

لاستخدام المقاطعة فقط CASE NUMBER
WORKER
DATE RECEIVED

طلب للحصول على خدمات CALFRESH في حالات الكوارث

تمتد فترة مزايا حالات الكوارث: _____ لغاية _____

معلومات مهمة - اقرأ بتمعن

حقوقك كمتقدم بطلب أو متلق للخدمة:

- أن تتلقى الخدمات بغض النظر عن العرق أو اللون أو الأصل أو الدين أو الانتماء السياسي أو الجنس أو الإعاقة أو العمر ويحق لك التقدم بشكوى في حال شعرت بأنك قد تعرضت للتمييز.
- أن تحصل على مزايا CALFRESH لحالات الكوارث خلال يوم إلى ثلاثة أيام من تاريخ تقديم الطلب إذا كنت مؤهلاً.
- أن تتحدث إلى دائرة الرعاية في المقاطعة عن أي إجراء وأن تطالب بجلسة استماع في غضون 90 يوماً من الموافقة على الطلب أو رفضه.
- أن تحصل على مراجعة فورية يقوم بها مشرف في حال رفض طلبك.
- أن تتقدم بشكوى أو تطالب بجلسة استماع خطياً لدى دائرة الرعاية في المقاطعة أو من خلال الاتصال على الرقم المجاني 1-800-952-5253. أو رقم الاتصال المجاني لضعاف السمع/الهاتف النصي 1-800-952-8349 (TDD).
- أن تتحدث بنفسك في جلسة الاستماع أو أن يقوم أحد أفراد الأسرة أو صديق أو محام أو أي شخص آخر بالحديث نيابة عنك.
- أن يقوم أحد أفراد الأسرة أو شخص آخر بالغ مطلع على حالتك بتعبئة هذا الطلب. إذا قام شخص آخر ليس من أفراد الأسرة بتعبئة الطلب يرجى إرفاق تفويض خطي موقع من رب الأسرة أو أي فرد آخر بالغ من الأسرة.

مسؤولياتك كمتقدم بطلب أو متلق للخدمة:

- أن تجيب على الأسئلة بصدق وبالكامل قدر استطاعتك. إذا رفضت تقديم أي من المعلومات المطلوبة فلن تحصل على مزايا CALFRESH لحالات الكوارث.
- خلال المقابلة يجب تأكيد هوية رب الأسرة وهوية الشخص الذي يقوم بتعبئة الطلب وإذا كان ممكناً إثبات مكان سكن العائلة و/أو عنوان العمل وقت حدوث الكارثة.
- يجب أن تتعاون مع كوادرات المقاطعة والولاية والكوادرات الفيدرالية في حال وقع عليك الاختيار للمراجعة بعد فترة الكارثة.

- يمكنك تفويض شخص لتسلم مزايا CalFresh في حالات الكوارث الخاصة بك. إذا أردت تفويض شخص ما فيجب عليك تعبئة النموذج أدناه:

رقم الهاتف:	اسم الممثل المفوض
العنوان بما في ذلك المدينة والرمز البريدي	
<input type="checkbox"/> خذ بطاقة EBT فقط	<input type="checkbox"/> استخدم بطاقة EBT لشراء الطعام لأسرتك

تحذيرات من عقوبات

- إذا كانت أسرتك تحصل على مزايا CALFRESH في حالات الكوارث فيجب عليك اتباع القواعد المدرجة أدناه. إن إخفاء المعلومات أو تشويه الحقائق قد يؤدي إلى مقاضاة قانونية وعقوبات قد تتضمن غرامات أو السجن أو كلاهما. ويمكن أن تؤدي العقوبات إلى الفصل من البرنامج وغرامات قد تصل إلى \$250,000 أو السجن لغاية 20 عاماً. تكون عقوبة الفصل لمدة 12 شهراً للمخالفة الأولى و 24 شهراً للمخالفة الثانية والفصل نهائياً للمخالفة الثالثة.
- لا تقدم معلومات خاطئة أو تحجب معلومات للحصول على مزايا CalFresh في حالات الكوارث.
- لا تقايض أو تباع مزايا CalFresh أو أية أدوات انتفاع أخرى.
- لا تتلاعب ببطاقة EBT أو أية أدوات انتفاع أخرى للحصول على مزايا CalFresh في حالات الكوارث لا يحق لك أن تتلقاها.
- لا تستخدم مزايا CalFresh في حالات الكوارث لشراء مواد غير مسموح بها مثل الكحول والتبغ.
- لا تستخدم بطاقة EBT التي تعود لشخص آخر أو أية بطاقة مشابهة لمصلحة أسرتك.

لاستخدام المقاطعة فقط <input type="checkbox"/> Disaster Application	تعليمات: يرجى الإجابة عن الأسئلة الموجودة على هذا النموذج حول ظروفك المتوقعة فترة الاستفادة من المزايا المتاحة في حال الكوارث كما هو موضح أعلاه.
Can the identify of the authorized representative be verified? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Type of verification:	اسم (رب الأسرة)
Can the head of household's identity be verified? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Type of verification:	عنوان المنزل الدائم وقت حدوث الكارثة
Is permanent residence in disaster area? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Type of verification:	العنوان المؤقت
Is work address in the disaster area? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Type of verification:	العنوان البريدي
Can the household's residence be verified? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Type of verification:	عنوان العمل وقت حدوث الكارثة
	الجزء A - وضع العائلة. (يجب وضع علامة عند كلمة نعم أو لا لكل سؤال)
	1. هل كان أي من أفراد الأسرة يسكن <input type="checkbox"/> يعمل <input type="checkbox"/> أو كلاهما <input type="checkbox"/> (ضع إشارة في المربع الملائم) في منطقة الكارثة عند وقوعها؟
	2. هل أنت غير قادر على الحصول على دخل أسرتك أو مواردها النقدية؟
	3. هل انخفض دخلك أو مواردك النقدية أو تأخرت أو توقفت بسبب الكارثة؟
	4. هل ستقوم بشراء الطعام وتحضير الوجبات خلال فترة الانتفاع بمزايا حالات الكوارث.
	5. هل أي من أفراد أسرتك موظف لدى _____؟
	وكالة CALFRESH في مقاطعة/ولاية

الجزء B - أفراد الأسرة

5. أدرج أسماء الأشخاص المتقدمين للحصول على مزايا CalFresh في حالات الكوارث. أذكر فقط الأشخاص الذين كانوا يعيشون معك وقت وقوع الكارثة. إذا كنت تقيم مؤقتاً مع أسرة أخرى بسبب الكارثة لا تذكر أسماء أفراد تلك الأسرة. *التصريح برقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بك اختياري. سوف يستخدم لغايات التحقق من الهوية فقط.

لاستخدام المقاطعة فقط
Household size for the number of persons listed in 5 _____

اسم رب الأسرة (HH)	رقم الضمان الاجتماعي *SSN	تاريخ الميلاد
a.	رقم الضمان الاجتماعي *SSN	تاريخ الميلاد أو العمر
b.	رقم الضمان الاجتماعي *SSN	تاريخ الميلاد
c.	رقم الضمان الاجتماعي *SSN	تاريخ الميلاد
d.	رقم الضمان الاجتماعي *SSN	تاريخ الميلاد
e.	رقم الضمان الاجتماعي *SSN	تاريخ الميلاد
f.	رقم الضمان الاجتماعي *SSN	تاريخ الميلاد
g.	رقم الضمان الاجتماعي *SSN	تاريخ الميلاد

الجزء C - الدخل/الموارد/النفقات

Computation

A. Anticipated Income (from 6) \$ _____

B. Accessible Cash Resources (from 7) \$ _____

C. Total disaster period income (A+B) = \$ _____

D. Total allowable disaster-related expenses (from 8) - \$ _____

E. Accessible disaster period income = \$ _____

F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) \$ _____

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

Eligible: YES NO Allotment

1. Disaster Allotment (from Table) \$ _____

2. Regular Allotment Already Received - \$ _____

3. Net Disaster Allotment (1-2) = \$ _____

EBT Card Number issued # _____

YES NO

WORKER'S SIGNATURE DATE

SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE

6. a. ما هو إجمالي صافي الدخل أو أي دخل آخر يحصل عليه جميع الأشخاص المدرجة أسماؤهم أعلاه أو الذي سيحصلون عليه خلال فترة الانتفاع من مزايا حالات الكوارث؟ \$ _____
b. أدرج جميع موارد الدخل:

7. أدرج جميع الموارد النقدية التي سيكون بمقدور جميع الأشخاص المذكورين أعلاه الحصول عليها خلال فترة الانتفاع بمزايا حالات الكوارث. لا تذكر أيًا من الأموال المدرجة في القسم 6.

المبالغ النقدية المتوفرة حالياً	حسابات التوفير	حسابات تحت الطلب	مخصصات أخرى
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

8. أدخل مقدار المبالغ التي دفعتها أو التي تتوقع أن تدفعها بسبب الخسائر المتعلقة بالكارثة خلال فترة الكارثة. لا تدرج المبالغ التي سيدفعها شخص غير مدرج سابقاً أو المبالغ التي سيجري التعويض عنها خلال فترة الكارثة. قد تتضمن النفقات المدرجة بعض مما يلي:

- a. نفقات إصلاح أضرار لحقت ببيت الأسرة أو أي ملكية أخرى ضرورية لتوظيف أو التوظيف الذاتي لأحد أفراد الأسرة.
- b. نفقات الملجأ المؤقت في حال لم يكن من الممكن الحصول على بيت لا تستطيع الأسرة الوصول إليه
- c. نفقات الرحيل من المنطقة التي أخلت بسبب الكارثة
- d. نفقات تتعلق بحماية البيت أو العمل من الدمار أثناء الكارثة
- e. نفقات طبية بسبب إصابة شخصية.
- f. نفقات جناز لوفيات ناتجة عن الكارثة.
- g. رسوم نقل حيوانات أليفة ناتجة عن الكارثة.
- h. نفقات تتعلق باستبدال أدوات شخصية ومنزلية ضرورية مثل الملابس والأجهزة المنزلية والأدوات والمواد التعليمية
- i. الوقود لوسائل التدفئة الرئيسية.
- j. نفقات مواد التنظيف.
- k. نفقات على المركبات لإصلاح مشاكل ناتجة عن الكارثة.
- l. نفقات التخزين.

9. a. هل يحصل أي من الأشخاص المذكورين أعلاه على مزايا CalFresh
إذا كانت الإجابة نعم فمن هو؟ المقاطعة _____ الولاية _____ المخصصات الشهرية \$ _____

b. هل طالب باستبدال مزايا CalFresh لهذا الشهر أو حصل عليها؟
إذا كانت الإجابة بنعم فعلى كم حصل أو سيحصل؟ _____

إقرارك

أقر بأنني أفهم الأسئلة الموجودة في الطلب وأن أسرتي بحاجة لمزايا CalFresh في حالات الكوارث الكوارث. لقد قرأت تحذيرات العقوبات أعلاه (أو قرأها لي شخص). أوافق على التصريح بأي معلومات ضرورية لاتخاذ قرار بخصوص أهليتي للحصول على المزايا. في حال اختياري سأتعاون بالكامل مع كوادر المقاطعة والولاية والكوادر الفيدرالية لإجراء مراجعة تجري بعد انقضاء فترة الانتفاع من مزايا حالات الكوارث. وأفهم أيضاً بأنني قد أكون مطالباً بإعادة دفع أية مبالغ تلقيتها بسبب أنني أنا أو بالغ آخر من أفراد الأسرة أو الممثل المفوض قدمنا معلومات غير صحيحة أو منقوصة.

أتعهد تحت عقوبة شهادة الزور وبموجب قوانين الولايات المتحدة وولاية كاليفورنيا أن الحقائق الواردة في هذا التقرير صحيحة وحقيقية وكاملة.

التوقيع (أحد أفراد الأسرة البالغين أو الممثل المفوض)

التاريخ

الشاهد ، إذا وقعت باستخدام "X"

التاريخ