فرم تجدید جواز کوپن های غذایی غیر امدادی(NAFS) خانوار

این فرم برای تجدید جواز در عوض درخواست نامه کوپن غذاییDFA 285-A1/A2 برای کوپن غذایی غیرامدادی خانوارهایی به کار می رود که منوط به گزارش دادن سه ماهه/بودجه بندی آینده هستند.

لطفاً اطلاعات شخصی زیر را برای فردی که برای مزایای کوپن غذایی درخواست می کند پر کنید.

تا جایی که برایتان مقدور است این فرم را پر کرده، در صفحه ۵ امضاء کنید و به دفتر محلی کوپن غذایی تان برگردانید. ما حداقل به اسم، نشانی و امضاء شما احتیاج داریم. **اگر برای خرید غذا پول ندارید، ممکن است بتوانید در ظرف سه (۳) روز مزایای کوپن غذای اضطراری دریافت کنید.**

بایستی تلاش کنید که به همه سوالات در این فرم تجدید جواز پاسخ دهید.

COUNTY USE ONLY

اسم (اول، وسط، آخر)	تلفن تماس: ( )
نشانی منزل (شماره، خیابان)	نشانی پستی (اگر متفاوت است)
شهر / ایالت / کد پستی	شهر / ایالت / کد پستی

آیا بی خانمان هستید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر «بله»، آیا به طور موقتی در خانه فرد دیگری اقامت می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر «بله»، تاریخی که شروع به اقامت در این خانه کردید را قید کنید: _____

مزایای تسریع شده

۱ . آیا فردی در خانوار شما کارگر مهاجر/فصلی مزرعه است؟ ☐ بله ☐ خیر

a. اجاره یا رهن شما در این ماه چقدر است؟ $ _____

b. خدمات شهری شما در این ماه چقدر است، اگر از اجاره ویا رهن شما جداست؟ $ _____

c. چقدر پول دارید؟ این موضوع شامل پولی می شود که در حساب بانکی ، در منزل یا جای دیگری دارید. $ _____

d. آیا در این ماه درآمدی داشته اید ویا آنرا دریافت خواهید کرد؟ ☐ بله ☐ خیر

همه درآمدهای خانوار خود را در زیر ذکر کنید:

اسم فردی که پول دریافت می کند	هر ماه چقدر؟
	$
	$

قسمت های A ،B و C را در زیر پر کنید. اگر این قسمت را پر نکنید، شهرستان اینکار را برای شما خواهد کرد. همه اقلامی که مربوط می شود را علامت بزنید. اینکار بر روی واجد شرایط بودن شما تأثیری نخواهد گذاشت.

A. اصلیت قومی

آیا هیسپانیک یا بومی لاتین آمریکا هستید؟ ☐ بله ☐ خیر

B. **نژاد/اصلیت قومی** *(یکی از موارد زیر را انتخاب کنید:)*

☐ بومی آمریکایی یا بومی آلاسکا ☐ سیاه پوست یا آمریکایی آفریقایی

☐ آسیایی (اگر علامت زده شود، لطفاً یکی از موارد زیر یا بیشتر را انتخاب کنید)

☐ فیلیپینی ☐ چینی ☐ ژاپنی ☐ کره ای ☐ ویتنامی ☐ هندی آسیایی

☐ کامبوجی ☐ لائوسی ☐ آسیایی دیگر *(مشخص شود)*_____

☐ بومی هاوایی ویا سایر جزائر اقیانوس آرام *(اگر علامت زده شود. لطفاً یکی از اقلام زیر یا بیشتر را انتخاب کنید)*

☐ بومی هاوایی ☐ اهل گوام ☐ اهل ساموآ ☐ دیگر *(مشخص شود)* _____

☐ سفید پوست

C. زبان مادری

☐ انگلیسی ☐ اسپانیولی ☐ لائوسی ☐ تاگالوگ ☐ زبان اشاره آمریکایی

☐ کانتونیز ☐ کامبوجی ☐ ویتنامی ☐ روسی ☐ زبان دیگر *(مشخص شود)*_____

۲. فهرست همه افرادی که با شما زندگی می کنند که شامل خود شما می شود. در صورت لزوم یک برگه جداگانه را الصاق کنید.

اسم:	SSN:	تاریخ تولد:	رابطه وابستگی:
			سرپرست خانوار

همه اقلامی که مربوط می شود را علامت بزنید:
☐ شهروند/تبعه ایالات متحده: ☐ غیرشهروند ☐ مقیم دائم قانونی بانی: ☐ بله ☐ خیر

اسم:	SSN:	تاریخ تولد:	رابطه وابستگی:

همه اقلامی که مربوط می شود را علامت بزنید: آیا می خواهید این فرد یک کارت EBT داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟ ☐ بله ☐ خیر
☐ شهروند/تبعه ایالات متحده: ☐ غیرشهروند ☐ مقیم دائم قانونی بانی: ☐ بله ☐ خیر
آیا با این فرد غذا می خرید و آنرا مهیا می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اسم:	SSN:	تاریخ تولد:	رابطه وابستگی:

همه اقلامی که مربوط می شود را علامت بزنید: آیا می خواهید این فرد یک کارت EBT داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟ ☐ بله ☐ خیر
☐ شهروند/تبعه ایالات متحده: ☐ غیرشهروند ☐ مقیم دائم قانونی بانی: ☐ بله ☐ خیر
آیا با این فرد غذا می خرید و آنرا مهیا می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اسم:	SSN:	تاریخ تولد:	رابطه وابستگی:

همه اقلامی که مربوط می شود را علامت بزنید: آیا می خواهید این فرد یک کارت EBT داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟ ☐ بله ☐ خیر
☐ شهروند/تبعه ایالات متحده: ☐ غیرشهروند ☐ مقیم دائم قانونی بانی: ☐ بله ☐ خیر
آیا با این فرد غذا می خرید و آنرا مهیا می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اسم:	SSN:	تاریخ تولد:	رابطه وابستگی:

همه اقلامی که مربوط می شود را علامت بزنید: آیا می خواهید این فرد یک کارت EBT داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟ ☐ بله ☐ خیر
☐ شهروند/تبعه ایالات متحده: ☐ غیرشهروند ☐ مقیم دائم قانونی بانی: ☐ بله ☐ خیر
آیا با این فرد غذا می خرید و آنرا مهیا می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اسم:	SSN:	تاریخ تولد:	رابطه وابستگی:

همه اقلامی که مربوط می شود را علامت بزنید: آیا می خواهید این فرد یک کارت EBT داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟ ☐ بله ☐ خیر
☐ شهروند/تبعه ایالات متحده: ☐ غیرشهروند ☐ مقیم دائم قانونی بانی: ☐ بله ☐ خیر
آیا با این فرد غذا می خرید و آنرا مهیا می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اسم:	SSN:	تاریخ تولد:	رابطه وابستگی:

همه اقلامی که مربوط می شود را علامت بزنید: آیا می خواهید این فرد یک کارت EBT داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟ ☐ بله ☐ خیر
☐ شهروند/تبعه ایالات متحده: ☐ غیرشهروند ☐ مقیم دائم قانونی بانی: ☐ بله ☐ خیر
آیا با این فرد غذا می خرید و آنرا مهیا می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اسم:	SSN:	تاریخ تولد:	رابطه وابستگی:

همه اقلامی که مربوط می شود را علامت بزنید: آیا می خواهید این فرد یک کارت EBT داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟ ☐ بله ☐ خیر
☐ شهروند/تبعه ایالات متحده: ☐ غیرشهروند ☐ مقیم دائم قانونی بانی: ☐ بله ☐ خیر
آیا با این فرد غذا می خرید و آنرا مهیا می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اسم:	SSN:	تاریخ تولد:	رابطه وابستگی:

همه اقلامی که مربوط می شود را علامت بزنید: آیا می خواهید این فرد یک کارت EBT داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟ ☐ بله ☐ خیر
☐ شهروند/تبعه ایالات متحده: ☐ غیرشهروند ☐ مقیم دائم قانونی بانی: ☐ بله ☐ خیر
آیا با این فرد غذا می خرید و آنرا مهیا می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اسم:	SSN:	تاریخ تولد:	رابطه وابستگی:

همه اقلامی که مربوط می شود را علامت بزنید: آیا می خواهید این فرد یک کارت EBT داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟ ☐ بله ☐ خیر
☐ شهروند/تبعه ایالات متحده: ☐ غیرشهروند ☐ مقیم دائم قانونی بانی: ☐ بله ☐ خیر
آیا با این فرد غذا می خرید و آنرا مهیا می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اسم:	SSN:	تاریخ تولد:	رابطه وابستگی:

همه اقلامی که مربوط می شود را علامت بزنید: آیا می خواهید این فرد یک کارت EBT داشته باشد تا برای شما غذا بخرد؟ ☐ بله ☐ خیر
☐ شهروند/تبعه ایالات متحده: ☐ غیرشهروند ☐ مقیم دائم قانونی بانی: ☐ بله ☐ خیر
آیا با این فرد غذا می خرید و آنرا مهیا می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

۳. آیا فردی در یکی از انواع تسهیلات زیر زندگی می کند ویا در یک برنامه غذایی شرکت می کند که شامل مواردی می شود که در زیر ذکر شده اند؟ (همه اقلامی که مربوط می شود را علامت بزنید) ☐ بله ☐ خیر

- ☐ پناهگاه بی خانمان ها
- ☐ بازداشتگاه
- ☐ مرکز توانبخشی معتادان به مواد مخدر/الکل
- ☐ برنامه توزیع غذا
- ☐ منطقه آمریکایی های بومی
- ☐ موسسات جزایی
- ☐ پناهگاه زنان خشونت دیده
- ☐ بیمارستان روانی/تیمارگاه بیماران روانی

اگر بله، قسمت زیر را پر کنید:

اسم:	اسم مرکز/ پناهگاه/ برنامه غذایی و غیره	تاریخ ورود	تاریخی که انتظار می رود ترک کند

۴. آیا به فردی وجهی پرداخت می کنید ویا فردی برای غذا و/یا اتاق به شما وجهی پرداخت می کند؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، قسمت زیر را پر کنید:

اسم فردی که هزینه خوراک/اتاق را پرداخت می کند	اسم فردی که خوراک/اتاق را تأمین می کند	یکی را علامت بزنید: (✔)	چقدر؟	چند وقت یکبار؟	تعداد وعده های غذایی در روز
		☐ خوراک ☐ اتاق ☐ هر دو			

۵. آیا شخصی که ۱۶ سال ویا بیشتر سن دارد مشغول تحصیل در مدرسه، کالج ویا برنامه کارآموزی است؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، قسمت زیر را پر کنید:

اسم فرد	اسم مدرسه	حضوریابی	واحد در هر دوره شش ماهه/سه ماهه	کار می کند
		☐ تمام وقت ☐ نیم وقت ☐ دیگر		☐ بله ☐خیر **تعداد ساعات:**
		☐ تمام وقت ☐ نیم وقت ☐ دیگر		☐ بله ☐ خیر **تعداد ساعات:**

۶. آیا کسی در خانه هست که به خاطرنابینا، ناشنوا یا معلول بودن قادر به خرید و مهیا کردن خوراک نیست؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، قسمت زیر را پر کنید:

اسم	توضیح بدهید

۷. آیا فردی در خانه باردار است؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، قسمت زیر را پر کنید:

اسم	تاریخی که انتظار می رود فارغ شود

۸. آیا شما ویا فردی که در خانه زندگی می کند مخارج مسکونی دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، قسمت زیر را پر کنید:

مخارج مسکونی	کل هزینه	شما چقدر می پردازید؟	چقدر توسط برنامه های کمک در پرداخت اجاره از قبیل HUD، بخش ۸ و غیره پرداخت می شود؟	اگر فرد دیگری می پردازد، چقدر؟	چند وقت یکبار صورتحساب دریافت می کنید؟
اجاره					
وجه پرداختی برای مسکن *(رهن)*					
مالیات بر دارایی *(اگر در وجه پرداختی برای مسکن نیست)*					
بیمه *(اگر در وجه پرداختی برای مسکن نیست)*					
هزینه های دیگر *(توضیح دهید)*:					

۹a. آیا فردی مخارج تسهیلات شهری دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، لطفاً همه مربع های زیر که مربوط می شوند را علامت بزنید.

گاز		زباله یا آشغال	
برق		فاضلاب	
سایر سوخت ها *(از قبیل پروپان، بوتان، چوب، ذغال سنگ و غیره)*		تلفن/ روش های دیگر برقراری ارتباط از قبیل اینترنت و غیره.	
آب		غیره (توضیح دهید)	

۹b. آیا از گاز، برق یا سوخت دیگری برای گرم یا سرد کردن استفاده می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، لطفاً در زیر علامت بزنید.

تسهیلات شهری	**برای گرم یا سرد کردن استفاده می شود؟**
گاز	☐ بله ☐ خیر
برق	☐ بله ☐ خیر
سوخت دیگر	☐ بله ☐ خیر

۱۰ . آیا هیچ فردی که شامل کودکان می شود، هر یک از منابع مالی که در زیر می آید را دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، در زیر توضیح دهید:

- پول نقد یا چک
- رهن
- پرداخت پاداش عقب افتاده به کارمند
- طرح های IRA یا Keogh
- صندوق بازنشستگي
- گواهی سپرده
- حساب جاری یا پس انداز
- حقوق استخراج نفت، معدن یا مواد معدنی
- قراردادهای فروش
- حساب اماني
- سهام، اوراق قرضه
- حساب های بازار پول
- حساب های بانک تعاوني
- منبع دیگر

نوع منبع مالی	**مالک**	**ارزش جاري**	**مقداری که مقروض است (اگر وجود دارد)**	**اسم و نشانی بانک**	**شماره حساب**

۱۱. آیا فردی در هیچ کجا صاحب مستغلاتی می باشد ویا آنرا خریداری می کند *(در داخل و خارج ایالات متحده)*؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله، قسمت زیر را پر کنید:

نوع	**نشانی یا محل**	**مورد استفاده:** ☐ **منزل** ☐ **اجاره**	**مالک:**	**ارزش تخمینی:** **مبلغ بدهی:**
نوع	**نشانی یا محل**	**مورد استفاده:** ☐ **منزل** ☐ **اجاره**	**مالک:**	**ارزش تخمینی:** **مبلغ بدهی:**

۱۲ . شما می توانید فردی را نماینده کنید که در صورت وقوع بیماری ویا شرایط دیگر از طرف سرپرست خانوار عمل کند.

اگر می خواهید به شخص دیگری اختیار دهید، قسمت زیر را پر کنید:

اسم نماینده مجاز	**نشانی**	**شماره تلفن**

۱۳ . آیا مایل به دریافت اطلاعات یا معرفی نامه برای پوشش پزشکی *(Medi-Cal یا Healthy Families)* هستید؟ ☐ بله ☐ خیر

گواهی نامه متقاضی/دریافت کننده

اینجانب سوالات فوق را کامل کرده و همه اطلاعات را خوانده ام. اینجانب توجه دارم که مقررات و مجازات های جدید کوپن غذایی به درخواست نامه ویا درخواست نامه دوباره من برای کوپن غذایی مربوط می شود. اینجانب مقررات جدید را درک کرده و موافقت می کنم که از آنها پیروی کنم.

وزارت کشاورزی ایالات متحده هرگونه تبعیض در برنامه ها و فعالیت هایش را براساس نژاد، رنگ پوست، جنسیت، مذهب، ملیت، سن، معلولیت ویا باورهای سیاسی ممنوع می کند. اگر فکر می کنید که برعلیه شما تبعیضی صورت گرفته می توانید یک شکایت نامه را تسلیم کنید. اگر با تصمیم شهرستان موافق نیستید، یک روال استیناف برای شما موجود می باشد.

ممکن است اطلاعات در این درخواست نامه با سازمان های فدرال، ایالتی و محلی صرفاً به منظور تأیید واجد شرایط بودن برای برنامه کوپن غذایی در میان گذاشته شود. این روال ممکن است شامل تصدیق وضعیت مهاجرت با خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده شود (USCIS، قبلاً INS بود) فقط برای افرادی که جویای مزایای کوپن غذایی هستند. قانون فدرال ملزم می دارد که USCIS نمی تواند از این اطلاعات برای هیچ موردی به غیر از موارد تقلب استفاده کند.

امضاء

اینجانب تحت مجازات شهادت کذب تحت قوانین ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا گواهی می کنم اطلاعاتی که در این درخواست نامه فراهم کرده ام حقیقت داشته، صحیح بوده و کامل است.

امضاء (عضو بزرگسال خانوار ویا نماینده مجاز) X	تاریخ
امضاء شاهد یا مترجم X	تاریخ
امضاء مأمور تعیین مشمولیت X	تاریخ