخر أجروه فيما يتعلق بطلبي للحصول على مخصصات برنامج SNAP. سألتزم بتقديم أي معلومات إضافية في حال طلبها. سأعاون أيضاً مع موظفي الولاية والموظفين الفيدراليين في مراجعة مراقبة الجودة لبرنامج SNAP.

أدرك أنه من خلال التوقيع على هذا الطلب/الشهادة، فإنني أوافق على إجراء تحقيق للتحقق من المعلومات التي قدمتها أو تأكيدها وإجراء تحقيق آخر تجريه أي وكالة حكومية معتمدة فيما يتعلق بمزايا برنامج مساعدة الطاقة المنزلية (Home Energy Assistance Program, HEAP). أوافق أيضاً على السماح باستخدام المعلومات المقدمة في هذا الطلب في الحالات إلى برامج مساعدة الطقس المتاحة وبرامج ذوي الدخل المنخفض التابعة لشركة المرافق الخاصة بي. وأفهم أن الولاية ستستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي للتحقق من استلامي لمزايا برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) مع موردي خدمات الطاقة المنزلية المعيّنين بي. يتضمن هذا التفويض أيضاً إنذاراً لأي من موردي الطاقة المنزليين (بما في ذلك مرافقي) بالإفراج عن معلومات إحصائية معينة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، استخدامي السنوي للكهرباء، وتكلفة الكهرباء، واستهلاك الوقود، ونوع الوقود، وتكلفة الوقود السنوية، وتاريخ الدفع إلى مكتب المساعدة المؤقتة والإعاقة ومنطقة الخدمات الاجتماعية المحلية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية لأغراض قياس أداء برنامج مساعدة الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

**الموافقة على الكشف عن معلومات التأمين ضد البطالة السرية (Unemployment Insurance, UI) –** أسمح لإدارة العمل في ولاية نيويورك (Department of Labor, DOL) بالإفصاح عن أي معلومات سرية تحتفظ بها DOL لأغراض التأمين ضد البطالة (Unemployment Insurance, UI) إلى مكتب ولاية نيويورك للمساعدة المؤقتة ومساعدة ذوي الإعاقة (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA). تتضمن هذه المعلومات مطالبات استحقاقات التأمين ضد البطالة (UI) وسجلات الأجور. أدرك أن OTDA، جنباً إلى جنب مع موظفي الوكالات الحكومية والمحلية العاملين في مكاتب مناطق الخدمات الاجتماعية المحلية، سيستخدمون معلومات واجهة المستخدم لإنشاء أو التحقق من الأهلية، ومبلغ برنامج SNAP الذي تم طلبه في هذا الطلب وللتحقيقات لتحديد ما إذا كنت قد تلقيت الفوائد التي لم يكن لي الحق فيها.

**موافقة المقيمين في هيئة الإسكان في مدينة نيويورك على مشاركة المعلومات –** إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على معونة في مدينة نيويورك، فستسمح هذه الموافقة لهيئة الإسكان في مدينة نيويورك (New York City Housing Authority, NYCHA) بمشاركة معلومات عنك مع إدارة الموارد البشرية/إدارة الخدمات الاجتماعية في مدينة نيويورك (Human Resources Administration, HRA) لمساعدتك أنت وأسرتك في التقدم بطلب للحصول على المعونة بموجب برنامج المعونة الغذائية التكميلية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)، و/أو لمعونة النقدية لإدارة الموارد البشرية (HRA)، والتي قد تشمل دفع متأخرات الإيجار.

إذا قمت بالتوقيع على هذا الطلب أدناه، فقد تشارك هيئة الإسكان في مدينة نيويورك (NYCHA) إدارة الموارد البشرية (HRA) المعلومات المتعلقة بأهليتك أو مستواك لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) ومزايا المساعدة النقدية أو أيهما، بما في ذلك اسمك وعنوانك وتاريخ ميلادك ومعلومات دفع الإيجار وخدمات المرافق (مثل مبلغ الإيجار الشهري وسجل دفع الإيجار ورصيد الإيجار ورسوم الأجهزة). بالإضافة إلى ذلك، من خلال التوقيع على هذا الطلب أدناه، فإنك تقر بأن لديك سلطة الموافقة نيابة عن الأطفال القصر المدرجين في هذا الطلب وتفوض هيئة الإسكان في مدينة نيويورك (NYCHA) بمشاركة اسم هذا الطفل وعنوانه وتاريخ ميلاده مع إدارة الموارد البشرية (HRA).

ستحافظ HRA على سرية أي معلومات تمتلكها NYCHA، ولا يجوز لها مشاركة المعلومات إلا مع الوكالات المحلية والولائية والفدرالية التي تشرف على برامج SNAP وبرامج مزايا المساعدة النقدية التابعة لـ HRA.

**الإفصاح عن السجلات التعليمية –** أمنح الإنز لمنطقة الخدمات الاجتماعية في مدينة نيويورك للحصول على السجلات التعليمية الخاصة بي و/أو طفلي (أطفاًلي) القاصرين للأغراض التالية: (1) التحقق من أهليتي للحصول على SNAP؛ (2) إجراء المراجعات أو التحقيقات التي تنتج عن المعلومات المتضاربة المقدمة كجزء من عملية الأهلية؛ و(3) توفير وصول الوكالة الحكومية الفيدرالية المناسبة إلى هذه المعلومات لغرض التدقيق الوحيد.

**الإفصاح عن المعلومات إلى مقدمي الخدمات –** أمّن الإذن لمنطقة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك بمشاركة المعلومات المتعلقة باستحقاقات برنامج المعونة الغذائية التكميلية التي تلقيتها أنا أو أي فرد من أفراد أسرتي ممن يمكنني منحهم تصريحاً قانونياً، وذلك لأغراض التحقق من أهليتي للحصول على الخدمات وعمليات الدفع المتعلقة بإدارة البرنامج التي تقدمها الولاية أو المتعهد المحلي. قد تشمل هذه الخدمات، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات التوظيف أو التدريب المقدمة لمساعدتي أو مساعدة أفراد أسرتي في الحصول على عمل والاحتفاظ به.

**معلومات بدلات المرافق القياسية (Standard Utility Allowance, SUA) –** أفهم أن المستفيدين من برنامج المعونة الغذائية التكميلية مؤهلون بشكل قاطع لبرنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (Home Energy Assistance Program, HEAP). وأفهم أيضاً أنني إذا لم أحصل على استحقاق برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) التي تزيد عن 20 دولاراً في الشهر الحالي أو الـ 12 شهراً السابقة أو استحقاقات معونة تكاليف الطاقة المماثلة، فستعين عليّ دفع قيمة خدمة التدفئة أو تكييف الهواء بشكل منفصل عن إيجاري من أجل الحصول على إعانة المرافق القياسية للتدفئة/التبريد.

**التغييرات –** أوافق على إبلاغ الوكالة بسرعة بأي تغيير في احتياجاتي، ودخلي، وممتلكاتي، وترتيبات معيشتي، وحالة البالغين القادرين على العمل بدون معالين (able-bodied adult without dependents, ABAWD) بما في ذلك ما إذا كان ساعات العمل تقل عن 80 ساعة شهرياً أو حالة الحمل أو العنوان على حد علمي أو اعتقادي وفقاً لمتطلبات إعداد التقارير الخاصة بي.

**متطلب الإبلاغ/التحقق من نفقات الأسرة –** أدرك أنه يجب على أسرتي الإبلاغ عن نفقات رعاية الأطفال والمرافق من أجل الحصول على خصم برنامج SNAP لهذه النفقات. وأفهم أيضاً أنه يتعين على أسرتي الإبلاغ عن مدفوعات الإيجار/الرهن العقاري وضرائب الممتلكات والتأمين والنفقات الطبية وإعالة الطفل المدفوعة إلى فرد من غير أفراد الأسرة والتحقق منها كذلك من أجل الحصول على خصم لهذه النفقات من برنامج المعونة الغذائية التكميلية. أفهم أنه سيُنظر إلى عدم الإبلاغ عن/مصادقة النفقات المذكورة أعلاه أنه بيان من قبل أسرتي بعدم رغبتها في الحصول على خصم لهذه النفقات غير المبلغ عنها/غير المصادقة. وقد يؤهلني الخصم على هذه النفقات لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية أو قد يزيد من استحقاقات التي أحصل عليها من البرنامج. أفهم أنه يمكنني الإبلاغ عن هذه النفقات/مصادقتها في أي وقت في المستقبل. وسيتم بعد ذلك تطبيق الخصم على عملية حساب استحقاقات برنامج المعونة الغذائية التكميلية في الأشهر المقبلة، وفقاً لقواعد الإبلاغ عن التغيير وتغييرات المعالجة.

عند التقدم بطلب للحصول على برنامج المعونة الغذائية التكميلية، أفهم أن منطقة الخدمات الاجتماعية ستطلب وتستخدم المعلومات المتاحة من خلال نظام التحقق من الدخل والأهلية وتستخدمها للتحقيق في طلبي، وقد تتحقق من هذه المعلومات من خلال جهات اتصال مرافقة في حال اكتشاف وجود تناقضات فيها. وأفهم أيضاً أن هذه المعلومات قد تؤثر في أهليتي لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية أو مستوى الاستحقاقات التي أحصل عليها من خلاله أو كليهما معاً.

**بيان قانون الخصوصية – جمع واستخدام رقم الضمان الاجتماعي (SSN) –** يُسمح بجمع رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة فيما يتعلق ببرنامج SNAP وفقاً لقانون الغذاء والتغذية لعام 2008. ستُستخدم المعلومات التي نجم عنها لتحديد ما إذا كانت أسرتك مؤهلة أو لا تزال مؤهلة للحصول على المعونة أو الاستحقاقات. ستتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج المطابقة باستخدام الكمبيوتر. ستُستخدم هذه المعلومات أيضاً لرصد الامتثال للوائح التنظيمية للبرنامج وإدارته. قد يُفصح عن هذه المعلومات للوكالات الحكومية والفيدالية الأخرى لفحصها رسمياً ولموظفي إنفاذ القانون بغرض ضبط الأشخاص الفارين من إنفاذ القانون. وستستخدم المعلومات للتحقق من الهوية، والتحقق من الدخل المكتسب وغير المكتسب.

إذا نشأت مطالبة ببرنامج SNAP ضد أسرتك، فقد تتم إحالة المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك جميع أرقام الضمان الاجتماعي SSN إلى الوكالات الفيدرالية ووكالات الولاية إضافة إلى وكالات جمع المطالبات الخاصة لاتخاذ إجراءات جمع المطالبات. يلتزم أي شخص يتقدم بطلب للحصول على (SNAP) بتقديم (SSN). سيتم أيضاً استخدام SSN الخاصة بالأعضاء غير المؤهلين والكشف عنها بالطريقة المذكورة أعلاه. إذا لم يكن لديك أنت أو أي شخص يتقدم بطلب/يعيد الاعتماد رقم ضمان اجتماعي (SSN)، فيجب تقديم طلب للحصول على رقم ضمان اجتماعي (SSN) لدى إدارة الضمان الاجتماعي (SSA.gov).

إلى جانب استخدام المعلومات التي تقدمها لنا بهذه الطريقة، تستخدم الولاية أيضاً المعلومات لإعداد إحصائيات حول جميع الأشخاص الذين يتلقون مزايا من برنامج مساعدة الطاقة المنزلية. تُستخدم الولاية المعلومات لمراقبة الجودة من أجل ضمان أن المناطق المحلية تقوم بأفضل عمل ممكن. وتستخدم للتحقق من هوية مورد الطاقة الخاص بك ولإجراء مدفوعات معينة لهؤلاء البائعين.

**حالة المواطنة/الهجرة –** أقسم و/أو أؤكد تحت عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات التي قدمتها حول حالة المواطنة والهجرة الخاصة بي وكل من يعيش معي صحيحة ودقيقة. أدرك أن أي معلومات أقدمها للتحقق من حالة الهجرة لأي شخص يتقدم بطلب لبرنامج SNAP قد يتم التحقق من صحتها من خلال خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية.

**بالنسبة لبرنامج SNAP،** يجب توثيق الجنسية فقط في حالة الشك.

**تذكر التوقيع على طلبك.**