

يتقدم الأجانب المكفولين للحصول أو يحصل على إعانة نقدية و/أو إعانات Calfresh

معلومات مهمة حول الكفلاء

لقد تقدم الأجنبي الذي تكفله للحصول على الإعانة النقدية و/أو إعانات Calfresh. وفي حال توقيع شهادة دعم، فإن اللوائح التنظيمية للولاية تتطلب مراجعة دائرة الرعاية التابعة للمقاطعة لدخلك ومصادر وممتلكاتك لتقرير ما كان يمكن للمتقدم الأجنبي الحصول على الإعانات أم لا. فالرعاية تكون طبيعية لفترة غير محددة من الوقت. ويجب إكمال هذا النموذج وتوقيعه من قبلك بموجب عقوبة الحنث في اليمين. إذا كنت تسكن مع زوجتك أو قامت زوجتك بتوقيع شهادة دعم، فإنه يتم أيضًا احتساب ممتلكات ومصادر ودخل زوجتك.

في حال اعتماد طلب أجنبي للحصول على إعانة نقدية كل فترة نصف سنوية (كل ستة أشهر)، فإنه يتعين عليك الإبلاغ عن دخلك ومواردك وممتلكاتك بهذا النموذج أو تقرير المصادر والدخل النصف سنوي للكفيل (SAR 72). سيقدم لك الأجنبي نموذج تقرير. يتعين عليك إكمال التقرير وإرساله إلى الأجنبي على الفور لضمان الاستحقاق المستمر للأجنبي. سيتم استخدام كل فترة نصف سنوية ومصادر وحصّة من دخلك لتحديد الأهلية والإعانات المستمرة للأجنبي.

في حال استلام الأجنبي مزايا غير المستحقة له بسبب عدم إبلاغك بدقة عن المعلومات، فإنه ينبغي لك و/أو للمواطن رد هذه المزايا.

معلومات مهمة حول الأجانب المكفولين من قبل أفراد

بصفتك أجنبيًا مكفولاً من قبل فرد (أفراد)، فإنه يتعين عليك استيفاء القواعد الخاصة للحصول على إعانة نقدية و/أو إعانات Calfresh.

وفيما يلي القواعد الخاصة:

- يجب مراجعة دخل ومصادر الكفيل الخاص بك لمعرفة إذا ما كان يمكنك الحصول على مزايا. ويتعين على الكفيل الخاص بك ملء النموذج المرفق. كما يتعين عليكما توقيع هذا النموذج.
- في حال اعتماد الطلب الخاص بك، يتعين عليك وعلى كفيلك الإبلاغ عن مصادرك ودخلك كل ستة أشهر للحفاظ على استمرار الحصول على الإعانة النقدية وإعانات Calfresh. وفي حال عدم تقديم كفيلك لهذه المعلومات، يمكن تغيير الإعانات الخاصة بك أو إيقافها. ويمكن لأعضاء العائلة غير المكفولة أو بالأحرى المستحقة للحفاظ على استمرار الحصول على الإعانات الخاصة بك.
- أنت الشخص المسؤول عن تقديم جميع المعلومات المطلوبة لدائرة الرعاية التابعة للمقاطعة فيما يتعلق بك وكفيلك. ويرجى الرجوع إلى المقاطعة إذا احتجت إلى مساعدة.
- في حال تخلى عنك الكفيل الخاص بك (فلا تعرف مكانه أو لا يقدم لك المساعدة)، فإنه لا يزال بإمكانك الحصول على الإعانات.

الدخل والموارد في بيان المعلومات

الخاص بالكفيل

مكمل لنموذج 2 SAWS، طلب للحصول على إعانات Calfresh والإعانة النقدية

التعليمات: يرجى الإجابة على الأسئلة التالية المتعلقة بك وبزوجتك (في حالة العيش معاً أو في حال توقيع الزوجة على شهادة دعم) وإرساله إلى الأجنبي على الفور.

Noncitizen Name and Address

--	--

قد يتطلب تقديم الدليل التحقق من صحة الإجابات المتعلقة بالأسئلة التالية. قم بإرفاق الدليل عند طلب ذلك بالنموذج.

اسمك (الأول، الأوسط، الأخير) ①	رقم الهاتف ()
عنوان المنزل (الرقم، الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)	
العنوان البريدي (في حال كان مختلفاً عن عنوان المنزل)	
اسم زوجتك (في حالة العيش معاً أو توقيع شهادة دعم) (الأول، الأوسط، الأخير) ②	هل قامت زوجة الكفيل بتوقيع شهادة دعم؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

VERIFIED:
 Letter on File
 Verbal Communication
 Other: _____

هل تحصل أنت أو زوجتك على مساعدة مثل: المساعدة النقدية/المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)/إعانات كالوركس (CalWORKs) أو مزايا الأطفلة/إعانات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)/إعانات Calfresh أو دخل الضمان التكميلي (SSI)؟ في حال الإجابة بنعم، أكمل ما يلي: ③				
اسم الحالة	تاريخ الميلاد	نوع المساعدة	المقاطعة	الولاية
في حال حصول <u>كل منكم</u> ، أنت وزوجتك، على مساعدة وعدم تقدم أجنبي للحصول على إعانات Calfresh، أكمل القسم الخاص بالاعتماد فقط في الصفحة 3 ثم أرسل النموذج. وبالنسبة للآخرين، انتقل إلى السؤال ④.				

VERIFIED:
 Affidavit of Support on File
 I-864
 I-864A
 I-134
 Other: _____

هل تكفلت أنت أو زوجتك بكفالة دخول أي أجنبي آخر إلى الولايات المتحدة الأمريكية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أكمل ما يلي باستخدام النماذج I-864 أو I-864A أو I-134: ④		
اسم الأجنبي	عنوان الأجنبي	تاريخ الدخول إلى الولايات المتحدة الأمريكية
ب. هل يتلقى أي من الأجانب المدرجين في (4A) أي نوع من المساعدة مثل: إعانات كالوركس (CalWORKs) أو Calfresh أو دخل الضمان التكميلي؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أكمل ما يلي:		
نوع المساعدة	تاريخ التقديم الأول	المقاطعة
الولاية		

Verified
 Verified
 IRS Form 1040 Reviewed
 Other: _____

هل لديك أو لدى زوجتك أشخاص آخرون يعتبروا أو يمكن اعتبارهم معالين لأغراض ضرائب الدخل الفيدرالي؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أكمل ما يلي: ⑤	
اسم الأفراد	هل يعيش شخص مع الكفيل
	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"/>

Claimed Yes No
 Claimed Yes No
 Claimed Yes No
 Claimed Yes No
 Claimed Yes No

هل أنت أو زوجتك موظف في الوقت الحالي؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
إذا كانت الإجابة بنعم، أكمل القسم التالي: قم بإرفاق إيصال أو دليل آخر بالأرباح. إذا كنت تعمل أنت أو زوجتك لحسابك، قم بإدراج النفقات التجارية في ورقة منفصلة وأرفق دليل دخل ودليل نفقات.						
Check if Exempt <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Enter Date Viewed Pay Stubs Other	عدد المعالين في دفع الضرائب	مدي تكرار الدفع (أسبوعياً، شهرياً، غير ذلك)	المبلغ الإجمالي (قبل الاستقطاعات)	اسم الموظف	الاسم
			\$	\$		
			\$	\$		
هل تتسلم أو من المتوقع أن تتسلم أنت أو زوجتك أي دخل آخر مثل: الضمان الاجتماعي أو تأمين الإعاقة/البطالة أو دعم الزوج/الطفل أو إعانات المحاربين القدامى وما إلى ذلك؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أكمل القسم أدناه ثم أرفق دليل الدخل.						
Check if Exempt <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Specify Verification and Date Reviewed:	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	المبلغ	نوع الدخل	الاسم	
			\$			
			\$			
هل سيطر أي تغييرات على هذا الدخل في السنة أشهر القادمة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، قم بإدراج التغييرات المتوقعة. قم بإرفاق إثبات قد يكون لديك مثل: خطاب من موظف وخطاب منح الإعانات وما إلى ذلك.						
من الذي سيتغير دخله؟		ما الدخل الذي سيتغير؟		كيف ومتى سيتغير؟		
هل لديك أنت أو زوجتك أي من المصادر التالية؟ حدد كل بند. وإذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الشرح أدناه.						
Check if Exempt <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	الزوج	الكفيل	المورد	الزوج	الكفيل	المورد
	<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
			صناديق استثمارية			(في المنزل أو مكان آخر)
			الأسهم والسندات والشهادات			حساب اتصالات الائتمان/حساب التوفير/الحساب الجاري
			غير ذلك (حدد أدناه)			الإشراف، الزهانات، سندات الائتمان، عقود البيع
Check if Exempt <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	رقم الحساب	الموقع (المنزل أو البنك أو العنوان أو ما إلى ذلك)	القيمة الحالية	المالك	نوع الموارد	
			\$			
			\$			
			\$			
هل تمتلك أنت أو زوجتك (أو يشتري أحدهما) ملكية عقارية، مثل: منزل أو أرض أو مبنى أو ما إلى ذلك؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أكمل القسم التالي:						
Check if Exempt <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	اسم شركة الرهن	القيمة	المبلغ المستحق	كيف يُستخدم؟ (سكن أو إيجار أو ما إلى ذلك)	العنوان/الموقع	نوع الملكية
		\$	\$			
		\$	\$			
هل تمتلك أو تستخدم أنت أو زوجتك أو يشتري أحدهما مركبة، مثل: سيارة أو شاحنة أو قارب أو قاطرة أو سيارة شحن صغيرة أو سيارة تخييم أو دراجة بخارية وهكذا؟ في حال كانت الإجابة بنعم، أكمل القسم التالي:						
Check if Exempt <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	المبلغ المستحق	مبلغ الترخيص الحالي	رقم الترخيص ودولة التسجيل	السنة، التصنيع، الطراز	الاسم	
هل تدفع أنت أو زوجتك الذي يتلقى دخلاً أي إعانة بموجب أمر المحكمة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أدخل المبلغ الشهري \$ _____ من يقوم بالدفع؟						
هل تقدم أنت أو زوجتك مبالغ دعم لأشخاص آخرين لا يعيشون في منزلك؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أكمل القسم التالي:						
<input type="checkbox"/> Verified <input type="checkbox"/> Verified	المبلغ المدفوع	المدفوع له (الاسم)			الشخص الذي يدفع	
	\$					
	\$					
	\$					
	\$					
هل تمتلك أنت أو زوجتك ملكية شخصية أو موارد مثل: مجوهرات أو معدات أو أدوات أو ماشية أو ما إلى ذلك؟ لا تقم بإدراج الملابس أو خاتم الزواج أو السجائيد أو الأثاث أو الأجهزة أو تجهيزات أخرى للأسرة. إذا كانت الإجابة بنعم، أكمل القسم التالي:						
Net Market Value	المبالغ المستحقة	هدية	سعر الشراء	تاريخ الشراء	اسم العنصر	الاسم
1.		<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	\$			
2.		<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	\$			
3.		<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	\$			
4.		<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	\$			

الإثبات

- إنني أقر بأنه في حال عدم تقديمي المعلومات المناسبة عن عمد أو جميع المعلومات المتعلقة بإعانات برامج كالوركس (CalWORKs) أو Calfresh أو ميد-كال النقدي (Medi-Cal)، فإنه يمكن معاقبتي فضلاً عن إتهامي بجريمة احتيال. وفي حال إتهامي بالاحتيال، فإنه يمكن توقيع غرامة عليّ تُقدر بحوالي \$10,000 للحصول على إعانات كالوركس (CalWORKs) و\$250,000 للحصول على إعانات Calfresh. يمكن أن أودع بالسجن/الحبس لمدة 5 سنوات في حال تقديم معلومات خاطئة للتأثير على إعانات كالوركس (CalWORKs) و20 سنة للحصول على إعانات Calfresh. وبالنسبة لبرامج كالوركس (CalWORKs) و Calfresh، فإنه يمكن إيقاف الإعانات الخاصة بي لمدة 6 أشهر أو 12 شهراً أو 2 أو 4 سنوات أو 5 سنوات أو 10 سنوات أو للأبد.

- إنني أقر بأنه يمكن التحقق من المعلومات الواردة في هذا النموذج من قبل هيئات محلية وفيدرالية وخاضعة للولاية.
- إنني أقر بأن حالة الأجنبي، بما في ذلك البيان الخاص بي، يمكن تحديدها لإجراء مراجعة إضافية لضمان تحديد أهلية الأجنبي بشكل صحيح.
- إنني أقر بأنه قد يُطلب مني رد أي إعانات تم دفعها أكثر مما هو مستحق بسبب المعلومات المبلغ عنها بشكل غير صحيح أو غير كامل.

- في حال تقدم أجنبي للحصول على إعانة نقدية، فإنه يتعين عليك وعلى زوجتك توقيع هذا النموذج. وفي حال تقدم أجنبي للحصول على إعانات Calfresh فقط، فإنه يتعين عليك أنت أو زوجتك توقيع النموذج.

إثبات الكفيل:

- إنني أقر بأن مدة الكفالة سارية عادة لفترة غير محددة من الوقت.
- إنني أقر بموجب عقوبة الحنث في اليمين بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا أن المعلومات الواردة ببيان الحقائق صحيحة وكاملة.

التاريخ	إمضاء الكفيل أو توقيع
التاريخ	إمضاء زوج الكفيل أو توقيع (في حال السكن مع الزوج أو توقيع الزوج شهادة إثبات)
التاريخ	توقيع الشاهد على الإمضاء أو المترجم أو شخص آخر يكمل النموذج

- في حال تقدم أجنبي للحصول على إعانة نقدية، فإنه يجب توقيع الأجنبي على هذا النموذج. وفي حال تقدم الأجنبي للحصول على إعانات Calfresh فقط، فإنه يجب توقيع النموذج من قبل الأجنبي أو رب الأسرة أو أحد أعضاء الأسرة أو ممثل مخول.

إثبات الأجنبي:

- لقد راجعت هذا النموذج المكتمل والموقع من قبل الكفلاء. إنني أقر بموجب عقوبة الحنث في اليمين بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا أن المعلومات الواردة ببيان الحقائق صحيحة وكاملة على حد علمي.

التاريخ	إمضاء الأجنبي أو صاحب الإقرار أو توقيع
التاريخ	توقيع الشاهد على الإمضاء أو المترجم أو شخص آخر يكمل النموذج

مخصص لاستخدام المقاطعة فقط

Evaluation of Sponsor/Sponsor's Spouse Real/Personal Property Resources	CalWORKs Sponsor/Sponsor's Spouse Income Computation	CalFresh Sponsor/Sponsor's Spouse/Registered Domestic
A. ITEMS VALUE	A. Earned Income \$ _____	A. Earned Income \$ _____
_____ \$	B. Unearned Income + _____	B. Less 20% - _____
_____ \$	C. Subtotal = _____	C. Unearned Income + _____
_____ \$	D. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CalWORKs _____	D. Gross Income Deduction for Sponsor's household size - _____
B. Total \$ _____	E. Divide C by D = _____	E. Subtotal = _____
CW CF	F. Number of sponsored noncitizens in this AU _____	F. Total number of sponsored noncitizens replace applying for/receiving CalFresh _____
C. Less: CalFresh Deduction (\$1500) NA \$ 1500	G. Total (Multiply E by F) = _____	G. Total (Divide E by F) = _____
D. Equals Subtotal = _____	Amount in G to be deemed income for entire AU.	Amount in G to be deemed income for each sponsored noncitizen.
E. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CW/CF _____		
F. Total (Divide D by E) = _____		
Amount in F to be included in each noncitizen's property		

التاريخ	مشرف الموظف	توقيع الموظف
---------	-------------	--------------