



## تجديد الاعتماد للحصول على مزايا برنامج CALFRESH

إذا كنت تعاني من إعاقة أو تحتاج إلى مساعدة لملء استمارة تجديد الاعتماد، يُرجى إخبار إدارة الرعاية التابعة للمقاطعة (المقاطعة) وسوف يقوم أحد الأشخاص بمساعدتك.

إذا كنت تفضل التحدث أو القراءة أو الكتابة بلغة أخرى غير الإنجليزية، فستوفر لك المقاطعة شخصًا ما لمساعدتك دون تحميلك لأي تكاليف.

### كيف يمكنني الاستمرار في الحصول على مساعدات برنامج CalFresh؟

يجب عليك تقديم استمارة تجديد الاعتماد هذه وإجراء المقابلة قبل انتهاء فترة اعتمادك لاستمرار حصولك على مساعدات CalFresh. وتتيح العديد من المقاطعات إمكانية استكمال استمارة تجديد الاعتماد هذه عبر الإنترنت. لمعرفة إذا كان بإمكانك القيام بذلك في مقاطعتك أم لا، تفضل بالذهاب إلى <http://www.benefitscal.org/>.

**ملاحظة:** إذا لم يكن لديك تغطية صحية في الوقت الحالي، وترغب في استخدام المقاطعة للمعلومات المقدمة في استمارة برنامج CalFresh للتحقق من مدى أهليتك لبرنامج Medi-Cal، فما عليك سوى تحديد مربع اختيار السؤال 12 في الصفحة 3 من استمارة تجديد الاعتماد.

### كيف يمكنني استكمال استمارة تجديد الاعتماد؟

أجب عن جميع الأسئلة الواردة في استمارة تجديد الاعتماد، إذا كان ذلك ممكنًا. يجب عليك على الأقل، تدوين اسمك وعنوانك وتوقيعك لبدء عملية تجديد اعتمادك. اطلع على حقوقك ومسؤولياتك قبل توقيع هذه الاستمارة. قدّم الاستمارة الموقعة إلى المقاطعة شخصيًا أو عن طريق البريد أو الفاكس أو عبر الإنترنت.

### ماذا عليّ فعله بعد ذلك؟

سترسل لك المقاطعة خطابًا بموعد المقابلة لمناقشة هذه الاستمارة. تتم معظم المقابلات عبر الهاتف، ولكن يمكن إجراؤها أيضًا شخصيًا في مكتب المقاطعة أو في أي مكان آخر إذا تم ترتيب ذلك مع المقاطعة. إذا كنت تحتاج إلى أي ترتيبات أخرى نتيجة وجود إعاقة، فأخبر المقاطعة بذلك. سيساعدك الموظف المسؤول في استكمال هذه الاستمارة أثناء المقابلة إذا لم تقم بملء جميع الأقسام أو كنت تحتاج إلى إجراء تغييرات.

### ما الذي يتم أثناء مقابلة تجديد الاعتماد؟

أثناء المقابلة، ستراجع المقاطعة المعلومات الموجودة بالاستمارة وستطرح عليك أسئلة لتجديد اعتمادك لبرنامج CalFresh وتحديد المزايا الخاصة بك. ولتجنب التأخير في تجديد الاعتماد، قدّم ما يدل على جميع التغييرات التي طرأت أثناء المقابلة. ومن أمثلة هذه التغييرات؛ حدوث تغيير في الدخل أو في قيام الأفراد بشراء/تناول الطعام سويًا أو تغيير في تكاليف السكن أو غير ذلك. احرص على حضور المقابلة حتى لو لم يكن معك هذا الدليل. ربما تستطيع المقاطعة مساعدتك في الحصول على الإثبات المطلوب لتجديد الاعتماد.

### ما الذي يترتب على نسيان تقديم استمارة تجديد الاعتماد هذه؟

يجب عليك تقديم هذه الاستمارة قبل انتهاء فترة اعتمادك وذلك لتجديد اعتمادك لدى برنامج CalFresh. وفي حال التأخر في ذلك، فقد يتم إيقاف المزايا الخاصة بك. إذا قدمت هذه الاستمارة بعد أكثر من 30 يومًا من تاريخ انتهاء فترة الاعتماد، فسيتعين عليك تقديم طلب جديد وإعادة الإجراءات بالكامل.

الصفحة 1 من قواعد برنامج CalFresh - يُرجى الاحتفاظ بها لديك.

## ما الذي يترتب على الموافقة على تجديد اعتمادي؟

إذا قدمت طلبًا جديدًا في الوقت المناسب وتم تجديد اعتمادك قبل انتهاء فترة الاعتماد، فستستمر في الحصول على المزايا المتاحة على بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية (EBT). استمر في استخدام بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية ورقم التعريف الشخصي (PIN) لشراء الطعام. في حالة فقدان بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية الخاصة بك، أو سرقتها أو تلفها، اتصل على الرقم 328-9677 (877) أو بالمقاطعة على الفور. لقائمة الأماكن التي تقبل بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية القريبة منك، يُرجى الانتقال إلى: <https://www.ebt.ca.gov> أو <https://www.snapfresh.org>.

## الحقوق والمسؤوليات

### تتحمل مسؤولية ما يلي:

- تقديم جميع المعلومات اللازمة إلى المقاطعة لتحديد أهليتك.
- تقديم ما يدل على صحة المعلومات التي قدمتها إلى المقاطعة عند الضرورة.
- الإبلاغ عن التغييرات على النحو المطلوب. ستقدم إليك المقاطعة معلومات عن التغييرات التي يمكنك الإبلاغ عنها ومتى وكيف يتم ذلك. في حال عدم تلبية متطلبات الإبلاغ الخاصة بالأسرة، فقد يتم خفض مزايا برنامج CalFresh أو إيقافها.
- البحث عن وظيفة، والحصول عليها، والحفاظ عليها أو المشاركة في أنشطة أخرى مرتبطة بالعمل إذا أخبرتك المقاطعة بضرورة القيام بذلك.
- التعاون التام مع الأفراد التابعين للمقاطعة أو الولاية أو الموظفين الفيدراليين إذا تم اختيار حالتك لمراجعتها أو التحقق منها وذلك للتأكد من أنه قد جرى تحديد الأهلية والمزايا بشكل صحيح. وقد يؤدي عدم التعاون في هذه المراجعات إلى فقدان المزايا الخاصة بك.
- سداد أي مزايا حصلت عليها دون وجه حق.

### لك الحق في:

- تقديم استمارة لبرنامج CalFresh عن طريق تدوين اسمك وعنوانك وتوقيعك فقط.
- إحضار مترجم فوري من قبل المقاطعة دون أدنى تكلفة عليك في حال احتجت لمترجم.
- الإبقاء على سرية المعلومات المقدمة للمقاطعة ما لم تتعلق بإدارة برامج المقاطعة مباشرة.
- سحب استمارتك في أي وقت سابق لتحديد المقاطعة للأهلية.
- طلب المساعدة لملء استمارة برنامج CalFresh والحصول على إيضاحات حول القواعد.
- طلب المساعدة للحصول على إثبات إذا كان هناك حاجة لذلك.
- أن تُعامل بلطف ومراعاة واحترام وألا يمارس ضدك أي تمييز.
- أن تُعقد المقابلة في غضون مدة معقولة من تاريخ تقديم الطلب وأن يتم تحديد أهليتك في غضون 30 يومًا.
- الحصول على مزايا برنامج CalFresh في غضون 3 أيام إذا كنت مؤهلاً للحصول على الخدمة العاجلة.
- الحصول على مهلة 10 أيام على الأقل لتقديم الإثبات اللازم للمقاطعة لتحديد الأهلية.
- استلام إخطار كتابي قبل 10 أيام على الأقل من تاريخ خفض مزايا برنامج CalFresh أو إيقافها.
- مناقشة حالتك مع المقاطعة ومراجعتها عند طلبك لذلك.
- طلب عقد جلسة استماع في غضون 90 يومًا إذا كنت لا تتفق مع المقاطعة على أي إجراءات تم اتخاذها بشأن حالتك في برنامج CalFresh.
- في حال طلبك عقد جلسة استماع قبل اتخاذ أي إجراء بشأن حالتك في برنامج CalFresh، ستظل مزايا برنامج CalFresh كما هي حتى جلسة الاستماع أو حتى نهاية فترة اعتمادك، أيهما أقرب.

الصفحة 2 من قواعد برنامج CalFresh - يُرجى الاحتفاظ بها لديك.

- أسأل عن حقوقك الخاصة بعقد جلسة الاستماع أو اطلب إحالتك للاستشارات القانونية على أرقام الهواتف المجانية - 1-800-952-5253 أو الرقم المجاني لمن يعانون من إعاقة في السمع أو التحدث باستخدام جهاز الاتصال الهاتفي للصر (TDD) على الرقم 1-800-952-8349. يمكنك الحصول على مساعدة قانونية مجانية في مكتب المساعدات القانونية المحلي أو مكتب حقوق الرعاية الاجتماعية.
- إحضار صديق أو شخص معك إلى جلسة الاستماع في حال عدم رغبتك في الحضور بمفردك.
- الحصول على مساعدة من المقاطعة في التسجيل للتصويت.
- الإبلاغ عن التغييرات غير المطلوب الإبلاغ عنها، إذا كان من شأنها زيادة المزايا الخاصة بك في برنامج CalFresh.
- تقديم ما يدل على مصروفاتك المنزلية مما قد يساعد في زيادة مزاياك من برنامج CalFresh. عدم تقديمك لما يدل على هذه المصروفات إلى المقاطعة يعني أنك لا تتحمل هذه المصروفات، ومن ثم لا يمكنك الحصول على المزيد من مزايا برنامج CalFresh.
- إخبار المقاطعة إذا كنت تفضل استخدام شخص آخر لمزاياك من برنامج CalFresh لصالح أسرته أو لمساعدتك في حالتك في برنامج CalFresh (ممثل مفوض).

### قواعد البرنامج وعقوباته

يعتبر تقديم معلومات خاطئة أو مزيفة، أو عدم تقديم المعلومات الكاملة عمداً في محاولة للحصول على مزايا برنامج CalFresh بدون وجه حق، أو مساعدة شخص آخر للحصول على مزايا بدون وجه حق، بمثابة ارتكاب جريمة. ومن ثم، يتعين عليك سداد أي مزايا حصلت عليها دون وجه حق.

أدرك أنه إذا... ..	أني... ..
<ul style="list-style-type: none"> <li>• أنتهك البرنامج عن عمد من خلال القيام بأحد الأفعال التالية:</li> <li>• أخفيتُ معلومات أو قدمتُ بيانات خاطئة.</li> <li>• استخدمتُ بطاقات تحويل المزايا الإلكترونية التي تخص شخصاً آخر أو سمحتُ لشخص آخر باستخدام بطاقتي.</li> <li>• استخدمتُ مزايا برنامج CalFresh في شراء الكحول أو التبغ.</li> <li>• قمت بالإتجار في مزايا برنامج CalFresh أو بطاقات تحويل المزايا الإلكترونية أو بيعها أو التنازل عنها.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• أفقد مزايا برنامج CalFresh لمدة 12 شهراً عن المخالفة الأولى وسيكون لازماً عليّ سداد جميع مزايا برنامج CalFresh الزائدة التي حصلت عليها.</li> <li>• أفقد مزايا برنامج CalFresh لمدة 24 شهراً عن المخالفة الثانية وسيكون لازماً عليّ سداد جميع مزايا برنامج CalFresh الزائدة التي حصلت عليها.</li> <li>• أفقد مزايا برنامج CalFresh إلى الأبد عن المخالفة الثالثة وسيكون لازماً عليّ سداد جميع مزايا برنامج CalFresh الزائدة التي حصلت عليها.</li> <li>• أدفع غرامة تصل إلى \$250,000.00، أو أسجن لمدة 20 عامًا أو يُحكم عليّ بكليهما.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• قمت بمبادلة مزايا برنامج CalFresh بالمواد الممنوع الإتجار بها مثل المخدرات.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• أفقد مزايا برنامج CalFresh لمدة 24 شهراً عند المخالفة الأولى.</li> <li>• أفقد مزايا برنامج CalFresh إلى الأبد عند المخالفة الثانية.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• قدمتُ معلومات خاطئة عني وعن محل سكني بهدف الحصول على مزايا إضافية من برنامج CalFresh.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• أفقد مزايا برنامج CalFresh لمدة 10 أعوام عند كل مخالفة.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• تمت إدانتني بالإتجار في مزايا برنامج CalFresh التي تزيد قيمتها عن \$500 أو بيعها، أو مبادلة مزايا برنامج CalFresh بالأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• أفقد مزايا برنامج CalFresh إلى الأبد.</li> </ul>

الصفحة 3 من قواعد برنامج CalFresh - يُرجى الاحتفاظ بها لديك.

**معلومات مهمة لغير المواطنين:** يمكنك التقدم والحصول على مزايا برنامج CalFresh للأشخاص المؤهلين، حتى وإن تضمنت أسرتك أشخاصًا آخرين غير مؤهلين. علمًا بأن الحصول على مزايا غذائية لن يؤثر على حالة الهجرة لك أو لأسرتك. حيث تتمتع معلومات الهجرة بالخصوصية والسرية. سيتم فحص حالة الهجرة لغير المواطنين المؤهلين الذين تقدموا للحصول على المزايا مع إدارة خدمات الهجرة والجنسية في الولايات المتحدة. ينص القانون الفيدرالي على أن إدارة خدمات الهجرة والجنسية في الولايات المتحدة لا يحق لها استخدام المعلومات في أي حالة بخلاف حالات الاحتيال.

**غير المشاركين:** ينبغي عدم تقديم معلومات الهجرة أو أرقام الضمان الاجتماعي أو المستندات الخاصة بأي فرد من أفراد الأسرة غير المواطنين ما لم يتقدم للحصول على مزايا برنامج CalFresh. ومع ذلك، تحتاج المقاطعة إلى معرفة معلومات حول دخله وموارده بهدف تحديد مزايا برنامج CalFresh لأسرتك بشكل صحيح. لن تتواصل المقاطعة مع إدارة خدمات الهجرة والجنسية في الولايات المتحدة بشأن الأفراد الذين لم يتقدموا بطلب للحصول على مزايا برنامج CalFresh.

**استخدام أرقام الضمان الاجتماعي (SSN):** ينبغي لكل فرد تقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج CalFresh تقديم رقم الضمان الاجتماعي، إذا كان لديه، أو تقديم ما يدل على تقدمه بطلب للحصول عليه (مثل خطاب من مكتب الضمان الاجتماعي). ربما ترفض المقاطعة تقديم مزايا برنامج CalFresh لك أو لأي عضو في أسرتك لم يقدم رقم الضمان الاجتماعي. يجوز لبعض الأشخاص عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي وذلك عندما يتعلق الأمر بضحايا العنف الأسري أو شهود الإثبات على الجرائم أو ضحايا الإتجار.

**المزايا الزائدة:** يعني هذا الأمر أنك حصلت على مزايا برنامج CalFresh بأكثر مما تستحق. ومن ثم يتعين عليك سداد قيمة هذه المزايا الزائدة حتى ولو وقع الخطأ من جانب المقاطعة أو لم يكن الخطأ متعمدًا. ومن جهة أخرى، قد يتم خفض مزاياك أو إيقافها. قد يُستخدم رقم ضمانك الاجتماعي لتحويل قيمة المزايا التي تدين بها للمقاطعة وذلك من خلال المحاكم أو هيئات التحصيل الأخرى أو عن طريق إجراء تحصيل من قبل الحكومة الفيدرالية.

**الإبلاغ:** يجب أن تبلغ أسرتك باستمرار عن التغييرات التي أخبرتك المقاطعة بالإبلاغ عنها. وفي حال عدم الإبلاغ، قد يتم خفض المزايا أو إيقافها. كما يمكنك الإبلاغ عن الأمور التي تقع والتي من شأنها زيادة مزاياك، مثل انخفاض دخلك.

**جلسات الاستماع:** يحق لك طلب عقد جلسة استماع في حالة عدم موافقتك على الإجراء المتخذ بخصوص تجديد اعتمادك للمزايا الجارية. يمكنك أن تطلب عقد جلسة استماع في غضون 90 يومًا من تاريخ اتخاذ إجراء من قبل المقاطعة وينبغي ذكر السبب وراء طلب عقد جلسة الاستماع. سيتضمن إخطار الموافقة أو الرفض الصادر عن المقاطعة معلومات عن كيفية طلب عقد جلسة استماع.

**عدم التمييز:** تنص سياسة الولاية والمقاطعة على المساواة بين جميع الأفراد ومعاملتهم باحترام ونزاهة. ووفقًا للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية، يُحظر تمامًا التمييز على أساس العرق أو اللون أو الموطن الأصلي أو الجنس أو العمر أو الدين أو المعتقدات السياسية أو الإعاقة. لتقديم شكوى ضد التمييز، يمكنك الاتصال بمنسق الحقوق المدنية لدى المقاطعة أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية أو بإدارة الخدمات الاجتماعية بولاية كاليفورنيا (CDSS):

CDSS Civil Rights Bureau  
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70  
Sacramento, CA 94244-2430  
(Toll Free) 1-866-741-6241

USDA Director, Office of Civil Rights  
Room 326-W, Whitten Building  
1400 Independence Ave., S.W.  
Washington D.C. 20250-9410  
1-202-720-5964 (لمن يعانون من ضعف السمع والبصر)

توفر وزارة الزراعة الأمريكية فرصًا متكافئة للعمل.

الصفحة 4 من قواعد برنامج CalFresh - يُرجى الاحتفاظ بها لديك.

**قانون الخصوصية والإفصاح:** ينبغي العلم أنك تقدم معلومات شخصية في الاستمارة. ومن جانبها، تستخدم المقاطعة هذه المعلومات لمعرفة مدى أهليتك للحصول على المزايا. وفي حال عدم تقديم المعلومات المطلوبة، فقد ترفض المقاطعة استمارتك. لك الحق في مراجعة أي معلومات قدمتها للمقاطعة أو تغييرها أو تصحيحها. لن تفصح المقاطعة عن معلوماتك أو تقدمها إلى أشخاص أو جهات أخرى بدون إذنك إلا إذا كان قانون الولاية أو القانون الفيدرالي يمنحهم الحق في ذلك. سوف تتحقق المقاطعة من صحة هذه المعلومات من خلال برامج المطابقة على الحاسب الآلي، ومنها نظام التحقق من الدخل والإيرادات (IEVS). سوف تُستخدم هذه المعلومات لمراقبة الامتثال بقواعد البرنامج ولإدارته. يجوز للمقاطعة مشاركة هذه المعلومات مع الهيئات الأخرى بالولاية أو مثلتها الفيدرالية لإجراء عملية الفحص الرسمية أو مشاركتها مع المسؤولين المعنيين بتنفيذ القانون بهدف القبض على الأشخاص الهاربين من القانون أو مشاركتها مع الهيئات الخاصة بتحصيل المطالبات فيما يتعلق بإجراء تحصيل المطالبات. ربما تؤثر المعلومات التي تحصل عليها المقاطعة من هذه الهيئات على أهليتك ومستوى المزايا.

**مراجعة الحالات:** ربما يتم اختيار حالتك لإجراء مراجعة إضافية عليها للتأكد من أنه قد جرى تحديد أهليتك بشكل صحيح. يتعين عليك التعاون بشكل كامل مع أفراد المقاطعة أو الولاية أو الموظفين الفيدراليين في إجراء أي تحقيق أو مراجعة، بما في ذلك عمليات المراجعة لمراقبة الجودة. وقد يؤدي عدم التعاون في هذه المراجعات إلى فقدان المزايا الخاصة بك.

**قواعد العمل لبرنامج CalFresh:** قد تحدد لك المقاطعة برنامج عمل إلزامي. وفي حال عدم القيام بالعمل المطلوب من جانب المقاطعة، فقد يتم خفض مزاياك أو إيقافها. وفضلاً عن ذلك، فقد تكون غير مؤهل لبرنامج CalFresh في حال استقالتك من وظيفتك منذ فترة وجيزة.

**استخدام بطاقات تحويل المزايا الإلكترونية:** أي استخدام لبطاقة تحويل المزايا الإلكترونية من قبلك، أو من قبل أحد أعضاء أسرتك، أو ممثلك المفوض، أو أي شخص آخر قمت طواعية بإعطائه بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية ورقم تعريفك الشخصي، يعتبر قد تم بموافقتك ولن يجرى استبدال المزايا المسحوبة من حسابك.

ملاحظات



## استمارة تجديد الاعتماد - أسر برنامج CALFRESH فقط

للحصول على المزايا الخاصة بك في الموعد المحدد دون انقطاع، يُرجى ملء هذه الاستمارة وتوقيعها وتدوين التاريخ عليها وإعادتها إلى المقاطعة، فضلاً عن تقديم ما يدل على ظروفك قبل انتهاء فترة اعتمادك. ينبغي تقديم هذه المعلومات بحلول هذا التاريخ لأننا سنكون بحاجة إلى إجراء مقابلة معك لإنهاء عملية تجديد الاعتماد. نرغب **فقط** في معرفة **التغييرات** التي طرأت على أسرتك منذ المرة الأخيرة التي قدمت فيها معلومات إلى المقاطعة. نحتاج **على الأقل** إلى اسمك وتوقيعك وعنوانك والاستمارة المؤرخة لبدء تجديد الاعتماد في برنامج CalFresh.

اسم الحالة: \_\_\_\_\_ رقم الحالة: \_\_\_\_\_

1. هل قُدم أحد للعيش معك في المنزل أو غادره (بما في ذلك الأطفال حديثي الولادة)؟  نعم  لا (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى استكمال القسم أدناه)

هل تقومون بالشراء وتحضير الطعام بشكل منتظم معاً؟	صلة القرابة	تاريخ الميلاد	الاسم (الأول، الأب، العائلة)	تاريخ الانتقال (شهر/يوم/سنة)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		/ /		/ / <input type="checkbox"/> غادر <input type="checkbox"/> قُدم
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		/ /		/ / <input type="checkbox"/> غادر <input type="checkbox"/> قُدم
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		/ /		/ / <input type="checkbox"/> غادر <input type="checkbox"/> قُدم

2. يجوز لك تفويض شخص يبلغ 18 عاماً أو أكثر لمساعدة أسرتك في الحصول على مزايا CalFresh. يمكن لهذا الشخص أيضاً أن يتحدث بالنيابة عنك في المقابلة، وأن يساعدك في ملء النماذج، وأن يتسوق بالنيابة عنك وأن يخبرك بالتغييرات. سيتعين عليك رد أي مزايا تحصل عليها بطريق الخطأ كنتيجة للمعلومات التي قدمها هذا الشخص إلى المقاطعة ولن يجري استبدال المزايا التي لم ترد صرفها بواسطة هذا الشخص. إذا كنت ممثلاً مفوضاً، فسيُتبع عليك تقديم إثبات هويتك وهوية مقدم الطلب إلى المقاطعة.

#

هل ترغب في تعيين شخص ما لمساعدتك في حالتك في برنامج CalFresh؟  نعم  لا

إذا كان الجواب نعم، فأكمل القسم التالي:

اسم الممثل المفوض	رقم هاتف الممثل المفوض
-------------------	------------------------

هل ترغب في تعيين شخص ما لاستلام مزايا CalFresh لأسرتك وصرفها؟  نعم  لا

إذا كان الجواب نعم، فأكمل القسم التالي:

الاسم	رقم الهاتف
العنوان	المدينة
	الولاية
	الرمز البريدي

3. هل طرأ أي تغيير على عنوانك؟  نعم  لا (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى استكمال القسم أدناه)

العنوان الجديد: \_\_\_\_\_ تاريخ الانتقال: \_\_\_\_\_

العنوان البريدي (في حالة اختلافه عن العنوان المقدم أعلاه)

4. إذا انتقلت أو كان لديك تكاليف سكن جديدة أو طرأ تغيير عليها، يُرجى استكمال المعلومات الواردة أدناه:

ما القيمة الشهرية الحالية للرهن العقاري أو الإيجار؟ \$ \_\_\_\_\_  
في حال الدفع بصورة مستقلة، كم تبلغ القيمة الشهرية لضرائب الممتلكات والتأمين المنزلي؟ \$ \_\_\_\_\_

4a. هل تتحمل نفقات مرافق غير واردة ضمن تكاليف السكن الخاص بك؟ إذا كانت الإجابة نعم، فحدد أيًا من الخيارات التالية:

هاتف  قمامة  مياه  كهرباء/غاز  نفقات أخرى للتدفئة أو التبريد

5. هل أنت بلا مأوى؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فهل تتحمل تكاليف المأوى؟  نعم  لا

اسم الحالة: \_\_\_\_\_ رقم الحالة: \_\_\_\_\_

**6. الطلاب: هل يذهب أي فرد من الأفراد المتقدمة للحصول على المزايا، بما فيهم أنت، إلى كلية أو مدرسة مهنية؟**  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تقديم المعلومات أدناه. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

اسم الشخص	اسم المدرسة/جهة التدريب	حالة الشخص المُسجّل (✓ اختر واحدة)	هل يعمل هذا الشخص؟
		<input type="checkbox"/> نصف الوقت أو أكثر <input type="checkbox"/> أقل من نصف الوقت <input type="checkbox"/> عدد الوحدات: _____	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، معدل ساعات العمل أسبوعيًا: _____
		<input type="checkbox"/> نصف الوقت أو أكثر <input type="checkbox"/> أقل من نصف الوقت <input type="checkbox"/> عدد الوحدات: _____	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، معدل ساعات العمل أسبوعيًا: _____

**7. هل يتلقى أي شخص آخر دخلاً من العمل؟**  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى استكمال القسم أدناه مع إرفاق ما يدل على ذلك. يُرجى إدراج الوظائف لجميع الأشخاص العاملين. إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر، يمكنك إرفاق ورقة منفصلة وتحديد أي سؤال تكتب عنه. تتضمن الأمثلة مجالسة الأطفال أو المرتب أو العمل الحر أو التعويض عن فترة المرض أو الإكramيات أو غير ذلك.

وظيفة 3	وظيفة 2	وظيفة 1	
			اسم الشخص الذي يحصل على دخل:
			اسم جهة العمل:
عمل حر، يُرجى التحديد <input type="checkbox"/>	عمل حر، يُرجى التحديد <input type="checkbox"/>	عمل حر، يُرجى التحديد <input type="checkbox"/>	عدد مرات الحصول على الدخل:
<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> نصف إسبوعي <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> مرتين شهريًا	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> نصف إسبوعي <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> مرتين شهريًا	<input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> نصف إسبوعي <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> مرتين شهريًا	المبلغ الإجمالي الشهري للدخل:
\$	\$	\$	ساعات العمل الشهرية:
			هل سيستمر هذا الدخل؟
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	

**7a. هل سيطراً أي تغيير على وظيفة أي شخص أو دخله في المستقبل القريب؟**  نعم  لا

أمثلة: إنهاء وظيفة أو البدء في أخرى؛ زيادة الدخل أو انخفاضه؛ تغيير في ساعات العمل؛ ترك وظيفة، أو الإضراب عن العمل؛ تغيير في عدد مرات حصول أي شخص على الدخل.

إذا كانت الإجابة نعم، فوضح ذلك وأرفق أي إثبات: \_\_\_\_\_

**8. هل يتلقى أي شخص حاليًا أموالاً من أي مصدر آخر؟**  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى استكمال القسم أدناه مع إرفاق ما يدل على ذلك. تتضمن الأمثلة: الضمان الاجتماعي أو تعويض عن البطالة أو استحقاقات قدامى المحاربين أو التأمين ضد الإعاقة التابع للولاية أو نفقة الأولاد/النفقة الزوجية أو تعويضات العمال أو القروض/الهيايا أو المسكن المكتسب/غير المكتسب أو المرافق أو الغذاء أو غير ذلك.

الاسم	مصدر الدخل	مدفوعات لمرة واحدة أو مدفوعات جارية	المبلغ/عدد المرات

**8a. هل سيطراً أي تغيير على وظيفة أي شخص أو دخله في المستقبل القريب؟**  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فوضح ذلك: \_\_\_\_\_

اسم الحالة: \_\_\_\_\_ رقم الحالة: \_\_\_\_\_

**9. النفقات الطبية: هل طرأت أي زيادة على أي شخص يحصل على مزايا من برنامج CalFresh ويبلغ 60 عامًا أو أكثر، أو يعاني من إعاقة، أو هل بدأ في دفع النفقات الطبية؟**  
 نعم  لا (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى استكمال القسم أدناه هذه نفقات جديدة أو إذا كان التغيير أكثر من 25 دولارًا أمريكيًا).

من يتحمل التكلفة؟ \_\_\_\_\_ نوع التكلفة \_\_\_\_\_  
 ما قيمة المبلغ المدفوع؟ \_\_\_\_\_ كم عدد المرات؟ \_\_\_\_\_

**10. دعم الطفل: هل يجب على أي شخص يحصل على مزايا من برنامج CalFresh دفع قيمة دعم الطفل؟**  نعم  لا

(إذا كان الجواب نعم، فأكمل القسم أدناه وأرفق إثباتًا، إذا كان هذا التزامًا جديدًا بدعم الطفل أو تغييرًا في الالتزام القانوني للدفع مقابل دعم الطفل أو زيادة في القيمة المدفوعة لدعم الطفل.)  
 أسماء الأطفال \_\_\_\_\_

ما المبلغ الحالي الذي يجب عليه دفعه؟ \_\_\_\_\_ \$ من الذي دفع قيمة الدعم؟ \_\_\_\_\_

**11. إعالة أو رعاية الطفل: هل يدفع أي شخص نظير رعاية الطفل، أو نظير شخص بالغ معاق، أو نظير أي إعالة أخرى حتى تتمكن أنت أو هذا الشخص من الذهاب إلى العمل أو الدراسة أو البحث عن وظيفة؟**  نعم  لا

(إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى فقط إدراج المبلغ الذي تدفعه أنت أو أي شخص آخر من أفراد أسرتك من مالكم الخاص. أرفق إثباتًا إذا تغير مُقدم الخدمة أو النفقات الإضافية.)

المبلغ: \_\_\_\_\_ \$ من الذي تحمله: \_\_\_\_\_ إدراج الشخص المعال/الطفل): \_\_\_\_\_

**12. هل ترغب في التقدم للحصول على مزايا برنامج Medi-Cal؟**  نعم  لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، سوف تستخدم المقاطعة معلوماتك لمعرفة ما إذا كان بإمكانك الحصول على مزايا برنامج Medi-Cal.

**13. الحصول على مزايا مزدوجة**

هل تمت إيدانتك أو أي شخص من أفراد أسرتك في الحصول بشكل احتيالي على مزايا مزدوجة من برنامج SNAP (الاسم الفيدرالي لبرنامج المعونة الغذائية، المعروف في كاليفورنيا باسم CalFresh) في أي ولاية بعد 22 سبتمبر 1996؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو؟ \_\_\_\_\_

**14. الإتجار بالمزايا**

هل تمت إيدانتك أو أي فرد من أفراد أسرتك في جريمة الإتجار (السماح باستخدام بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية من قبل آخرين أو بيعها لهم) بمزايا برنامج SNAP بما يعادل \$500 أو أكثر بعد 22 سبتمبر 1996؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو؟ \_\_\_\_\_

**15. مبادلة المزايا بالمخدرات**

هل تمت إيدانتك أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك بمبادلة مزايا برنامج SNAP بالمخدرات بعد 22 سبتمبر 1996؟

نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو؟ \_\_\_\_\_

**16. مبادلة المزايا بالأسلحة النارية أو المتفجرات**

هل تمت إيدانتك أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك بمبادلة مزايا برنامج SNAP بالأسلحة أو الذخيرة أو المتفجرات بعد 22 سبتمبر 1996؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو؟ \_\_\_\_\_

**17. مجرم هارب**

هل تتخفى أو تهرب أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك من القانون لتجنب الملاحقة القضائية أو إلقاء القبض عليك أو الذهاب إلى السجن نتيجة ارتكاب جريمة جنائية أو الشروع في ارتكاب جريمة جنائية؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو؟ \_\_\_\_\_

**18. انتهاك شروط المراقبة/إطلاق السراح المشروط**

هل تمت إيدانتك أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك من قبل المحكمة بانتهاك شروط المراقبة أو إطلاق السراح المشروط؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فمن هو؟ \_\_\_\_\_

رقم الحالة:

اسم الحالة:

**إقرار****يُرجى القراءة بعناية ثم التوقيع وكتابة التاريخ. بموجب التوقيع على هذه الاستمارة:**

أدرك أنه بموجب التوقيع على استمارة تجديد الاعتماد هذه وبموجب عقوبة الحنث باليمين (الإدلاء بأقوال كاذبة)، ما يلي:

- أنني قد قرأت المعلومات الواردة في استمارة تجديد الاعتماد أو تمت قراءتها عليّ وأني قد قرأت إجاباتي على أسئلة استمارة تجديد الاعتماد هذه أو تمت قراءتها عليّ.
- أن إجاباتي عن الأسئلة صحيحة وكاملة على حد علمي.
- أن أي إجابات قد أقدمها لعملية تجديد الاعتماد ستكون صحيحة وكاملة على حد علمي.
- أنني قد قرأت الحقوق والمسؤوليات (قواعد البرنامج الصفحة 1) الخاصة ببرنامج CalFresh أو تمت قراءتها عليّ، وأني قد قرأت القواعد والعقوبات الخاصة ببرنامج CalFresh (قواعد البرنامج الصفحات من 2 إلى 3) أو تمت قراءتها عليّ.
- أتفهم أن الإدلاء بأقوال مضللة أو كاذبة أو تشويه الحقائق أو إخفاءها أو الامتناع عن قولها بهدف إقرار الأهلية للحصول على مزايا برنامج CalFresh يعتبر احتياليًا.
- ويمكن أن يؤدي الاحتيال إلى رفع قضية ضدي و/أو قد يتم منعي لفترة (أو مدى الحياة) من الحصول على مزايا برنامج CalFresh.
- أتفهم أنه يمكن مشاركة أرقام الضمان الاجتماعي أو حالة الهجرة لأعضاء الأسرة المتقدمة للحصول على المزايا مع الهيئات الحكومية المعنية بموجب القانون الفيدرالي.

**للاستمرار في الحصول على المزايا، يجب عليك توقيع هذه الاستمارة وتدوين التاريخ عليها وأن تُجرى مقابلة معك قبل اليوم الأخير من فترة اعتمادك.**

من يتعين عليه التوقيع أدناه: فرد من أفراد الأسرة البالغين أو الممثل المفوض أو الوصي

رقم هاتف أو البريد الإلكتروني لجهة الاتصال

التاريخ

توقيع أو بصمة مقدم الطلب