



## التقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج CALFRESH

إذا كنت تعاني من إعاقة أو تحتاج إلى مساعدة في ملء هذه الاستمارة، أخبر إدارة الرعاية التابعة للمقاطعة (المقاطعة) وسيقدم شخص ما لمساعدتك.

إذا كنت تفضل الحديث أو القراءة أو الكتابة بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، فستوفر لك المقاطعة شخصًا ما لمساعدتك بدون أي تكلفة من جانبك.

### كيف يمكنني التقديم؟

استخدم هذا الطلب عند التقدم للحصول على مزايا CalFresh فقط. CalFresh هو برنامج مساعدات غذائية لمساعدتك في تكلفة شراء الغذاء لأسرتك. فإذا كنت ترغب في التقدم للحصول على مزايا برامج أخرى غير برنامج CalFresh مثل برنامج CalWORKs (رخصة عمل أو المسؤولية عن الأطفال أو المساعدة النقدية للاجئين المقدمة من ولاية كاليفورنيا) أو برنامج Medi-Cal (ميدي-كال)، يُرجى المطالبة لطلب للتقدم للحصول على مزايا CalFresh أو البرامج الأخرى. يمكنك أيضًا التقدم لهذه البرامج والبرامج الأخرى عبر الإنترنت عن طريق هذا الرابط <http://www.benefitscal.org/>. يمكنك معرفة إذا ما كنت مؤهلاً عن طريق هذا الرابط <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>.

- 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 التطبيق.
- قم بإرسال الاستمارة للمقاطعة شخصيًا عن طرق البريد أو الفاكس أو عبر الإنترنت.
- وفي اليوم الذي تتلقى فيه المقاطعة الاستمارة التي قمت بالتوقيع عليها، يبدأ وقت إعطائك جوابًا عما إذا كان يمكنك الحصول على المزايا. إذا كنت في مؤسسة، يبدأ هذا الوقت من يوم مغادرتك.

### ماذا على فعله بعد ذلك؟

- اقرأ عن حقوقك ومسؤولياتك (صفحات قواعد البرنامج من 1 إلى 3) قبل التوقيع على الاستمارة.
- يجب أن تحضر مقابلة مع ممثل المقاطعة لمناقشة الاستمارة الخاصة بك. وتتم معظم المقابلات الشخصية عبر الهاتف ولكن يمكنك إجرائها شخصيًا في مكتب المقاطعة أو أي مكان آخر يحدده ممثل المقاطعة. إذا كنت تعاني من إعاقة، يمكن إجراء ترتيبات أخرى.
- إذا لم تقم بملء الاستمارة كاملة، يمكنك تكملتها أثناء المقابلة.
- ستحتاج تقديم إثبات عن دخلك ونفقاتك والظروف الأخرى لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً.

### كم من الوقت سيستغرق الأمر؟

قد يستغرق الأمر حتى 30 يومًا لمعالجة استمارتك. قد يمكنك الحصول على مزايا في غضون 3 أيام تقويمية إذا:

- إذا كان إجمالي الدخل الشهري لأسرتك (الدخل قبل الاستقطاعات) أقل من \$ 150 أو أن المبلغ الذي تملكه في يدك أو في الحسابات الجارية أو حسابات الادخار يبلغ \$ 100 أو أقل؛ أو
- تكاليف سكن أسرتك (الإيجار/الرهن العقاري والمرافق) أكثر من إجمالي دخلك الشهري والمبلغ الذي في الحسابات الجارية أو حسابات الادخار الخاصة بك؛ أو
- أسرتك مهاجرة أو أنك عامل موسمي وما تملكه في حساباتك الجارية أو حسابات الادخار الخاصة بك أقل من \$ 100 (1) دخلك قد توقف، أو (2) بدأ دخلك ولكنك لا تتوقع الحصول على أكثر من \$ 25 في 10 أيام القادمة.

لمساعدة المقاطعة على معرفة ما إذا كنت تستطيع الحصول على الفوائد بطريقة أسرع، برجاء إجابة الأسئلة من 1 إلى 6 و 8 و 11 و 16 وتقديم للمقاطعة إثباتًا على هويتك (إذا كان لديك) مع الاستمارة.

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

صفحة المعلومات - رجاء أخذها واحتفظ بها في سجلاتك

## ماذا أحتاج للمقابلة الخاصة بي؟

لتجنب أي تأخير، احضر إثباتاً للبنود التالية معك للمقابلة. حافظ على المقابلة الخاصة بك حتى إذا لم يكن معك الإثبات. قد تستطيع المقاطعة المساعدة إذا أردت الحصول على إثبات. أثناء المقابلة، ستنقل المقاطعة عبر المعلومات الواردة في الاستمارة وسوف تسألك بعض الأسئلة لمعرفة إذا كان يمكنك الحصول على فوائد المساعدة الغائية CalFresh ومعرفة قدر الفوائد التي يمكنك الحصول عليها.

### الإثبات اللازم للحصول على المزيد من فوائد CalFresh

- تكاليف السكن ( إيصالات الإيجار، فواتير الرهن العقاري، فاتورة ضريبة الأملاك، وثائق التأمين).
- تكاليف الهاتف والمرافق.
- المصروفات الطبية لأي فرد من أسرته يعاني من إعاقة أو كبير في السن (60 أو أكبر).
- مصروفات رعاية الأطفال أو البالغين وفقاً لشخص يعمل، أو يبحث عن عمل، أو يحضر تدريباً أو مدرسة، أو يشارك في نشاط يتطلبه العمل.
- دعم الطفل المدفوع من قبل شخص في أسرته.

### الإثبات المطلوب للحصول على الفوائد

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

### كيف أحصل على/ استفيد من مزايا في برنامج CalFresh؟

- سوف ترسل المقاطعة لك خطاباً أو تعطيك بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية. سوف يتم تسجيل المزايا المستحقة لك على البطاقة عند مصادقة نموذج الطلب الخاص بك. وقع على البطاقة عند استلامها. ستقوم بإعداد رقم تعريف شخصي (PIN) لاستخدام بطاقتك.
- في حالة فقد بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية أو سرقته أو تلفها أو اعتقادك بمعرفة أحد الأشخاص برقم التعريف الشخصي الخاص بك الذي لا ترغب في استخدامه للحصول على مزاياك اتصل بـ 328-9677 (877) أو اتصل بالمقاطعة مباشرة. تأكد من أن جميع الأشخاص البالغين المسؤولين وممتلك المفوض يعلمون هم أيضاً كيفية تقديم بلاغ عن هذه المشكلات مباشرة. إن لم تقم بالإبلاغ بأن شخصاً آخر لا تريده أن ينفق مزاياك لديه رمز التعريف الشخصي الخاص بك وأنت لم تقم بتغييره، فلا يمكن استبدال أي مزايا تم استخدامها.
- يمكنك أن تستخدم مزايا CalFresh لشراء معظم الأطعمة والحبوب والنباتات لزراعة مأكولاتك. غير مسموح بشراء الخمر والتبغ وأطعمة الحيوانات الأليفة وبعض أنواع الطعام المطهو أو أي شيء لا تندرج تحت بنك الأغذية (مثل معجون الأسنان أو الصابون أو المناديل الورقية).
- تقبل مزايا CalFresh في أغلبية محلات البقالة والأماكن الأخرى التي تبيع الأطعمة. للإطلاع على قائمة الأماكن القريبة منك التي تقبل بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية يرجى زيارة الموقع الإلكتروني: <https://www.ebt.ca.gov> أو <https://www.snapfresh.org>.
- يقتصر استخدام مزايا CalFresh لكرتونات الطعام عليك أنت وأعضاء أسرته فقط. حافظ على مزاياك. لا تعط رقم التعريف الشخصي الخاص بك لأحد. لا تحتفظ برقم التعريف الشخصي مع بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية.

### ماذا لو كنت بلا مأوى؟

برجاء إخبار المقاطعة على الفور إذا كنت بلا مأوى لتتمكن من مساعدتك على معرفة عنواناً لاستخدامه وقبول استمارتك والحصول على إخطارات من المقاطعة فيما يخص حالتك. وبالنسبة لبرنامج CalFresh، الأشخاص بلا مأوى هم:

- A. البقاء في مأوى خاضع للإشراف أو منزل في منتصف الطريق أو مكان مشابه.
- B. البقاء في منزل شخص أو عائلة أخرى لمدة لا تزيد عن 90 يوماً على التوالي.
- C. النوم في مكان غير مصمم للنوم أو لا يستخدم عادة لذلك ( الرواق، محطة للحافلات، ردهة أو أماكن مشابه).

صفحة المعلومات - رجاء أخذها واحتفظ بها في سجلاتك

**ينبغي لك القيام بما يلي:**

- تقديم جميع المعلومات المطلوبة لتحديد استحقاقك للمقاطعة.
- تقديم الإثباتات الخاصة بالمعلومات المقدمة للمقاطعة عند الحاجة لذلك.
- الإبلاغ عن التغييرات على النحو المطلوب. سوف تعطيك المقاطعة معلومات عن ماهية المعلومات المطلوب الإبلاغ عنها وموعد الإبلاغ وكيفية. في حالة عدم الوفاء بمتطلبات الإبلاغ عن المعلومات المنزلية، فقد يغلق الملف الخاص بك أو تُخفض مزايا المساعدة الغذائية CalFresh الخاصة بك أو تُوقف.
- ابحث عن وظيفة وأعمل واستمر بالعمل بها 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 خضوع حالتك للمراجعة أو الفحص للتأكد من استحقاقك وأن مستوى المزايا المخصص جري رسده بشكل صحيح. ينجم عن العجز عن التعاون في هذه المراجعات خسارة مزاياك.
- رد أي إعانة نقدية أو مزايا خاصة ببرنامج CalFresh التي لم تكن مستحقاً 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 تحت إبطار السرية ما لم تتصل بإدارة برامج المقاطعة مباشرة.
- سحب نموذج طلبك في أي وقت قبل أن تقرر المقاطعة استحقاقك.
- اطلب المساعدة لملء طلبك الخاص ببرنامج CalFresh واحصل على توضيح خاص بالقواعد.
- اطلب المساعدة للحصول على دليل إثبات مطلوب.
- تُعامل بلطف ومراعاة واحترام وألا يمارس ضدك أي تمييز.
- الحصول على مزايا CalFresh في غضون 3 أيام في حالة تقدمك بالطلب إلى الخدمة العاجلة.
- مقابلة أحد المسؤولين بالمقاطعة لمدة معقولة من الوقت عند تقدمك بنموذج الطلب وأن يجري تقرير استحقاقك في غضون 30 يوماً.
- الحصول على مهلة 10 أيام على الأقل لتقديم الإثباتات اللازمة للمقاطعة لتقرير استحقاقك.
- استلام إبطار كتابي قبل 10 أيام على الأقل من تخفيض المقاطعة لمزايا برنامج CalFresh أو إيقافها.
- مناقشة حالتك مع المقاطعة ومراجعتها عند طلبك لذلك.
- طلب جلسة استماع بالولاية في غضون 90 يوماً في حالة عدم موافقة المقاطعة على قضية حصولك على المساعدة الغذائية CalFresh. في حالة طلبك لعقد جلسة استماع قبل تطبيق أي إجراء على قضية المساعدة الغذائية CalFresh الخاصة بك، سوف تظل مزاياك كما هي حتى موعد جلسة الاستماع أو لاية فترة مصادقتك أيهما يحدث أولاً. يمكنك أن تطلب من المقاطعة تغيير مزايا المساعدة الغذائية CalFresh الخاصة بك إلى ما بعد جلسة الاستماع لتجنب إعادة سداد أية مزايا زائدة. في حالة حكم قاضي القانون الإداري لصالحك، سوف تسدد المقاطعة لك أية مزايا مخصومة.
- اسأل عن حقوقك الخاصة بجلسة الاستماع أو اطلب إحالتك للاستشارات القانونية على أرقام الهاتف المجانية – 1-800-952-5253 أو الرقم المجاني الآتي لمن يعانون من إعاقة في السمع أو التحدث باستخدام جهاز الاتصال الهاتفي للسمع (TDD) 1-800-952-8349. يمكنك الحصول على مساعدة قانونية مجانية في مكتب المعونة القانونية المحلي أو مكتب الحقوق الإجتماعية.
- إحضار صديق أو شخص معك إلى جلسة الاستماع في حالة عدم رغبتك في الحضور بمفردك.
- الحصول على مساعدة من المقاطعة في التسجيل للتصويت.
- الإبلاغ عن التغييرات غير المطلوب الإبلاغ عنها في حالة احتمالية زيادة مزاياك من برنامج CalFresh.
- تقديم ما يثبت مصروفاتك المنزلية مما قد يساعدك على زيادة مزاياك من برنامج CalFresh. يعني عدم تقديم الإثبات للمقاطعة أنك لا تملك هذه المصروفات ومن ثم لن يمكنك زيادة مزاياك من برنامج CalFresh للحصول على مزيد من المزايا.
- إبطار المقاطعة إذا ما كنت تفضل أن يستخدم شخص آخر مزاياك من برنامج CalFresh لمنزلك أو لمساعدتك في حالتك في برنامج CalFresh (ممثل مفوض).

## قواعد البرنامج وعقوباته

يعد كل من تقديم معلومات خاطئة أو مزيفة، أو عدم تقديم معلومات كاملة في محاولة للحصول على مزايا CalFresh التي تكون غير مستحق للحصول عليها، أو مساعدة شخص آخر في الحصول على مزايا لا يحق له الحصول عليها جريمة. وينبغي لك أن تتدبر أية مزايا حصلت عليها وأنت غير مستحق لها.

سوف يؤدي ذلك إلى ...	اتفهم أنني في حال....
	<b>الانتهاك المتعمد للبرنامج من خلال القيام بأحد الأفعال التالية:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>فقد مزايا CalFresh لمدة 12 شهرًا عند أول مخالفة وسيكون لازمًا علي أن أسدد مزايا CalFresh الزائدة المحصلة من قبلي.</li> <li>فقد مزايا CalFresh لمدة 24 شهرًا عند ثاني مخالفة وسيكون لازمًا علي أن أسدد مزايا CalFresh الزائدة المحصلة من قبلي.</li> <li>فقد مزايا CalFresh بشكل دائم عند ثالث مخالفة وسيكون لازمًا علي أن أسدد مزايا CalFresh الزائدة المحصلة من قبلي.</li> <li>بهدف غرامة حتى مبلغ \$ 250000، أو السجن حتى 20 عامًا أو كليهما</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>إخفاء معلومات أو تقديم معلومات كاذبة</li> <li>استخدام بطاقات تحويل المزايا الإلكترونية (EBT) التي تخص شخص آخر أو السماح لشخص آخر باستخدام بطاقتي</li> <li>استخدام مزايا CalFresh في شراء الخمر أو التبغ</li> <li>الإتجار في أو بيع أو التنازل عن مزايا CalFresh أو بطاقات تحويل المزايا الإلكترونية</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>فقد مزايا CalFresh لمدة 24 شهرًا عند المخالفة الأولى.</li> <li>فقد مزايا CalFresh بشكل دائم عند المخالفة الثانية.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>استبدال مزايا CalFresh بالمواد الممنوع الإتجار فيها مثل المخدرات</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>فقد مزايا CalFresh لمدة 10 أعوام عند كل مخالفة.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>إعطاء معلومات مزيفة عن ماهيتي ومكان سكني حتى أحصل على مزايا إضافية من CalFresh.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>فقد مزايا CalFresh للأبد.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>الإدانة بالإتجار في أو بيع مزايا CalFresh التي تزيد قيمتها عن \$ 500 أو استبدال مزايا CalFresh بالأسلحة النارية أو الذخيرة الحربية أو المتفجرات</li> </ul>

## معلومات مهمة لغير المواطنين

- يمكنك التقدم والحصول على مزايا CalFresh بالنسبة للأشخاص المستحقين حتى وإن احتوت أسرته على أشخاص آخرين غير مستحقين. على سبيل المثال، يمكن للوالدين المهاجرين التقدم بطلب للحصول على مزايا CalFresh لذويهم من المهاجرين المؤهلين أو المواطنين الأمريكيين. والأطفال حتى إن لم يكونا مؤهلين.
- الحصول على مزايا غذائية لن يؤثر على وضع الهجرة الخاص بك أو بأسرتك. معلومات الهجرة خاصة وسرية.
- سوف يتم فحص وضع الهجرة لغير المواطنين المستحقين الذي تقدموا للحصول على المزايا مع مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة (USCIS). ينص القانون الفيدرالي على أن مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة (USCIS) لا يحق له استخدام المعلومات في أي حالة دون حالات الاحتيال.

## الانسحاب

لا ينبغي لك تقديم معلومات الهجرة أو أرقام الضمان الاجتماعي أو المستندات الخاصة بأي فرد غير مواطن من أفراد الأسرة وهو لم يتقدم بطلب للحصول على مزايا المساعدة الغذائية CalFresh. ستحتاج المقاطعة لمعرفة معلومات عن قيمة دخلهم ومصدره لتحديد مزايا المساعدة الغذائية CalFresh الخاصة بك المنزلية بشكل صحيح. لن تتواصل الشركة مع مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة بشأن الأفراد الذين لما يتقدموا بطلب للمزايا.

## استخدام أرقام الضمان الاجتماعي (SSN)

على كل فرد يتقدم بطلب مزايا CalFresh بذكر رقم ضامالا الاجتماعي في حالة كان لديك رقمًا أو لديك إثبات على تقدمك بطلب واحدًا. (مثل خطاب مرسل من مكتب الضمان الاجتماعي). قد ترفض المقاطعة تقديم مزايا CalFresh لك أو لأي عضو بأسرتك لا يعطينا رقم الضمان الاجتماعي. يجوز لبعض الأشخاص عدم تقديم رقم ضامالا الاجتماعي للحصول على المساعدة مثل ضحايا العنف المنزلي وشهود الإثبات على الجرائم وضحايا الإتجار.

## الإصدار الزائد للمزايا

يعني هذا الأمر أنك حصلت على مزايا برنامج CalFresh أكثر مما تستحق. وسيكون لزامًا عليك إعادة هذه المزايا الزائدة في حالة وقوع خطأ من جانب المقاطعة أو لم تكن الزيادة متعمدة. قد تُخفض مزاياك 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 تبلغ كل أسرة تحصل على مزايا المساعدة الغذائية CalFresh على تغييرات معينة. ستبلغ المقاطعة التي تتبعها بالتغييرات الواجب الإبلاغ علا وكيفية الإبلاغ وموعده. قد ينجم عن الإخفاق في الإبلاغ عن التغييرات تخفيض أو إيقاف لمزايا المساعدة الغذائية CalFresh الخاصة بك. يمكنك أيضًا أن تبلغ عن التغييرات التي قد تؤدي إلى زيادة مزاياك مثل حصولك لدخل أقل.

يُرَجَى الاستلام والحفظ في سجلاتكم

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

## عدم التمييز

تنص سياسة الولاية والمقاطعة على المساواة بين جميع الأفراد ومعاملتهم باحترام وكرامة. ووفقاً للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) يُحظر تماماً التمييز على أساس العرق أو اللون أو الموطن الأصلي أو الجنس أو العمر أو الدين أو المعتقدات السياسية أو الإعاقة.

لتقديم طلب ضد التمييز، يمكنك الاتصال بمنسق الحقوق المدنية لدى المقاطعة أو مراسلة أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية USDA أو وزارة الخدمات الإجتماعية بكاليفورنيا (CDSS):

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

USDA, Director  
Office of Civil Rights, Room 326-W  
Whitten Building  
1400 Independence Ave. S.W.  
Washington D.C. 20250-9410  
1-202-720-5964 (للاتصال الهاتفي وجهاز  
الاتصال الهاتفي للصم) (voice and TDD)

إن USDA تعتبر صاحب عمل ملتزم بتكافؤ الفرص.

## قانون الخصوصية والإفصاح

أنت تقدم معلومات شخصية في نموذج الطلب. وتستخدم المقاطعة هذه المعلومات لمعرفة مدى استحقاقك للمزايا. فإذا لم تقدم المعلومات، قد ترفض المقاطعة نموذج الطلب الخاص بك. يحق لك مراجعة، أو تغيير، أو تصحيح أية معلومات قدمتها للمقاطعة. لن تفصح المقاطعة عن معلوماتك أو تعطيها إلى أشخاص آخرين ما لم يمنحها قانون الولاية أو القانون الفيدرالي الحق في ذلك أو في حالة موافقتك على ذلك. تقوم المقاطعة بالتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج المطابقة على الحاسب الآلي شاملة نظام التحقق من الدخل والإيرادات (IEVS). سوف تستخدم هذه المعلومات لمراقبة الامتثال بقواعد البرنامج وإدارته. قد تشارك المقاطعة هذه المعلومات مع الهيئات الأخرى بالولاية أو هيئاتها 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.

## مراجعات ملفات القضايا

يمكن اختيار قضيتك لإجراء مراجعة إضافية عليها لضمان إجراء رصد استحقاقك بشكل صحيح. يتعين عليك التعاون بشكل كامل مع المقاطعة أو الولاية أو الموظف الفيدرالي في إجراء أي تحقيق أو مراجعة بما في ذلك عمليات المراجعة لمراقبة الجودة. ينجم عن العجز عن التعاون في هذه المراجعات خسارة مزاياك.

## قواعد العمل لبرنامج CalFresh

قد تعينك المقاطعة للعمل في البرنامج. وسوف تخطر المقاطعة إذا كان العمل في البرنامج تطوعي أو إلزامي. فإن كان العمل إلزامي ولم تقم به، فقد يتم تخفيض مزاياك أو إيقافها.

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

## استخدام بطاقات تحويل المزايا الإلكترونية

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

سوف يعد 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 تم موافقتك ولن يجري استبدال المزايا المسحوبة من حسابك.

إن لم تقم بالإبلاغ بأن شخصاً آخر لا تريده أن ينفق مزاياك لديه رمز التعريف الشخصي الخاص بك وأنت لم تقم بتغييره، فلا يمكن استبدال أي مزايا تم استخدامها.

## يُرَجَى الاستلام والحفظ في سجلاتكم

---

---

ملاحظات

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

## 1. المعلومات الخاصة بالمتقدم بالطلب

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

هل أنت بلا مأوى؟  نعم  لا ؟ في حال كانت الإجابة نعم، برجاء إخبار المقاطعة على الفور إذا كنت بلا مأوى ولتتمكن من مساعدتك على معرفة عنواناً لاستخدامه وقبول استماتك والحصول على إخطارات من المقاطعة فيما يخص حالتك.

ما هي اللغة التي تفضل قراءتها (إن لم تكن الإنجليزية)؟  
ما هي اللغة التي تفضل التحدث بها (إن لم تكن الإنجليزية)؟  
ستوفر المقاطعة مترجمًا لك دون أي تكلفة. وحال كنت أصمًا أو تسمع بصعوبة، فيرجى التحديد هنا

هل لديك أي إعاقة وتحتاج إلى المساعدة في التقديم؟  نعم  لا

هل ترغب في التقديم للحصول على مزايا برنامج Medi-Cal؟ إذا كانت الإجابة نعم ستستخدم المقاطعة إجاباتك للمعرفة إذا ما كان يمكن أن تحصل على مزايا Medi-Cal.

هل إجمالي دخل الأسرة أقل من \$ 150 و هل إجمالي النقد الحاضر والحسابات الجارية وحسابات الادخار \$ 100 أو أقل؟  نعم  لا

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

هل تمتلك الأسرة، اسرة المزارع الموسمي، سيولة نقدية لا تتجاوز \$ 100 وتوقف دخلك أو لا يتجاوز \$ 25 في 10 أيام القادمة؟  نعم  لا

أقر بالتوقيع على هذا الطلب بموجب عقوبة الحنث في اليمين (الإدلاء بأقوال كاذبة) بما يلي:

- أنني قرأت المعلومات الواردة في هذا الطلب أو تم قراءتها عليّ وتكون إجاباتي على الأسئلة في هذا الطلب.
- إجاباتي على الأسئلة صحيحة وكاملة على حد علمي.
- أي إجابات قد أقدمها لمعالجة الطلب ستكون صحيحة وكاملة على حد علمي.
- أنني قرأت الحقوق والمسؤوليات أو تمت قراءتها عليّ وأتفهمها وأوافق عليها (قواعد البرنامج الصفحة 1) للحصول على مزايا برنامج CalFresh.
- أنني قرأت قواعد برنامج CalFresh والعقوبات أو تمت قراءتها عليّ (قواعد البرنامج الصفحات من 2 إلى 3).
- أنني أتفهم أن الإدلاء بأقوال مضللة وكاذبة أو تشويه الحقائق أو إخفاؤها أو الامتناع عن قولها لإقرار الأهلية للحصول على المساعدة الغذائية CalFresh يُعد احتياليًا. ويمكن أن يؤدي الاحتيال إلى رفع قضية ضدي و/أو قد يتم منعي لفترة (أو مدى الحياة) من الحصول على مزايا برنامج CalFresh لكربونات الطعام.
- أنني أتفهم ألا يمكن مشاركة أرقام الضمان الاجتماعي أو حالة الهجرة لأعضاء الأسرة المتقدمة للحصول على الإعانات مع الهنديات الحكومية المناسبة كما هو مطلوب بموجب القانون الفيدرالي.

توقيع المتقدم بالطلب (أو عضو الأسرة البالغ سن الرشد/ الممثل المخول\*)/الوصي)

التاريخ

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



## 2. الممثل المخوّل للأسرة

يمكنك تحويل شخص ما يبلغ من العمر 18 عامًا أو يزيد لمساعدة أسرتك في الحصول على مزايا برنامج CalFresh. ويمكن لهذا الشخص أيضًا التحدث لك في المقابلة الشخصية ومساعدتك في إكمال استماراتك والتسوق لك وإبلاغك بالتغييرات. يتعين عليك رد كافة المزايا التي تسلمتها عن طريق الخطأ نتيجة للمعلومات التي قدمها هذا الشخص للمقاطعة وأي مزايا لا ترغب في إنفاقها لن يتم استردادها. وإذا كنت ممثلًا مخوّلًا، فالأفضل عليك تقديم إثبات الهوية الخاص بك وإثبات الهوية الخاص بالمتقدم بالطلب.

هل تريد تحديد شخص يساعدك في الحصول على مزايا برنامج CalFresh لكوبونات الطعام الخاصة بك؟  نعم  لا  
إذا كان جوابك نعم، أكمل القسم التالي:

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

## 3. الجنس/العرق

المعلومات المتعلقة بالجنس والعرق اختيارية. ومن المطلوب التأكد من تقديم المزايا بغض النظر عن العرق أو الجنس أو الانتماء الوطني. علمًا بأن إجاباتك لن تؤثر على أهليتك أو قيمة الإعانة. حدد كل ما ينطبق عليك. ينص القانون على ألا يجب على المقاطعة تسجيل جنسك ومجموعتك العرقية.

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

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

## الأصل الجنسي/العرق

<input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> مواطن أمريكي أو هندي أو الأسكي <input type="checkbox"/> أمريكي من أصل إفريقي <input type="checkbox"/> غير ذلك أو مختلط
<input type="checkbox"/> أسوي (عند التحديد، يُرجى تحديد واحد أو أكثر مما يلي):
<input type="checkbox"/> فلبيني <input type="checkbox"/> صيني <input type="checkbox"/> ياباني <input type="checkbox"/> كمبودي <input type="checkbox"/> كوري <input type="checkbox"/> فيتنامي <input type="checkbox"/> هندي أسوي <input type="checkbox"/> لاوسى
<input type="checkbox"/> جنسية أسويية أخرى (يرجى التحديد)
<input type="checkbox"/> سكان ولاية هاواي أو سكان جزر المحيط الهادئ (عند التحديد، يُرجى تحديد واحد أو أكثر مما يلي): <input type="checkbox"/> سكان هاواي
<input type="checkbox"/> جرمانى أو شامورى <input type="checkbox"/> ساموى

## 4. تفضيل المقابلة الشخصية

يتعين عليك إجراء مقابلة شخصية مع ممثل المقاطعة لمناقشة الطلب واستلام مزايا برنامج CalFresh. ويمكن إجراء مقابلات لممثلي برنامج CalFresh دائمًا عبر الهاتف ما لم يمكنك إجراء المقابلة الشخصية عند تقديم الطلب الخاص بك لممثلي المقاطعة بشكل شخصي أو تفضيلها. ويمكن إجراء المقابلات الشخصية فقط أثناء ساعات عمل المكتب الطبيعية الخاصة بالمقاطعة.

يُرجى تحديد هذا المربع إذا كنت تفضل إجراء مقابلة شخصية.

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

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

اليوم:  اليوم  اليوم التالي المتاح  واليوم  الاثنين  الثلاثاء  الأربعاء  الخميس  الجمعة

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

## 5. البرامج الأخرى

هل تلقى أي فرد في أسرتك مساعدة عامة (مساعدة مؤقتة للعائلات المحتاجة والمساعدة المؤقتة للعائلات القبلية المحتاجة وبرنامج Medicaid (الرعاية الطبية) وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية [طوايع المعونة الغذائية]. المساعدة العامة/الإغاثة العامة وهكذا؟  نعم  لا

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



**6a. معلومات حول الأسرة:**

رقم الضمان الاجتماعي	مدني أو مواطن أمريكي (4 حدد نعم أو لا) إذا كانت الإجابة لا، أكمل السؤال 6b أدناه	النوع (ذكر أو أنثى)	تاريخ الميلاد	من الشخص المرتبط بك؟	الاسم (الأخير والأول والأوسط)	التقدم للحصول على المزايا (4 حدد نعم أو لا)
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			ذاتي		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

يُرجى إدراج أسماء أي أشخاص يعيشون معك لا يشترط ولا يقومون بتحضيره معك:

الاسم	الاسم
الاسم	الاسم

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

كفيل؟ (4 حدد نعم أو لا) إذا كانت الإجابة نعم، أكمال السؤال 6c أدناه:	اختر واحداً مما يلي (إذا كان معروفاً): رقم جواز مرور ورقم التسجيل الخاص بالأجنبي وهكذا.	تاريخ الدخول إلى الولايات المتحدة. (إذا كان معروفاً)	الاسم
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	نوع المستند: رقم المستند:		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	نوع المستند: رقم المستند:		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	نوع المستند: رقم المستند:		

هل يمتلك أي فرد من المدرجين أعلاه 10 سنوات على الأقل من تاريخ العمل (40 ربيع سنة) أو خدمة القوات المسلحة في الولايات المتحدة الأمريكية؟

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

هل يمتلك أي فرد مدرج أعلاه أو تقدم للحصول على أو خطط للحصول على تأشيرة تحمل الحرف T أو الحرف U أو التماس قانون ممارسة العنف ضد المرأة؟

نعم  لا

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

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

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

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

إيجار  ملابس  أطعمة  غير ذلك

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

## 6d. الطلاب

هل يلتحق أي شخص يتقدم بطلب للحصول على المزايا، بما فيهم أنت، بكلية ما أو مدرسة مهنية؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

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

6e. هل هناك طفل مكفول يعيش في منزلك؟  نعم  لا في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية بشأن الطفل (الأطفال):

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

نعم  لا

نعم  لا

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

إذا كانت الإجابة نعم، سيتم احتساب دخل الكفالة الذي تتسلمه كدخل غير مكتسب.

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

## 7. الربح غير المكتسب

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

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

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

رقم الضمان الاجتماعي  إعانات المحاربين أو معاش القوات المسلحة  مكاسب المقامرة/اليانصيب

SSI/SSP  المساعدات المالية (منح دراسية/قروض/بعثات)  المساعدة بالإيجار/الطعام/الملابس

المساعدة النقدية  هدايا مالية  التأمين/التسويات القانونية

CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI  التأمين ضد البطالة/تأمين الإعاقة الخاص بالولاية (SDI)  التقاعد أو الإعاقة الخاصة

الغرفة والطاولة (من مستأجر)  تعويض العامل  إعانات الإضرابات

المعاش  غير ذلك \_\_\_\_\_

دعم الطفل/الزوج

التقاعد أو الإعاقة الخاصة بالسكة الحديد/والحكومة

هل يتوقع الاستمرار؟ (✓ حدد نعم أو لا)	ما مدى تكرار الاستلام؟ (مرة أو أسبوعيًا أو شهريًا أو غير ذلك)	ما هو مقدار المبلغ؟	من أين؟	من الشخص الذي يحصل على المال؟
<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 على أي شخص يشتري الطعام ويحضّره معك على دخل من عمله (دخل مكتسب)؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.

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

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

فيما يلي أمثلة على الدخل المكتسب (يمكن أن تكون هذه الأمثلة كاملة الوقت أو موسمية أو مؤقتة أو تدريب وقد تكون هناك أمثلة ليست مذكورة هنا):

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

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

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

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

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟	تاريخ فقدان الوظيفة أو تركها أو تغييرها	تاريخ آخر راتب

ما هو السبب؟

هل أي فرد منضم إلى إضرابات؟  نعم  لا

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟	تاريخ إعلان الإضراب	تاريخ آخر راتب

ما هو السبب؟

8a. العمل للحساب الشخصي الخاص

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

نفقات عمل الشخص لحسابه (يرجى ✓ تحديد واحد)	إجمالي الدخل الشهري	نوع اسم العمل	تاريخ بدء العمل	شخص يعمل لحسابه
40% معدل ثابت <input type="checkbox"/> النفقات الفعلية \$ <input type="checkbox"/>	\$			
40% معدل ثابت <input type="checkbox"/> النفقات الفعلية \$ <input type="checkbox"/>	\$			
40% معدل ثابت <input type="checkbox"/> النفقات الفعلية \$ <input type="checkbox"/>	\$			
40% معدل ثابت <input type="checkbox"/> النفقات الفعلية \$ <input type="checkbox"/>	\$			
40% معدل ثابت <input type="checkbox"/> النفقات الفعلية \$ <input type="checkbox"/>	\$			

9. نفقات الرعاية للبالغين/الأطفال بالأسرة

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

من الذي يحصل على الرعاية؟	من الذي يقدم الرعاية؟ (اسم المقدم وعنوانه)	ما هو المبلغ المدفوع؟	ما مدى تكرار الدفع؟ (أسبوعي/شهري، غير ذلك)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

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

من الذي يحصل على الرعاية؟	من يساعدك في الدفع؟	ما هو المبلغ المدفوع؟	ما مدى تكرار الدفع؟ (أسبوعي/شهري، غير ذلك)
		\$	
		\$	

10. مدفوعات إعالة الطفل

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

من يدفع نفقة إعالة الطفل؟	اسم الاطفال الذين يتم دفع نفقة إعالة الطفل لهم:	ما هو المبلغ المدفوع؟	مدى تكرار الدفع (أسبوعياً/شهرياً أم غير ذلك)
		\$	
		\$	

11. نفقات الأسرة

هل أنت أو أي شخص تقوم بشراء الطعام وتحضيره معه تتحمل مسؤولية نفقات الأسرة؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.  
ملاحظة: لا تقم بإدخال مبالغ مدفوعة من خلال خدمات الإسكان مثل الإسكان والتنمية الحضرية أو القسم 8. ويُعد التسخين والتبريد والهاتف والأدوات الأخرى والملاجئ إعانات ولا تحتاج إلى كتابة معلومات عن المبلغ الفعلي المستحق.

نوع النفقات	هل لديك نفقات؟	من يقوم بالدفع؟	المبالغ المستحقة	ما مدى تكرار الدفع؟ (أسبوعياً/شهرياً)
قسط الإيجار أو المنزل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		\$	
الضرائب العقارية والتأمينات (إذا تم دفعها منفصلة عن الإيجار والرهن)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		\$	
الغاز أو الكهرباء أو أنواع الوقود الأخرى المستخدمة للتسخين أو التبريد مثل خشب الوقود أو غاز البروبان (إذا تم الدفع منفصلاً عن الإيجار أو الرهن)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
الهاتف الأرضي/الهاتف الخليوي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
نفقة ملاجئ الذي لا مأوى لهم	<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 إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإكمال.		من يساعدك في الدفع؟	ما هو مقدار المبلغ؟ \$	ما مدى تكرار الدفع؟شود؟

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

**12. النفقات الطبية:**

أياهل أنت أو أي شخص تقوم معه بشراء الطعام أو تحضيره مسين (60 عامًا أو أكبر) أو من ذوي الاحتياجات الخاصة لديه نفقات طبية نثرية؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى 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:
- الرعاية الطبية أو الرعاية المتعلقة بالأسنان  
 الإيدخال إلى المستشفى/العلاج بالعيادات الخارجية/الرعاية التمرضية  
 العلاجات الموصوفة  
 أقساط سياسة التأمين الخاصة بالصحة والإيدخال إلى المستشفى
- أقساط الرعاية الصحية (الحصة تكاليف برنامج Medi-Cal وهكذا)  
 الأسنان الصناعية والوسائل السمعية المساعدة والأجهزة التعويضية  
 ضرورة حجز مقيم نظرًا للسن أو المرض أو العجز  
 عدد الوجبات المقدمة إلى المقيم وتكلفتها  
 الأدوية بلا وصفة طبية
- تكلفة الانتقال (الأميال أو الرسوم) والسكن للحصول على العلاج الطبي أو الخدمات الطبية  
 نظارات العيون الموصوفة والعدسات اللاصقة  
 الإمدادات والمعدات الطبية الموصوفة  
 نفقات حيوانات الخدمة (الطعام والفواتير البيطرية وهكذا)

اسم المسن/الشخص ذو الاحتياجات الخاصة	مقدار النفقات	ما مدى تكرار الدفع؟ (شهري، أسبوعي، غير ذلك)	ما هو نوع التكلفة؟ (الوصفات الطبية، الأسنان الصناعية، وعدد الوجبات للمقيم وهكذا)	هل سيتم تعويض الأسرة عن أي نفقات طبية؟ (من خلال Medi-Cal، تأمين، فرد من أفراد الأسرة وهكذا)
	\$			في حالة الإجابة نعم، من قبل من: المبلغ: \$
	\$			في حالة الإجابة نعم، من قبل من: المبلغ: \$
	\$			في حالة الإجابة نعم، من قبل من: المبلغ: \$
	\$			في حالة الإجابة نعم، من قبل من: المبلغ: \$

**13. هل يتضمن تقدم أي شخص للحصول على المزايا، بما فيهم أنت، الحصول على طعام من أي من الأماكن التالية؟**  نعم  لا

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

- مرفق تناول الطعام المشترك للمسنين/ذوي الاحتياجات الخاصة ● برنامج توزيع الغذاء المدار من قبل منطقة الأمريكيين الخالص ● برنامج غذائي آخر

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

**14. هل يعيش أي شخص تقدم للحصول على المزايا، بما فيهم أنت، في أي من الأماكن التالية؟**  نعم  لا

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

- مأوى المشردين  
● مأوى للنساء المنهكات  
● منطقة للأمريكيين الخالص  
● مركز إعادة التأهيل للمخدرات/الكحول  
● إصلاحية/مؤسسة تأديبية (السجن أو المحبس)
- ترتيب المعيشة الجماعية للأكفاء/ذوي الاحتياجات الخاصة  
● السكن المدعوم فدراليًا  
● مستشفى نفسية/مؤسسة عقلية  
● مستشفى  
● رعاية أو طويلة الأجل أو الحجز مع مرفق الرعاية

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

**15. هل أنت أو أي ممن يبلغ عمرهم 60 عامًا فأكثر غير قادر على شراء الطعام وتعديل الوجبات بشكل منفصل بسبب الإعاقة؟**

نعم  لا

في حالة الإجابة نعم، قل من؟

16. موارد الأسرة

هل تمتلك أنت أو أي فرد تقوم بشراء الطعام وتحضيره معه أي موارد (نقد وأموال في البنك وشهادة إيداع وأسهم وسندات وهكذا)؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

حدد كل مورد مدرج أدناه:

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

إذا كان لديك حسابًا مشتركًا مع شخص آخر، يُرجى ذكر ذلك أدناه.

بالنسبة لكل مربع تم تحديده أعلاه، أكمل المعلومات التالية.

من الذي تم إدراج السيولة باسمه؟	ما هو نوع السيولة؟	كم يبلغ قدرها؟	أين هذه السيولة؟ (تضمن اسم البنك أو الشركة الذي يوجد المال به)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

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

17. إعانات متكررة

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

نعم  لا

18. إعانات مكافحة الاتجار بالبشر

هل تمت إدانتك أنت أو أي من أفراد أسرتك في جريمة الاتجار بالبشر (مما يسمح باستخدام أو بيع بطاقة التحويل الإلكتروني للمخصصات إلى الآخرين) أو في الحصول على إعانات المعونة الغذائية التكميلية بما يبلغ \$ 500 أو أكثر بعد 22 سبتمبر 1996؟  
في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

نعم  لا

19. الإعانات التجارية للحصول على الأدوية

هل تمت إدانتك أنت أو أي من أفراد أسرتك بالإعانات التجارية للمعونة الغذائية التكميلية للأدوية بعد 22 سبتمبر 1996؟  
في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

نعم  لا

20. الإعانات التجارية للحصول على الأسلحة النارية أو المتفجرات

هل تمت إدانتك أنت أو أي من أفراد أسرتك بالإعانات التجارية للمعونة الغذائية التكميلية للحصول على الأسلحة أو الذخيرة أو المتفجرات SNAP بعد 22 سبتمبر 1996؟  
في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

نعم  لا

21. الشعور بالإجرام

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

نعم  لا

22. انتهاك شروط إطلاق السراح مع المراقبة/ إطلاق السراح

هل تمت إدانتك أنت أو أي من أفراد عائلتك في انتهاك شروط إطلاق السراح مع المراقبة/ إطلاق السراح؟  
في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

نعم  لا

**23. جرائم المخدرات**

1. هل أدنت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك، بارتكاب جنائية حيازة أو استخدام أو توزيع من المواد الخاضعة للرقابة (المخدرات غير المشروعة أو بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبيب) بعد 22 أغسطس 1996؟

نعم  لا

2- هل كانت هذه الإدانة لارتكاب أي مما يلي؟

نعم  لا

• نقل أو استيراد إلى هذه الدولة، أو بيع، أو توفير، أو إدارة، أو إرسال، أو حيازة وبيع، أو شراء لأغراض بيع وتصنيع وتجهيز المواد الأصلية (المخدرة) أو بقصد تصنيع المواد الخاضعة للرقابة؛ أو زراعة والحصاد، أو معالجة الماريجوانا (الحشيش).

• تشجيع أو إشراك أو طلب أو ترويع شخص قاصر للمشاركة في أي من الأنشطة المذكورة أعلاه.

ب- إذا كانت الإجابة لا، وكانت الجنائية التي أدنت بها هي حيازة مواد مخدرة، هل قمت أنت أو أي من أفراد الأسرة (أو سوف تقومون) بأي مما يلي:

إذا كانت الإجابة نعم، وكان الاتهام بالحيازة فهل قمت أو قام أي أحد من أفراد أسرتك (أو سيقوم) بأي مما يلي:

نعم  لا

(a) إكمال برنامج العلاج بالعقاقير المعترف به من الحكومة؟

نعم  لا

(b) المشاركة في برنامج العلاج بالعقاقير المعترف به من الحكومة؟

نعم  لا

(c) التسجيل في برنامج العلاج بالعقاقير المعترف به من الحكومة؟

نعم  لا

(d) تم وضعك على قائمة انتظار لبرنامج العلاج بالعقاقير المعترف به من الحكومة؟

نعم  لا

(e) إيقاف استعمال المواد الخاضعة للرقابة وتقديم دليل على امتناعك عنها؟

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الشرح:

**مساحة إضافية للكتابة**



(COUNTY USE ONLY) لا تكمل - الـمقاطعة فقط

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

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

Yes  No

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

Yes  No

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

Yes  No