

استمارة الحصول على المساعدة الغذائية (CALFRESH) و المساعدة النقدية \$ أو

برامج الرعاية الصحية / MEDI-CAL

إذا كنت تعاني من إعاقة أو تحتاج إلى مساعدة في ملء هذه الاستمارة، فأخبر إدارة الرعاية التابعة للضمان (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 من جانبك.

كيف يمكنني تقديم طلب؟

استخدم هذه الاستمارة إذا كنت متقدماً للحصول على المساعدة الغذائية (CalFresh)، المساعدة النقدية برنامج كاليفورنيا لفرص العمل والمسؤولية تجاه الأطفال، المساعدة النقدية للاجئين، المساعدة العامة أو الإغاثة العامة). برنامج المساعدة الطبية MediCal أو غيره من برامج الرعاية الصحية. إذا أردت التقدم لبرنامج CalFresh فقط، يمكنك أن تطلب من المقاطعة الحصول على استمارة المساعدة الغذائية CalFresh فقط. CalFresh هو برنامج مساعدات غذائية لمساعدتك في تكلفة شراء الغذاء لأسرتك. إذا أردت التقدم لبرنامج يطلب الرعاية الصحية فقط، يمكنك أن تطلب من المقاطعة الحصول على استمارة رعاية صحية فقط. تشمل الرعاية الصحية: تأميناً منخفض التكلفة لبرنامج Medi-Cal؛ أو تأميناً صحياً خاصاً بأسعار معقولة؛ أو ائتمانياً ضريبياً يمكنه أن يساعدك على دفع أقساط التغطية الصحية. لا تستخدم هذه الاستمارة إذا كنت متقدماً للرعاية الصحية فقط. قد يكون لدى مقاطعتك استمارة منفصلة للمساعدة العامة أو الإغاثة العامة. اسأل مقاطعتك لتتأكد.

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

- قم بملء استمارة الطلب كاملة، إذا استطعت. يجب عليك على الأقل إعطاء المقاطعة اسمك وعنوانك وتوقيعك (السؤال 1 في الصفحة 1 من هذه الاستمارة) للبدء في معالجة الطلب للحصول على المساعدة الغذائية CalFresh. للحصول على المساعدة النقدية يجب عليك ملء السؤال 1 إلى 5 في الصفحات 1 و2 من هذه الاستمارة والتوقيع عليها للبدء في التعامل مع الاستمارة.
- كل برنامج له رمز (يظهر في أعلى هذه الصفحة) لتوضيح الأسئلة التي تخص كل برنامج. يُرمز للمساعدة النقدية بعلامة الدولار؛ وللمساعدة الغذائية (CalFresh) بعربة تسوق؛ وللتغطية الصحية بعربة إسعاف. على سبيل المثال، إذا لم تكن متقدماً للحصول على المساعدة النقدية، فلا يوجد داع للإجابة على الأسئلة التي تحمل علامة الدولار.
- قم بتسليم الاستمارة للمقاطعة شخصياً عن طرق البريد أو الفاكس أو عبر الإنترنت.
- وفي اليوم الذي تتلقى فيه المقاطعة الاستمارة التي قمت بالتوقيع عليها يبدأ احتساب وقت الرد عليك عما إذا كان يمكنك الحصول على الإعانات أو المزايا أم لا. إذا كنت داخل مؤسسة، يبدأ هذا الوقت من يوم مغادرتك.

ماذا أفعل بعد ذلك؟

- اقرأ حقوقك ومسؤولياتك (صفحات قواعد البرنامج) قبل التوقيع على الاستمارة.
- يجب أن تحضر مقابلة مع 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 إلى تقديم إثبات عن دخلك ونفقاتك والظروف الأخرى لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً أم لا.

كم سيستغرق هذا الأمر؟

قد يستغرق الأمر حتى 30 يومًا لمعالجة طلبك الخاص بالحصول على المساعدة الغذائية CalFresh. وبالنسبة للمساعدة النقدية والرعاية الطبية (Medi-Cal)، قد يستغرق الأمر حتى 45 يومًا. اسأل المقاطعة عن كيفية حصولك على الإعانات والرعاية الصحية على الفور إذا كانت لديك حالة طارئة.

يمكنك الحصول على إعانات المساعدة الغذائية (CalFresh) في غضون 3 أيام تقويمية في الحالات التالية:

- إذا كان إجمالي الدخل الشهري لأسرتك (الدخل قبل الاستقطاعات) أقل من \$ 150 أو أن يكون المبلغ الحاضر أو في الحسابات الجارية أو حسابات الادخار أقل من \$ 100؛
- إذا كانت تكاليف سكن أسرتك (الإيجار/الرهن العقاري والمرافق) أكثر من إجمالي دخلك الشهري والمبلغ الموجود في الحسابات الجارية أو حسابات الادخار الخاصة بك؛
- إذا كانت أسرتك مهاجرة أو كنت عاملاً موسميًا وما تملكه في حساباتك الجارية أو حسابات الادخار الخاصة بك أقل من \$ 100 و (1) توقف دخلك، أو (2) بدأ دخلك ولكنك لا تتوقع الحصول على أكثر من \$ 25 في 10 أيام القادمة.

وبالنسبة للمساعدة النقدية، يمكنك الحصول على مساعدة فورية في الحالات التالية:

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

صفحة المعلومات - يُرجى (in the whole document) أخذها والاحتفاظ بها في سجلاتك.

لمساعدة المقاطعة على تحديد ما إذا كنت تستطيع الحصول على الإعانات بطريقة أسرع أم لا، يُرجى إكمال الأسئلة 1 و6 إلى 9 و15 و24 وتقديم إثباتاً للمقاطعة على هويتك (إذا كان لديك) مع الطلب. للحصول على المساعدة العامة أو الإغاثة العامة، اسأل المقاطعة عن الوقت الذي سيستغرقه هذا وعن أي قواعد خاصة للحصول على المزايا بشكل أسرع.

سوف ترسل لك المقاطعة خطاباً لتخبرك إذا ما تمت الموافقة على حصول أسرتك على المزايا والإعانات التي طلبت الحصول عليها أم تم رفضها.

ماذا أحتاج للمقابلة الخاصة بي؟

لتجنب أي تأخير، أحضر إثباتاً للنبود التالية معك للمقابلة. حافظ على المقابلة الخاصة بك حتى إذا لم يكن معك الإثبات. قد تستطيع المقاطعة مساعدتك في الحصول على إثبات. أثناء المقابلة، سيقوم ممثل المقاطعة بمراجعة المعلومات الواردة في الطلب، أثناء المقابلة، وسيطرح عليك بعض الأسئلة لتحديد ما إذا كنت ستحصل على الإعانات أم لا، وتحديد قدر الإعانات التي يمكنك الحصول عليها.

الإثبات المطلوب للحصول على الإعانات

- إثبات هوية (رخصة قيادة أو بطاقة هوية المقاطعة أو جواز سفر).
- شهادة ميلاد لكل الأشخاص المتقدمين للحصول على المساعدة النقدية.
- 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).
- المبلغ المودع في البنك لكل أفراد أسرتك (كشوف الحسابات المصرفية الأخيرة).
- الدخل المكتسب لجميع أفراد أسرتك لآخر 30 يوماً (كعوب قسائم الدفع الأخيرة، بيان عمل من صاحب العمل). ملاحظة: إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، الدخل والمصروفات أو السجلات الضريبية.
- دخل غير مكتسب (إعانات بطالة، دخل الضمان التكميلي، الضمان الاجتماعي، استحقاقات المحاربين القدامى، دعم الأطفال، تعويض العمال، منح أو قروض دراسية، إيراد الإيجار، إلخ).
- وضع الهجرة الشرعية فقط لغير المواطنين القانونيين المتقدمين للحصول على إعانات (بطاقة تسجيل الأجانب، تأشيرة). ملاحظة: بعض غير المواطنين المتقدمين للحصول على وضع الهجرة وفقاً للعنف الأسري بسبب عنف أسري أو محاكمة جنائية أو المتاجرة، قد لا يحتاجون إلى هذا الإثبات. قد لا يحتاجون أيضاً إلى رقم الضمان الاجتماعي.

الإثبات اللازم للحصول على المزيد من إعانات CalFresh

- تكاليف السكن (إيصالات الإيجار، فواتير الرهن العقاري، فاتورة ضريبة الأملاك، وثائق التأمين).
- تكاليف الهاتف والمرافق العامة.
- النفقات الطبية لأي فرد من أسرتك يعاني من إعاقة أو مسن (60 فما فوق).
- نفقات رعاية الأطفال أو البالغين بسبب عدم تفرغ الشخص للعمل أو البحث عن عمل، أو الذهاب إلى دورة تدريبية أو إلى المدرسة، أو المشاركة في نشاط يتطلبه العمل.
- دعم الطفل المدفوع من قبل شخص في أسرتك.

الإثبات الإضافي المطلوب للحصول على التغطية الصحية

- معلومات عن أي تأمين صحي متعلق بالوظيفة لأي من عائلتك.
- أرقام البوليصة لأي تأمين صحي حالي.

الإثبات الإضافي المطلوب للحصول على المساعدة النقدية

- 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؟

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:

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

صفحة المعلومات - يرجى أخذها والاحتفاظ 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. بالنسبة لبرنامج CalFresh والإعانة النقدية، في حالة عدم الوفاء بمتطلبات الإبلاغ عن المعلومات الأسرية، فقد يتم غلق الملف الخاص بك أو خفض مزاياك 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 وحساب مستوى المزايا. إذا لم تبدأ 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 في تعبئة نموذج الطلب أو في الحصول على ما يثبت احتياجك للإعانة والحصول على توضيح خاص بالقواعد.
- 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.
- الحصول على الإعانة النقدية في غضون يوم واحد في حالة تقدمك لبرنامج الحاجة الفورية.
- مقابلة أحد المسؤولين بالمقاطعة لمدة معقولة من الوقت عند تقديمك لنموذج الطلب وتحديد مدى استحقاقك في غضون 30 يومًا بالنسبة لبرنامج CalFresh أو 45 يومًا بالنسبة للإعانة النقدية وبرنامج الرعاية الصحية (Medi-Cal).
- 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 الإعانة النقدية أو وقفها.
- مناقشة حالتك مع المقاطعة ومراجعتها عند طلبك لذلك.
- طلب جلسة استماع بالولاية في غضون 90 يومًا في حالة عدم اتفاقك مع المقاطعة في شيء يخص حالتك. في حالة طلبك لعقد جلسة استماع قبل اتخاذ أي إجراء بخصوص حالتك، فقد تظل مزاياك كما هي حتى موعد جلسة الاستماع أو نهاية فترة مصادقتك أيهما يحدث أولاً. يمكنك أن تطلب من المقاطعة عدم تغيير مزاياك إلا بعد جلسة الاستماع لتجنب إعادة سداد أي مزايا زائدة. وإذا حكم قاضي القانون الإداري لصالحك، فسوف تسدد لك المقاطعة أي مزايا مخصومة.
- أسأل 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 1-800-952-8349 (TDD). 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 في التسجيل للتصويت.
- الإبلاغ عن التغييرات غير المطلوب الإبلاغ عنها، إذا كان من المحتمل أن تنتج عنها زيادة مزاياك في برنامج CalFresh أو الإعانة النقدية.
- 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 (ممثّل مفوض).
- يحق لك أيضاً طلب الدعم الطبي والحصول عليه من برنامج Medi-Cal للزوج/ الزوجة أو لأحد الوالدين. إذا كنت تعتقد أن التعاون من أجل الحصول على الدعم الطبي سوف يؤذيك أو يؤذي أطفالك، يمكنك أن تخطر Medi-Cal ويحق لك عدم التعاون.

يُرجى الاستلام والحفظ في سجلاتكم

يعد كل من تقديم معلومات خاطئة أو مزيفة، أو عدم تقديم معلومات كاملة في محاولة للحصول على مزاييا CalFresh أو الإعانة النقدية أو مزاييا ميدي-كال 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. في حالة القيام بأي من هذه الأعمال للحصول على مستحقات تزيد عن \$ 950 وأنت غير مستحق لذلك، فقد تتهم في جنائية.

<p>فسوف يؤدي ذلك إلى ...</p> <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 \$ 25000، أو السجن لمدة تصل إلى 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 شخصاً 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
<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"> استبدال مزاييا CalFresh بالمواد الممنوع الاتجار فيها مثل المخدرات 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
<p>فسوف يؤدي ذلك إلى ...</p> <ul style="list-style-type: none"> فقد معونتي النقدية دفع غرامة تصل إلى \$ 10000 أو السجن/ الحبس لمدة 5 أعوام فقد الإعانة النقدية لمدة 6 أشهر، أو 12 شهراً، أو 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"> اتهامي بالخرق المتعمد للبرنامج عدم اتباع قواعد الإعانة النقدية إدائتي 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 أو الرعاية الصحية من أجل الأشخاص 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 أو الرعاية الصحية لابنهما المواطن الأمريكي أو الوالدان 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 الذين 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 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 المزاييا. ستحتاج المقاطعة إلى معرفة معلومات عن قيمة دخلهم ومصدره لتحديد المزاييا الخاصة بأسرتك بشكل صحيح. لن تتواصل الشركة مع مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة بشأن الأفراد الذين لم يتقدموا بطلب للمزاييا.

استخدام أرقام الضمان الاجتماعي (SSN)

CalFresh والإعانة النقدية: على كل فرد يتقدم بطلب الحصول على مزاييا CalFresh أو الإعانة النقدية أن يقدم رقم ضمان اجتماعي، إذا كان لديه، أو إثباتاً بتقدمه لطلب رقم ضمان اجتماعي (مثل خطاب مرسل من مكتب الضمان الاجتماعي). قد يتم رفض طلبك أو طلب أي فرد من الأسرة في حالة عدم وجود رقم ضمان اجتماعي. يجوز لبعض الأشخاص عدم تقديم رقم ضمانهم الاجتماعي للحصول على المساعدة مثل ضحايا العنف المنزلي وشهود الإثبات على الجرائم وضحايا الاتجار. برنامج التغطية الصحية/ Medi-Cal: إذا كان لديك رقم ضمان اجتماعي وترغب في الحصول على تغطية صحية، فنحن في حاجة إلى معرفة رقم الضمان الاجتماعي. قد يكون من المفيد أن تقدم رقم ضمانك الاجتماعي وإن كنت لا ترغب في التغطية الصحية إذ يساعد ذلك في إسرار عملية معالجة نموذج الطلب. نستخدم رقم الضمان الاجتماعي في التحقق من الدخل ومعلومات أخرى لمعرفة الأشخاص المستحقين للمساعدة في تكاليف التغطية الصحية. إذا كان هناك من يريد المساعدة للحصول على رقم ضمان اجتماعي، يُرجى الاتصال على 1-800-772-1213 أو زيارة الموقع الإلكتروني: www.socialsecurity.gov

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 تُخفف 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 الأمر أنك حصلت على مزايا نقدية أكثر مما ينبغي أن تحصل عليه. ومثلما هو مقرر بالنسبة لمزايا برنامج CalFresh، سيكون لزامًا عليك إعادة هذه المزايا الزائدة حتى إذا كان ذلك بسبب خطأ من المقاطعة أو لم تكن الزيادة متعمدة. قد تُخفف 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 إجراءات الحكومة الفيدرالية للتحصيل.

الإبلاغ

يجب أن تقوم كل أسرة تحصل على المزايا 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 مزاياك. يمكنك أيضًا أن تبلغ عن التغييرات التي قد تنتج عنها 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 يومًا من تاريخ اتخاذ إجراء من قبل المقاطعة وينبغي ذكر سبب طلب عقد الجلسة. سيتضمن إخطار الموافقة أو الرفض المستلم من المقاطعة معلومات عن طلب الطعن. في حالة طلبك لعقد جلسة الاستماع قبل وقوع الإجراء، فقد تتمكن من الإبقاء على مزايا CalFresh أو إعانتك النقدية كما هي لحين اتخاذ قرار.

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 أي معلومات قدمتها للمقاطعة. لن تفتح 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 تُستخدم هذه المعلومات لمراقبة الامتثال بقواعد البرنامج وإدارته. قد تشارك المقاطعة هذه المعلومات مع الهيئات الأخرى بالولاية أو مثلتها 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 المساعدة في سداد التغطية الصحية. ستتحقق المقاطعة من إجاباتك باستخدام المعلومات المسجلة لدى قواعد البيانات الإلكترونية بالولاية ومثلتها الفيدرالية إضافة إلى قواعد بيانات كل من خدمات الإيرادات الداخلية (IRS)، أو إدارة الضمان الاجتماعي، أو وزارة الأمن الوطني أو هيئة بلاغات المستهلكين. وفي حالة عدم تطابق المعلومات، ستطلب المقاطعة إرسال إثبات.

عدم التمييز

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

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

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 هي صاحب عمل يعمل على أساس تكافؤ الفرص. الفرص.

قواعد العمل لبرنامج CalFresh

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

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

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 تخطر المقاطعة إذا ما كنت معفيًا من المشاركة في برنامج رفاهية العمل. في حالة عدم قيامك بالعمل الموكل إليك فقد يتم خفض الإعانة النقدية أو وقفها.

(برنامج فرص العمل والمسؤولية تجاه الأطفال) 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 الإلتزام بهذه القواعد، فلن يجري إصدار أي مزايا إلى الأسرة بأكملها. تكون البصمات/ الصور سرية وتستخدم فقط لمنع أو ملاحقة عمليات الاحتيال على خدمات الرعاية الاجتماعية.

كيف أحصل على/ أستفيد من مزاياي؟ CalFresh والإعانة النقدية:

- سوف ترسل لك المقاطعة خطابًا أو تعطيك بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية. سيتم تسجيل المزايا المستحقة لك على البطاقة عند مصادقة نموذج الطلب الخاص بك. وقع على البطاقة عند استلامها. حدد رقم تعريف شخصي للحصول على الأموال النقدية من ماكينات الصراف الآلي أو لشراء الطعام أو الأمور الأخرى.
- في حالة فقدان بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية أو سرقها أو تلفها أو اعتقادك بمعرفة أحد الأشخاص برقم التعريف الشخصي الخاص بك وأنت لا ترغب في أن يستخدم مزاياك، اتصل على 328-9677-9677 (877) أو اتصل بالمقاطعة مباشرة لتقديم بلاغ بالحالة وتغيير رقم التعريف الشخصي الخاص بك. تأكد من أن جميع الأشخاص البالغين المسؤولين وممثلك المفوض يعلمون أيضًا كيفية الإبلاغ عن هذه المشكلات مباشرة. لن يجري استبدال أي مزايا مسحوبة من حسابك قبل الإبلاغ عن فقد أو سرقة بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية أو رقم التعريف الشخصي.
- 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 لا يندرج تحت مسمى الغذاء (مثل معجون الأسنان أو الصابون أو المناديل الورقية).
- تُقبل مزايا CalFresh في أغلبية محلات البقالة والأماكن الأخرى التي تبيع الأطعمة. يمكنك الحصول على الإعانة النقدية من معظم المحلات وماكينات الصراف الآلي. قد تخصص بعض ماكينات الصراف الآلي رسومًا. قد تُخصم منك رسوم أيضًا في حالة استخدام ماكينة صراف آلي للحصول على أموال نقدية بعد السحب ثلاث مرات. للاطلاع على قائمة الأماكن 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 CalFresh عليك أنت وأعضاء أسرتك فقط، و 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 تعط رقم التعريف الشخصي الخاص بك لأحد. لا تحتفظ برقم التعريف الشخصي مع بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية.
- سيعيد أي استخدام لبطاقة تحويل المزايا الإلكترونية، من قبلك أو من قبل أحد أعضاء أسرتك أو ممثلك المفوض أو أي شخص آخر قمت طواعية بإعطائه بطاقتك ورقم تعريفك الشخصي، قد تم بموافقتك ولن يجري استبدال المزايا المسحوبة من حسابك.

Medi-Cal والرعاية الصحية:

- بالنسبة لبرنامج Medi-Cal، سوف تحصل على بطاقة مزايا تعريفية (BIC).
- وقع على بطاقة المزايا التعريفية عند استلامها واستخدمها فقط عند احتياجك لخدمات الرعاية الصحية.
- 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 استخدامك لبرنامج 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 عالجك 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.

المساعدة العامة والإغاثة العامة:

- المساعدة العامة والإغاثة العامة هما برنامجان تديرهما المقاطعة للبالغين بدون أطفال. ستطلعك المقاطعة على حقوقك ومسؤولياتك وقواعد البرنامج عند تقدمك بطلب للإشتراك في أحد هذين البرنامجين.

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 للإجابة على سؤال (أسئلة)، فقم بإرفاق بضعة أوراق لتقديم المعلومات. ويُرجى التأكد من تحديد السؤال الذي تكتب عنه في الأوراق الإضافية.

1. المعلومات الخاصة بمقدم الطلب

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

ما هي البرامج التي تتقدم للحصول عليها؟

CalFresh المساعدة النقدية التغطية الصحية أخرى

هل أنت مشرد (بلا مأوى)؟ نعم لا إذا كانت إجابتك نعم، 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.

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 يقل إجمالي دخل الأسرة عن \$ 150 وهل يبلغ إجمالي النقد الحاضر وحسابات الشيكات والادخار \$ 100 أو أقل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل توقفت الخدمات الخاصة بك أو لديك إشعار بالتوقف عن العمل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تقل الموارد النقدية وإجمالي الدخل المجمع عن الخدمات والرهن/التأجير المجمع؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل سينفذ طعامك في غضون 3 أيام أو أقل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل أسرتك من الأسر العاملة في الزراعة الموسمية/غير المستقرة ولا يتجاوز ما تملكه من موارد نقدية عن \$ 100؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تحتاج إلى مساعدة في التنقل للحصول على الطعام أو الملابس أو الرعاية الطبية أو العناصر الأخرى اللازمة للطوارئ؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل لديك إشعار بالإخلاء أو إشعار بسداد الإيجار أو المغادرة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تحتاج ملابس ضرورية مثل حفاضات أو ملابس مطلوبة 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 في أسرتك من لديه حالة شخصية طارئة؟ نعم لا ؟ إذا كان جوابك نعم، فحدد المربع: الحمل الحاجة الطبية الفورية إساءة معاملة الأطفال إساءة التعامل في المنزل إساءة معاملة المسنين حالات طوارئ أخرى تهدد الصحة والسلامة. اشرح:

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 الموجودة في هذا الطلب.
- أن أي إجابات أدليت بها من الصفحة 1 وحتى الصفحة 17 والملحقات من أ إلى هـ للبرنامج SAWS 2 Plus صحيحة وحقيقية 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 إخفاءها أو الامتناع عن قولها لإقرار مدى الاستحقاق يُعد احتيالياً وأني قد أخضع للعقوبات بموجب القانون الفدرالي في حال تقديم معلومات غير صحيحة أو زائفة. يمكن أن يؤدي الاحتيال إلى رفع قضية ضدي أو قد يتم منعي لفترة (أو مدى الحياة) من الحصول على إعانات CalFresh الغذائية 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 لهيئة Medi-Cal في الحصول على أي أموال من التأمينات الصحية الأخرى أو التسويات القانونية أو الأطراف الخارجية الأخرى.

توقيع مقدم الطلب، أحد الأقارب القائم بالرعاية (أو عضو الأسرة البالغ سن الرشد/ ممثل مفوض/ الوصي)	التاريخ
*إذا كان لديك ممثل مفوض، يُرجى إكمال السؤال الثاني في الصفحة التالية.	
توقيع الزوج/الزوجة، أو الوالد الآخر، أو أحد الأشخاص البالغين المساعدين الآخرين، أو شريك مسجل ومقيم في المنزل	التاريخ

2. الممثل المفوض من الأسرة

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

هل تريد تحديد شخص يساعدك في الحصول على مستحقات برنامج CalFresh الخاصة بك؟ نعم لا

إذا كان جوابك نعم، فأكمل القسم التالي:

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

2a. الممثلون المفوضون للحصول على التأمين الصحي

يمكنك إعطاء إذن لشخص موثوق به للتحدث حول طلبك للحصول على التأمين الاجتماعي والاطلاع على المعلومات الخاصة بك والقيام مقامك في الأشياء المتعلقة بهذا الجزء من الطلب. هل تريد اختيار ممثل مفوض للتعامل مع جزء التأمين الصحي من طلبك؟ نعم لا إذا كان جوابك نعم، فاملأ المعلومات الموجودة في الملحق C.

3. هل أنت أو أي فرد من عائلتك من مواطني أمريكا أو الهند أو ألاسكا الأصليين؟ نعم لا

إذا كانت إجابتك نعم، يُرجى الانتقال إلى الملحق ب للحصول على الأسئلة الإضافية.

الجنس/العرق

المعلومات المتعلقة بالجنس والعرق اختيارية. من المرجو التأكد من تقديم الإعانات بغض النظر عن العرق أو الجنس أو الانتماء الوطني. لن تؤثر إجابتك 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.

هل أنت من أصل إسباني أو لاتيني؟	إذا كنت من أصل إسباني أو لاتيني، فهل تعتبر نفسك
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> مكسيكيًا <input type="checkbox"/> بورتوريكيًا <input type="checkbox"/> كوبيًا <input type="checkbox"/> غير ذلك

الأصل الجنسي/العرق

أبيض مواطن أمريكي أو هندي أو الأسكي 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 لاوسي

جنسية آسيوية أخرى (يُرجى التحديد) _____

سكان ولاية هاواي أو سكان جزر المحيط الهادئ (عند التحديد، يُرجى تحديد واحد أو أكثر مما يلي): سكان هاواي

جوامي أو ساموري ساموي

4. تفضيل المقابلة الشخصية

سيُتبعن عليك إجراء مقابلة شخصية مع ممثلي المقاطعة لمناقشة طلبك واستلام الإعانة النقدية أو مستحقات CalFresh. يتم عادة إجراء المقابلات الخاصة ببرنامج CalFresh دائماً عبر الهاتف ما لم يمكنك إجراء المقابلة الشخصية عند تقديم الطلب الخاص بك لممثلي المقاطعة بشكل شخصي أو إذا كنت تفضل المقابلة الشخصية. 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 كنت تحتاج إلى بعض الترتيبات الأخرى بسبب الإعاقَة.

5. البرامج الأخرى

هل تلقي أي فرد في أسرتك مساعدة عامة (مساعدة مؤقتة للعائلات المحتاجة والمساعدة المؤقتة للعائلات القبلية المحتاجة وبرنامج Medicaid (للعناية الطبية) وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية [SNAP [food stamps]، المساعدة العامة/الإغاثة العامة وهكذا؟ نعم لا

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

6. معلومات حول الأسرة: البالغون

أكمل المعلومات التالية الخاصة بجميع البالغين في المنزل. في حال التقدم بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية، قم بتضمين أي بالغين تمت إضافتهم إلى الإقرار الضريبي الخاص بك. إذا كنت تتقدم للحصول على الإعانة النقدية ويوجد أكثر من شخص بالغ في أسرتك ممن يتقدم لطلب الإعانة النقدية أو يكون له طفل يتقدم للحصول على الإعانة، يُرجى الذهاب إلى الملحق د من أجل الإجابة على أسئلة إضافية.

بالنسبة لغير السكان الأصليين الذين تتقدم لهم، يُرجى إكمال الأسئلة الإضافية 6e و 6f.

رقم الضمان الاجتماعي رقم الضمان الاجتماعي رقم الضمان الاجتماعي رقم الضمان الاجتماعي رقم الضمان الاجتماعي	أجب السؤال أدناه فقط الخاص بكل شخص متقدم للحصول على الإعانات. مواطن أو فرد أمريكي (حدد نعم أو لا) إذا كانت الإجابة لا، فأكمل السؤال 6e.	من ذوي الاحتياجات الخاصة (حدد إذا كانت الإجابة نعم)	طالب متفرغ (حدد إذا كانت الإجابة نعم)	الحالة الاجتماعية					النوع (ذكر أو أنثى)	تاريخ الميلاد	من الشخص المرتبط بك؟	الاسم (الأخير والأول والأوسط)	التقدم بطلب الحصول على الإعانات (حدد كل نوع)			
				أرملة	مطلقة	منفصل	متزوج	غير					لا يوجد	برنامج Medi-Cal (الوصفات الطبية) الرعاية الصحية	المساعدة النقدية	Calfresh
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* تتضمن الإعانة النقدية أيضًا برنامج المساعدة العامة وبرنامج الإعانة العامة.

6a. هل يمتلك كل فرد مدرج في السؤال 6 نفس معلومات جهات الاتصال؟ نعم لا إذا كان الإجابة لا، يُرجى ملء معلومات جهة الاتصال أدناه.

الاسم (الأول والأوسط والأخير)	عنوان المنزل (الشارع)	الشقة #	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم هاتف المنزل	العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عما سبق)	الشقة #	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
هاتف العمل/هاتف بديل	عنوان البريد الإلكتروني (اختياري)				
الاسم (الأول والأوسط والأخير)	عنوان المنزل (الشارع)	الشقة #	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم هاتف المنزل	العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عما سبق)	الشقة #	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
هاتف العمل/هاتف بديل	عنوان البريد الإلكتروني (اختياري)				

6b. معلومات حول الأسرة: الأطفال

أكمل المعلومات التالية الخاصة بجميع الأطفال في المنزل. في حال التقدم بطلب للحصول على تغطية الرعاية الصحية، قم بتضمين أي أطفال تمت إضافتهم إلى الإقرار الضريبي الخاص بك.
بالنسبة لغير السكان الأصليين الذين تتقدم لهم، يُرجى إكمال الأسئلة الإضافية 6e و 6f.

رقم الضمان الاجتماعي	رقم الضمان الاجتماعي	أجب السؤال أدناه فقط فيما يتعلق بكل شخص يتقدم للحصول على الإعانات.	هل لديك صور محدثة؟ حدد إذا كانت الإجابة نعم	طالب منفرد (حدد إذا كانت الإجابة نعم)	حدد جميع الحالات التي تنطبق على أحد والدي الطفل أو كليهما					الجنس (ذكر / أنثى)	مكان ميلادك	تاريخ الميلاد	من هو الشخص المرتبط بك؟	الاسم (الأخير والأول والأوسط)	التقدم بطلب الحصول على الإعانات (حدد كل نوع)			
					لا يوجد	متوفى	من ذوي الاحتياجات الخاصة	غير عامل	ليس في المنزل						لا يوجد	Medi-Cal برنامج (للموظفات الطبية) الرعاية الصحية	المساعدة النقدية	CalFresh
		مواطن أو فرد أمريكي (حدد نعم أو لا) إذا فأكمل السؤال 6e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6c. معلومات حول الضمان الاجتماعي

هل أي شخص يتقدم للحصول على الإعانة لديه رقم ضمان اجتماعي؟ نعم لا في حال كانت الإجابة لا، فاملأ المعلومات أدناه.
إننا نحتاج إلى رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد يتقدم للحصول على الإعانة. هناك بعض الاستثناءات للأشخاص الذين يعتبرون ضحايا للعنف المحلي أو الجرائم الأخرى مثل الاتجار بالبشر. إذا كنت تحتاج إلى مساعدة للحصول على رقم الضمان الاجتماعي، فاتصل على 1-800-772-1213 أو قم بزيارة الموقع التالي عبر الإنترنت على www.socialsecurity.gov.

التقدم بطلب للحصول على رقم الضمان الاجتماعي	أسباب عدم امتلاك رقم ضمان اجتماعي	الاسم
هل تقدم هذا الشخص بطلب للحصول على رقم الضمان الاجتماعي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> يكون الشخص طفلاً إذا كان عمره أقل من عام. <input type="checkbox"/> أن يكون ضد ديانة هذا الشخص. <input type="checkbox"/> هذا الشخص غير مؤهل للحصول على رقم الضمان الاجتماعي. <input type="checkbox"/> غير ذلك _____	
هل تقدم هذا الشخص بطلب للحصول على رقم الضمان الاجتماعي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> يكون الشخص طفلاً إذا كان عمره أقل من عام. <input type="checkbox"/> أن يكون ضد ديانة هذا الشخص. <input type="checkbox"/> هذا الشخص غير مؤهل للحصول على رقم الضمان الاجتماعي. <input type="checkbox"/> غير ذلك _____	

6d. هل خدم أي شخص في الخدمة العسكرية للولايات المتحدة أو هل هو زوج

أو والد أو طفل لشخص كان بالخدمة؟ نعم لا

في حالة الإجابة نعم، يُرجى ملء المعلومات أدناه. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

تواريخ الخدمة	هل حصل على تسريح مشرف؟	الحالة (✓)	هل أنت مواطن أمريكي؟	الاسم
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الخدمة الفعلية <input type="checkbox"/> جندي <input type="checkbox"/> زوج أو والد أو طفل لشخص قيد الخدمة الفعلية أو جندي <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الخدمة الفعلية <input type="checkbox"/> جندي <input type="checkbox"/> زوج أو والد أو طفل لشخص قيد الخدمة الفعلية أو جندي <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	

6e. معلومات حول غير المواطنين - يُرجى إكمال المعلومات الخاصة بغير المواطنين الذين تتقدم لهم.

الاسم	تاريخ الدخول إلى الولايات المتحدة الأمريكية (إذا كان معروفًا)	هل يتمتع هذا الشخص بوضع هجرة قانوني؟ إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تقديم رقم ومستند الهجرة.	هل يعيش هذا الشخص في الولايات المتحدة الأمريكية بشكل مستمر منذ عام 1996؟	هل هذا الشخص مواطن متجنس؟	مكفول؟ (حدد نعم أو لا) إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل السؤال 6f
		نوع المستند:	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
		رقم المستند:			
		نوع المستند:	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
		رقم المستند:			
		نوع المستند:	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
		رقم المستند:			

هل عمل أي فرد من المدرجين أعلاه 10 سنوات على الأقل؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فقل 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؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فقل من؟

نعم لا

هل قام أي شخص بتغيير وضع الهجرة الخاص به في آخر 12 شهرًا؟

في حال كانت الإجابة نعم، يُرجى ملء المعلومات أدناه.

إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

الاسم	ما الذي تم تغييره؟	تاريخ التغيير	رقم الأجنبي (إن أمكن)

6f. معلومات حول الأجنب المكفولين - يُرجى إكمال المعلومات الخاصة بغير المواطنين الذين تتقدم لهم.

هل قام الكفيل بتوقيع 864-1؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على بقية السؤال.
إذا قام الكفيل بتوقيع 134-1 فانتقل إلى السؤال التالي.

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

6g. هل لدى أي شخص مدرج في السؤال 6 تحت سن 21، والدًا لا يعيش في المنزل؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى إدراج اسم الطفل (الأطفال) واسم الوالد الذي لا يعيش في المنزل.

إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

اسم الطفل	اسم الوالد (الوالدين) الذي لا يعيش في المنزل
اسم الطفل	اسم الوالد (الوالدين) الذي لا يعيش في المنزل

6h. هل يعيش أي فرد من السؤال 6 مع طفل واحد على الأقل تحت سن 19 وهل هو الشخص الأساسي الذي يتولى رعاية الطفل؟

نعم لا إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي. إذا كانت الإجابة نعم، فقل من؟

6i. هل يعاني أي شخص مدرج هنا في السؤال 6 من إعاقة بدنية أو عقلية أو حسية أو نمائية تتسبب في تقييد الأنشطة (مثل الاستحمام

وارتداء الملابس والأعمال الروتينية اليومية)؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى سرد أسماء الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل

إلى السؤال التالي.

الاسم: _____ الاسم: _____

6j. أكمل لكل شخص معاق تم ذكره في السؤال 6.

اسم الشخص	هل يحتاج هذا الشخص إلى مساعدة في أنشطة المعيشة اليومية من خلال مساعدة شخصية أو مرفق طبي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فاشرح:
من المتوقع أن تستمر الإعاقة لمدة: <input type="checkbox"/> 30 يومًا أو أكثر <input type="checkbox"/> 12 شهرًا أو أكثر	هل يعمل هذا الشخص ولديه نفقات طبية يحتاج إليها لمساعدته في الحفاظ على عمله؟ على سبيل المثال، كرسي متحرك أو دعائم الأرجل للمساعدة على السير وهكذا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الشرح.
هل يحتاج هذا الشخص إلى رعاية حتى يتمكن شخص آخر من العمل أو الذهاب إلى المدرسة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل هذا الشخص في مرفق طبي أو دار رعاية للمسنين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فما هو اسم المرفق الطبي أو دار الرعاية؟
اسم الشخص	هل يحتاج هذا الشخص إلى مساعدة في القيام بأنشطة المعيشة اليومية من خلال مساعدة شخصية أو مرفق طبي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فاشرح:
من المتوقع أن تستمر الإعاقة لمدة: <input type="checkbox"/> 30 يومًا أو أكثر <input type="checkbox"/> 12 شهرًا أو أكثر	هل يعمل هذا الشخص ولديه نفقات طبية يحتاج إليها لمساعدته في الحفاظ على عمله؟ على سبيل المثال، كرسي متحرك أو دعائم الأرجل للمساعدة على السير وهكذا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الشرح.
هل يحتاج هذا الشخص إلى رعاية حتى يتمكن شخص آخر من العمل أو الذهاب إلى المدرسة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل هذا الشخص في مرفق طبي أو دار رعاية للمسنين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فما هو اسم المرفق الطبي أو دار الرعاية؟

6k. هل هناك طفل أو شخص معاق في الأسرة يحتاج إلى رعاية من عضو آخر بالأسرة؟

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

6a. الطلاب

هل يذهب أي شخص يتقدم للحصول على الإعانات إحدى الكليات أو المدارس المهنية؟ نعم لا

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

اسم الشخص	اسم المدرسة/التدريب	حالة التسجيل (✓ حدد واحدًا)	هل يعمل؟
		<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: _____	متوسط ساعات العمل في الأسبوع: _____

6m. من بين الأشخاص المدرجين في السؤال 6 أو 6b، هل هناك من هي حامل أو من هو والد/والدة في سن المراهقة؟ نعم لا

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

الاسم	هل هذا الشخص تحت سن 20؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل هذا الشخص والد في سن المراهقة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	حالة المدرسة إذا كان تحت سن 20 <input type="checkbox"/> الشهادة الثانوية <input type="checkbox"/> لديه شهادة تطوير التعليم العام <input type="checkbox"/> يذهب إلى المدرسة بانتظام <input type="checkbox"/> لا يذهب إلى المدرسة بانتظام (اشرح السبب):	تاريخ الاستحقاق (إذا كان معلومًا) كم عدد الأطفال المتوقع وضعهم خلال فترة الحمل هذه؟
الاسم	هل هذا الشخص تحت سن 20؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل هذا الشخص والد في سن المراهقة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	حالة المدرسة إذا كان تحت سن 20: <input type="checkbox"/> الشهادة الثانوية <input type="checkbox"/> لديه شهادة تطوير التعليم العام <input type="checkbox"/> يذهب إلى المدرسة بانتظام <input type="checkbox"/> لا يذهب إلى المدرسة بانتظام (اشرح السبب):	تاريخ الاستحقاق (إذا كان معلومًا) كم عدد الأطفال المتوقع وضعهم خلال فترة الحمل هذه؟

6n. هل حصل أي فرد على مكافأة أو عقوبة نقدية أو مساعدة برعاية الطفل أو المواصات أو أي خدمة أخرى من برنامج Cal-Learn؟ نعم لا

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

الاسم	أين (المقاطعة)	تاريخ (تواريخ) الاستلام

6o. هل كان أي شخص من المذكورين في السؤال 6 في دار رعاية بديلة من قبل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الشرح.

الاسم:	متى:	الحالة:	هل يبلغ هذا الشخص 26 عامًا أو أقل و كان في دار الرعاية البديلة في عيد ميلاده الثامن عشر؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
الاسم:	متى:	الحالة:	هل يبلغ هذا الشخص 26 عامًا أو أقل و كان في دار الرعاية البديلة في عيد ميلاده الثامن عشر؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

6p. هل هناك طفل ربيب (رعاية بديلة) يعيش حالياً في منزلك؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فقل من؟
يُرجى إجابة الأسئلة التالية بشأن أطفال الرعاية البديلة:

نعم لا
 نعم لا

هل تم وضع هؤلاء الأطفال في منزلك بناء على أمر إعالة من المحكمة؟
هل تريد حساب أطفال الرعاية البديلة ضمن برنامج CalFresh الخاص بك؟
إذا كانت الإجابة نعم، فسيتم احتساب دخل الكفالة الذي تتسلمه كدخل غير مكتسب.
إذا كانت الإجابة لا، فلن يتم احتساب دخل الكفالة الذي تتسلمه كدخل غير مكتسب.

6q. هل يعيش أي فرد من المدرجين في السؤال 6 في كاليفورنيا ومن المتوقع أن يواصل العيش بها؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة لا، يُرجى الشرح.

6r. هل يخطط أي شخص من المدرجين في السؤال 6 لمغادرة كاليفورنيا لفترة تتعدى 30 يوماً؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الشرح.

الاسم	متى تخطط للمغادرة؟	هل يخطط هذا الشخص للعودة إلى كاليفورنيا؟
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة نعم، فقل متى
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل يخطط هذا الشخص للعودة إلى كاليفورنيا؟
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة نعم، فقل متى

7. الربح غير المكتسب
هل حصل أي فرد على دخل لم يكتسبه من العمل (غير مكتسب)؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال.
إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

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

- إعاقة خاصة بالضمان الاجتماعي
- برنامج الضمان الحكومي التكميلي/دخل الضمان التكميلي
- المساعدة النقدية
- CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI/RCA
- الغرفة والإقامة (من مستأجر)
- المعاش
- دعم الطفل/الزوج
- إيجاري/ حقوق ملكية
- إعانات التاجين أو استحقاقات التقاعد في إطار
- الضمان الاجتماعي
- مدفوعات نصيب الفرد
- دراسة عملية/برنامج welfare to work أو برنامج آخر

- مبيعات السندات والعقود وصكوك الائتمان
- وسندات السحب
- دخل/إعانات تعليم المحاربين
- تقاعد أو إعاقة حكومية/ خاصة بالسكة الحديد
- إعانات المحاربين أو معاش القوات المسلحة
- المساعدات المالية (منح مدرسية/قروض/بعثات)
- منح مالية أو قروض أخرى
- التأمين ضد البطالة/تأمين الإعاقة الخاص بالولاية (SDI)
- تعويضات العمال
- ربح الصيد/الزراعة

- مكاسب المقامرة/اليانصيب
- المساعدة بالإيجار/الطعام/الملابس
- التأمين/التسويات القانونية
- التقاعد أو الإعاقة الخاصة
- إيرادات الفوائد والأرباح
- إعانات الإضرابات
- غير ذلك

الشخص الذي يحصل على المال؟	من أين؟	مقدار المبلغ؟	معدل تكرار الاستلام؟ (مرة أو أسبوعياً أو شهرياً أو غير ذلك)	هل يتوقع الاستمرار؟ (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:

8. الدخل المكتسب

هل يحصل أي شخص على دخل من وظيفة (دخل مكتسب)؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

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

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 عمل موسمي مؤقت أو تدريب وقد تكون هناك أمثلة ليست مذكورة هنا):

- رواتب
- العمولات
- إكراميات
- رواتب
- دراسة عملية (الطلاب)
- تشمل أي وظائف بأجر ساعدتك المقاطعة في الحصول عليها.

الشخص العامل	اسم صاحب العمل وعنوانه	رقم هاتف صاحب العمل	معدلات الأجر في الساعة	متوسط ساعات العمل في الأسبوع	معدل تكرار الدفع؟ (مرة واحدة أسبوعيًا/ شهريًا، غير ذلك)	إجمالي الدخل المكتسب المستلم هذا الشهر؟	هل يتوقع الاستمرار؟ (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

في السنة الأخيرة؟ نعم لا

هل ساعدت المقاطعة الشخص في الحصول على وظيفة؟ نعم لا

تاريخ فقدان الوظيفة أو تركها أو تغييرها	تاريخ آخر راتب	ما السبب؟	هل شارك أي شخص في إضراب؟	إذا كانت الإجابة نعم، فقل من؟	تاريخ إعلان الإضراب	تاريخ آخر راتب	ما السبب؟
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				

8a. العمل للحساب الشخصي الخاص

يجوز لأفراد الأسرة الذين يعملون لحسابهم اقتطاع نفقات العمل لحسابهم الفعلي (أو اقتطاع 40% من دخل العمل الفردي بالنسبة لبرنامج CalFresh أو الإعانة النقدية). بالنسبة للمساعدة النقدية، يمكنك أيضًا اختيار استخدام متوسط شهري (تكاليف تجارية سنوية مقسمة على 12 شهرًا). في حال اختيار النفقات الفعلية، يتعين عليك إدراج نفقاتك التجارية في ورقة منفصلة.

الشخص الذي يعمل لحسابه الخاص	اسم العمل التجاري	نوع العمل التجاري	تاريخ بدء العمل التجاري	إجمالي الدخل الشهري	نفقات عمل الشخص لحسابه (يُرجى 4 تحديد واحد)	* صافي الدخل الشهري
				\$	40% معدل ثابت (CalFresh/الإعانة النقدية) <input type="checkbox"/> النفقات الفعلية \$ <input type="checkbox"/> المتوسط الشهري \$ <input type="checkbox"/>	\$
				\$	40% معدل ثابت (CalFresh/الإعانة النقدية) <input type="checkbox"/> النفقات الفعلية \$ <input type="checkbox"/> المتوسط الشهري \$ <input type="checkbox"/>	\$
				\$	40% معدل ثابت (CalFresh/الإعانة النقدية) <input type="checkbox"/> النفقات الفعلية \$ <input type="checkbox"/> المتوسط الشهري \$ <input type="checkbox"/>	\$

* صافي الدخل الشهري عبارة عن إجمالي الدخل الشهري مطروح منه النفقات.

9. مصدر آخر للدخل

هل يحصل أي فرد على مسكن أو إيجار أو مرافق أو طعام أو ملابس بشكل مجاني أو مقابل عمل؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال.
إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

البند الذي يحصل عليه	مجانًا	مقابل عمل	من الذي يحصل على هذا البند؟	القيمة	من الذي يقدم هذا البند؟
المسكن أو الإيجار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
المرافق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
الطعام	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
الملابس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	

10. الدخل السنوي

هل يتغير إجمالي دخل أي فرد (مكتسب وغير مكتسب و العمل الحر) من شهر إلى شهر؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال.
إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

اسم الشخص	ماذا سيكون إجمالي دخله هذا العام؟	كم سيبلغ مقدار إجمالي دخله في السنة القادمة (إذا كنت تعتقد أنه سيكون مختلفًا)؟
	\$	\$
	\$	\$

11. نفقات الرعاية للبالغين/الأطفال بالأسرة (المبلغ الفعلي للتكلفة المتكبدة في حال السماح باقتطاع النفقات فعليًا).

هل يدفع أي فرد للحصول على رعاية طفل أو بالغ من ذوي الاحتياجات الخاصة أو غيرهم من المعالين حتى تتمكن أنت أو أي شخص آخر من الذهاب إلى 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.

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

هل يساعدك أي فرد في الأسرة على دفع جميع تكاليف رعاية البالغين/الأطفال المذكورة أعلاه أو جزء منها؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل ما يلي.

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

12. مدفوعات إعالة الطفل

هل هناك أي فرد من المدربين أعلاه في السؤال 6 ملزم قانونيًا بدفع نفقة إعالة الطفل، بما في ذلك أي نفقة إعالة للطفل بأثر رجعي؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال.
إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

من يدفع نفقة إعالة الطفل؟	اسم الأطفال الذين يتم دفع نفقة إعالة الطفل من أجلهم:	المبلغ المدفوع؟	معدل تكرار الدفع؟ (أسبوعيًا/ شهريًا، غير ذلك)
		\$	
		\$	

13. نفقة الزوجة/نفقة الزوجة المطلقة

هل هناك أي فرد مدرج في السؤال 6 ملزم قانونيًا بدفع نفقة الزوجة/نفقة الزوجة المطلقة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على الأسئلة أدناه.
إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

معدل التكرار؟ (أسبوعيًا/ نصف شهريًا/ شهريًا، غير ذلك)	المبلغ المدفوع؟	من الذي يدفع نفقة الزوجة/نفقة الزوجة المطلقة؟
	\$	
	\$	

14. نفقات الاحتياجات الخاصة

هل لدى أي فرد حالة طبية خاصة تتطلب أي مما يلي؟

نظام غذائي خاص موصوف من جانب الطبيب؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الاحتياجات الأخرى الخاصة؟ (يُرجى التحديد)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هاتف خاص أو معدات أخرى؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	يُرجى إدراج اسم الشخص ذي الحاجة الخاصة وشرح:	
عمل منزلي (لا يوجد أحد بالمنزل يمكنه القيام به)؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
استخدام مكثف للمرافق؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
خدمة الغسيل الخاصة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

15. نفقات الأسرة

هل هل يتحمل أي فرد ممن يشتري معك الطعام ويقوم بتحضيره أي نفقات خاصة بالأسرة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال.
إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

ملاحظة: لا تقم بإدخال المبالغ المدفوعة من خلال خدمات الإسكان مثل الإسكان والتنمية الحضرية أو القسم 8. تُعد التدفئة والهاتف والمرافق الأخرى وملاجئ المشردين إعانات مدمجة، وليس من الضروري إضافة معلومات حول المبلغ الفعلي المستحق.

نوع النفقات	هل لديك نفقات؟	من يقوم بالدفع؟	المبالغ المستحقة	معدل تكرار الدفع؟ (شهريًا/أسبوعيًا)
قسط الإيجار أو المنزل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		\$	
الضرائب العقارية والتأمينات (إذا كان يتم دفعها 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 منفصلاً عن الإيجار أو الرهن)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
الهاتف/الهاتف الخليوي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
نفقة ملاجئ المشردين	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
المياه، الصرف، القمامة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل يساعدك أي فرد ليس من أسرتك في دفع النفقات المذكورة أعلاه؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	من يساعدك في الدفع؟	مقدار المبلغ؟	معدل تكرار الدفع؟
			\$	

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإكمال.

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

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

اسم المسن/ذوي 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)
	\$			إذا كانت الإجابة نعم، فبواسطة من: المبلغ: \$
	\$			إذا كانت الإجابة نعم، فبواسطة من: المبلغ: \$

17. النفقات الأخرى القابلة للخصم من الضرائب

في حالة دفع أي شخص أي نفقات يمكن خصمها من عائد ضرائب الدخل الفيدرالية، فإن إخبارنا بها قد يخفف من تكلفة التأمين الصحي قليلًا. لا تدرج أي شيء قمت بإدراجه بالفعل في نفقات العمل الحر. إذا كان لديك نفقات أخرى قابلة للخصم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

نوع النفقات	هل لديك نفقات؟	من يقوم بالدفع؟	معدل تكرار الدفع؟ (أسبوعيًا/شهريًا)
نفقة الزوجة المطلقة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
فائدة قرض الطالب	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
غير ذلك من الخصوم (يُرجى التحديد)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

18. هل يحصل أي شخص في السؤال رقم 6 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.

- صالة الطعام المشتركة للمسنين/ذوي الاحتياجات الخاصة
- برنامج توزيع الغذاء المدار الذي تديره منطقة الأمريكيين الأصليين
- برنامج غذائي آخر

إذا كانت الإجابة نعم، فقل من؟	ما البرنامج؟
إذا كانت الإجابة نعم، فقل من؟	ما البرنامج؟

19. هل يعيش أي شخص من المدرجين في السؤال رقم 6 في أي مما يلي؟ نعم لا


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

- مأوى للمشردين
- مأوى للنساء المساءة معاملتهن
- منطقة للأمريكيين الأصليين
- مركز إعادة التأهيل للمخدرات/الكحول
- إصلاحية/مؤسسة تأديبية (السجن)
- تنظيم سكني جماعي للمكفوفين/ذوي الاحتياجات الخاصة
- السكن المدعوم فيدراليًا
- مستشفى نفسية/مصحة عقلية
- مستشفى
- رعاية طويلة الأجل أو مرفق للإقامة والرعاية

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


20. هل يحصل أي شخص على خدمات داعمة بالمنزل (IHSS)؟ نعم لا  إذا كانت الإجابة نعم، فاملأ المعلومات أدناه.


من يحصل على الخدمات؟
كم تدفع كل شهر مقابل الخدمات؟
\$

21. هل جميع المدرجين في السؤال رقم 6 يشتركون الطعام ويعدونه معك؟ نعم لا  إذا كانت الإجابة لا، فقم بإدراج من لا يشتركون الطعام ويقومون بإعداده معك.


الاسم


الاسم

21a. هل هناك شخص يعيش معك يبلغ عمره 60 عامًا أو فقم شراء الأطعمة وتحضير الوجبات بشكل منفصل نظرًا لإعاقته؟ نعم لا  إذا كانت الإجابة نعم، من.


22. أحب على هذه الأسئلة لأي شخص يرغب في التغطية الصحية. هل هناك أي شخص مسجل في التغطية الصحية الآن مما يلي؟ نعم لا  إذا كانت الإجابة نعم، فتحقق من نوع التغطية واكتب اسم الشخص بجانب التغطية الخاصة به.


<input type="checkbox"/> تأمين أصحاب الأعمال	<input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal
اسم التأمين الصحي	<input type="checkbox"/> CHIP
رقم البوليصا:	<input type="checkbox"/> Medicare
هل هذه تغطية COBRA (قانون المصالحة الميزانية الجامع الموحد)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> TRICARE (لا تتحقق إذا كان لديك رعاية مباشرة أو Line of Duty)
هل هذه خطة صحية للمتقاعدين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> برامج الرعاية الصحية لإدارة المحاربين القدامى
هل هذه خطة مزايا لموظفي الولاية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> فرق السلام
غير ذلك <input type="checkbox"/>	
اسم التأمين الصحي	
رقم البوليصا:	
هل تعد هذه الخطة محدودة المزايا مثل سياسة حوادث المدارس؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

22a. هل تم تقديم تغطية رعاية صحية لأي شخص مدرج في طلب التقديم هذا من العمل؟ نعم لا  إذا كانت الإجابة نعم، فستحتاج إلى إكمال الملحق أ وتضمينه.

22b. هل من المتوقع انتهاء التأمين الصحي لشخص ما أو انتهائه بالفعل خلال الثلاثة أشهر السابقة؟ نعم لا  إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.


شركة التأمين	الشخص المؤمن عليه	تاريخ انتهاء الصلاحية	سبب الانتهاء أو السبب الذي سيتم من أجله الإنهاء


22c. هل يرغب أي شخص في المساعدة فيما يتعلق بالفواتير الطبية للأشهر الثلاثة الأخيرة؟ نعم لا  إذا كانت الإجابة نعم، فقل من: _____

23. هل يخطط أي شخص مدرج في السؤال رقم 6 لعمل إقرار بالضرائب الفيدرالية على الدخل في العام التالي؟ نعم لا  إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل الأسئلة أدناه لكل مقدم لإقرار الضرائب. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى 23e.


23a. يرجى إكمال هذا القسم لكل شخص يخطط لتقديم إقرار بالضرائب الفيدرالية على الدخل للعام التالي إذا أجبت بنعم على السؤال رقم 23. يمكنك التقدم للحصول على التأمين الصحي حتى في حالة عدم تقديم إقرار بالضرائب الفيدرالية على الدخل.

23b. اسم الشخص الذي يخطط لتقديم إقرار بالضرائب الفيدرالية على الدخل: _____

23c. هل سيقدم هذا الشخص إقرارًا مشتركًا مع الزوجة؟ نعم لا  إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر، اسم الزوجة: _____

23d. هل سيقوم هذا الشخص بادعاء وجود أي تابعين في إقرار الضرائب هذا؟ نعم لا  إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى إدراج اسم (أسماء) التابعين الذين تدعي وجودهم: _____

23e. ما هي صلة قرابة الفرد/الأفراد المدرجين في البند (23d) بالشخص المتقدم بالبيان الضريبي والذي سيتسلم رديات ضريبية؟ _____

23f. لتسهيل تحديد مدى استحقاقك لدفع التغطية الصحية في السنوات التالية. أوافق على السماح لك باستخدام بيانات الدخل، بما في ذلك المعلومات المدرجة في الإقرارات الضريبية. سوف ترسل إلي إشعارًا، يسمح لي بإجراء أي تغييرات، ويمكنني الانسحاب في أي وقت.  نعم، جدد استحقاقك تلقائيًا للعدد التالي من السنوات (يرجى تحديد واحد): 1 سنة واحدة 2 سنوات 3 سنوات 4 سنوات 5 سنوات لا، لا تستخدم المعلومات المدرجة في الإقرارات الضريبية لتجديد تغطيتي.

24. موارد الأسرة



هل يمتلك أي فرد 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.
 اختياري للرعاية الصحية؛ أجب فقط إذا كان عمر أحد المتقدمين 65 أو أكثر أو كان من ذوي الاحتياجات الخاصة. وفي حال التقدم للحصول على مساعدة نقدية و CalFresh، يتعين عليك إجابة السؤال.

حدد أدناه كل مورد مالي يملكه أي فرد في أسرتك:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> الأسهم | <input type="checkbox"/> حساب (حسابات) سوق المال | <input type="checkbox"/> حساب اتحاد ائتماني/بنكي (جار) |
| <input type="checkbox"/> السندات | <input type="checkbox"/> الصناديق الاستثمارية/صناديق الاستثمار المشترك | <input type="checkbox"/> حساب اتحاد ائتماني/بنكي (مدخرات) |
| <input type="checkbox"/> الشيكات غير النقدية | <input type="checkbox"/> شهادة إيداع (CD)/حساب تقاعد فردي | <input type="checkbox"/> صندوق حديدي لحفظ الودائع |
| <input type="checkbox"/> التأمين على الحياة | <input type="checkbox"/> النقد الحاضر | <input type="checkbox"/> سندات توفيرية |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك: | <input type="checkbox"/> السندات والرهونات وصكوك الائتمان | <input type="checkbox"/> حقوق ملكية النفط والتعدين والمعادن |

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 المالي باسمه؟	نوع المورد المالي	كم يبلغ قدرها؟	أين يوجد؟ (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 مالي في آخر ثلاثين (30) شهرًا؟ نعم لا

متى؟	ماذا كان المورد المالي؟	كم كان يساوي؟	المبلغ الذي حصلت عليه مقابل هذا المورد؟
		\$	\$

إذا قمت بتداول الموارد المالية أو التصرف فيها، يُرجى الشرح:

اختياري للرعاية الصحية؛ أجب فقط إذا كان المتقدم يبلغ من العمر 65 أو أكثر أو كان من ذوي الاحتياجات الخاصة.

25. الملكية الشخصية



هل يمتلك أي فرد أي ملكية شخصية أو متعلقة بالتجارة؟ نعم لا
 إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> أدوات | <input type="checkbox"/> معدات رياضية وبنادق |
| <input type="checkbox"/> مخزون تجاري | <input type="checkbox"/> قوارب بدون محركات أو مقطورات |
| <input type="checkbox"/> مواشي | <input type="checkbox"/> سيارات مزودة بمعدات التخميم |
| <input type="checkbox"/> معدات تجارية | <input type="checkbox"/> أدوات شخصية |
| | <input type="checkbox"/> المجوهرات والأعمال الفنية والتحف والتشكيلات والأدوات الموسيقية (البيانو والأرغن وغيرهما) |

يُرجى تضمين البند حتى إذا كان مملوكًا بشكل مشترك مع شخص آخر. تجنب تضمين خواتم الخطوبة وحفلات الزفاف وموروثات العائلة وهكذا
 قم بإدراج المجوهرات الأخرى التي تبلغ \$ 100 أو أكثر و سلع الأسرة والأشياء الشخصية التي تبلغ أكثر من \$ 500 لكل عنصر.

البند	هل تم إدراجها للبيع؟	سعر الشراء أو القيمة الحالية	المبلغ المستحق
	<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	\$	\$

اختياري للرعاية الصحية؛ أجب فقط إذا كان أحد المتقدمين يبلغ من العمر 65 أو أكثر أو كان من ذوي الاحتياجات الخاصة. إذا كنت تتقدم للحصول على المساعدة النقدية، يجب أن تجيب عن السؤال.

26. المركبات

هل يملك أي من المتقدمين أو يستخدم أو مدرج اسمه في تسجيل أي مركبة مثل سيارة أو دراجة نارية أو عربة تزلج أو سيارة رحلات (RV) أو زورق أو ما إلى ذلك، حتى لو لم تكن قيد التشغيل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ملء المعلومات المطلوبة في الملحق (E)

27. هل يملك أي فرد من المذكورين في السؤال 6 منزلاً أو أرضاً أو ملكية أو ينوي الشراء في أي مكان بما في ذلك أي ولاية أو مقاطعة أخرى؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى توضيح ذلك.

اختياري للرعاية الصحية؛ أجب فقط إذا كان أحد المتقدمين يبلغ من العمر 65 أو أكثر أو كان من ذوي الاحتياجات الخاصة.

من يملك أو على وشك شراء المنزل/ الملكية؟	عنوان المنزل/ الملكية	هل يستأجر أحد هذا المنزل من المالك؟	قيمة الإيجار الذي يحصل عليه المالك؟	لا يعيش فيه الآن ولكن يتوقع المالك أن ينتقل إليه يوماً ما؟
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$ <input type="checkbox"/> غير مستأجر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$ <input type="checkbox"/> غير مستأجر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

28. برنامج التحويل (Diversion Program)

هل تلقى أي فرد خدمات التحويل النقدية أو غير النقدية من أي مقاطعة أو ولاية أخرى؟ نعم لا

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

الاسم	المقاطعة/الولاية التي يتلقى منها	المبلغ المتسلم	قائمة الخدمات المتسلمة	القيمة التقديرية للخدمات	تاريخ آخر استلام
		\$		\$	

29. إعانات متكررة

هل تمت إيداعك إيداعك أنت أو أي من أفراد أسرتك للحصول بشكل احتيالي على إعانات برنامج المعونة الغذائية التكميلية بشكل متكرر (الاسم الفيدرالي لبرنامج المعونة الغذائية) في أي ولاية بعد 22 سبتمبر 1996؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فقل من؟

30. المتاجرة بالمزايا

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

إذا كانت الإجابة نعم، فقل من؟

31. الاتجار في الإعانات للحصول على المخدرات

هل تمت إيداعك أنت أو أي من أفراد أسرتك بالإتجار بإعانات المعونة الغذائية التكميلية للحصول على المخدرات بعد 22 سبتمبر 1996؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فقل من؟

32. الاتجار بالإعانات والمزايا للحصول على الأسلحة النارية أو المتفجرات

هل تمت إيداعك أنت أو أي من أفراد أسرتك بالإتجار بإعانات المعونة الغذائية التكميلية للحصول على الأسلحة أو الذخيرة أو المتفجرات بعد 22 سبتمبر 1996؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فقل من؟

33. الاحتيايل

هل تم إيقاف أي مساعدات نقدية لك أو لأي فرد في أسرتك من تلقي الإعانة بسبب إيداعك أو إيداعه باختلاس مخصصات الرعاية الاجتماعية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فقل من؟ متى؟

أين؟

34. عدم التعاون/العقوبات

هل تم إيقافك أنت أو أي من أفراد أسرتك من تلقي المساعدة المالية بسبب فشلك أو فشله في تلبية متطلبات الأهلية وعقوبات العمل/التدريب أو أي سبب آخر؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فقل من؟ متى؟

أين؟ لماذا؟



35. الهروب من القانون

هل تتخفى أو تهرب أنت أو أي من أفراد أسرتك من القانون لتجنب المقاضاة أو إلقاء القبض عليك أو الذهاب إلى السجن بسبب ارتكاب جريمة جنائية أو محاولة ارتكاب جريمة جنائية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فقل من؟



36. انتهاك شروط فترة المراقبة/ إطلاق السراح المشروط

هل تمت إدانتك أنت أو أي من أفراد أسرتك بانتهاك شروط فترة المراقبة/ إطلاق السراح المشروط؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فقل من؟



37. الاحتياجات الخاصة الأخرى

هل تريد الأسرة التقدم للحصول على مدفوعات الاحتياجات الخاصة للإسكان أو لتعويض ممتلكات الأسرة الضرورية المفقودة أو التالفة بسبب ظروف غير طبيعية أو مفاجئة مثل الحريق أو الزلزال أو الفيضان؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الشرح:



38. الخدمات الأخرى

الخدمات التالية متوفرة. لن تؤثر إجاباتك عن الأسئلة على أهليتك.

A. تتوفر الفحوصات الدورية لحماية صحة أسرتك عند الطلب من خلال برنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة (CHDP) للأعضاء المؤهلين من أسرتك تحت سن 21.

- هل تريد المزيد من المعلومات بشأن خدمات برنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة؟ نعم لا
- هل تريد الحصول على الخدمات الطبية لبرنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة؟ نعم لا
- هل تريد الحصول على الخدمات المتعلقة بالأسنان لبرنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة؟ نعم لا
- هل تحتاج إلى مساعدة في تحديد المواعيد أو في طريقة الوصول إلى مركز خدمات برنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة؟ نعم لا

B. هل تريد المزيد من المعلومات بشأن خدمات التحصين؟ نعم لا

C. إذا كنت حاملاً، يمكنك الحصول على المساعدة في العثور على طبيب والحصول على الأغذية الصحية ومساعدات أخرى. هل تريد التحدث إلى شخص ما بشأن هذه المساعدة؟ نعم لا

D. هل ترضعين طفلاً؟
إذا كانت الإجابة نعم، هل وضعت طفلاً خلال الاثني عشر شهراً الماضية؟
وفي حال تحديد نعم في 38 لـ ج أو د، قد تكونين مؤهلة للحصول على الخدمات المقدمة من خلال برنامج التغذية التكميلية الخاصة للنساء والرضع والأطفال. نعم لا

E. هل تريد أنت أو أحد من أسرتك خدمات تنظيم الأسرة المجانية أو منخفضة التكلفة للمساعدة في تنظيم كيفية منع حدوث حمل غير مرغوب فيه أو إنجاب طفل آخر؟
إذا كانت الإجابة نعم، فاتصل بالطبيب المنتظم أو طبيب خطة الرعاية الصحية. أما إذا كنت تريد معرفة الحقائق وموقع عيادات تنظيم الأسرة السرية، فاتصل على 1-800-942-1054 مجاناً. نعم لا



39. مسؤولية الطرف الثالث

هل يشارك أي شخص ممن يتقدمون للحصول على الرعاية الصحية في أي دعوى للمطالبة بتعويض العمال، أو في دعوى قضائية، أو تسوية بسبب حادث أو إصابة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أخبرنا من هو:

مساحة إضافية للكتابة

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 is the total of cash on hand, checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and liquid resources 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?

Yes No

Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice?

Yes No

التغطية الصحية في الوظائف

لست مضطراً للإجابة عن هذه الأسئلة إلا إذا كان أحد أفراد الأسرة مؤهلاً للحصول على التغطية الصحية من وظيفة يعمل بها. إذا كان هناك أكثر من شخص واحد يحصل على التغطية الصحية من أصحاب عمل مختلفين، يمكنك نسخ هذه الصفحة واستخدامها للشخص الثاني (أو نسخها بالعدد الذي تريد). أولاً، أخبرنا عن الوظيفة (صاحب العمل) التي تعرض التغطية.

1. اسم الموظف (الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة)	2. رقم الضمان الاجتماعي للموظف
3. اسم صاحب العمل	4. رقم تعريف صاحب العمل
5. عنوان صاحب العمل	6. رقم هاتف صاحب العمل
7. المدينة	8. الولاية
9. الرمز البريدي	
10. من هو الشخص الذي نستطيع الاتصال به للحصول على التفاصيل حول التغطية الصحية للموظف في هذه الوظيفة؟	
11. رقم الهاتف (إذا كان مختلفاً عن رقم صاحب العمل)	12. البريد الإلكتروني لصاحب العمل (ممثل صاحب العمل)

13. هل أنت مؤهل حالياً للتغطية التي يوفرها صاحب العمل، أم ستصبح مؤهلاً في الأشهر الثلاثة القادمة؟
 لا (لا تكمل هذا القسم من الطلب)
 نعم (استمر)

13a. إذا كنت في فترة انتظار أو تحت الاختبار، فمتى ستنتضم للتغطية؟
 (اليوم/الشهر/السنة)

ضع قائمة باسم أي شخص آخر مؤهل أو سيصبح مؤهلاً للتغطية في هذه الوظيفة؟

الاسم: _____ الاسم: _____ الاسم: _____

أخبرنا عن الخطة الصحية التي يقدمها صاحب هذا العمل؟

14. هل يقدم صاحب العمل خطة صحية تحقق الحد الأدنى من المعايير*
 نعم لا

14a. هل هذه خطة الولاية لاستحقاقات الموظف؟
 نعم لا

15. فيما يتعلق بأقل خطة من ناحية التكاليف تلي الحد الأدنى من المعايير المقدمة فقط للموظف. (لا تدرج خطط العائلة):
 إذا كان لدى صاحب العمل برامج صحية، فيرجى تزويدنا بفرق السعر الذي سيدفعه الموظف إذا تلقى أكبر نسبة من الخصم لأي برامج إقلاع عن التبغ (التي تساعد الموظف على الإقلاع عن التدخين) ولم يتلق أي خصومات أخرى قائمة على البرامج الصحية.

a. ما المبلغ الذي على الموظف أن يدفعه على أقساط مقابل الحصول على هذه الخطة؟ \$ _____
 b. كم مرة؟
 أسبوعياً كل أسبوعين مرتان في الشهر شهرياً كل ثلاثة أشهر سنوياً
 لا يقدم صاحب العمل برامج صحية.

16. ما التغيير الذي سيقوم به صاحب العمل في خطة العام الجديد (إذا كان ذلك معروفاً)؟

لن يوفر تغطية صحية بعد الآن.

سيبدأ في تقديم تغطية صحية للموظفين أو تغيير قسط للخطة الأقل تكلفة المتوفرة فقط للموظف الذي يلبي الحد الأدنى للمعايير.

a. كم على الموظف أن يدفع كأقساط لهذه الخطة؟ \$ _____
 b. كم مرة؟
 أسبوعياً كل أسبوعين مرتان في الشهر شهرياً كل ثلاثة أشهر سنوياً
 c. تاريخ التغيير (اليوم/الشهر/السنة)
 لا يتوقع أن تكون هناك أية تغييرات.

*خطة الصحة التي يربعاها صاحب العمل تحقق "الحد الأدنى للمعايير" إذا كانت حصة الخطة من إجمالي تكاليف الفائدة المسموح بها التي تغطيها الخطة ليس أقل من 60 في المائة من هذه التكاليف (القسم (ii)(C)(2)(c) 36B)

أكمل هذا القسم إذا كنت أنت أو أحد أفراد الأسرة (الزوج أو الزوجة و/أو المعالين) من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين. قدم هذا مع الطلب.
أخبرنا عن أفراد أسرتك من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين.

يمكن للهنود الأمريكيين وسكان ألاسكا الأصليين الحصول على الخدمات من خدمات الصحة الهندية أو برامج الصحة القبلية أو برامج الصحة الهندية الحضريّة. وقد لا يضطرون لدفع حصة من التكلفة وقد يحصلون على فترات تسجيل شهرية خاصة. أجب عن الأسئلة التالية للتأكد من حصول أسرتك على أكبر قدر ممكن من المساعدة. إذا كان لديك أكثر من شخصين لتخبرنا عنهما، قم بعمل نسخة من هذه الصفحة وأرفقها. يمكنك أيضاً استخدام ورقة منفصلة. تذكر فقط أن تكتب رقم السؤال أمام إجابتك.

الهندي الأمريكي / من سكان ألاسكا الأصليين رقم 2	الهندي الأمريكي / من سكان ألاسكا الأصليين رقم 1	الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)
الأول الأوسط	الأول الوسط	1.
الأخير	الأخير	2.
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم ، فما اسم القبيلة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم ، فما اسم القبيلة؟	2. عضو في قبيلة معترف بها فيدرالياً؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة لا ، هل هذا الشخص مؤهل للحصول على الخدمات من خدمات الصحة الهندية، أو برنامج الصحة القبلية، أو برامج الصحة الهندية الحضريّة أو عن طريق التحويل من هذه البرامج؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة لا ، هل هذا الشخص مؤهل للحصول على الخدمات من خدمات الصحة الهندية، أو برنامج الصحة القبلية، أو برامج الصحة الهندية الحضريّة أو عن طريق التحويل من هذه البرامج؟	3. هل سبق وحصل هذا الشخص في أي وقت مضى على خدمة من خدمات الصحة الهندية، أو برنامج الصحة القبلية، أو من خلال التحويل من هذه البرامج؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا نعم - إذا كانت الإجابة نعم ، يُرجى تعبئة المعلومات أدناه: لا شيء \$ _____ كم مرة؟ (يوميًا، أسبوعيًا، مرة كل أسبوعين، شهريًا، سنويًا، إلخ)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا شيء نعم - إذا كانت الإجابة نعم ، يُرجى تعبئة المعلومات أدناه: لا شيء \$ _____ كم مرة؟ (يوميًا، أسبوعيًا، مرة كل أسبوعين، شهريًا، سنويًا، إلخ)	4. قد لا يتم احتساب بعض المال لصالح برنامج Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP). ضع قائمة بأي دخل (القيمة وعدد المرات) ورد ذكره في طلبك والذي يتضمن مالا من هذه المصادر: <ul style="list-style-type: none"> • مدفوعات نصيب الفرد من قبيلة تأتي من الموارد الطبيعية، أو حقوق الاستخدام أو عقود الإيجار، أو حقوق الملكية • المدفوعات من الموارد الطبيعية، أو الزراعة، أو تربية الماشية، أو صيد الأسماك، أو عقود الإيجار أو حقوق الملكية من الأراضي المخصصة للهنود من قبل وزارة الداخلية (بما في ذلك المحميات أو المحميات السابقة) • أموال تأتي من بيع أشياء لها أهمية ثقافية

إذا كنت تريد تفويض شخص ليمثلك في جزء التأمين الصحي من هذا الطلب، يُرجى الإجابة عن أسئلة هذه الصفحة. إذا قمت قانونياً بتفويض ممثل عنك في هذا الطلب، قدم إثباتاً مع الطلب.

1. اسم الممثل المفوض (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)

العنوان	2.
رقم الشقة أو الجناح	3.
المدينة	4.
الولاية	5.
الرمز البريدي	6.
رقم الهاتف	7.
()	
اسم المؤسسة (إن وجدت)	8.
رقم الهوية الرقم (إن وجد)	9.

بالتوقيع هنا تكون قد سمحت لهذا الشخص بالحصول على معلومات رسمية حول الجزء الخاص بالتأمين الصحي من هذا الطلب والتصرف نيابة عنك في جميع القضايا في المرتبطة بمؤسسة Covered California أو وكالة الخدمات الإنسانية في مقاطعتك. نود تذكيرك بأنه يمكنك دائماً تغيير ممثلك المفوض عن طريق الاتصال بالمقاطعة أو الدخول على شبكة الإنترنت إلى www.HealthCare.gov.

توقيعك	10.
التاريخ	11.

(للمستشارين القانونيين للطلبات، الملاحين والوكلاء والوسطاء فقط.)

For Certified Application Counselors, Navigators, Agents and Brokers Only.

Complete this section if you are a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

1. Application start date (mm/dd/yyyy)

2. First name, Middle name, Last name, & Suffix

3. Organization name

4. I.D. number (if applicable)

يفيظولا خيراتلا

علم يجرى، دعامسلا لىء لوصحلا بلطب لومدقتة لنملا يف نيغلابلا صاخشلأ نم رثكأ وأ نانثا كيدل ناكوة يدقذ دعامس لىء لوصحلا بلطب تمدقتة اذى نكمب، يفاضلة حاسم لىء تاجتحوو بلطلا ةقرو مدختستة تنك اذى. (نيماء) ةريخلأ لرهش 24 للاخ كلمع خيرات لىء انعلاطى لجرى، بلاصخش لكلا ةحفصلا هذو يف تامولعملا ةلصنم ةقرو قافرل وأ ةقرولا هذو خيسذ

1 صخش

نم:

1 ةفيظو

<p>نبيلاصلا نبيكيرملا نم صخشلا اذو له <input type="checkbox"/> معذ <input type="checkbox"/> لا</p> <p>؟ ةفيظولا هذو كرتة بيس ام</p>	
<p>ةليبقلا مسا _____</p>	
<p>لىءملا بحاص ناونعو مسا</p>	<p>لىءملا تاعامس ددع</p> <p><input type="checkbox"/> ايمود <input type="checkbox"/> ايعوبسا <input type="checkbox"/> ايرهش</p>
<p>؟ (رح لىء) صاخلا كلمع كاذ ناك له</p> <p><input type="checkbox"/> معذ <input type="checkbox"/> لا</p>	<p>لىءملا خيراتو</p> <p>لىءملا تاعامس ددع</p>
<p>\$ _____ ؟ نتمو ةفيظولا هذو يف هاضقتت تنك وأ هاضقتت يذلا رجلا رانقم ام</p> <p>ةعامس لك <input type="checkbox"/> ايمود <input type="checkbox"/> ايعوبسا <input type="checkbox"/> نيعوبسا لك <input type="checkbox"/> ايرهش</p>	<p>؟ ةفيظولا هذو لىء لوصحلا يف ةعطاقملا كدعامس له</p> <p><input type="checkbox"/> معذ <input type="checkbox"/> لا</p>

2 ةفيظو

<p>نبيلاصلا نبيكيرملا نم صخشلا اذو له <input type="checkbox"/> معذ <input type="checkbox"/> لا</p> <p>؟ ةفيظولا هذو كرتة بيس ام</p>	
<p>ةليبقلا مسا _____</p>	
<p>لىءملا بحاص ناونعو مسا</p>	<p>لىءملا تاعامس ددع</p> <p><input type="checkbox"/> ايمود <input type="checkbox"/> ايعوبسا <input type="checkbox"/> ايرهش</p>
<p>؟ (رح لىء) صاخلا كلمع كاذ ناك له</p> <p><input type="checkbox"/> معذ <input type="checkbox"/> لا</p>	<p>لىءملا خيراتو</p> <p>لىءملا تاعامس ددع</p>
<p>\$ _____ ؟ نتمو ةفيظولا هذو يف هاضقتت تنك وأ هاضقتت يذلا رجلا رانقم ام</p> <p>ةعامس لك <input type="checkbox"/> ايمود <input type="checkbox"/> ايعوبسا <input type="checkbox"/> نيعوبسا لك <input type="checkbox"/> ايرهش</p>	<p>؟ ةفيظولا هذو لىء لوصحلا يف ةعطاقملا كدعامس له</p> <p><input type="checkbox"/> معذ <input type="checkbox"/> لا</p>

3 ةفيظو

<p>نبيلاصلا نبيكيرملا نم صخشلا اذو له <input type="checkbox"/> معذ <input type="checkbox"/> لا</p> <p>؟ ةفيظولا هذو كرتة بيس ام</p>	
<p>ةليبقلا مسا _____</p>	
<p>لىءملا بحاص ناونعو مسا</p>	<p>لىءملا تاعامس ددع</p> <p><input type="checkbox"/> ايمود <input type="checkbox"/> ايعوبسا <input type="checkbox"/> ايرهش</p>
<p>؟ (رح لىء) صاخلا كلمع كاذ ناك له</p> <p><input type="checkbox"/> معذ <input type="checkbox"/> لا</p>	<p>لىءملا خيراتو</p> <p>لىءملا تاعامس ددع</p>
<p>\$ _____ ؟ نتمو ةفيظولا هذو يف هاضقتت تنك وأ هاضقتت يذلا رجلا رانقم ام</p> <p>ةعامس لك <input type="checkbox"/> ايمود <input type="checkbox"/> ايعوبسا <input type="checkbox"/> نيعوبسا لك <input type="checkbox"/> ايرهش</p>	<p>؟ ةفيظولا هذو لىء لوصحلا يف ةعطاقملا كدعامس له</p> <p><input type="checkbox"/> معذ <input type="checkbox"/> لا</p>

ي فيظولا خيراتلا عبات

تامولعملا علم يجرؤ، قدعاسملا لء لوصحلا بلطب اومدقتة لزنملا ي في نيفلابلا صاخشلأ نم ردكأ وأ نانثا كيدل ناكو (cash aid) ةيدقتة قدعاسم لء لوصحلا بلطب تامدقتة اذإ هذه خسن كنكمتي، يفاضلة حاسم لء ةجاحب تذكو بالطلا ةقرو مدختستة تذك اذإ. (نيماء) ةريخلا لرهش 24 للاخ كلمع خيرات لء انعلاط لجرؤ، بغلاب صخش لكلا ةحفصلا هذه ي في ةلصنم ةقرو قافرا وأ ةقرولا.

2 صخش

م.لا

1 ةفيظو

<p>؟ةفيظولا هذه كرتة ببس ام</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> معذ</p>		<p>؟نيبالأ نيبكيرملا نم صخشلا انه له</p>
<p>ل.معلا تااعاس ددع</p> <p><input type="checkbox"/> ايمود <input type="checkbox"/> ايعويسأ <input type="checkbox"/> ايرهش</p>		<p>ل.معلا بحاص ناونعو مسا</p>
<p>ل.معلا خيراوتة</p> <p>م.لا <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> معذ</p>		<p>؟(رح لمع) صاخلا كلمع كاذ ناك له</p>
<p>؟ةفيظولا هذه لء لوصحلا ي في ةعطاقملا كتدعاس له</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> معذ</p>		<p>\$ _____ ؟يتمو ةفيظولا هذه ي في هاضقتة تذك وأ هاضقتة يذلا رجلا رانقم ام</p> <p>ةعاس لك <input type="checkbox"/> ايمود <input type="checkbox"/> ايعويسأ <input type="checkbox"/> نيعويسأ لك <input type="checkbox"/> ايرهش</p>

2 ةفيظو

<p>؟ةفيظولا هذه كرتة ببس ام</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> معذ</p>		<p>؟نيبالأ نيبكيرملا نم صخشلا انه له</p>
<p>ل.معلا تااعاس ددع</p> <p><input type="checkbox"/> ايمود <input type="checkbox"/> ايعويسأ <input type="checkbox"/> ايرهش</p>		<p>ل.معلا بحاص ناونعو مسا</p>
<p>ل.معلا خيراوتة</p> <p>م.لا <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> معذ</p>		<p>؟(رح لمع) صاخلا كلمع كاذ ناك له</p>
<p>؟ةفيظولا هذه لء لوصحلا ي في ةعطاقملا كتدعاس له</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> معذ</p>		<p>\$ _____ ؟يتمو ةفيظولا هذه ي في هاضقتة تذك وأ هاضقتة يذلا رجلا رانقم ام</p> <p>ةعاس لك <input type="checkbox"/> ايمود <input type="checkbox"/> ايعويسأ <input type="checkbox"/> نيعويسأ لك <input type="checkbox"/> ايرهش</p>

3 ةفيظو

<p>؟ةفيظولا هذه كرتة ببس ام</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> معذ</p>		<p>؟نيبالأ نيبكيرملا نم صخشلا انه له</p>
<p>ل.معلا تااعاس ددع</p> <p><input type="checkbox"/> ايمود <input type="checkbox"/> ايعويسأ <input type="checkbox"/> ايرهش</p>		<p>ل.معلا بحاص ناونعو مسا</p>
<p>ل.معلا خيراوتة</p> <p>م.لا <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> معذ</p>		<p>؟(رح لمع) صاخلا كلمع كاذ ناك له</p>
<p>؟ةفيظولا هذه لء لوصحلا ي في ةعطاقملا كتدعاس له</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> معذ</p>		<p>\$ _____ ؟يتمو ةفيظولا هذه ي في هاضقتة تذك وأ هاضقتة يذلا رجلا رانقم ام</p> <p>ةعاس لك <input type="checkbox"/> ايمود <input type="checkbox"/> ايعويسأ <input type="checkbox"/> نيعويسأ لك <input type="checkbox"/> ايرهش</p>



الملحق E



لوصولاً عميقاً ي تأذ رارقوا تاكركملا تامولعم

لكيلع باجيد (cash aid) ،ةيدقت ددعاسم لىء لوصولا بلطب تمندقت اذإ .ةقاعلا ي وذن م وأ رذكا وأ اءاء 65 رمعلا نم غلبى بلطلا مدمق ناك اذإ طقف مسقلا اذه نع ءاباجلا مءت .ةيحصلا ءاعربلا يرايتخا .ةبكرم لكلا ءلئسلأ مذهب نع ءاباجلا

(SUV) ءيضاربلا ءرايسلاو ،ءريغصلا ءنحاشلاو ،تانحاشلا كلذ ي ف امب) ءرايسلا ءبكرملا ب دصقؤ .لمعءت لا تاك اذإ ىءح وأ ،مساب ءلجسم وأ ،المدمختسي وأ ،بصخش ي اءلكتمى ءبكرم لك نع تامولعم مءدقت ىجرؤ .ك .ءرجمب بارقلا وأ (RV) ءيهقءرلا ءرايسلا وأ ،ءولءلا ءبرع وأ ،ءريغصلا ءيراخءلا تاچارءلا وأ ،ءيرانءلا ءچارءلا وأ

	(1) ءبكرملا	(2) ءبكرملا	(3) ءبكرملا
ءبكرملا لكلام			
ءبكرملا مذهب مءدختسي يذلا بصخشلا مسا			
ءبكرملا مذهب له • ءلئمك تمدختسا • لمعلا وأ ،بى تءلا مءءلا وأ رحلا لمعلا تمدختسا • ءقاعا وذن ءرسلا ءارفا نم ءرف بصخش لقتل تمدختسا • ءرسلا ءاملا وأ ءوقولا بلبل تمدختسا	مءعذ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> فقوتلا كننكمؤ مءعذ ءاباجلا تاك اذإ	مءعذ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> فقوتلا كننكمؤ مءعذ ءاباجلا تاك اذإ	مءعذ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> فقوتلا كننكمؤ مءعذ ءاباجلا تاك اذإ
18 ن س تءء لفظ ءبكرملا مذهب مءدختسي له :بى ف اءاء • ءسربءلا ىل باءءلا • ءلمعلا • ءببءءلا • ءلمع نع ءءءبلا	مءعذ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> فقوتلا كننكمؤ مءعذ ءاباجلا تاك اذإ	مءعذ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> فقوتلا كننكمؤ مءعذ ءاباجلا تاك اذإ	مءعذ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> فقوتلا كننكمؤ مءعذ ءاباجلا تاك اذإ
نم ءبكلم لققن وأ ،ءربء وأ ،ءءنم ءبكرملا مذهب له . تا بءل مءدقت ءعظاقملا كنم بلطء ءء ؟ ءلئاعلا	مءعذ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> ءءنم <input type="checkbox"/> ءربء <input type="checkbox"/> ءلئاعلا نم ءبكلم لققن <input type="checkbox"/>	مءعذ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> ءءنم <input type="checkbox"/> ءربء <input type="checkbox"/> ءلئاعلا نم ءبكلم لققن <input type="checkbox"/>	مءعذ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> ءءنم <input type="checkbox"/> ءربء <input type="checkbox"/> ءلئاعلا نم ءبكلم لققن <input type="checkbox"/>
لءءوملا / ءعنعصلا ءكءرءلا / ءعنعصلا ءنم			
ءبكرملا ءصءر مءقر			
؟ (كءءبكرم نمؤ غلبى م) ءبكرملا ءببءءلا ءمبقلا . ءلءاعلا قوسلا ءمبق ءببء قلظن ام وهو	\$ ءمبقلا ءفرعملا ءدعاسم ىل ءءءءء / فرءا لا <input type="checkbox"/>	\$ ءمبقلا ءفرعملا ءدعاسم ىل ءءءءء / فرءا لا <input type="checkbox"/>	\$ ءمبقلا ءفرعملا ءدعاسم ىل ءءءءء / فرءا لا <input type="checkbox"/>
ءلءاعلا قوسلا ءمبق فرءا فرءك	ءببءلا تانءاعلا <input type="checkbox"/> تا رابببلا رءاء <input type="checkbox"/> Kelly blue Book ءكءش <input type="checkbox"/> بى كببنا كببلا <input type="checkbox"/> ءارءبلا رءبب <input type="checkbox"/> :كءء رببب <input type="checkbox"/>	ءببءلا تانءاعلا <input type="checkbox"/> تا رابببلا رءاء <input type="checkbox"/> Kelly blue Book ءكءش <input type="checkbox"/> بى كببنا كببلا <input type="checkbox"/> ءارءبلا رءبب <input type="checkbox"/> :كءء رببب <input type="checkbox"/>	ءببءلا تانءاعلا <input type="checkbox"/> تا رابببلا رءاء <input type="checkbox"/> Kelly blue Book ءكءش <input type="checkbox"/> بى كببنا كببلا <input type="checkbox"/> ءارءبلا رءبب <input type="checkbox"/> :كءء رببب <input type="checkbox"/>
ءبكرملا ىل لمق ءءءبببلا غلببلا ام	غلبببلا ءفرعملا ءدعاسم ىل ءءءءء / فرءا لا <input type="checkbox"/>	غلبببلا ءفرعملا ءدعاسم ىل ءءءءء / فرءا لا <input type="checkbox"/>	غلبببلا ءفرعملا ءدعاسم ىل ءءءءء / فرءا لا <input type="checkbox"/>
ءءءبببلا غلبببلا ءفرعملا اءءءءءءبببلا بءلا ءءببببلا ءبكرملا ىل لمق	ءرءءءء فرءا <input type="checkbox"/> ءرءءءء باءبب فرءك <input type="checkbox"/> رببءءءلا <input type="checkbox"/> :كءء رببب <input type="checkbox"/>	ءرءءءء فرءا <input type="checkbox"/> ءرءءءء باءبب فرءك <input type="checkbox"/> رببءءءلا <input type="checkbox"/> :كءء رببب <input type="checkbox"/>	ءرءءءء فرءا <input type="checkbox"/> ءرءءءء باءبب فرءك <input type="checkbox"/> رببءءءلا <input type="checkbox"/> :كءء رببب <input type="checkbox"/>
ءءءءبببلا ءبكرملا مذهب له	مءعذ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	مءعذ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	مءعذ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>