



طلب للحصول على مزايا برنامج المساعدات الغذائية CALFRESH

إذا كنت تعاني من إعاقة أو تحتاج إلى مساعدة في ملء هذه الاستمارة، أخبر إدارة الرعاية التابعة للمقاطعة (المقاطعة) وسيتقدم 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 من جانبك.

كيف يمكنني التقديم؟

استخدم هذا الطلب عند التقدم للحصول على مزايا CalFresh فقط. CalFresh هو برنامج مساعدات غذائية لمساعدتك في تكلفة شراء الغذاء لأسرتك. فإذا كنت ترغب في التقدم للحصول على مزايا برامج أخرى غير برنامج CalFresh مثل برنامج CalWORKs (برنامج فرص العمل والمسؤولية تجاه الأطفال) أو برنامج Medi-Cal (الرعاية الطبية)، يُرجى المطالبة بطلب التقدم للحصول على مزايا CalFresh أو البرامج الأخرى. يمكنك أيضاً التقدم لهذه البرامج والبرامج الأخرى عبر الإنترنت عن طريق هذا الرابط <http://www.benefitscal.org/>. يمكنك معرفة إذا ما كنت مؤهلاً أم لا عن طريق هذا الرابط <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>.

- املأ استمارة الطلب كاملة، إذا استطعت. يجب عليك على الأقل إعطاء المقاطعة اسمك وعنوانك وتوقيعك (وتقديم إثبات للمقاطعة الـ 1 في الصفحة 1 من هذه الاستمارة) للبدء في معالجة الطلب.
- أرسل الاستمارة للمقاطعة شخصياً عن طريق البريد أو الفاكس أو عبر الإنترنت.
- في 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 عن حقوقك ومسؤولياتك (صفحات قواعد البرنامج من 1 إلى 3) قبل التوقيع على الاستمارة.
- يجب أن تحضر مقابلة مع ممثل المقاطعة لمناقشة الاستمارة الخاصة بك. وتتم معظم المقابلات الشخصية عبر الهاتف ولكن يمكنك إجراؤها شخصياً في مكتب المقاطعة أو أي مكان آخر يحدده ممثل المقاطعة. 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 أم لا.

كم من الوقت سيستغرق الأمر؟

قد يستغرق الأمر حتى 30 يوماً لمعالجة طلبك. يمكنك الحصول على المزايا في غضون 3 أيام تقويمية في الحالات التالية:

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

لمساعدة المقاطعة على معرفة ما إذا كنت تستطيع الحصول على المزايا بطريقة أسرع، برجاء إجابة الأسئلة من 1 إلى 6 إلى 8 و 11 و 16 وتقديم المقاطعة إثباتاً على هويتك (إذا وجد) مع الاستمارة.

سوف ترسل لك المقاطعة خطاباً لتخبرك إذا ما تمت الموافقة على حصول أسرتك على مزايا CalFresh التي تقدمت لها أم تم رفضها.

صفحة المعلومات - رجاءً خذها واحتفظ بها في سجلاتك

ماذا أحتاج للمقابلة الخاصة بي؟

لتجنب أي تأخير، أحضر معك للمقابلة ما يثبت البنود التالية. حافظ على المقابلة الخاصة بك حتى إذا لم يكن معك الإثبات. قد تستطيع المقاطعة مساعدتك إذا أردت الحصول على إثبات. أثناء المقابلة، سيطلع مسؤول المقاطعة على المعلومات الواردة في الاستمارة وسوف يطرح عليك بعض الأسئلة لمعرفة ما إذا كان في إمكانك الحصول على فوائد المساعدة الغائية CalFresh ومعرفة قدر الفوائد التي يمكنك الحصول عليها.

الإثبات اللازم للحصول على المزيد من فوائد CalFresh

الإثبات المطلوب للحصول على الفوائد

- تكاليف السكن (إيصالات الإيجار، فواتير الرهن العقاري، فاتورة ضريبة الأملاك، ووثائق التأمين).
- تكاليف الهاتف والمرافق.
- المصروفات الطبية لأي فرد من أسرته يعاني من إعاقة أو كبير في السن (60 عاماً أو أكثر).
- مصروفات رعاية الأطفال أو البالغين بسبب التواجد في العمل أو البحث عن عمل، أو حضور تدريب أو الذهاب إلى المدرسة، أو المشاركة في نشاط يتطلبه العمل.
- دعم الطفل المدفوع من قبل شخص في أسرته.

- إثبات هوية (رخصة قيادة أو بطاقة هوية المقاطعة أو جواز سفر).
- إثبات لمكان إقامتك (عقد إيجار، فاتورة حالية للعنوان المدرج).
- إثبات أرقام الضمان الاجتماعي (انظر الملاحظة أدناه المتعلقة بغير المواطنين).
- إثبات المبلغ المودع في البنك لكل أفراد أسرته (كشوف الحسابات المصرفية الأخيرة).
- إثبات الدخل المكتسب لجميع أفراد أسرته لأخر 30 يوماً (كعوب قسائم الدفع الأخيرة، بيان عمل من صاحب العمل). **ملاحظة:** إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فأحضر السجلات الخاصة بالضرائب أو النفقات أو الدخل.
- إثبات بالدخل غير المكتسب (إعانات بطالة، SSI، الضمان الاجتماعي، استحقاقات المحاربين القدامى، دعم الأطفال، تعويض العمال، منح أو قروض دراسية، إيراد الإيجار، إلخ).
- وضع الهجرة الشرعية فقط لغير المواطنين المتقدمين للحصول على الفوائد (بطاقة تسجيل الأجنبي، تأشيرة).
- **ملاحظة:** بعض غير المواطنين المتقدمين للحصول على وضع الهجرة وفقاً للعنف الأسري أو مقاضاة جريمة أو الاتجار قد لا يحتاجون إلى هذا الإثبات. قد لا يحتاجون أيضاً إلى رقم الضمان الاجتماعي.

كيف أحصل على / أستفيد من فوائدي في برنامج CalFresh؟

- سوف ترسل لك المقاطعة خطاباً أو تعطيك بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية (EBT). سيتم تسجيل المزايا المستحقة لك على البطاقة عند مصادقة نموذج الطلب الخاص بك. وقع على البطاقة عند استلامها، وستحتاج إلى إعداد رقم تعريف شخصي (PIN) لاستخدامها.
- في حالة فقدان بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية أو سرقتها أو تلفها أو اعتقادك بمعرفة أحد الأشخاص برقم التعريف الشخصي الخاص بك وأنت لا ترغب في أن يستخدم مزاياك، اتصل على 328-9677 (877) أو اتصل بالمقاطعة مباشرة. تأكد من أن جميع الأشخاص البالغين المسؤولين وممتلك المفوض يعلمون أيضاً كيفية الإبلاغ عن هذه المشكلات مباشرة. في حالة عدم الإبلاغ عن معرفة شخص آخر لا ترغب في أن يستخدم مزاياك برمز التعريف الشخصي وعدم تغيير هذا الرمز، لن تتمكن من استبدال أي مزايا تم استخدامها.
- يمكنك أن تستخدم مزايا CalFresh لشراء معظم الأطعمة والحبوب والنباتات لزراعة مأكولاتك. غير مسموح بشراء الخمر والتبغ وأطعمة الحيوانات الأليفة وبعض أنواع الطعام المطهي أو أي شيء لا يندرج تحت مسمى الغذاء (مثل معجون الأسنان أو الصابون أو المناديل الورقية).
- تقبل مزايا CalFresh في أغلبية محلات البقالة والأماكن الأخرى التي تبيع الأطعمة. للاطلاع على قائمة الأماكن القريبة منك التي تقبل بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني: <https://www.ebt.ca.gov> أو <https://www.snapfresh.org>.
- يقتصر استخدام مزايا CalFresh لكوبونات الطعام عليك أنت وأعضاء أسرته فقط. حافظ على مزاياك. لا تعط رقم التعريف الشخصي الخاص بك لأحد. لا تحتفظ برقم التعريف الشخصي مع بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية.

ماذا لو كنت بلا مأوى؟

إذا كنت بلا مأوى، فأخبر المقاطعة على الفور لكي تتمكن من مساعدتك في تحديد عنوان لتستخدمه من أجل قبول طلبك ولكي تتلقى عليه الإخطارات التي تأتيك من المقاطعة بخصوص حالتك. بالنسبة لبرنامج CalFresh، فإن من لا مأوى له هو:

- من يمكث في ملجأ مراقب أو مركز تأهيل أو مكان مشابه.
- من يبيت في منزل شخص آخر أو عائلة أخرى لمدة لا تزيد عن 90 يوماً متتالية.
- من ينام في مكان غير مخصص للنوم أو لا يُستخدم عادة لذلك (مثل أحد الأروقة، محطة حافلات، ردهة أو أماكن مشابهة).

صفحة المعلومات - رجاءً خذها واحتفظ بها في سجلاتك

ينبغي لك القيام بما يلي:

- تقديم جميع المعلومات المطلوبة للمقاطعة لتحديد مدى استحقاقك.
- تقديم الإثباتات الخاصة بالمعلومات المقدمة للمقاطعة عند الحاجة لذلك.
- الإبلاغ عن التغييرات على النحو المطلوب. سوف تعطيك المقاطعة معلومات عن ماهية ما يتم الإبلاغ عنه ووقت الإبلاغ عنه وكيفية الإبلاغ عنه. في حالة عدم الوفاء بمتطلبات الإبلاغ عن المعلومات الأسرية، فقد يتم غلق الملف الخاص بك أو خفض مزايا المساعدة الغذائية CalFresh الخاصة بك أو وقفها.
- ابحث عن وظيفة واعمل واستمر بالعمل 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 اختيار حالتك للمراجعة أو الفحص للتأكد من استحقاقك حساب مستوى المزايا بشكل صحيح. إذا لم تبد تعاوناً في هذه المراجعات، فسوف تخسر مزاياك.
- رد أي مزايا خاصة ببرنامج CalFresh إذا لم تكن مؤهلاً 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 في إطار السرية ما لم ترتبط مباشرة بإدارة برامج المقاطعة.
- سحب نموذج طلبك في أي وقت قبل أن تقرر المقاطعة استحقاقك.
- طلب المساعدة لملء طلبك الخاص ببرنامج CalFresh والحصول على توضيح خاص بالقواعد.
- طلب المساعدة للحصول على دليل إثبات مطلوب.
- أن تُعامل بلطف ومراعاة واحترام وألا يُمارس ضدك أي تمييز.
- الحصول على مزايا CalFresh في غضون 3 أيام في حالة تقدمك بالطلب إلى الخدمة العاجلة.
- مقابلة أحد المسؤولين بالمقاطعة لمدة معقولة من الوقت عند تقديمك لنموذج الطلب وتحديد مدى استحقاقك في غضون 30 يوماً.
- الحصول على مهلة 10 أيام على الأقل لتقديم الإثباتات اللازمة للمقاطعة لتحديد مدى استحقاقك.
- استلام إخطار كتابي قبل 10 أيام على الأقل من خفض المقاطعة لمزايا برنامج CalFresh أو وقفها.
- مناقشة حالتك مع المقاطعة ومراجعتها عند طلبك لذلك.
- طلب جلسة استماع بالولاية في غضون 90 يوماً في حالة عدم اتفاقك مع المقاطعة في شيء يخص حالتك في برنامج المساعدة الغذائية CalFresh. في حالة طلبك لعقد جلسة استماع قبل اتخاذ أي إجراء بخصوص حالتك في برنامج CalFresh، فقد تظل مزاياك كما هي حتى موعد جلسة الاستماع أو نهاية فترة مصادقتك أيهما يحدث أولاً. يمكنك أن تطلب من المقاطعة عدم تغيير مزايا المساعدة الغذائية CalFresh الخاصة بك إلا بعد جلسة الاستماع لتجنب إعادة سداد أي مزايا زائدة. وإذا حكم قاضي القانون الإداري لصالحك، فسوف تسدد لك المقاطعة أي مزايا مخصومة.
- اسأل عن حقوقك الخاصة بجلسة الاستماع أو اطلب 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 الإجتماعية.
- إحضار صديق أو شخص معك إلى جلسة الاستماع في حالة عدم رغبتك في الحضور بمفردك.
- الحصول على مساعدة من المقاطعة في التسجيل للتصويت.
- الإبلاغ عن التغييرات غير المطلوب الإبلاغ عنها، إذا كان من المحتمل أن تنتج عنها زيادة مزاياك في برنامج CalFresh.
- تقديم ما يثبت مصروفاتك المنزلية مما قد يساعدك على زيادة مزاياك من برنامج CalFresh. عدم تقديم إثبات للمقاطعة يشبه تصريحك بعدم وجود هذه المصروفات، وبالتالي لن تتمكن من الحصول على مزايا أكبر في برنامج CalFresh.
- إخبار المقاطعة إذا ما كنت تفضل أن يستخدم شخص آخر مزاياك من برنامج CalFresh من أجل أسرته أو لمساعدتك في حالتك في برنامج CalFresh (ممثلاً مفوضاً).

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 التي لا تستحق الحصول عليها، أو مساعدة شخص آخر في الحصول على مزاييا لا يحق له الحصول عليها جريمة. وينبغي لك أن تسدد أي مزاييا حصلت عليها وأنت غير مستحق لها.

قد يؤدي ذلك إلى ...	اتفهم أنني في حال....
	الانتهاك المتعمد للبرنامج من خلال القيام بأحد الأفعال التالية:
<ul style="list-style-type: none"> فقد مزاييا CalFresh لمدة 12 شهراً عند أول مخالفة وسيكون لزاماً عليّ تسديد ما حصلت عليه من مزاييا إضافية في برنامج CalFresh. فقد مزاييا CalFresh لمدة 24 شهراً عند ثاني مخالفة وسيكون لزاماً عليّ تسديد ما حصلت عليه من مزاييا إضافية في برنامج CalFresh. فقد مزاييا CalFresh بشكل دائم عند ثالث مخالفة وسيكون لزاماً عليّ تسديد ما حصلت عليه من مزاييا إضافية في برنامج CalFresh. دفع غرامة تصل إلى \$ 250000، أو السجن لمدة تصل إلى 20 عاماً أو كليهما 	<ul style="list-style-type: none"> إخفاء معلومات أو تقديم معلومات كاذبة استخدام بطاقات تحويل المزاييا الإلكترونية (EBT) التي تخص شخصاً 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
<ul style="list-style-type: none"> فقد مزاييا CalFresh لمدة 24 شهراً عند المخالفة الأولى فقد مزاييا CalFresh بشكل دائم عند المخالفة الثانية 	<ul style="list-style-type: none"> استبدال مزاييا CalFresh بالمواد الممنوع الاتجار فيها مثل المخدرات
<ul style="list-style-type: none"> 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.
<ul style="list-style-type: none"> فقد مزاييا CalFresh للأبد 	<ul style="list-style-type: none"> الإدانة بالاتجار في أو بيع مزاييا CalFresh التي تزيد قيمتها عن \$ 500 أو استبدال مزاييا CalFresh للحصول على الأسلحة النارية أو الذخيرة الحربية أو المتفجرات

معلومات مهمة لغير المواطنين

- يمكنك التقدم بطلب مزاييا CalFresh والحصول عليها من أجل الأشخاص المستحقين حتى وإن احتوت أسرتك على أشخاص آخرين غير مستحقين. على سبيل المثال، يمكن للوالدين المهاجرين التقدم بطلب للحصول على مزاييا CalFresh لذويهم من المواطنين الأمريكيين أو الأطفال المهاجرين المؤهلين، حتى لو كان الوالدان غير مستحقين للحصول عليها.
- الحصول على مزاييا غذائية لن يؤثر على وضع الهجرة الخاص بك أو بأسرتك. معلومات الهجرة خاصة وسرية.
- سيتم فحص وضع الهجرة لغير المواطنين المستحقين ممن تقدموا للحصول على المزاييا مع مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة (USCIS). ينص القانون الفيدرالي على أن مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة (USCIS) لا يحق له استخدام المعلومات في أي حالة دون حالات الاحتيال.

الانسحاب

لا يجب عليك تقديم معلومات الهجرة أو أرقام الضمان الاجتماعي أو المستندات الخاصة بأي فرد غير مواطن من أفراد الأسرة وهو لم يتقدم بطلب الحصول على مزاييا المساعدة الغذائية CalFresh. ستحتاج المقاطعة إلى معرفة معلومات عن قيمة دخلهم ومصدره لتحديد مزاييا المساعدة الغذائية CalFresh الخاصة بك المنزلية بشكل صحيح. لن تتواصل الشركة مع مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة بشأن الأفراد الذين لم يتقدموا بطلب للمزاييا.

استخدام أرقام الضمان الاجتماعي (SSN)

على كل فرد يتقدم لطلب مزاييا CalFresh أن يقدم رقم ضمان اجتماعي، إذا كان لديه، أو إثباتاً يتقدمه لطلب رقم ضمان اجتماعي (مثل خطاب مرسل من مكتب الضمان الاجتماعي). قد ترفض المقاطعة تقديم مزاييا CalFresh لك أو لأي فرد من أفراد أسرتك إذا لم يقدم رقم الضمان الاجتماعي. يجوز لبعض الأشخاص عدم تقديم رقم ضمان اجتماعي للحصول على المساعدة مثل ضحايا العنف المنزلي وشهود الإثبات على الجرائم وضحايا الاتجار.

الإصدار الزائد للمزاييا

يعني هذا الأمر أنك حصلت على مزاييا أكثر مما تستحق في برنامج CalFresh. 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.

الإبلاغ

يجب أن تقوم كل أسرة تحصل على مزاييا المساعدة الغذائية CalFresh بالإبلاغ عن تغييرات معينة. ستبلغك المقاطعة التي تتبعها بالتغييرات التي يجب الإبلاغ عنها وكيفية الإبلاغ عنها ووقت الإبلاغ عنها. قد ينجم عن عدم الإبلاغ عن التغييرات خفض أو وقف مزاييا المساعدة الغذائية CalFresh الخاصة بك. يمكنك أيضاً أن تبلغ عن التغييرات التي قد تنتج عنها زيادة مزايياك مثل حصولك على دخل أقل.

يُرجى الاستلام والحفظ في سجلاتكم

جلسات الاستماع بالولاية

يجوز 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 إتخاذ إجراء من قبل المقاطعة وينبغي ذكر سبب طلب عقد جلسة الاستماع. سيتضمن إخطار الموافقة أو الرفض المستلم من المقاطعة معلومات عن جلسات الاستماع بالولاية. في حالة طلبك لعقد جلسة قبل تقرير الإجراء، فقد تتمكن من الإبقاء على مزايا CalFresh كما هي لحين إتخاذ قرار.

عدم التمييز

تنص سياسة الولاية والمقاطعة على المساواة بين جميع الأفراد ومعاملتهم باحترام وكرامة. ووفقاً للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر تماماً 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 الإتصال بمنسق الحقوق المدنية لدى المقاطعة أو مراسلة أو الإتصال بوزارة الزراعة الأمريكية USDA أو وزارة الخدمات الاجتماعية بكاليفورنيا (CDSS):

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. S.W.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (للاتصال الهاتفي وجهاز
الاتصال الهاتفي للصم) (voice and TDD)

USDA هي صاحب عمل يعمل على أساس تكافؤ الفرص.

قانون الخصوصية والإفصاح

أنت تقدم معلومات شخصية في نموذج الطلب، وتستخدم المقاطعة هذه المعلومات لمعرفة مدى استحقاقك للمزايا. فإذا لم تقدم المعلومات، فقد ترفض المقاطعة نموذج الطلب الخاص بك. يحق لك مراجعة، أو تغيير، أو تصحيح أية معلومات قدمتها للمقاطعة. لن تفصح المقاطعة عن معلوماتك أو تعطيها 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 ميثاقها 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 لأفراد أسرة تقدمت بطلب المزايا عن طريق الإتصال بمكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة. قد تؤثر المعلومات التي تحصل عليها المقاطعة من هذه الهيئات على أهليتك ومستوى المزايا.

مراجعات ملفات الحالات

يمكن اختيار حالتك لإجراء مراجعة إضافية عليها لضمان إجراء رصد استحقاقك بشكل صحيح. يتعين عليك التعاون بشكل كامل مع المقاطعة أو الولاية أو الموظف الفيدرالي في إجراء أي تحقيق أو مراجعة، بما في ذلك عمليات المراجعة لمراقبة الجودة. قد يؤدي عدم التعاون في هذه المراجعات إلى فقدان مزاياك.

قواعد العمل لبرنامج CalFresh

قد تعينك المقاطعة للعمل في البرنامج، وسوف تخطر المقاطعة إذا كان العمل في البرنامج تطوعياً أم إلزامياً. إن كان العمل إلزامياً ولم تقم به، فقد يتم خفض مزاياك أو وقفها.

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

استخدام بطاقات تحويل المزايا الإلكترونية

لن يجري استبدال أي مزايا مسحوبة من حسابك قبل إبلاغك أنت أو أي فرد من الأسرة أو أي ممثل مفوض عن فقد أو سرقة بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية أو رقم التعريف الشخصي.

سعيد أي استخدام لبطاقة تحويل المزايا الإلكترونية، من قبلك أو من قبل أحد أفراد أسرتك أو ممتلك المفوض أو أي شخص آخر قمت طواعية بإعطائه بطاقتك ورقم تعريفك الشخصي، تم بموافقتك ولن يجري استبدال المزايا المسحوبة من حسابك.

إن لم تقم بالإبلاغ بأن شخصاً آخر لا ترغب في أن ينفق مزاياك لديه رمز التعريف الشخصي ولم تقم بتغييره، فلن تتمكن من استبدال أي مزايا تم استخدامها.

يُرجى الاستلام والحفظ في سجلاتكم

ملاحظات

يُرجى استخدام الحبر الأسود أو الأزرق لأنه يسهل عملية القراءة والنسخ بشكل أفضل. يُرجى طباعة إجاباتك. إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر للإجابة على سؤال (أسئلة)، استخدم الصفحة 10 في قسم "مساحة إضافية للكتابة" وقم بإرفاق أوراق عند الضرورة لتقديم المعلومات. يُرجى التأكد من تحديد السؤال الذي تكتب عنه في المساحة الإضافية أو في الأوراق الإضافية.

1. معلومات خاصة بمقدم الطلب

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)		الأسماء الأخرى (الافتتاحية، الألقاب، وهكذا)		رقم التأمين الاجتماعي (إذا كان لديك واحد وتستخدم للحصول على المزايا)
عنوان المنزل أو الاتجاهات التي تؤدي إلى منزلك				
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	الرمز البريدي	
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عما سبق)				
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	الرمز البريدي	
هاتف المنزل				
عنوان البريد الإلكتروني				
هاتف العمل/هاتف بديل				
أريد الحصول على رسائل بشأن حالتي عبر البريد الإلكتروني. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				

هل أنت بلا مأوى؟ نعم لا ؟ في حال كانت الإجابة نعم، فأخبر المقاطعة على الفور لكي تتمكن من مساعدتك في تحديد عنوان لتستخدمه من أجل قبول طلبك ولكي نتلقى عليه الإخطارات التي تأتيك من المقاطعة بخصوص حالتك.

ما هي اللغة التي تفضل قراءتها (إن لم تكن الإنجليزية)؟
 ما هي اللغة التي تفضل التحدث بها (إن لم تكن الإنجليزية)؟
 ستوفر المقاطعة مترجماً لك دون أي تكلفة. وإذا كنت أصم أو تسمع بصعوبة، يُرجى التحديد هنا

هل لديك أي إعاقة وتحتاج إلى مساعدة في التقدم؟ نعم لا

هل ترغب في التقدم للحصول على مزايا برنامج Medi-Cal؟ إذا كانت الإجابة نعم فستستخدم المقاطعة إجاباتك لمعرفة ما إذا كان في إمكانك الحصول على مزايا Medi-Cal أم لا. نعم لا

هل يقل إجمالي دخل أسرتك عن \$150، وهل يبلغ إجمالي النقد الحاضر والحسابات الجارية وحسابات الادخار \$100 أو أقل؟ نعم لا

هل يقل إجمالي الدخل الشهري المجمع لعائلتك والنقد الحاضر والحسابات الجارية وحسابات الادخار عن التكلفة المجمعمة للإيجار/الرهن والمرافق؟ نعم لا

هل تعد أسرتك أسرة عاملة في المزارع بشكل موسمي، ولا يتجاوز ما تملكه من موارد نقدية عن \$100، وقد توقف دخلك أو لن تحصل على أكثر من \$25 في 10 أيام القادمة؟ نعم لا

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

- أنني قرأت المعلومات الواردة في هذا الطلب أو تمت قراءتها عليّ وكذلك 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) للحصول على مزايا برنامج CalFresh.
- أنني قرأت قواعد برنامج CalFresh والعقوبات أو تمت قراءتها عليّ (قواعد البرنامج الصفحات من 2 إلى 3).
- أنني أتفهم أن الإدلاء بأقوال مضللة وكاذبة أو تشويه الحقائق أو إخفاءها أو الامتناع عن قولها لإقرار مدى استحقاق الحصول على المساعدة الغذائية CalFresh يُعد احتيالياً. ويمكن أن يؤدي الاحتيال إلى رفع قضية ضدي أو يتم منعي لفترة (أو مدى الحياة) من الحصول على مزايا برنامج CalFresh.
- أنني أتفهم مشاركة أرقام الضمان الاجتماعي أو حالة الهجرة لأعضاء الأسرة المتقدمة للحصول على المزايا مع الهيئات الحكومية المناسبة كما هو مطلوب بموجب القانون الفيدرالي.

توقيع مقدم الطلب (أو عضو الأسرة البالغ من الرشد/ الممثل المفوض*) (الوصي)

التاريخ

*إذا كان لديك ممثل مفوض، يُرجى إكمال السؤال 2 في الصفحة التالية.

2. الممثل المفوض من الأسرة

يمكنك تفويض شخص لا يقل عمره عن 18 سنة لمساعدة أسرتك في الحصول على مزاي برنامج CalFresh. يمكن لهذا الشخص أيضًا أن يتحدث نيابة عنك في المقابلة وأن يساعدك في إكمال استماراتك والتسوق من أجلك والإبلاغ عن التغييرات نيابة عنك. يتعين عليك رد كافة المزاي التي تسلمتها عن طريق الخطأ نتيجة للمعلومات التي قدمها هذا الشخص للمقاطعة ولن يتم استبدال أي مزاي قام هو بإنفاقها حتى إذا كنت لا ترغب في ذلك. وإذا كنت ممثلًا مفوضًا، فلن يتعين عليك تقديم إثبات الهوية الخاص بك وإثبات الهوية الخاص بمقدم الطلب.

هل تريد تحديد شخص يساعدك في الحصول على مزاي برنامج CalFresh الخاصة بك؟ نعم لا
إذا كان جوابك نعم، فأكمل القسم التالي:

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

3. الجنس/العرق

المعلومات المتعلقة بالجنس والعرق اختيارية. من المرجو التأكد من تقديم المزاي بغض النظر عن العرق أو الجنس أو الانتماء الوطني. لن تؤثر إجاباتك على استحقاقك أو قيمة الإعانة. حدد كل ما ينطبق عليك. ينص القانون على أن تقوم المقاطعة بتسجيل جنسك ومجموعتك العرقية.

حدد هذا المربع إذا كنت لا تريد إعطاء المقاطعة معلومات بشأن جنسك وعرقك. وإذا لم تقم بذلك، فستقوم المقاطعة بإدخال هذه المعلومات لإحصائيات الحقوق المدنية فقط.

العرق	هل أنت إسباني أم لاتيني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كنت من أصل لاتيني أو إسباني، فهل تعتبر نفسك: <input type="checkbox"/> مكسيكيًا <input type="checkbox"/> بورتوريكيًا <input type="checkbox"/> كوبيًا <input type="checkbox"/> غير ذلك
-------	---	---

الأصل الجنسي/العرق

<input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> مواطن أمريكي أو هندي أو الآسكي <input type="checkbox"/> أمريكي من أصل إفريقي <input type="checkbox"/> غير ذلك أو مختلط
<input type="checkbox"/> آسيوي (عند التحديد، يُرجى تحديد واحد أو أكثر مما يلي): <input type="checkbox"/> فلبيني <input type="checkbox"/> صيني <input type="checkbox"/> ياباني <input type="checkbox"/> كمبودي <input type="checkbox"/> كوري <input type="checkbox"/> فيتنامي <input type="checkbox"/> هندي آسيوي <input type="checkbox"/> لاوسى
<input type="checkbox"/> جنسية آسيوية أخرى (يُرجى التحديد): <input type="checkbox"/> سكان ولاية هاواي أو سكان جزر المحيط الهادئ (عند التحديد، يُرجى تحديد واحد أو أكثر مما يلي): <input type="checkbox"/> سكان هاواي <input type="checkbox"/> جوامي أو شاموري <input type="checkbox"/> ساموي

4. تفضيل المقابلة الشخصية

يتعين عليك، أنت أو أحد أفراد أسرتك البالغين، إجراء مقابلة شخصية مع ممثل المقاطعة لمناقشة الطلب واستلام مزاي برنامج CalFresh. يتم عادة إجراء المقابلات الخاصة ببرنامج CalFresh دائمًا عبر الهاتف ما لم يمكنك إجراء المقابلة الشخصية عند تقديم الطلب الخاص بك لممثلي المقاطعة بشكل شخصي أو إذا كنت تفضل المقابلة الشخصية. لا يتم إجراء المقابلات الشخصية إلا في ساعات عمل المكتب الطبيعية الخاصة بالمقاطعة.

يُرجى تحديد هذا المربع إذا كنت تفضل إجراء مقابلة شخصية.

يُرجى تحديد هذا المربع إذا كنت تحتاج إلى بعض الترتيبات الأخرى بسبب الإعاقة.

يُرجى تحديد المربعات أدناه للوقت واليوم المفضل لديك لإجراء مقابلة شخصية:

اليوم: اليوم اليوم التالي المتاح أي يوم الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة

الوقت: الصباح الباكر منتصف الصباح بعد الظهر آخر اليوم أي وقت

5. البرامج الأخرى

هل تلقى أي فرد في أسرتك مساعدة عامة (مساعدة مؤقتة للعائلات المحتاجة وبرنامج Medicaid (للرعاية الطبية) وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية [CalFresh])، المساعدة العامة/الإعانة العامة وهكذا؟ نعم لا

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

6a. معلومات حول الأسرة:

رقم الضمان الاجتماعي اختياري للأعضاء الذين لا يتقدمون للمزايا. يتعين عليك إجابة الأسئلة أدناه الخاصة بكل شخص يتقدم للحصول على المزايا.	أكمل المعلومات التالية الخاصة بجميع الأشخاص في المنزل، ممن تقوم بشراء الطعام وتحضيره معهم، بما في ذلك المعلومات الخاصة بك: إذا كنت تتقدم بطلب لغير المواطنين، يرجى إكمال السؤالين 6b و 6c. وإلا فانتقل إلى السؤال 6d.					
رقم الضمان الاجتماعي	مدني أو مواطن أمريكي (✓ حدد نعم أو لا) إذا كانت الإجابة لا، أكمل السؤال 6b أدناه	النوع (ذكر أو أنثى)	تاريخ الميلاد	ماهي القرابة؟	الاسم (الأخير والأول والأوسط)	التقدم للحصول على المزايا (✓ حدد نعم أو لا)
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>			نفسه		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>					لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>					لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>					لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>					لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

يُرجى إدراج أسماء أي أشخاص يعيشون معك ممن لا يشترطون الطعام ولا يقومون بتحضيره معك:

الاسم	الاسم
الاسم	الاسم

6b. معلومات حول غير المواطنين - أكمل للأشخاص المدرجين في السؤال 6a أعلاه غير المواطنين والذين يتقدمون للحصول على المساعدة.

تتم كفالتة؟ (✓ حدد نعم أو لا) إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل السؤال 6c أدناه:	اختر واحدًا مما يلي (إذا كان معروفًا): رقم جواز السفر ورقم التسجيل الخاص بالأجنبي وهكذا.	تاريخ الدخول إلى الولايات المتحدة. (إذا كان معروفًا)	الاسم
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	نوع المستند: _____ رقم المستند: _____		
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	نوع المستند: _____ رقم المستند: _____		
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	نوع المستند: _____ رقم المستند: _____		

هل يمتلك أي فرد من المدرجين أعلاه سجل عمل لا يقل عن 10 سنوات (40 ربع سنوي) أو في خدمة القوات المسلحة في الولايات المتحدة الأمريكية؟

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

هل يمتلك أي فرد مدرج أعلاه تأشيرة تحمل الحرف T أو الحرف U أو عريضة قانون العنف ضد المرأة، أو تقدم للحصول عليها أو خطط للحصول عليها؟

لا نعم

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

6c. معلومات حول غير المواطنين المكفولين - أكمل للأشخاص المدرجين في السؤال 6b أعلاه غير المواطنين والذين يتقدمون للحصول على المساعدة. هل قام الكفيل بتوقيع 1-864؟ لا نعم إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الإجابة على بقية السؤال. إذا قام الكفيل بتوقيع 1-134، تخط هذا السؤال.

هل يساعد الكفيل بالمال بانتظام؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فما مقدار هذا المبلغ؟ \$ _____

هل يساعد الكفيل بانتظام بأي مما يلي (حدد كل ما ينطبق)؟

إيجار ملابس أطعمة غير ذلك

اسم الكفيل	من هو الشخص المكفول؟	رقم هاتف الكفيل
اسم الكفيل	من هو الشخص المكفول؟	رقم هاتف الكفيل

6d. الطلاب

هل يذهب أي شخص ممن يتقدمون للحصول على المزايا إلى الكلية أو المدرسة المهنية؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

هل يعمل؟	حالة التسجيل (✓ حدد واحدًا)	اسم المدرسة/التدريب	اسم الشخص
متوسط ساعات العمل في الأسبوع: _____	<input type="checkbox"/> نصف الوقت أو أكثر <input type="checkbox"/> أقل من نصف الوقت عدد الوحدات: _____		
متوسط ساعات العمل في الأسبوع: _____	<input type="checkbox"/> نصف الوقت أو أكثر <input type="checkbox"/> أقل من نصف الوقت عدد الوحدات: _____		

6e. هل هناك طفل ربيب (رعاية بديلة) يعيش في منزلك؟ نعم لا في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية بشأن الطفل (الأطفال):

هل تم وضع هؤلاء الأطفال في منزلك بناء على أمر إقالة من المحكمة؟

نعم لا

هل تريد حساب أطفال الرعاية البديلة ضمن برنامج CalFresh الخاص بك؟

إذا كانت الإجابة نعم، فسيتم احتساب دخل التبني الذي تتسلمه كدخل غير مكتسب.

إذا كانت الإجابة لا، فلن يتم احتساب دخل التبني الذي تتسلمه كدخل غير مكتسب..

نعم لا

7. الربح غير المكتسب

هل يحصل الشخص الذي تشتري معه الطعام وتقوم بتحضيره على دخل غير مكتسب من عمل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

حدد جميع أنواع الدخل غير المكتسبة من هذه الأمثلة (قد تكون هناك أنواع أخرى لم يتم إدراجها هنا):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> رقم الضمان الاجتماعي | <input type="checkbox"/> إعانات المحاربين أو معاش القوات المسلحة | <input type="checkbox"/> مكاسب المقامرة/اليانصيب |
| <input type="checkbox"/> الضمان الحكومي التكميلي/دخل الضمان التكميلي | <input type="checkbox"/> المساعدات المالية (منح مدرسية/قروض/بعثات) | <input type="checkbox"/> المساعدة بالإيجار/الطعام/الملابس |
| <input type="checkbox"/> المساعدة النقدية | <input type="checkbox"/> الهدايا المالية | <input type="checkbox"/> التأمين/التسويات القانونية |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI | <input type="checkbox"/> التأمين ضد البطالة/تأمين الإعاقة الخاص بالولاية (SDI) | <input type="checkbox"/> التقاعد أو الإعاقة الخاصة |
| <input type="checkbox"/> الغرفة والإقامة (من مستأجر) | <input type="checkbox"/> تعويضات العمال | <input type="checkbox"/> إعانات الإضرابات |
| <input type="checkbox"/> المعاش | <input type="checkbox"/> غير ذلك _____ | |

دعم الطفل/الزوج

التقاعد أو الإعاقة الخاصة بالسكة الحديد/والحكومة

هل يتوقع الاستمرار؟ (✓ حدد نعم أو لا)	ما مدى تكرار الاستلام؟ (مرة أو أسبوعياً أو شهرياً أو غير ذلك)	مقدار المبلغ؟	مصدر الأموال؟	من الشخص الذي يحصل على المال؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		\$		
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		\$		
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		\$		
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		\$		

إذا كان من المتوقع عدم استمرار هذا الدخل، يُرجى الشرح:

8. الدخل المكتسب

هل يحصل أي شخص يشترى الطعام ويُحضّره معك على دخل من عمله (دخل مكتسب)؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.

ملاحظة: إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فاملأ السؤال 8a.

يُرجى إدراج إجمالي الدخل قبل الضرائب أو الاقتطاعات الأخرى (إجمالي الدخل).

فيما يلي أمثلة على الدخل المكتسب (يمكن أن تكون هذه الأمثلة بدوام كامل أو موسمية أو مؤقتة أو تدريباً وقد تكون هناك أمثلة ليست مذكورة هنا):

- الأجر
- العمولات
- الإكراميات
- الرواتب
- دراسة عمل (الطلاب)

الشخص العامل	اسم صاحب العمل وعنوانه	رقم هاتف صاحب العمل	معدلات الأجر في الساعة	متوسط ساعات العمل في الأسبوع	معدل تكرار الدفع؟ (مرة واحدة أسبوعياً/ شهرياً، غير ذلك)	إجمالي الدخل المكتسب المستلم هذا الشهر	من المتوقع أن يستمر؟ (✓ حدد نعم أو لا)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			\$			\$	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			\$			\$	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			\$			\$	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

إذا كان من المتوقع عدم استمرار هذا الدخل، يُرجى الشرح:

هل فقد أي شخص عمله أو قام بتغييره أو ترك عمله أو قلل ساعات العمل خلال السنتين يومًا الأخيرة؟ نعم لا

تاريخ فقدان الوظيفة أو تركها أو تغييرها	تاريخ آخر راتب
---	----------------

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟
ما هو السبب؟

هل يشارك أي شخص في إضراب؟ نعم لا

تاريخ إعلان الإضراب	تاريخ آخر راتب
---------------------	----------------

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟
ما هو السبب؟

8a. العمل للحساب الشخصي الخاص

يمكن لأفراد الأسرة الذين يعملون لحسابهم اقتطاع نفقات العمل لحسابهم الفعلي أو اقتطاع 40% من دخل العمل لحسابه. وفي حال اختيار النفقات الفعلية، سيتعين عليك تقديم إثبات للمقاطعة بتعلق بالنفقات.

نققات عمل الشخص لحسابه (يُرجى تحديد واحد)	إجمالي الدخل الشهري	نوع العمل واسمه	تاريخ بدء العمل	الشخص الذي يعمل لحسابه الخاص
<input type="checkbox"/> 40% معدل ثابت <input type="checkbox"/> النفقات الفعلية \$	\$			
<input type="checkbox"/> 40% معدل ثابت <input type="checkbox"/> النفقات الفعلية \$	\$			
<input type="checkbox"/> 40% معدل ثابت <input type="checkbox"/> النفقات الفعلية \$	\$			
<input type="checkbox"/> 40% معدل ثابت <input type="checkbox"/> النفقات الفعلية \$	\$			
<input type="checkbox"/> 40% معدل ثابت <input type="checkbox"/> النفقات الفعلية \$	\$			

9. نفقات الرعاية للبالغين/الأطفال بالأسرة

هل تدفع أنت أو أي فرد يقوم بشراء الطعام وتحضيره معك للحصول على رعاية طفل أو بالغ من ذوي الاحتياجات الخاصة أو غيرهم من المعالين حتى تتمكن أنت أو أي شخص آخر من الذهاب للعمل أو المدرسة أو البحث عن وظيفة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

معدل تكرار الدفع؟ (أسبوعياً/شهرياً، غير ذلك)	المبلغ المدفوع؟	من الذي يقدم الرعاية؟ (اسم مقدم الرعاية وعنوانه)	من الذي يحصل على الرعاية؟
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		

هل يساعدك أي فرد في الأسرة على دفع جميع تكاليف رعاية البالغين/الأطفال المذكورة أعلاه أو جزء منها؟ نعم لا في حالة الإجابة نعم، أكمل ما يلي:

معدل تكرار الدفع؟ (أسبوعياً/شهرياً، غير ذلك)	المبلغ المدفوع؟	من يساعدك في الدفع؟	من الذي يحصل على الرعاية؟
	\$		
	\$		

10. مدفوعات إعالة الطفل

هل أنت أو أي فرد يقوم بشراء الطعام وتحضيره معك ملزم قانوناً بدفع نفقة إعانة الطفل، بما في ذلك نفقة الإعانة بأثر رجعي؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

معدل الدفع (أسبوعياً/شهرياً أم غير ذلك)	المبلغ المدفوع؟	اسم الأطفال الذين يتم دفع نفقة إعالة الطفل من أجلهم:	من يدفع نفقة إعالة الطفل؟
	\$		
	\$		

11. نفقات الأسرة

هل أنت أو أي شخص تقوم بشراء الطعام وتحضيره معك تتحمل مسؤولية نفقات الأسرة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.
ملاحظة: لا تقم بإدخال مبالغ مدفوعة من خلال خدمات الإسكان مثل الإسكان والتنمية الحضرية أو القسم 8. تُعد التدفئة والتبريد والهاتف والمرافق الأخرى وملاجئ المشردين إعانات مدمجة ولا تحتاج إلى كتابة معلومات عن المبلغ الفعلي المستحق.

معدل تكرار الدفع؟ (أسبوعياً/شهرياً)	المبالغ المستحقة	من يقوم بالدفع؟	هل لديك نفقات؟	نوع النفقات
	\$		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	قسط الإيجار أو المنزل
	\$		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الضرائب العقارية والتأمينات (إذا كان يتم منفصلة عن الإيجار والرهن)
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الغاز أو الكهرباء أو أنواع الوقود الأخرى المستخدمة للتدفئة أو التبريد مثل خشب الوقود أو غاز البروبان (إذا كان يتم دفعها منفصلة عن الإيجار أو الرهن)
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الهاتف الأرضي/الهاتف الخليوي
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	نفقة ملاجئ المشردين
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	المياه، الصرف، القمامة
معدل تكرار الدفع؟	مقدار المبلغ؟ \$	من يساعدك في الدفع؟		هل يساعدك أي فرد ليس من أسرتك في دفع النفقات المذكورة أعلاه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإكمال.

هل حصلت أسرتك أو من المتوقع أن تحصل على أي دفعات من إعانة محدودي الدخل في مصاريف الطاقة المنزلية (LIHEAP)؟ نعم لا

12. النفقات الطبية:

هل أنت أو أي شخص تقوم معه بشراء الطعام أو تحضيره من المسنين (60 عامًا أو أكثر) أو من ذوي الاحتياجات الخاصة ولديك أو لديه نفقات طبية نثرية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.
ملاحظة: لا تدرج الأزواج أو الأطفال الذين يتلقون مدفوعات مستقلة لدخل الضمان التكميلي أو متلقي نفقات العجز أو العمى.
قم بإدراج النفقات التي تتوقع تلقيها في المستقبل القريب.

النفقات الطبية المسموح بها هي:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> الرعاية الطبية أو الرعاية المتعلقة بالأسنان | <input type="checkbox"/> أقساط الرعاية الصحية (حصة تكاليف برنامج | <input type="checkbox"/> تكلفة الانتقال (الأميال أو الرسوم) والسكن للحصول على |
| <input type="checkbox"/> الإدخال إلى المستشفى/العلاج بالعيادات | <input type="checkbox"/> Medi-Cal وهكذا) | <input type="checkbox"/> العلاج الطبي أو الخدمات الطبية |
| <input type="checkbox"/> الخارجية/الرعاية الترميمية | <input type="checkbox"/> الأسنان الصناعية والوسائل السمعية المساعدة والأجهزة | <input type="checkbox"/> نظارات العيون الموصوفة والعدسات اللاصقة |
| <input type="checkbox"/> العلاجات الموصوفة | <input type="checkbox"/> التعويضية | <input type="checkbox"/> الإمدادات والمعدات الطبية الموصوفة |
| <input type="checkbox"/> أقساط سياسة التأمين الخاصة بالصحة | <input type="checkbox"/> ضرورة الاستعانة بمرافق (ممرض) نظرًا للسن أو | <input type="checkbox"/> نفقات حيوانات الخدمة (الطعام والفواتير البيطرية وهكذا) |
| <input type="checkbox"/> والإدخال إلى المستشفى | <input type="checkbox"/> المرض أو العجز | |
| | <input type="checkbox"/> عدد الوجبات المقدمة إلى المقيم وتكلفتها | |
| | <input type="checkbox"/> الأدوية الموصوفة والمتاحة بدون وصفة طبية | |

اسم المسن/زي الاحتياجات الخاصة	مقدار النفقات	معدل تكرار الدفع؟ (شهريًا، أسبوعيًا، غير ذلك)	نوع التكلفة؟ (الوصفات الطبية، الأسنان الصناعية، وعدد الوجبات للمقيم وهكذا)	هل سيتم تعويض الأسرة عن أي نفقات طبية؟ (من خلال Medi-Cal، تأمين، فرد من أفراد الأسرة وهكذا)
	\$			في حالة الإجابة نعم، بواسطة من: المبلغ: \$
	\$			في حالة الإجابة نعم، بواسطة من: المبلغ: \$
	\$			في حالة الإجابة نعم، بواسطة من: المبلغ: \$
	\$			في حالة الإجابة نعم، بواسطة من: المبلغ: \$

13. هل يحصل أي شخص على الطعام من أي مما يلي؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

- مرفق تناول الطعام المشترك للمسنين/ذوي الاحتياجات الخاصة
- برنامج توزيع الغذاء بإدارة منطقة الأمريكيين الأصليين
- برنامج غذائي آخر

في حالة الإجابة نعم، قل من؟	أين؟
في حالة الإجابة نعم، قل من؟	أين؟

14. هل يعيش أي شخص في أي مما يلي؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

- مأوى المشردين
- مأوى للنساء المساء معاملتهن
- منظمة للأمريكيين الأصليين
- مركز إعادة التأهيل للمخدرات/الكحول
- إصلاحية/مؤسسة تأديبية (السجن)
- تنظيم سكني جماعي للمكفوفين/ذوي الاحتياجات الخاصة
- السكن المدعوم فيديراليًا
- مستشفى نفسية/مصححة عقلية
- مستشفى
- رعاية طويلة الأجل أو مرفق للإقامة والرعاية

اسم الشخص	اسم المؤسسة (المركز، الملجأ، المرفق وهكذا)	تاريخ الإصدار المتوقع (إذا كان ذلك منطبقًا)

15. هل يعيش معك شخص يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر وغير قادر على شراء الأطعمة وتحضير

الوجبات بشكل منفصل نظرًا لاحتياجاته الخاصة؟ نعم لا

في حالة الإجابة نعم، قل من؟

16. موارد الأسرة

هل تمتلك أنت أو أي فرد تقوم بشراء الطعام وتحضيره معه أي موارد مالية (نقدية، أموال في البنك، شهادة إيداع، أسهم وسندات، إلخ)؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

حدد كل مورد مدرج أدناه:

- حساب اتحاد انتماني/بنكي (جارٍ)
 حساب اتحاد انتماني/بنكي (مدخرات)
 صندوق حديدي لحفظ الودائع
 سندات توفيرية
 حساب قروض أوراق مالية
 الصناديق المشتركة
 شهادة إيداع (CD)
 النقد الحاضر
 الأسهم
 السندات
 غير ذلك: _____

إذا كان لديك حساب مشترك مع شخص آخر، يُرجى ذكر ذلك أدناه.

بالنسبة لكل مربع تم تحديده أعلاه، أكمل المعلومات التالية.

من الذي تم إدراج المورد باسمه؟	نوع المورد؟	كم يبلغ قدره؟	أين هذا المورد؟ (أدرج اسم البنك أو الشركة الذي يوجد به المال)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

هل قمت أو قام أي فرد من أسرتك ببيع أو تداول أو ترك أو تحويل أي مورد في آخر ثلاثين شهرًا؟ نعم لا

17. إعانات متكررة

هل تمت إيداعك أنت أو أي من أفراد أسرتك للحصول بشكل احتيالي على إعانات برنامج المعونة الغذائية التكميلية بشكل متكرر (الاسم الفيدرالي لبرنامج المعونة الغذائية والمعروف في كاليفورنيا باسم CalFresh) في أي ولاية بعد 22 سبتمبر 1996؟
في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

نعم لا

18. إعانات مكافحة المتاجرة

هل تمت إيداعك أنت أو أي من أفراد أسرتك بالمتاجرة (السماح باستخدام أو بيع بطاقة التحويل الإلكتروني للمخصصات إلى الآخرين) أو للحصول على إعانات المعونة الغذائية التكميلية بما يبلغ \$ 500 أو أكثر بعد 22 سبتمبر 1996؟
في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

نعم لا

19. الاتجار بالإعانات والمزايا للحصول على المخدرات

هل تمت إيداعك أنت أو أي من أفراد أسرتك بالمتاجرة بمزايا المعونة الغذائية التكميلية للحصول على المخدرات بعد 22 سبتمبر 1996؟
في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

نعم لا

20. الاتجار بالمزايا للحصول على الأسلحة النارية أو المتفجرات

هل تمت إيداعك أنت أو أي من أفراد أسرتك بالمتاجرة بمزايا المعونة الغذائية التكميلية للحصول على الأسلحة أو الذخيرة أو المتفجرات SNAP بعد 22 سبتمبر 1996؟
في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

نعم لا

21. الهروب من القانون

هل تتخفى أو تهرب أنت أو أي من أعضاء أسرتك من القانون لتجنب المقاضاة أو إلقاء القبض عليك أو الذهاب إلى السجن بسبب ارتكاب جريمة جنائية أو محاولة ارتكاب جريمة جنائية؟
في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

نعم لا

22. انتهاك شروط فترة المراقبة/ إطلاق السراح المشروط

هل تمت إيداعك أنت أو أي من أفراد أسرتك بانتهاك شروط فترة المراقبة/ إطلاق السراح المشروط؟
في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

نعم لا

لا تكمل هذا الجزء - لاستخدام المقاطعة فقط

IF THE ANSWER IS YES TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days?

Yes No