

طلب مقدم إلى DISASTER CALFRESH

| COUNTY USE ONLY | |
|-----------------|--|
| CASE NUMBER | |
| WORKER | |
| DATE RECEIVED | |

فترة الاستحقاق بسبب وقوع الكارثة: _____ إلى _____

- يمكنك تفويض شخص ما لتلقي مستحقات Disaster CalFresh الخاصة بك أو استخدامها. وفي حال كنت ترغب في تفويض شخص ما، فقم باستكمال المعلومات الواردة أدناه:

| | |
|--|--|
| اسم الممثل المفوض | رقم الهاتف |
| العنوان متضمنًا المدينة والرمز البريدي | |
| احصل على بطاقة EBT فقط | احصل على بطاقة EBT لشراء الطعام لأسرتك FOOD FOR HOUSEHOLD <input type="checkbox"/> |

تحذير العقوبة!!

في حال كانت أسرتك تحصل على مستحقات DISASTER CALFRESH، فيجب اتباع التعليمات المذكورة أدناه. يؤدي عدم تقديم المعلومات أو تحريف الحقائق إلى ملاحقات قضائية وقانونية مع عقوبات بالغرامة أو بالسجن أو بكليهما. ويمكن أن تفضي العقوبات إلى فقدان الأهلية من البرنامج، وغرامات تصل إلى ٢٥٠,٠٠٠ دولار، أو السجن لمدة تصل إلى ٢٠ عامًا. وتصل عقوبات فقدان الأهلية إلى ١٢ شهرًا للمخالفة الأولى، وإلى ٢٤ شهرًا للتالية، وفقدان الأهلية الدائم للتالفة.

- لا تقدم معلومات كاذبة أو تحجب أي معلومات للحصول على مستحقات Disaster CalFresh.
- لا تقدم على المتاجرة بمستحقات Disaster CalFresh أو أي أجهزة إصدار أخرى، أو بيعها.
- لا تغير بطاقة EBT الخاصة بك أو أي جهاز إصدار آخر للحصول على مستحقات Disaster CalFresh التي لا بحق لك الحصول عليها.
- لا تستخدم مستحقات Disaster CalFresh لشراء سلع غير مؤهلة مثل المشروبات الكحولية والتبغ.
- لا تستخدم بطاقة EBT أو أي جهاز إصدار آخر المملوكين لشخص آخر، من أجل أسرتك.

معلومات مهمة – تُرجى قراءتها بعناية

حقوقك بصفتك مقدم الطلب أو المتلقي:

- أن يتم توفير الخدمة لك دون اعتبار للعرق أو اللون أو الأصل القومي أو الدين أو الانتماء السياسي أو الجنس أو الإعاقة أو العمر، وأن يصبح من حَقك تقديم شكوى في حال كنت تشعر بأنه قد تمت ممارسة التمييز ضدك.
- الحصول على Disaster CalFresh في غضون يوم إلى ثلاثة أيام تقويمية من تاريخ تقديم الطلب، في حال كنت مؤهلاً.
- التحدث عن أي إجراء يتعلق بحالتك مع "إدارة الرعاية بالمقاطعة" والمطالبة بعقد جلسة استماع رسمية خلال ٩٠ يومًا من الموافقة على الطلب أو رفضه.
- الحصول على فحص فوري من قِبَل المشرف في حال تم رفض طلبك.
- تقديم شكوى أو المطالبة بعقد جلسة استماع رسمية عن طريق الكتابة إلى "إدارة الرعاية بالمقاطعة" التي تتبعها، أو من خلال الاتصال على الرقم المجاني ١-٨٠٠-٩٥٢-٥٢٥٣.
- الرقم المجاني المخصص لفاقد السمع (TDD) هو ١-٨٠٠-٩٥٢-٨٣٤٩.
- تمثيل نفسك في جلسة رسمية أو أن تمثلك من قِبَل أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو المحامين أو أي شخص آخر.
- قيام عضو آخر من أعضاء الأسرة، أو شخص بالغ آخر يعرفك، باستكمال هذا الطلب. وفي حالة استكمال من قِبَل أحد البالغين من خارج الأسرة، يجب إرفاق موافقة خطية موقعة من قِبَل رب الأسرة أو أحد أفراد الأسرة البالغين.

واجباتك بصفتك مقدم الطلب أو المتلقي:

- الإجابة على الأسئلة بصدق وبشكل كامل وبأفضل ما يمكنك. وفي حال رفضت تقديم أي من المعلومات المطلوبة، فلن تحصل على مستحقات Disaster CalFresh benefits.
- عند إجراء المقابلة، يجب التحقق من هوية رب الأسرة، وهوية الشخص الذي استكمل الطلب، وإذا كان ذلك ممكنًا، إثبات إقامة الأسرة و/أو عنوان العمل في وقت وقوع الكارثة.
- يجب أن تتعاون مع موظفي المقاطعة والولاية والهيئات الفيدرالية إذا تم اختيارك للفحص بعد فترة الكارثة.

| COUNTY USE ONLY | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Disaster Application | |
| Can the identify of the authorized representative be verified? | |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | |
| Type of verification: | |
| Can the head of household's identity be verified? | |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | |
| Type of verification: | |
| Is permanent residence in disaster area? | |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | |
| Type of verification: | |
| Is work address in the disaster area? | |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | |
| Type of verification: | |
| Can the household's residence be verified? | |
| <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | |
| Type of verification: | |

التعليمات: يُرجى الإجابة على الأسئلة الواردة في هذا النموذج من خلال ظروفك المتوقعة خلال فترة الاستحقاق بسبب وقوع الكارثة المبينة أعلاه.

الاسم (رب الأسرة)

| | |
|------------|---|
| رقم الهاتف | عنوان المنزل الدائم في وقت وقوع الكارثة |
| رقم الهاتف | العنوان المؤقت |
| رقم الهاتف | العنوان البريدي |
| رقم الهاتف | عنوان العمل في وقت وقوع الكارثة |

الجزء "ا" – وضع الأسرة. (يجب وضع علامة "نعم" أو "لا" لكل سؤال)

- هل كان هناك أحد أفراد أسرتك يعيش أو يعمل أو كلاهما (ضع علامة أمام الاختيار المناسب) في منطقة الكارثة في وقت وقوعها؟
- هل أنت غير قادر على الحصول على الدخل للأسرة أو الوصول لموارد نقدية؟
- هل عانى ذلك أو مواردك النقدية من التدني أو التأخر أو التوقف بسبب الكارثة؟
- هل ستشتري طعامًا وستعد وجبات طعام خلال فترة الاستحقاق بسبب وقوع الكارثة؟

COUNTY USE ONLY

Household size for the number of persons listed in 5 _____

الجزء "ب" - أفراد الأسرة

٥. اسرد أسماء جميع الأشخاص ممن يتقدمون بطلبات للحصول على استحقاقات Disaster CalFresh. ولا تضع سوى الأشخاص ممن كانوا يعيشون معك في وقت وقوع الكارثة. وفي حال كنت مقيمًا بشكل مؤقت مع أسرة أخرى بسبب وقوع الكارثة، فلا تسرد أعضاء تلك الأسرة. *يمكنك إضافة رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك (SSN) حسب رغبتك. وسيتم استخدامه لأغراض تحديد الهوية فقط.

| الاسم (رب الأسرة) | رقم الضمان الاجتماعي* | تاريخ الميلاد |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| أ. | | |
| الاسم | العلاقة برب الأسرة | رقم الضمان الاجتماعي* |
| ب. | | |
| الاسم | العلاقة برب الأسرة | رقم الضمان الاجتماعي* |
| ج. | | |
| الاسم | العلاقة برب الأسرة | رقم الضمان الاجتماعي* |
| د. | | |
| الاسم | العلاقة برب الأسرة | رقم الضمان الاجتماعي* |
| هـ. | | |
| الاسم | العلاقة برب الأسرة | رقم الضمان الاجتماعي* |
| و. | | |
| الاسم | العلاقة برب الأسرة | رقم الضمان الاجتماعي* |
| ز. | | |

الجزء "ج" - الدخل/الموارد/المصاريف

٦. أ. كم يبلغ المبلغ الإجمالي للراتب الصافي أو الإيرادات الأخرى لجميع الأشخاص الواردة أسماؤهم أعلاه، والذي تم تلقيه أو سيتم الحصول عليه خلال فترة الاستحقاق بسبب وقوع الكارثة؟ دولار _____

ب. اسرد جميع مصادر الدخل الخاصة بك:

٧. اسرد جميع الموارد النقدية التي سيتمكن الأشخاص الواردة أسماؤهم أعلاه من الحصول عليها خلال فترة الاستحقاق بسبب وقوع الكارثة. ولا تكتب أي أموال مدرجة في الرقم ٦.

| التقديرات | حسابات الإيداع | تدقيق الحسابات | أخرى |
|-----------|----------------|----------------|-------|
| دولار | دولار | دولار | دولار |

٨. أدخل مقدار المصروفات عن الخسائر أو الأضرار المتعلقة بالكارثة، والتي كنت قد سددتها أو تتوقع سدادها خلال فترة وقوع الكارثة. ولا تسرد المبالغ التي سيتم سدادها من قِبل شخص غير وارد اسمه أعلاه، أو المبالغ التي سيتم سدادها خلال فترة وقوع الكارثة. قد تتضمن المصروفات المؤهلة بعضًا مما يلي:

أ. مصروفات إصلاح الأضرار التي لحقت بمنزل الأسرة أو غيرها من الممتلكات الضرورية التي تمت بصله لوظيفة أحد أفراد الأسرة أو عمله الخاص.

ب. مصروفات السكن المؤقت إذا لم يعد المنزل صالحًا للسكن أو تعذر على الأسرة الوصول إليه،

ج. مصروفات الانتقال خارج المنطقة التي أخلت بسبب الكارثة،

د. المصروفات المتصلة بحماية المنزل أو العمل من الأضرار الناجمة عن الكارثة،

هـ. المصروفات الطبية بسبب الإصابة الجسدية.

و. مصروفات إقامة الجنازات ذات الصلة بالكارثة.

ز. رسوم إيواء الحيوانات الأليفة ذات الصلة بالكارثة.

ح. المصروفات المتعلقة باستبدال المتعلقات الضرورية، سواء الشخصية أو المنزلية، مثل الملابس والأدوات والأجهزة والمواد التعليمية.

ط. وقود مصدر التدفئة الأساسي.

ي. مصروفات تنظيف العناصر.

ك. مصروفات السيارات التي تضررت بفعل الكارثة.

ل. مصروفات التخزين.

٩. أ. هل يتلقى أي شخص من الواردة أسماؤهم أعلاه مستحقات CalFresh حاليًا؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هم؟ _____ المقاطعة _____ الولاية _____ التخصيص الشهري _____ دولار

ب. هل طلبوا الحصول على مستحقات CalFresh أو ما يكافئ ذلك لهذا الشهر؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، فكم يبلغ مقدار ما حصلوا عليه أو ما سيحصلون عليه؟ _____

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 = (C-D) \$ _____

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

شهادتك

أشهد بأنني قد تفهمت الأسئلة الواردة بشأن عملية تقديم الطلب وأن أسرتي في حاجة لمستحقات Disaster CalFresh. وقد قرأت تحذير العقوبة الوارد أعلاه (أو تمت قراءته لي). وأصرح بالكشف عن أي معلومات ضرورية لتحديد مدى صحة أهليتي لذلك. وفي حال وقع علي الاختيار، فسوف أظهر تعاونًا كاملًا مع موظفي المقاطعة والولاية والهيئات الفيدرالية بشأن إجراء عملية فحص بعد انقضاء فترة الاستحقاق أثناء وقوع الكارثة. كما أتفهم أيضًا أنه قد تتم مطالبتني بسداد أي مستحقات تم دفعها بما يتجاوز الحد اللازم، بسبب قيامي، أنا أو أحد أفراد الأسرة البالغين أو الممثل المفوض، بتقديم معلومات غير صحيحة أو غير مكتملة.

إنني أقر - تحت طائلة المسؤولية وبموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا - بأن المعلومات الواردة في طلبي صادقة وصحيحة وكاملة.

WORKER'S SIGNATURE DATE

SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE

التوقيع (أحد أفراد الأسرة البالغين أو الممثل المفوض)

التاريخ

التوقيع (أحد أفراد الأسرة البالغين أو الممثل المفوض)

التاريخ