

استمارة أولية للحصول على (CALFRESH) والمساعدة النقدية (CASH AID) \$ وأو

برامج (HEALTH CARE) الرعاية الصحية (HEALTH CARE)

إذا كنت تعاني من إعاقة أو تحتاج إلى مساعدة في ملء هذه الاستمارة، أخبر إدارة الرعاية التابعة للمقاطعة (المقاطعة) وسيقدم شخص ما لمساعدتك.

إذا كنت تفضل الحديث أو القراءة أو الكتابة بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، فستوفر لك المقاطعة شخصاً ما لمساعدتك بدون أي تكلفة عليك.

كيف يمكنني التقديم؟

استخدم هذه الاستمارة إذا كنت متقدماً للحصول على المساعدة الغذائية (CalFresh)، المساعدات النقدية (CASH AID) (فرصة عمل أو المسؤولية عن الأطفال أو المساعدة النقدية للاجئين المقدمة من ولاية كاليفورنيا)، و/أو برامج الرعاية الصحية (HEALTH CARE) الأخرى. إذا أردت التقدم لبرنامج CalFresh فقط، يمكنك أن تطلب من المقاطعة الحصول على استمارة CalFresh فقط. CalFresh هو برنامج مساعدات غذائية لمساعدتك في تكلفة شراء الغذاء لأسرتك. إذا أردت التقدم لبرنامج الرعاية الصحية (HEALTH CARE) فقط، يمكنك أن تطلب من المقاطعة الحصول على استمارة رعاية صحية (HEALTH CARE) فقط. تشمل الرعاية الصحية (HEALTH CARE): تأمين منخفض التكلفة لبرنامج Medi-Cal؛ تأمين صحي خاص بأسعار في المتناول؛ أو الائتمان الضريبي الذي يمكنه أن يساعدك على دفع أقساط التأمين الخاصة بك للتغطية الصحية.

يمكنك أيضاً التقدم لهذه البرامج عبر الإنترنت عن طريق هذا الرابط <http://www.benefitscal.org>.

- قم بملء استمارة الطلب كاملة، إذا استطعت.. سيتم توجيه أسئلة لك تتعلق بتحديد الأهلية أثناء المقابلة الشخصية. تحتوي استمارة SAWS 2 Plus على هذه الأسئلة إذا أردت ملء نموذج الورقة (اسأل فقط ممثل المقاطعة). يجب عليك على الأقل إعطاء المقاطعة اسمك وعنوانك وتوقيعك (السؤال 1 في الصفحة 1 من هذه الاستمارة) للبدء في التعامل مع الاستمارة للحصول على CalFresh. للحصول على المساعدة النقدية (CASH AID) يجب عليك ملء السؤال 1 إلى 5 في الصفحات 1 و2 من هذه الاستمارة والتوقيع عليها للبدء في التعامل مع الاستمارة.
- كل سؤال له رمز (يظهر في أعلى هذه الصفحة) لتوضيح أي أسئلة تخص أي برامج. للحصول على المساعدة النقدية (CASH AID)، علامة الـ \$؛ وللحصول على CalFresh، عربية تسوق؛ وللحصول على التغطية الصحية (HEALTH COVERAGE)، عربية إسعاف. على سبيل المثال، إذا لم تكن مقدماً للمساعدة النقدية (CASH AID)، لا حاجة لك في إجابة الأسئلة التي عليها رمز الـ \$ فقط.
- قم بإرسال الاستمارة للمقاطعة شخصياً عن طريق البريد أو الفاكس أو عبر الإنترنت.
- وفي اليوم الذي تتلقى فيه المقاطعة الاستمارة التي قمت بالتوقيع عليها، يبدأ وقت إعطائك جواباً عما إذا كان يمكنك الحصول على المزايا. إذا كنت في مؤسسة، يبدأ هذا الوقت من يوم مغادرتك.

ماذا على فعله بعد ذلك؟

- اقرأ حقوقك ومسؤولياتك (صفحات قواعد البرنامج) قبل التوقيع على الاستمارة.
- يجب أن تحضر مقابلة مع ممثل المقاطعة لمناقشة الاستمارة الخاصة بك. إذا كنت تعاني من إعاقة، يمكن إجراء ترتيبات أخرى.
- إذا لم تقم بملء الاستمارة كاملة، يمكنك تكملتها أثناء المقابلة.
- ستحتاج تقديم إثبات عن دخلك ونفقاتك والظروف الأخرى لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً.

كم من الوقت سيستغرق الأمر؟

قد يستغرق الأمر حتى 30 يوماً للتعامل مع استمارتك للحصول على CalFresh. وبالنسبة للمساعدة النقدية (CASH AID) و Medi-Cal، قد يستغرق الأمر حتى 45 يوماً. اسأل المقاطعة عن كيفية حصولك على الفوائد والرعاية الصحية الخاصين بك على الفور إذا كان لديك حالة طارئة.

قد يمكنك الحصول على فوائد CalFresh في غضون 3 أيام تقويمية إذا:

- إذا كان إجمالي الدخل الشهري لأسرتك (الدخل قبل الاستقطاعات) أقل من \$ 150 أو أن المبلغ الذي تملكه في يدك أو في الحسابات الجارية أو حسابات الادخار أقل من \$ 100؛ أو
- تكاليف سكن أسرتك (الإيجار/الرهن العقاري والمرافق) أكثر من إجمالي دخلك الشهري والمبلغ الذي في الحسابات الجارية أو حسابات الادخار الخاصة بك؛ أو
- أسرتك مهاجرة أو أنك عامل موسمي وما تملكه في حساباتك الجارية أو حسابات الادخار الخاصة بك أقل من \$ 100 و (1) دخلك قد توقف، أو (2) بدأ دخلك ولكنك لا تتوقع الحصول على أكثر من \$ 25 في العشر أيام القادمة.

وبالنسبة للمساعدة النقدية (cash aid)، يمكنك الحصول على مساعدة فورية إذا:

- إذا كنت بلا مأوى أو لديك إخطار بالإخلاء أو إخطار بدفع الإيجار أو النقل؛ أو
- سينفذ طعامك في غضون ثلاثة أيام؛
- المرافق الخاصة بك تم أو سيتم إيقافها؛
- ليس لديك ملابس أو حفاضات كافية؛
- لديك حالة طارئة من نوع آخر تحتاج للصحة والأمان.

صفحة المعلومات - رجاء خذها واحتفظ بها في سجلاتك.

لمساعدة ممثل المقاطعة في معرفة إذا ما كان يمكنك الحصول على المزايا بشكل أسرع، يُرجى إكمال السؤال 1 في هذه الاستمارة والأسئلة من 6 إلى 9 و15 و24 في استمارة SAWS 2 PLUS. قَدِّم دليل إثبات هويتك (إن كان لديك) مع الطلب.

سوف ترسل لك المقاطعة خطابًا لتخبرك إذا تم الموافقة على حصول أسرتك على الفوائد التي تقدمت لها أم تم رفضها.

ماذا أحتاج للمقابلة الخاصة بي؟

لتجنب أي تأخير، احضر إثباتًا للبنود التالية معك للمقابلة. حافظ على المقابلة الخاصة بك حتى إذا لم يكن معك الإثبات. قد تستطيع المقاطعة المساعدة إذا أردت الحصول على إثبات. أثناء المقابلة، ستنتقل المقاطعة عبر المعلومات الواردة في الاستمارة وسوف تسألك بعض الأسئلة لمعرفة إذا كان يمكنك الحصول على الفوائد ومعرفة قدر الفوائد التي يمكنك الحصول عليها.

الإثبات المطلوب للحصول على الفوائد

- إثبات هوية (رخصة قيادة أو بطاقة هوية الولاية أو جواز السفر).
- شهادة ميلاد لكل الأشخاص المتقدمين للحصول على المساعدة النقدية (CASH AID).
- إثبات لمكان إقامتك (عقد إيجار، فاتورة حالية للعنوان المدرج).
- أرقام الضمان الاجتماعي لكل الأشخاص المتقدمين للحصول على المساعدة (انظر الملاحظة أدناه حول بعض غير المواطنين القانونيين المعينين).
- إثبات المبلغ المودع في البنك لكل أفراد أسرتك (كشوف الحسابات المصرفية الأخيرة)..
- إثبات الدخل المكتسب لجميع أفراد أسرتك لأخر 30 يومًا (كعوب قسائم الدفع الأخيرة، بيان عمل من صاحب العمل). ملاحظة: إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، احضر السجلات الخاصة بالضرائب أو النفقات أو الدخل.
- دخل غير مكتسب (إعانات بطالة، SSI، الضمان الاجتماعي، استحقاقات المحاربين القدامى، دعم الأطفال، تعويض العمال، منح أو قروض دراسية، إيراد الإيجار، وغيرها).
- وضع الهجرة الشرعية فقط لغير المواطنين القانونيين المتقدمين للحصول على فوائد (بطاقة تسجيل الأجنبي، تأشيرة).
- ملاحظة: بعض غير المواطنين المتقدمين للحصول على وضع الهجرة وفقًا للعنف الأسري أو مفاضة جريمة أو الاتجار قد لا يحتاجون إلى هذا الإثبات. قد لا يحتاجون أيضًا إلى رقم التأمين الاجتماعي.

الإثبات اللازم للحصول على المزيد من فوائد CalFresh

- تكاليف السكن (إيصالات الإيجار، فواتير الرهن العقاري، فاتورة ضريبة الأملاك، وثائق التأمين).
- تكاليف الهاتف والمرافق.
- المصروفات الطبية لأي فرد من أسرتك يعاني من إعاقة أو كبير في السن (60 أو أكبر).
- مصروفات رعاية الأطفال أو البالغين وفقًا لشخص يعمل، أو يبحث عن عمل، أو يحضر تدريبًا أو مدرسة، أو يشارك في نشاط يتطلبه العمل.
- دعم الطفل المدفوع من قبل شخص في أسرتك.

الإثبات الإضافي المطلوب للحصول على التغطية الصحية (HEALTH COVERAGE)

- معلومات عن أي وظيفة تتعلق بالتأمين الصحي متاحة لعائلتك.
- أرقام البوليصات لأي تأمين صحي حالي.

الإثبات الإضافي المطلوب للحصول على المساعدة النقدية (CASH AID)

- إثبات الحصول على التطعيمات للأطفال الذين يبلغون ست سنوات أو أقل.
- تسجيل المركبات التي تملكها أنت أو أي شخص من المتقدمين.

ماذا لو كنت بلا مأوى؟

برجاء إخبار المقاطعة على الفور إذا كنت بلا مأوى لتتمكن من مساعدتك على معرفة عنوانًا لاستخدامه وقبول استمارتك والحصول على إخطارات من المقاطعة فيما يخص حالتك. بالنسبة لبرنامج CalFresh والمساعدة النقدية (CASH AID)، فإن بلا مأوى تعني أنك:

- A. تعيش في مأوى خاضع للإشراف أو منزل في منتصف الطريق أو مكان مشابه.
- B. تعيش في منزل شخص أو عائلة أخرى لمدة لا تزيد عن 90 يومًا على التوالي.
- C. النوم في مكان غير مصمم للنوم أو لا يستخدم عادة لذلك (الرواق، محطة للحافلات، ردهة أو أماكن مشابه).

صفحة المعلومات - رجاء خذها واحتفظ بها في سجلاتك.

ينبغي لك القيام بما يلي:

- تقديم جميع المعلومات المطلوبة لتحديد استحقاقك للمقاطعة.
- تقديم الإثباتات الخاصة بالمعلومات المقدمة للمقاطعة عند الحاجة لذلك.
- الإبلاغ عن التغييرات على النحو المطلوب. سوف تعطيك المقاطعة معلومات عن ماهية المعلومات المطلوب الإبلاغ عنها وموعد الإبلاغ وكيفية. بالنسبة لبرنامج CalFresh والإعانة النقدية، في حالة عدم الوفاء بمتطلبات الإبلاغ عن المعلومات المنزلية، فقد يغلق الملف الخاص بك أو تُخفض مزاياك أو تُوقف.
- ابحث عن وظيفة وأعمل واستمر بالعمل بها أو شارك في الأنشطة الأخرى إذا أخبرتك المقاطعة أن هذا الأمر مطلوب لحالتك.
- أبدأ تعاوناً كاملاً مع العاملين بالمقاطعة، أو الولاية، أو الموظفين الفيدراليين في حالة خضوع حالتك للمراجعة أو الفحص للتأكد من استحقاقك وأن مستوى المزايا المخصص جري رسده بشكل صحيح. ينجم عن عدم التعاون في هذه المراجعات خسارة مزاياك.
- رد أي إعانة نقدية أو مزايا خاصة ببرنامج CalFresh التي لم تكن مستحقاً للحصول عليها.

يحق لك ما يلي:

- تقديم نموذج طلب لبرنامج CalFresh يحتوي على اسمك وعنوانك وتوقيعك فقط.
- الحصول على مترجم فوري من قبل الولاية دون تكلفة في حالة حاجتك لمترجم.
- الإبقاء على المعلومات الممنوحة للمقاطعة تحت إبطار السرية ما لم تتصل بإدارة برامج المقاطعة مباشرة.
- سحب نموذج طلبك في أي وقت قبل أن تقرر المقاطعة استحقاقك.
- طلب المساعدة في تعبئة نموذج الطلب أو في الحصول على ما يثبت أنك في حاجة وحصلت على شرح للقواعد.
- تُعامل بلطف ومراعاة واحترام وألا يمارس ضدك أي تمييز.
- الحصول على مزايا CalFresh في غضون 3 أيام في حالة تقدمك بالطلب إلى الخدمة العاجلة.
- الحصول على الإعانة النقدية في غضون يوم واحد في حالة تقدمك لبرنامج الحاجة الفورية.
- مقابلة أحد المسؤولين بالمقاطعة لمدة معقولة من الوقت عند تقدمك بنموذج الطلب وأن يجري تقرير استحقاقك في غضون 30 يوماً بالنسبة لبرنامج CalFresh أو 45 يوماً بالنسبة للإعانة النقدية وبرنامج Medi-Cal.
- الحصول على مهلة 10 أيام على الأقل لتقديم الإثباتات اللازمة للمقاطعة لتقرير استحقاقك.
- استلام إخطار كتابي قبل 10 أيام على الأقل من تخفيض المقاطعة لمزايا برنامج CalFresh أو الإعانة النقدية أو إيقافها.
- مناقشة حالتك مع المقاطعة ومراجعتها عند طلبك لذلك.
- طلب جلسة استماع بالولاية في غضون 90 يوماً في حالة عدم موافقة المقاطعة على حالتك. في حالة طلبك لعقد جلسة استماع قبل تطبيق أي إجراء على حالتك، سوف تظل مزاياك كما هي حتى موعد جلسة الاستماع أو نهاية فترة مصادقتك أيهما يحدث أولاً. يمكنك أن تطلب من المقاطعة تغيير مزاياك إلى ما بعد جلسة الاستماع لتجنب إعادة سداد أية مزايا زائدة. في حالة حكم قاضي القانون الإداري لصالحك، سوف تسدد المقاطعة لك أية مزايا مخصصة.
- أسأل عن حقوقك الخاصة بجلسة الاستماع أو أطلب إحالتك للاستشارات القانونية على أرقام الهاتف المجانية – 1-800-952-5253 أو الرقم المجاني الآتي لمن يعانون من إعاقة في السمع أو التحدث باستخدام جهاز الاتصال الهاتفي للصم TDD، 1-800-952-8349. يمكنك الحصول على مساعدة قانونية مجانية في مكتب المعونة القانونية المحلي أو مكتب الحقوق الاجتماعية.
- إحضار صديق أو شخص معك إلى جلسة الاستماع في حالة عدم رغبتك في الحضور بمفردك.
- الحصول على مساعدة من المقاطعة للتسجيل في التصويت.
- الإبلاغ عن التغييرات غير المطلوب الإبلاغ عنها في حالة احتمالية زيادة مزاياك من برنامج CalFresh أو الإعانة النقدية بموجبها.
- تقديم ما يثبت مصروفاتك المنزلية مما قد يساعدك على زيادة مزاياك من برنامج CalFresh. يعني عدم تقديم الإثبات للمقاطعة أنك لا تملك هذه المصروفات ومن ثم لن يمكنك زيادة مزاياك من برنامج CalFresh للحصول على مزيد من المزايا.
- إخبار المقاطعة إذا ما كنت تفضل أن يستخدم شخص آخر مزاياك من برنامج CalFresh لمنزلك أو لمساعدتك في حالتك في برنامج CalFresh (ممثل مفوض).
- يحق لك أيضاً طلب الدعم الطبي والحصول عليه من شركة ميدي-كال من جانب الزوج أو أحد الأبوين. في حالة ظنك أن التعاون للحصول على الدعم الطبي سوف يؤديك أو يؤدي أطفالك، يمكنك أن تخطر شركة Medi-Cal ويحق لك عدم التعاون.

يُرجى الاستلام والحفظ في سجلاتكم

قواعد البرنامج وعقوباته

يعد كل من تقديم معلومات خاطئة أو مزيفة، أو عدم تقديم معلومات كاملة في محاولة للحصول على مزاييا CalFresh أو الإعانة النقدية أو مزاييا Medi-Cal التي تكون غير مستحق للحصول عليها، أو مساعدة شخص آخر في الحصول على مزاييا لا يحق له الحصول عليها جريمة. وينبغي لك أن تسدد أية مزاييا حصلت عليها أنت غير مستحق لها. إذا كنت تقوم بذلك عن عمد وقد حصلت حصل على أكثر من \$ 950 من المزاييا التي لم تكن مستحقاً لها، فيمكن اتهامك بارتكاب جريمة.

<p>سوف يؤدي ذلك إلى...</p> <ul style="list-style-type: none"> فقد مزاييا CalFresh لمدة 12 شهراً عند أول مخالفة وسيكون لازماً علي أن أسدد مزاييا CalFresh الزائدة المحصلة من قبلي فقد مزاييا CalFresh لمدة 24 شهراً عند ثاني مخالفة وسيكون لازماً علي أن أسدد مزاييا CalFresh الزائدة المحصلة من قبلي فقد مزاييا CalFresh بشكل دائم عند ثالث مخالفة وسيكون لازماً علي أن أسدد مزاييا CalFresh الزائدة المحصلة من قبلي دفع غرامة حتى مبلغ \$ 250000 أمريكي، أو السجن حتى 20 عاماً أو كليهما 	<p>بالنسبة لبرنامج CalFresh: أعلم أنه في حالة اقترافي لخرق متعمد لقواعد البرنامج بقيامي بأي من الأعمال الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> إخفاء معلومات أو تقديم معلومات كاذبة استخدام بطاقات تحويل المزاييا الإلكترونية (EBT) التي تخص شخص آخر أو السماح لشخص آخر باستخدام بطاقتي استخدام مزاييا CalFresh في شراء الخمر أو التبغ الاتجار في أو بيع أو التنازل عن مزاييا CalFresh أو بطاقات تحويل المزاييا الإلكترونية استبدال مزاييا CalFresh بالمواد الممنوع الإتجار فيها مثل المخدرات
<p>سوف يؤدي ذلك إلى...</p> <ul style="list-style-type: none"> فقد مزاييا CalFresh لمدة 24 شهراً عند المخالفة الأولى فقد مزاييا CalFresh بشكل دائم عند المخالفة الثانية. فقد مزاييا CalFresh لمدة 10 أعوام عند كل مخالفة 	<ul style="list-style-type: none"> إعطاء معلومات مزيفة عن ماهيتي ومكان سكني حتى أحصل على مزاييا إضافية من CalFresh الإدانة بالاتجار في أو بيع مزاييا CalFresh التي تزيد قيمتها عن \$ 500 أمريكي أو استبدال مزاييا CalFresh بالأسلحة النارية أو الذخيرة الحربية أو المتفجرات
<p>سوف يؤدي ذلك إلى...</p> <ul style="list-style-type: none"> فقد معونتي النقدية دفع غرامة حتى مبلغ \$ 10000 و/أو السجن/ الحبس لمدة 5 أعوام فقد الإعانة النقدية لمدة 6 أشهر، أو 12 شهراً، أو 2 عامين، أو 4 أعوام، أو 5 أعوام، أو إلى الأبد. 	<p>بالنسبة للإعانة النقدية أعلم أنه في حالة...</p> <ul style="list-style-type: none"> بالنسبة للإعانة النقدية أعلم أنه في حالة عدم إتباع قواعد الإعانة النقدية إدانتني من قبل محكمة قانونية أو في جلسة استماع إدارية بارتكاب أعمال احتيالية معينة

معلومات مهمة لغير المواطنين

- يمكنك التقدم والحصول على مزاييا CalFresh أو الإعانة النقدية بالنسبة للأشخاص المستحقين حتى وإن احتوت أسرتك على أشخاص آخرين غير مستحقين. على سبيل المثال، يجوز لوالدين وافرين التقدم بطلب الحصول على مزاييا CalFresh أو الإعانة النقدية لابنهما المواطن الأمريكي أو الوافد المستحق لذلك حتى وإن كان الوالدين غير مستحقين للحصول عليها.
- الحصول على مزاييا غذائية لن يؤثر على وضع الهجرة الخاص بك أو بأسرتك. معلومات الهجرة خاصة وسرية.
- سوف يتم فحص وضع الهجرة لغير المواطنين المستحقين الذي تقدموا بطلب المزاييا مع مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة (USCIS). ينص القانون الفيدرالي على أن مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة لا يحق له استخدام المعلومات في أي حالة دون حالات الاحتيال.

الانسحاب

لا ينبغي لك تقديم معلومات الهجرة أو أرقام الضمان الاجتماعي أو المستندات الخاصة بأي فرد غير مواطن من أفراد الأسرة وهو لم يتقدم بطلب الحصول على المزاييا. ستحتاج المقاطعة لمعرفة معلومات عن قيمة دخلهم ومصدره لتحديد مزايياك المنزلية بشكل صحيح. لن تتواصل الشركة مع مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة بشأن الأفراد الذين لما يتقدموا بطلب للمزاييا.

استخدام أرقام الضمان الاجتماعي

CalFresh والإعانة النقدية: على كل فرد يتقدم بطلب مزاييا CalFresh أو الإعانة النقدية بذكر رقم ضمانه الاجتماعي في حالة كان لديك رقمًا أو لديك إثبات على تقدمك بطلب واحدًا. (مثل خطاب مرسل من مكتب الضمان الاجتماعي). يمكن أن يجري رفض طلبك أو أي فرد من الأسرة ممن لا يملكون رقم ضمان اجتماعي. يجوز لبعض الأشخاص عدم تقديم رقم ضمانهم الاجتماعي للحصول على المساعدة مثل ضحايا العنف المنزلي وشهود الإثبات على الجرائم وضحايا الاتجار.

التغطية الصحية/برنامج Medi-Cal: نكون في حاجة لرقم الضمان الاجتماعي في حالة رغبتك في الحصول على غطاء صحي ولديك رقم ضمان اجتماعي. قد يكون من المفيد أن تقدم رقم ضمانك الاجتماعي إن كنت لا ترغب في الغطاء الصحي أيضًا إذ يساعد في عملية معالجة نموذج الطلب. نستخدم رقم الضمان الاجتماعي في التحقق من الدخل والمعلومات الأخرى لمعرفة الأشخاص المستحقين للمساعدة في تكلفة الغطاء الصحي. في حالة رغبتك أحد الأشخاص في المساعدة للحصول على رقم ضمان اجتماعي، اتصل على 1-800-772-1213 أو زر الموقع الإلكتروني: www.socialsecurity.gov

الإصدار الزائد للمزاييا

يعني هذا الأمر أنك حصلت على مزاييا برنامج CalFresh أكثر مما تستحق. وسيكون لزاماً عليك إعادة هذه المزاييا الزائدة في حالة وقوع خطأ من جانب المقاطعة أو لم تكن الزيادة متعمدة. قد تُخفض مزايياك أو تُوقف. قد يُستخدم رقم ضمانك الاجتماعي لتحصيل قيمة المزاييا التي تدين بها للمقاطعة، أو من خلال المحاكم، أو هيئات التحصيل الأخرى أو إجراءات الحكومة الفيدرالية للتحصيل.

يُرجى الاستلام والحفظ في سجلاتكم

السداد الزائد للإعانة

يعني هذا أنك تحصل على إعانة نقدية أكثر مما تستحق. ومثلما هو مقرر بالنسبة لمزايا برنامج CalFresh، سيكون لزاماً عليك رد هذه المبالغ حتى إذا حدث خطأ من جانب المقاطعة أو لم تكن الزيادة متعمدة. قد تُخفض الإعانة النقدية الخاصة بك أو تُوقف. قد يُستخدم رقم ضمانك الاجتماعي لتحصيل قيمة المزايا التي تدين بها للمقاطعة، أو من خلال المحاكم، أو هيئات التحصيل الأخرى أو باتباع إجراءات الحكومة الفيدرالية للتحصيل.

الإبلاغ

يجب أن تبلغ كل أسرة تحصل على المزايا على تغييرات معينة. ستبلغك المقاطعة التي تتبعها بالتغييرات الواجب الإبلاغ عنها وكيفية الإبلاغ وموعده. قد ينجم عن الإخفاق في الإبلاغ عن التغييرات تخفيض أو إيقاف لمزاياك. يمكنك أيضاً أن تبلغ عن التغييرات التي قد تؤدي إلى زيادة مزاياك مثل حصولك على دخل أقل.

جلسات الاستماع بالولاية

يحق لك طلب جلسة استماع في حالة عدم موافقتك على الإجراء المتخذ بخصوص نموذج الطلب الخاص بك أو بخصوص مزاياك الجارية. يمكنك أن تطلب عقد جلسة استماع بالولاية في غضون 90 يوماً من تاريخ اتخاذ إجراء من قبل المقاطعة وينبغي ذكر سبب طلب عقد جلسة. سيتضمن إخطار الموافقة أو الرفض المستلم من المقاطعة معلومات عن طلب الطعن. في حالة طلبك لعقد جلسة قبل تقرير الإجراء، فقد تتمكن من الإبقاء على مزايا CalFresh أو إعانتك النقدية كما هي إلى حين اتخاذ قرار.

قانون الخصوصية والإفصاح

أنت تقدم معلومات شخصية في نموذج الطلب. وتستخدم المقاطعة هذه المعلومات لمعرفة مدى استحقاقك للمزايا. فإذا لم تقدم المعلومات، قد ترفض المقاطعة نموذج الطلب الخاص بك. يحق لك مراجعة، أو تغيير، أو تصحيح أية معلومات قدمتها للمقاطعة. لن تفصح المقاطعة عن معلوماتك أو تعطيتها إلى أشخاص آخرين ما لم يمنحها قانون الولاية أو القانون الفيدرالي الحق في ذلك أو في حالة موافقتك على ذلك. تقوم المقاطعة بالتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج المطابقة على الحاسب الآلي شاملة نظام التحقق من الدخل والإيرادات (IEVS). سوف تستخدم هذه المعلومات لمراقبة الامتثال بقواعد البرنامج وإدارته. قد تشارك المقاطعة هذه المعلومات مع الهيئات الأخرى بالولاية أو مثيلتها الفيدرالية من أجل التحقق الرسمي مع المسؤولين عن تطبيق القانون لأغراض القبض على الأشخاص الهاربين من القانون إضافة إلى هيئات تحصيل المطالبات بالنسبة لإجراءات تحصيل المطالبات. قد تتحقق المقاطعة من حالة الهجرة لأعضاء أسرة تقدمت بطلب المزايا عن طريق الاتصال بمكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة. قد تؤثر المعلومات التي تحصل عليها المقاطعة من هذه الهيئات على أهليتك ومستوى المزايا.

سوف تستخدم المقاطعة المعلومات الواردة في نموذج طلبك للتحقق من استحقاقك للحصول على مساعدة في سداد الغطاء الصحي. سوف تفحص المقاطعة إجاباتك باستخدام المعلومات المسجلة لدى قواعد البيانات الإلكترونية بالولاية ومثيلتها الفيدرالية إضافة إلى قواعد بيانات كل من خدمات الإيرادات الداخلية (IRS)، و/أو إدارة الضمان الاجتماعي، و/أو وزارة الأمن الوطني و/أو هيئة بلاغات المستهلكين. وفي حالة عدم تطابق المعلومات، ستطلب من المقاطعة إرسال إثبات.

عدم التمييز

تنص سياسة الولاية والمقاطعة على المساواة بين جميع الأفراد ومعاملتهم باحترام وكرامة. ووفقاً للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية يُحظر تماماً التمييز على أساس العرق أو اللون أو الموطن الأصلي أو الجنس أو العمر أو الدين أو المعتقدات السياسية أو الإعاقة.

لتقديم طلب ضد التمييز، يمكنك الاتصال بمنسق الحقوق المدنية لدى المقاطعة أو مراسلة أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية أو وزارة الخدمات الاجتماعية بكاليفورنيا:

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

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (للاتصال الهاتفي وجهاز الاتصال الهاتفي للصم)

إن وزارة الزراعة الأمريكية صاحب عمل ملتزم بتكافؤ الفرص.

قواعد العمل لبرنامج CalFresh

قد تعينك المقاطعة للعمل في البرنامج. وسوف تخطر المقاطعة إذا كان العمل في البرنامج تطوعي أو إلزامي. فإن كان العمل إلزامي ولم تقم به، فقد يتم تخفيض مزاياك أو إيقافها.

قد تكون غير مستحق لبرنامج CalFresh في حالة استقالتك من وظيفة مؤخراً.

يُرجى الاستلام والحفظ في سجلاتكم

قواعد العمل في برنامج CalWORKs (رفاهية - العمل) (Welfare-to-Work)

في حالة حصولك على إعانة نقدية، عليك المشاركة في برنامج رفاهية العمل (Welfare-to-Work) ما لم تكن معفيًا. سوف تخاطر المقاطعة إذا ما كنت معفيًا من المشاركة في برنامج رفاهية العمل. في حالة عدم قيامك بالعمل الموكل إليك سوف يجري تخفيض الإعانة النقدية أو إيقافها.

CalWORKs - أخذ البصمات/ التصوير

يلزم أخذ بصمات/ تصوير جميع أعضاء الأسرة البالغين المستحقين للإعانة النقدية. في حالة عدم أخذ بصمات/ تصوير أي شخص ينبغي له الالتزام بهذه القواعد، فلن يجري إصدار أية مزايا إلى الأسرة بأكملها. تكون البصمات/ الصور سرية وتستخدم فقط لمنع أو ملاحقة الاحتيال المالي.

كيف أحصل على/ أستفيد من مزاياي؟

برنامج CalFresh والإعانة النقدية:

- سوف ترسل المقاطعة لك خطابًا أو تعطيك بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية. سوف يتم تسجيل المزايا المستحقة لك على البطاقة عند مصادقة نموذج طلبك. وقع على البطاقة عند استلامها. حدد رقم تعريف شخصي للحصول على الأموال النقدية من ماكينات الصراف الآلي أو لشراء الطعام و/أو الأمور الأخرى.
- في حالة فقد بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية أو سرقته أو تلفها، اتصل على 328-9677 (877) على الفور. يمكنك أيضًا الاتصال بالمقاطعة على الفور. وتأكد من معرفة الممثل المخول الخاص بك بكيفية الإبلاغ عن سرقة أو فقدان بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية أو رقم التعريف الشخصي. لن يجري استبدال أية مزايا مسحوبة من حسابك قبل الإبلاغ عن فقد أو سرقة بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية أو رقم التعريف الشخصي.
- يمكنك أن تستخدم مزايا برنامج CalFresh لشراء معظم الأطعمة والحبوب والنباتات لزراعة مأكولاتك. غير مسموح بشراء الخمر والتبغ وأطعمة الحيوانات الأليفة وبعض أنواع الطعام المطهو أو أي شيء لا تدرج تحت بنك الأغذية (مثل معجون الأسنان أو الصابون أو المناديل الورقية).
- تُقبل مزايا برنامج CalFresh في أغلبية محلات البقالة والأماكن الأخرى التي تبيع الأطعمة. يمكنك الحصول على الإعانة النقدية من معظم المحلات وماكينات الصراف الآلي. قد تخصم بعض ماكينات الصراف الآلي رسومًا. قد تُخصم منك رسومًا أيضًا في حالة استخدام ماكينة صراف آلي للحصول على أموال نقدية بعد السحب ثلاث مرات. للإطلاع على قائمة الأماكن القريبة منك التي تقبل بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني: <https://www.ebt.ca.gov> أو <https://www.snapfresh.org>. ويمكنك أيضًا معرفة أماكن تحصيل الأموال النقدية دون دفع رسوم.
- يقتصر استخدام مزايا برنامج CalFresh عليك أنت وأعضاء أسرتك فقط. يقتصر استخدام الإعانة النقدية عليك أنت وعلى أعضاء أسرتك المعتمدين للحصول على الإعانة النقدية فقط. تُصرف الإعانة النقدية لمساعدتك في تلبية الاحتياجات الأساسية لأسرتك (السكن، الطعام، الملابس، وغيرها). حافظ على مزاياك. لا تعطي رقم التعريف الشخصي الخاص بك لأحد. لا تحتفظ برقم التعريف الشخصي مع بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية.
- سوف يعد أي استخدام لبطاقة تحويل المزايا الإلكترونية من قبلك أو من قبل أحد أعضاء أسرتك أو ممثل المفوض أو أي شخص آخر قمت طواعية بإعطاءه بطاقتك ورقم تعريفك الشخصي تم بموافقتك ولن يجري استبدال المزايا المسحوبة من حسابك.

Medi-Cal والعناية الصحية:

- بالنسبة لبرنامج Medi-Cal، سوف تحصل على بطاقة مزايا تعريفية.
- وقع على بطاقة المزايا التعريفية عند استلامها واستخدامها عند احتياجك لخدمات العناية الصحية فقط.
- لا تتخلص من بطاقة المزايا التعريفية أبدًا (ما لم تحصل على بطاقة جديدة). عليك الاحتفاظ ببطاقة المزايا التعريفية حتى وإن توقفت عن استخدام برنامج Medi-Cal. يمكنك استخدام نفس البطاقة في حالة حصولك على إعانة نقدية أو استخدام برنامج Medi-Cal ثانية.
- خذ بطاقة المزايا التعريفية إلى مزود الخدمات الطبية عند مرضك أنت أو أحد أفراد أسرتك أو عند زيارتك للطبيب.
- خذ بطاقة المزايا التعريفية إلى مزود الخدمات الطبية الذي عالجتك أنت أو أحد أفراد أسرتك في حالات الطوارئ في أقرب وقت ممكن بعد حالة الطوارئ.
- بالنسبة لبرامج العناية الصحية الأخرى سوف تستلم بطاقة برنامج صحي من شركة التأمين الخاصة بك.

يُرجى الاستلام والحفظ في سجلاتكم

يُرجى استخدام الحبر الأسود أو الأزرق لأنه يسهل عملية القراءة والنسخ بشكل أفضل. يُرجى طباعة إجاباتك. إذا كنت تحتاج إلى مساحة أكبر لإجابة أسئلتك، قم بإرفاق بضعة أوراق لتقديم المعلومات. ويُرجى التأكد من تحديد السؤال الذي تكتب عنه في الأوراق الإضافية.

1. المعلومات الخاصة بالمتقدم بالطلب

رقم التأمين الاجتماعي (إذا كان لديك واحدًا) وتقدم للحصول على (المزايا)		الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)		الأسماء الأخرى (أعزب، الألقاب، وهكذا)	
رمز البريد	الولاية	المقاطعة	المدينة	رقم الشقة	عنوان المنزل أو الاتجاهات التي تؤدي إلى منزلك
رمز البريد	الولاية	المقاطعة	المدينة	رقم الشقة	العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عما سبق)
أريد الحصول على معلومات بشأن هذا الطلب عبر البريد الإلكتروني. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			أريد الحصول على رسائل بشأن حالتي عبر البريد الإلكتروني. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
الهاتف المنزلي		هاتف العمل/هاتف بديل		عنوان البريد الإلكتروني	

ما هي البرامج التي تتقدم للحصول عليها؟ CalFresh المساعدة النقدية التغطية الصحية هل لديك أي إعاقة وتحتاج إلى المساعدة في التقديم؟ نعم لا هل أنت بلا مأوى؟ نعم لا في حال كانت الإجابة نعم، برجاء إخبار المقاطعة على الفور إذا كنت بلا مأوى ولتتمكن من مساعدتك على معرفة عنوانًا لاستخدامه وقبول استمارتك والحصول على إخطارات من المقاطعة فيما يخص حالتك.

ما هي اللغة التي تفضل قراءتها (إن لم تكن الإنجليزية)؟ _____ ما هي اللغة التي تفضل التحدث بها (إن لم تكن الإنجليزية)؟ _____

ستوفر المقاطعة مترجمًا لك دون أي تكلفة. وحال كنت أصمًا أو تسمع بصعوبة، فيُرجى التحديد هنا

هل إجمالي دخل الأسرة أقل من \$ 150 وهل إجمالي النقد الحاضر والحسابات الجارية وحسابات الادخار \$ 100 أو أقل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل توقفت الخدمات الخاصة بك أو لديك إشعار توقف عن العمل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل إجمالي الدخل المجمع للأسرة والسيولة النقدية أقل من مبالغ الرهن/الإيجار المجمع وعلاوة الخدمات العامة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل سيفقد طعامك في غضون 3 أيام أو أقل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تمتلك الأسرة، أسرة المزارع الموسمي، موارد نقدية لا تتجاوز \$ 100؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تحتاج إلى المساعدة بالموصلات للحصول على الطعام أو الملابس أو الرعاية الطبية أو الأشياء الضرورية الأخرى؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل لديك إشعار بالإخلاء أو إشعار بدفع إيجار أو بالمغادرة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تحتاج ملابس ضرورية مثل الحفاضات أو الملابس المطلوبة للطقس البارد؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

هل من حوامل؟ نعم لا إذا كانت إجابتك نعم، فهل حصلت على بطاقة الأهلية الافتراضية؟ نعم لا

هل يوجد أي أحد في أسرتك لديه حالة شخصية طارئة؟ نعم لا إذا كان جوابك نعم، حدد المربع: الحمل الحاجة الطبية الفورية إساءة معاملة الأطفال سوء المعاملة المنزلية وإساءة معاملة المسنين حالات الطوارئ الأخرى التي تهدد الصحة والسلامة. اشرح:

أقر بالتوقيع على هذا الطلب بموجب عقوبة الحنث في اليمين (الإدلاء بأقوال كاذبة)، بما يلي:

- أنني قرأت المعلومات الواردة في هذا الطلب أو تم قراءتها عليّ وتكون إجاباتي على الأسئلة في هذا الطلب.
- إجاباتي على الأسئلة صحيحة وكاملة على حد علمي.
- أي إجابات قد أقدمها لمعالجة الطلب ستكون صحيحة وكاملة على حد علمي.
- أنني قرأت الحقوق والمسؤوليات أو تمت قراءتها عليّ وأتفهمها وأوافق عليها (قواعد البرنامج الصفحة 1).
- أنني قرأت قواعد البرنامج والعقوبات أو تمت قراءتها عليّ (قواعد البرنامج الصفحات من 2 - 4).
- أنني أتفهم أن الإدلاء بأقوال مضللة وكاذبة أو تشويه الحقائق أو إخفاؤها أو الامتناع عن قولها لإقرار الأهلية يُعد احتياليًا وأني قد أخضع للعقوبات بموجب القانون الفدرالي في حال تقديم معلومات غير صحيحة أو زائفة. ويمكن أن يؤدي الاحتيال إلى رفع قضية ضدي و/أو قد يتم منعي لفترة (أو مدى الحياة) من الحصول على إعانات برنامج CalFresh لكوبونات الطعام و المساعدات النقدية.
- أنني أتفهم أنه يمكن مشاركة أرقام التأمين الاجتماعي أو حالة الهجرة لأعضاء الأسرة المتقدمة للحصول على الإعانات مع الهيئات الحكومية المناسبة كما هو مطلوب من جانب القانون الفيدرالي.
- أنني أعطي الحق للهيئة Medi-Cal في الحصول على أي أموال من التأمينات الصحية الأخرى أو الحلول القانونية أو الأطراف الخارجية الأخرى.

توقيع المتقدم بالطلب، أحد الأقارب القائم بالرعاية (أو عضو الأسرة البالغ سن الرشد/ ممثل مخول* الوصي)	التاريخ
*إذا كان لديك ممثل مخول، يُرجى إكمال السؤال الثاني في الصفحة التالية.	
توقيع الزوج أو الوالد الآخر أو البالغ المساعد الآخر أو الخليلات المسجلات	التاريخ

2. الممثل المخول للأسرة

يمكنك تحويل شخص ما يبلغ من العمر 18 عامًا أو يزيد لمساعدة أسرتك في الحصول على مزايا برنامج CalFresh. ويمكن لهذا الشخص أيضًا التحدث لك في المقابلة الشخصية ومساعدتك في إكمال استماراتك والتسوق لك وإبلاغك بالتغييرات. يتعين عليك رد كافة المزايا التي تسلمتها عن طريق الخطأ نتيجة للمعلومات التي قدمها هذا الشخص للمقاطعة وأي مزايا لا ترغب في إنفاقها لن يتم استبدالها. وإذا كنت ممثلًا مخولًا، فإنه يتعين عليك تقديم إثبات هويتك وإثبات هوية المتقدم بالطلب. هل تريد تحديد شخص يساعدك في الحصول على مزايا برنامج CalFresh لكوبونات الطعام الخاصة بك؟ نعم لا
إذا كان جوابك نعم، أكمل القسم التالي:

اسم الممثل المخول	رقم هاتف الممثل المخول
هل تريد تحديد شخص يتسلم مستحقات CalFresh ويدفعها لأسرتك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كان جوابك نعم، أكمل القسم التالي:
الاسم	رقم الهاتف
العنوان	الولاية:
المدينة:	الرمز البريدي

2a. الممثلون المخولون بالحصول على التأمين الصحي

يمكنك إعطاء إذن لشخص موثوق به للتحدث حول تقديمك للحصول على التأمين الاجتماعي والاطلاع على المعلومات الخاصة بك والقيام مقامك في الأشياء المتعلقة بهذا الجزء من التقدم. هل تريد اختيار ممثل مخول لجزء التقدم للحصول على التأمين الصحي؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، املأ المعلومات المتوفرة في الملحق ج (في SAWS 2 PLUS).

3. هل أنت أو أي فرد من عائلتك من مواطني أمريكا والهند وألاسكا الأصليين؟ نعم لا
إذا كانت إجابتك نعم، والتقدم للحصول على الرعاية الصحية، انتقل إل الملحق ب (في SAWS 2 PLUS) للحصول على المزيد من الأسئلة.

الجنس/العرق

المعلومات المتعلقة بالجنس والعرق اختيارية. ومن المطلوب التأكد من تقديم المزايا بغض النظر عن العرق أو الجنس أو الانتماء الوطني. علمًا بأن إجابتك لن تؤثر على أهليتك أو قيمة الإعانة. حدد كل ما ينطبق عليك. ينص القانون على أنه يجب على المقاطعة تسجيل جنسك ومجموعتك العرقية.
 حدد هذا المربع إذا كنت لا تريد إعطاء المقاطعة معلومات بشأن جنسك وعرقك. وإذا لم تكن تمنع، فستقوم المقاطعة بإدخال هذه المعلومات لإحصائيات الحقوق المدنية فقط.

هل أنت من أصل إسباني أو لاتيني؟	إذا كنت من أصل إسباني أو لاتيني، فهل تعتبر نفسك:
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> مكسيكي <input type="checkbox"/> بورتوريكوري <input type="checkbox"/> كوبي <input type="checkbox"/> غير ذلك

العرق

الأصل الجنسي/العرق

أبيض مواطن أمريكي أو هندي أو من الأسكا أمريكي من أصل إفريقي غير ذلك أو مختلط
 آسيوي (عند التحديد، يُرجى تحديد واحد أو أكثر مما يلي):
 فلبيني صيني ياباني كمبودي كوري فيتنامي هندي آسيوي سكان اللاو
 جنسية آسيوية أخرى (يرجى التحديد) _____
 سكان ولاية هاواي أو سكان جزر المحيط الهادئ (عند التحديد، يُرجى تحديد واحد أو أكثر مما يلي): سكان هاواي
 جرمانى أو شامورى ساموان

4. تفضيل المقابلة الشخصية

سيُتبع عليك إجراء مقابلة شخصية مع ممثلي المقاطعة لمناقشة طلبك واستلام الإعانة النقدية أو مستحقات CalFresh. ويمكن إجراء مقابلات ممثلي برنامج CalFresh دائمًا عبر الهاتف ما لم يمكنك إجراء المقابلة الشخصية عند تقديم الطلب الخاص بك لممثلي المقاطعة بشكل شخصي أو تفضيلها. يجب على المتقدم بطلب للحصول على إعانة نقدية إجراء مقابلة شخصية. في حال التقدم للحصول على برنامج فرص العمل والمسؤولية تجاه الأطفال بولاية كاليفورنيا (CalWORKs) و CalFresh، سيتم إجراء المقابلة الشخصية الخاصة بك مع ممثلي CalFresh في نفس الوقت مع المقابلة الشخصية الخاصة بك مع ممثلي CalWORKs أثناء ساعات العمل الطبيعية.
 يُرجى تحديد هذا المربع إذا أردت إجراء مقابلة شخصية للحصول على إعانات برنامج CalFresh.
 يُرجى تحديد هذا المربع إذا احتجت إلى بعض الترتيبات الأخرى بسبب الإعاقة.

5. البرامج الأخرى

هل تلقى أي فرد في أسرتك مساعدة عامة (مساعدة مؤقتة للعائلات المعوزة والمساعدة المؤقتة للعائلات القبلية المعوزة وبرنامج Medicaid (الرعاية الطبية) وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية [طواع المعونة الغذائية]، المساعدة العامة/الإغاثة العامة وهكذا)؟ نعم لا

في حالة الإجابة نعم، قل من؟	أين (المقاطعة/الولاية)؟
في حالة الإجابة نعم، قل من؟	أين (المقاطعة/الولاية)؟